

ISSN 2730-1729

ISSN ONLINE 2697-5653

JCCPH

วารสารสหวิทยาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน 2568

Vol.7 no.1 January - April 2025



วสช.

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 066-131-0795 กด 6

e-mail : The.JCCPH@gmail.com

web:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารทอปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัถยพรต
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล
ศาสตราจารย์ (คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายชำนาญ มีมูล
นายพัทธพล อักโข
ดร.กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายประจักษ์ จันทร์เสนา

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร.นพดล ทองอร่าม

กองจัดการ

นางสาวกรภัทร แจ่มวงษ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงษ์ภิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพตระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัททา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.ปญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมีจรัสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
อาจารย์ ดร.วราพล หนูนุ่น
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กำหนดออก

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

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์
จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 7 ฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2568 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ. 2568 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็นวารสารกลุ่มที่ 2 โดยวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ฉบับนี้ขอเสนอผลงาน ทั้งหมด จำนวน 15 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ และขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ รวมถึงผู้ติดตามอ่านวารสารฯ อย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาให้ข้อเสนอแนะ และกลั่นกรองคุณภาพบทความทำให้บทความของวารสารฯ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวกับสุขภาพ หากท่านมีความประสงค์ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ในวารสารฯ หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถส่งหรือให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาต่อกองบรรณาธิการได้ตลอดเวลา รวมถึงช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ บอกต่อกับผู้ที่สนใจ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยและการประกอบวิชาชีพต่อไปในอนาคต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ

บรรณาธิการ

สารบัญ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิชาการ (Academic Articles) :

การประยุกต์ สบช.โมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก..... E-277985

Application of the PBRI Model in Oral Health Promotion

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, ภาสกร ศรีไทย, มารุต ภูพะเนียด, นพดล ทองอร่าม, อนุพงษ์ สอดสี

ประสิทธิภาพเชิงระบบของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน: แนวทางลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ที่ยั่งยืน..... E- 278251

System Efficiency of Community-Based NCDs Prevention Centers:

A Sustainable Approach to Reducing Non-Communicable Diseases

วีระศักดิ์ เดชอรัญ

บทความวิจัย (Original Article) :

ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี E-277909

Knowledge, Attitudes and Perceptions Affecting Pesticide Use Behavior

among Rice Farmers in Bang Pla Ma District, Suphan Buri Province

นพดล ทองอร่าม, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, กนกพร สมพร

การพัฒนาระบบบริการแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร ชายแดนไทย-ลาว.....

E-276855

Development of Maternal and Child Health Services in Remote Areas

along the Thai-Lao Border

กฤษณา กาเผือก

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

ผลของโปรแกรม English Language Skills ต่อความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษ
ทางสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี..... E-274349

The Effects of the English Language Skills Program on Knowledge of
Health English Vocabulary for Nursing Students at Prachomkiao College of
Nursing, Phetchaburi Province

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, ธนณัฐ สากะสันต์, ดนิตา สมุทรไทย และคณะ

สมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ:
กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม..... E-276555

Predictive Equations for Stress Levels Among the Elderly Using Multiple
Regression Analysis: A Case Study of Bang Chakreng Community, Mueang
Samut Songkhram District, Samut Songkhram Province

กนกพร สมพร, นพดล ทองอร่าม, ศศิวิมล บุระณะกิติ และคณะ

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาโรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชเดชอุดม..... E-276271

Effects of a Protection Motivation Theory Program on Antiretroviral
Medication Adherence Among HIV Patients Who Missed Appointments at
Detudom Crown Prince Hospital

ปิ่นมชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง

ประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์..... E-277989

The Experience of Self-Management in Pregnant Women with Gestational
Diabetes Mellitus

รัชณี ชุนเกาะ, ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, วารวีวรรณ ศิริวาณิชย์ และคณะ

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช..... E-278905

Factors Predicting Resilience among the Elderly in Nakhon Si
Thammarat Province
จิรภา แก้วเขียว, บุญประจักษ์ จันทรวิน

ผลของการปรับกระบวนการทางการบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานด้านการ
ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หลังการถ่ายโอนภารกิจ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดสกลนคร..... E-277970

The Effects of Adjusting Administrative Processes to Enhance Efficiency
in Primary Health Care Service Delivery at the Sakon Nakhon Provincial
Public Health Office after the Transfer of the Responsibilities of
the Sub-district Health Promoting Hospitals to the Sakon Nakhon
Provincial Administrative Organization
ธาดา ศูนย์จันทร์

ผลการให้โปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองต่อความรู้และการดูแลสุขภาพ
ช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อเรียง
อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ E-278346

Factors Influencing to Core Competencies Of Public Health Personnel
In Sub-district Health Promoting Hospitals In Suphanburi Province
จตุพร ดีถิ

ประสิทธิผลของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ของเกษตรกรชาติพันธุ์ปกากะญอ
ในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ E-278041

The Effectiveness of Ergonomic Pain Relief Chair for Karen-Pakoeny
Ethnic Farmers in Mae Chaem District, Chiang Mai Province
กุลชา มงคลเจริญกุล, อธิรัตน์ ราศิริ

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง
จังหวัดนครศรีธรรมราช E-278275

Factors Affecting Workplace Happiness among Personnel in Tambon
Health Promoting Hospitals after Transfer to the Kanchanaburi Provincial
Administrative Organization

มาริสา แวกาจิ, อารีชา ยูโซ๊ะ, กวินธิดา จินเมือง และคณะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน กลุ่มชาติ
พันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก E-278297

Factors Associated with Coronavirus Disease 2019 Prevention among the
Ethnic Group (Karen-Pakoeny) in Tha Song Yang District, Tak Province

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุดผิงค์ มากมาย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลวังยาง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี..... E-278308

Effects of Health Promoting Program on Blood Sugar Levels of
Uncontrolled Type-2 Diabetes Mellitus Patients, Wang Yang Sub-district, Si
Prachan District, SuphanBuri Province

น้ำทิพย์ แซ่มซ้อย, จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย, ทศพร ชูศักดิ์ และคณะ

คำแนะนำการส่งบทความ



การประยุกต์ สบช.โมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก Application of the PBRI Model in Oral Health Promotion

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์^{1*}, ภาสกร ศรีไทย¹, มารุต ภูพะเนียด¹, นพดล ทองอร่าม¹, อนุพงษ์ สอดสี¹

Sutthisak Surirak^{1*}, Passkorn Srithai¹, Marut Phuphaniat¹, Nopadol Thongaram¹, Anuphong Sodsee¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi^{1*}

(Received: March 13, 2025; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 29, 2025)

บทคัดย่อ

ปัญหาฟันผุสามารถก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และสร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร มีผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโตและบุคลิกภาพของเด็ก การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล สำหรับคัดกรองสุขภาพช่องปากด้วยรหัสสี 7 ระดับ และการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและลดภาวะโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) คัดกรองสุขภาพช่องปากและจัดกลุ่มสีเพื่อกำหนดแผนจัดการฟันผุรายบุคคล 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ได้แก่ การสร้างทักษะการแปรงฟัน ย้อมสีคราบจุลินทรีย์ ปรับพฤติกรรมบริโภคน้ำตาล และการให้ฟลูออไรด์ พร้อมบริการเคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน หรือรักษา รากฟันตามระดับความรุนแรง 3) ประเมินผลหลังครบภาคเรียนในด้านสถานะฟันผุ พฤติกรรม และต้นทุนการรักษา ผลการคัดกรองฟันน้ำนมพบฟันผุระดับสัมผัส-แดง-ดำ 75 ซี่ ก่อนดำเนินการ ลดเหลือ 70 ซี่ หลังดำเนินการ (ลดลงร้อยละ 6.7) ในขณะที่ฟันแท้ระดับเดียวกันลดลงจาก 49 ซี่ เหลือ 37 ซี่ (ลดลงร้อยละ 24.5) จำนวนฟันปกติและฟันอุดคงที่หรือเพิ่มขึ้น แสดงถึงการชะลอการลุกลามของโรค ความรู้เรื่องการดูแลช่องปากเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 11.2 คะแนน และคะแนนประเมินประสิทธิภาพการแปรงฟันเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.5 ค่าใช้จ่ายคาดการณ์ในการแก้ไขปัญหาฟันน้ำนมลดลงจาก 82,570 บาท เหลือ 44,770 บาท และฟันแท้ลดลงจาก 160,000 บาท เหลือ 28,360 บาท คิดเป็นการประหยัดงบประมาณรวม ประมาณร้อยละ 67.8 ข้อค้นพบยืนยันว่า การประยุกต์ สบช.โมเดล ร่วมกับมาตรการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา สามารถลดความรุนแรงของโรคฟันผุ เสริมทักษะการดูแลช่องปาก และลดต้นทุนการรักษาได้

คำสำคัญ: สุขภาพช่องปาก, สบช.โมเดล, สร้างเสริมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : Sutthisak3523@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ : 083-0776939)

Abstract

Dental caries can cause pain, infection, and impaired mastication, ultimately affecting weight, growth, and self-esteem in children. This study applied the SBC Model—a seven-level, colour-coded oral-health screening system—to promote oral health and lessen the caries burden among primary-school pupils. The intervention comprised three sequential phases: 1) screening and colour-stratification to formulate individual caries-management plans; 2) Ottawa Charter-guided health-promotion activities, including tooth-brushing skill training, plaque-disclosing with dye, sugar-consumption counselling, and topical fluoride, together with fissure sealing, restorative care, or endodontic treatment according to lesion severity; and 3) end of semester evaluation of caries status, oral health behaviours, and treatment costs. Before the programme, 75 deciduous teeth were classified in the orange-red-black range (moderate-to-severe caries); this number declined to 70 after the intervention (-6.7 %). Comparable lesions in permanent teeth fell from 49 to 37 (-24.5 %). The counts of sound and filled teeth remained stable or increased, indicating slower disease progression. Mean oral-health knowledge rose by 11.2 points, and brushing-efficacy scores improved by 18.5 %. Projected expenditure for treating affected deciduous teeth dropped from THB 82,570 to THB 44,770 while permanent tooth costs fell from THB 160,000 to THB 28,360 an overall saving of approximately 67.8 %. These findings confirm that integrating the SBC Model with Ottawa Charter-based health-promotion strategies can markedly reduce caries severity, enhance self-care competencies, and lower treatment costs in schoolchildren. The approach is therefore recommended for broader adoption in similar educational settings.

Keywords: Oral health, PBRI Model, Health promotion

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันของการจัดบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการให้บริการที่มีความแตกต่างกันตามระดับพื้นที่ ซึ่งมีจุดเด่นที่แตกต่างกันได้แก่ พื้นที่ในเขตเมืองมีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสม.) ซึ่งหลายแห่งมีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มโรคพื้นฐาน (Primary medical care) พบว่า ยังขาดความครอบคลุมในบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ความเชื่อมโยงกับการบริการในชุมชน ขณะที่พื้นที่ในชนบทมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นฐานการให้บริการ ซึ่งเน้นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การทำงานเชิงรุกในชุมชนมากกว่าการรักษาพยาบาล แต่ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบเป็นองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ยังขาดความชัดเจนนอกเหนือจากด้านการให้บริการยังพบว่าในหลายพื้นที่ยังมีปัญหาการดำเนินการของระบบงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น การเชื่อมต่อบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบการส่งต่อ ระบบสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพแบบบูรณา

การในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังนั้น จำเป็นต้องมีกฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิขึ้น ซึ่งในปัจจุบัน “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพให้กับประชาชน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น และช่วยลดรายจ่ายของประเทศได้ในระยะยาว (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2565)

ในสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขที่ยังพบมากอีกโรค คือ โรคฟันผุ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตประจำวัน ทั้งทำให้มีกลิ่นปาก อาการเสียวฟันและอาการปวดฟัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อพัฒนาการ ด้านสติปัญญา ด้านโภชนาการ และด้านบุคลิกภาพ โดยอาการเหล่านี้ส่งผลทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ บางคนต้องขาดเรียน ทำให้มีผลต่อการเข้าสังคม และการเรียนรู้ของนักเรียน นอกจากนี้ยังพบว่าการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควรทำให้มีผลต่อบุคลิกภาพในอนาคต (ณัฐวัฒน์ สุวคนธ์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2561) นอกจากนี้โรคฟันผุยังสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามไปถึงอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายโดยรวม และอาจส่งผลกระทบต่อรุนแรงถึงแก่ชีวิต ปัญหาฟันผุสามารถก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และสร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร มีผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโตและบุคลิกภาพของเด็ก และที่สำคัญคือปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อการศึกษา ทำให้เด็กหยุดเรียนอันเนื่องจากการเจ็บปวดหรือต้องไปรับการรักษาทางทันตกรรม และปัญหาฟันผุนำไปสู่การสูญเสียฟันในวัยเด็ก และอาจสะสมจนต้องสูญเสียฟันทั้งปากในวัยสูงอายุตามมา จากสถิติการใช้บริการทันตกรรมที่ผ่านมาจะพบว่าประชาชนใช้บริการทันตกรรมถอนฟันมากที่สุด รองลงมาขูดหินน้ำลาย และอุดฟัน ส่วนงานบริการทางทันตกรรมป้องกัน และการคัดกรองสุขภาพช่องปากนั้นน้อยมาก (วรศิรา พานิชเกรียงไกร และคณะ, 2560) จึงแสดงให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับที่รุนแรงแล้วจึงมาพบทันตบุคลากรทั้งที่โรคสุขภาพช่องปากสามารถป้องกันและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อไม่ให้สูญเสียฟัน

รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 49.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.2 ซึ่งต่อคนที่ใกล้เคียงกับผลจากการสำรวจครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ที่มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 52.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.4 ซึ่งต่อคน และพบสภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 80.2 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมามีสภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 66.3 ด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพและการรับบริการสุขภาพช่องปากของนักเรียนพบว่า การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ลดลงจากการเปรียบเทียบผลสำรวจครั้งที่ผ่านมามี ร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 42.2 ด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล การกินลูกอม และการกินขนมกรุบกรอบ พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลทุกวัน เป็นร้อยละ 10.6 การกินลูกอมทุกวันเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 56.8 เป็นร้อยละ 73.6 การกินขนมกรุบกรอบทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.6 เป็นร้อยละ 65.7 และด้านการรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ที่เคยปวดฟัน ร้อยละ 36.4 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟัน ร้อยละ 12.2 และได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 74.5 การรักษาฟัน และเหงือก ร้อยละ 50.8 และสถานบริการภาครัฐเป็นสถานบริการหลัก

ของประชาชนในการเข้ารับบริการ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561; สำนักทันตสาธารณสุข, 2566) ซึ่งจากผลการสำรวจทั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมาพบมากที่สุดในเขตภาคกลาง และจากรายงานสภาวะช่องปากของเด็กจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ.2560 พบว่า เด็กอายุ 6 ปี 9 ปี และ 12 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 9.42 25.60 และ 44.4 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ตั้งแต่ปี 2557-2560 ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2566) เป็นที่น่าสงสัยว่าเหตุใดเด็กที่มีอายุเพิ่มขึ้นแทนที่จะมีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลงตามความสามารถในการดูแลตัวเองที่มีมากขึ้นตามวัย แต่กลับมีปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพช่องปากนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถหรือความรู้ตามวัยในการดูแลสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียวแต่อาจจะประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ดังเช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง (มารุต ภูพะเนียด และสุวิทย์ คุณาวิศรุต, 2562)

โรคฟันผุเป็นโรคที่มีการทำลายเคลือบฟันและเนื้อฟันส่วนที่ไหลขึ้นมาในช่องปากทำให้มีการสลายตัวเปื่อยยุ่ย เป็นรูและขยายเป็นโพรงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาการลุกลามจะลุกลามถึงโพรงประสาทฟันและจะมีอาการปวดฟันได้ เนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันเกิดการติดเชื้ออาจวมและเป็นหนองและเชื้อโรคอาจแพร่กระจายไปสู่อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ กระบวนการเกิดโรคฟันผุเป็นภาวะเสียสมดุลระหว่าง “กระบวนการสลายแร่ธาตุ” กับ “กระบวนการคืนกลับแร่ธาตุ” กล่าวคือ กระบวนการสลายแร่ธาตุ (demineralization) เป็นผลจากกรดที่เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากโดยเฉพาะกลุ่ม streptococcus และ lactobacillus ย่อยสลายอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (แป้งและน้ำตาล) จนเกิดกรดแลคติกที่มีปริมาณและความรุนแรงมากพอ (pH<5.5) ก็จะทำให้สลายผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ (hydroxyapatite) ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของเคลือบฟันออกมาเป็นแร่ธาตุอยู่ในคราบจุลินทรีย์และน้ำลาย ขณะเดียวกันน้ำลายและคราบจุลินทรีย์เองก็มีความเข้มข้นของแคลเซียมและฟอสฟอรัสระดับที่ยังพอทำให้เกิดการตกตะกอนของแร่ธาตุย้อนกลับเข้าสู่ตัวฟันได้ กระบวนการนี้เรียกว่า กระบวนการคืนกลับแร่ธาตุ (Remineralization) กระบวนการทั้ง 2 นี้จะเกิดขึ้นตลอดเวลา เมื่อใดก็ตามที่กระบวนการสลายแร่ธาตุมากกว่ากระบวนการคืนกลับแร่ธาตุก็จะมีกรสูญเสียแร่ธาตุจากเคลือบฟันก่อให้เกิดรอยโรคที่พบเป็นลักษณะเป็นจุดขาว (white spot lesion) ซึ่งเป็นอาการของโรคฟันผุระยะเริ่มแรกโดยในระยะเริ่มต้นยังคงมีผิวเคลือบฟันด้านนอกอยู่เพียงแต่มีการสูญเสียแร่ธาตุข้างใต้ผิวเคลือบฟัน (subsurface lesion) แต่ถ้าทิ้งไว้โดยไม่มีการลดกระบวนการสลายแร่ธาตุและเสริมการเกิดกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุก็จะเกิดการสลายแร่ธาตุจากเคลือบฟันมากขึ้นจนกระทั่งเกิดเป็นรูฟันในที่สุด (กุสุมาวดี อุทิศพันธ์ สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และ วิสาชา อุปพงศ์, 2563) ลักษณะอาการและการรักษาจำแนกได้ดังนี้ 1) โรคฟันผุระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผิวฟันเริ่มถูกทำลายด้วยกรดในน้ำตาล ผิวฟันจะมีการสีกร่อนเล็กน้อย ยังมองไม่เห็นการผุกร่อนที่ชัดเจน อาจมองเห็นเป็นจุดสีน้ำตาลหรือสีดำบนผิวฟัน ยังไม่มีอาการเจ็บปวด รักษาโดยการอุดฟัน 2) โรคฟันผุระยะที่ 2 เป็นการลุกลามต่อจากระยะที่ 1 ซึ่งไม่ได้รับการรักษาถึงขั้นเนื้อฟัน ผุลุกลามเร็วกว่าระยะแรก มองเห็นชัดเจนเป็นรูสีดำ อาจมีเศษอาหารติด และจะรู้สึกเสียวฟันเวลาดื่มน้ำเย็น หรืออาหารหวานจัด ร้อนจัด เป็นต้น ต้องรักษาโดยการอุดฟัน 3) โรคฟันผุระยะที่ 3 เป็นการลุกลามต่อจากระยะที่ 2 ที่ไม่ได้รับการรักษา มีการทำลายเนื้อฟันจนทะลุถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ระยะนี้จะมีอาการปวดฟันอย่างรุนแรง อาจปวดตลอดเวลาหรือปวดเป็นพัก ๆ เคี้ยวอาหารลำบากปวดมากจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ต้องรักษาโดยการถอนฟันหรือรักษารากฟันเป็นบางกรณี 4) โรคฟันผุระยะที่ 4 เป็นการลุกลามที่มีเชื้อโรคทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟัน ดังนั้นการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดถูกทำลายไปจึงไม่รู้สึกเจ็บปวดแต่การติดเชื้อลุกลามจนถึงกระดูกที่รองรับฟัน เกิดฝีหนองมีอาการบวม แก้มบวม

คางโย้ ปวดแบบตื้อ ๆ และร้าวไปขากรรไกร ระยะนี้มีเชื้อโรคลุกลามไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะอื่นได้ ต้องรักษาโดยการถอนฟันหรือรักษารากฟันเป็นบางกรณี

การควบคุมป้องกันโรคฟันผุสามารถดำเนินการได้ 3 ระดับ ได้แก่ 1)การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก่อนที่จะเกิดฟันผุ 2)การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเพื่อรักษาในระยะเริ่มต้น ก่อนที่จะเป็นรูผุชัดเจน และ 3) การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการรักษาฟันที่ผุเป็นรูแล้วด้วยการอุดฟัน (Sitthisetapong, Tasanarong, Phantumvanit, 2021)

ระดับการป้องกัน	การจัดการฟันผุ
การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์
การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	ตรวจคัดกรองสุขภาพฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การบูรณะด้วยเรซินเพื่อป้องกัน
การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)	อุดฟัน

ซึ่งมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสามารถดำเนินการตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ที่ใช้กลยุทธ์พื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ 1) การชี้แนะ (Advocate) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน 2) การทำให้มีความสามารถ (Enable) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และ 3) การไกล่เกลี่ย (Medicate) เป็นต้องบูรณาการการดำเนินการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้เกี่ยวข้องต้องเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งดำเนินงานภายใต้กิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, 2560) คือ 1) การกำหนดนโยบายสาธารณะ (Public policy) มีการกำหนดแนวทางในการคัดกรองสุขภาพฟันตาม สุข.โมเดล ทุกปีการศึกษา 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Health environment) สร้างแหล่งเรียนรู้ และสื่อทางสุขภาพช่องปากในโรงเรียน 3) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Empowerment) สร้างสรรค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงเรียน 4) การสร้างทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) เสริมสร้างทักษะการแปรงฟันที่ถูกรวิธี และปรับพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลให้แก่เด็กนักเรียน 5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ (Reoriented health care service) บริการเชิงรุกในโรงเรียนด้วยการคัดกรองสุขภาพฟันตาม สุข.โมเดล และส่งต่องานบริการทันตกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับเด็กที่ต้องรักษา เช่น เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน ถอนฟัน จากแนวคิดในการคัดกรองสุขภาพฟันตาม สุข.โมเดล เชื่อว่าการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ ช่วยให้การจัดการโรคฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอยที่เกินจำเป็นในรายที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ทันที่ (สุนทรจิต อุปนันทน์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2560) จากมาตรการดังกล่าวจะ

เห็นได้ว่าการแก้ปัญหาโรคฟันผุควรต้องดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มฟันซี่แรกเป็นต้นมา เนื่องจากฟันผุไม่สามารถกลับคืนสภาพภาพเดิมได้หากเกิดพยาธิสภาพแล้ว ทำได้เพียงยับยั้งรอยผุไม่ให้ดำเนินต่อไป ดังนั้นการควบคุมป้องกันโรคฟันผุต้องเริ่มตั้งแต่มารดาของทารกต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากของลูก (ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล, 2554) เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากที่ดีควรสร้างเสริมสุขภาพช่องปากมารดาตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ การลดปัญหาสุขภาพช่องปากระหว่างตั้งครรภ์จะช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในช่องปาก ส่งเสริมคุณภาพชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ และส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าแม่ที่มีฟันผุในปากสามารถถ่ายทอดเชื้อไปสู่ลูกโดยทางน้ำลาย และสุขภาพช่องปากมารดามีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากลูก (Lee, Kim, Lee and Kim, 2019) ดังนั้นการคัดกรองความเสี่ยงและดูแลสุขภาพช่องปากในระหว่างตั้งครรภ์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ควรบูรณาการไปพร้อมกับการให้บริการในหญิงตั้งครรภ์

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2565 – 2568 ซึ่งกำหนดให้มียุทธศาสตร์ในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลสู่ชุมชน ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาส่งเสริมให้เกิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามความต้องการของชุมชน ให้บริการทางวิชาการแก่สังคมโดยเน้นความร่วมมือกับชุมชน ทำการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสานทั้ง 5 บทบาทการดูแลสุขภาพภาพประชาชน ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค (สถาบันพระบรมราชชนก, 2567)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กตั้งแต่แรกเริ่มฟันซี่แรกตั้งแนวคิดดังกล่าวข้างต้น โดยมีกระบวนการตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การคัดกรองโรคฟันผุ และการบริการทางทันตกรรม บูรณาการกับการเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม ประจำปีงบประมาณ 2567 อย่างน้อย 1 รายวิชา ผลการดำเนินการมีการบูรณาการโครงการกับการเรียนการสอน 6 รายวิชา ได้แก่ วิชาการส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษาและพลศึกษา 02 07301 212 วิชาวิทยาการระบาดและวิทยาการระบาดในช่องปาก 02 07301 316 วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน 02 07301 329 โครงการพัฒนางานทันตสาธารณสุขชุมชน 5324 444 โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ (เทคนิคเภสัช) 0207105102 อนามัยสิ่งแวดล้อม 1 0207300324 โดยจากแนวคิด สบข.โมเดล ดำเนินมาตรการการจัดการโรคฟันผุ ดังตารางที่ 1 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกกลุ่มสี ความหมาย และการจัดการโรคฟันผุตามแนวคิด สบช.โมเดล

กลุ่มสี	ความหมาย	การจัดการโรคฟันผุ
ขาว	ฟันปกติ	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน
เขียวอ่อน	เสี่ยง (มีคราบจุลินทรีย์มาก, รอยโรคต่างขา)	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน
เขียวเข้ม	ฟันผุ	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์
เหลือง	ฟันผุระดับเคลือบฟัน	การบูรณะด้วยเรซินเพื่อการป้องกัน, อุดฟัน
ส้ม	ฟันผุระดับเนื้อฟัน	อุดฟัน
แดง	ฟันผุใกล้ทะลุโพรงประสาทฟัน	อุดฟันด้วยวิธีซับซ้อน Pulp capping
ดำ	ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน	รักษารากฟัน/ถอนฟัน

จากตารางที่ 1 แสดงการแบ่งกลุ่มสี ความหมาย และการจัดการโรคฟันผุ โดยแนวคิด สบช.โมเดล ดำเนินมาตรการการจัดการโรคฟันผุ แบ่งออกเป็น 7 สี ได้แก่สีขาว ฟันปกติ สีเขียวอ่อน มีความเสี่ยง ฟันสีเขียวเข้ม ฟันที่ได้รับการอุด โดย 3 กลุ่มนี้เน้นการจัดการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคฟันผุ สีเหลือง ฟันผุระดับเคลือบฟัน สีส้ม ฟันผุระดับเนื้อฟัน 2 กลุ่มนี้จัดการโดยการอุดฟัน สีแดง ฟันผุใกล้ทะลุโพรงประสาท จัดการโดยการอุดฟันที่มีวิธีการซับซ้อน และสีดำ ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน จัดการโดยการรักษารากฟันหรือถอนฟัน

ภาพที่ 1 แสดงแนวคิดสบช.โมเดลการจัดการโรคฟันผุ



ภาสกร ศรีไทย (2565)

กรณีศึกษา:การประยุกต์สบบช.โมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษา
โรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา
ทันตสาธารณสุข ดำเนินการนำแนวคิดสบบช.โมเดลการจัดการโรคฟันผุ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
ช่องปากนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ในปีการศึกษา
2566 โดยมีการปรับรวมกลุ่มสีเหลืองกับสีส้ม เนื่องจากมีข้อจำกัดในการแยกระดับฟันผุในชั้นเคลือบฟันกับเนื้อ
ฟัน มีผลการดำเนินการ ดังนี้

ผลการดำเนินงาน

1. ผลการตรวจโรคฟันผุก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

1.1 ฟันน้ำนมของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
ก่อนและหลังดำเนินงาน

ตารางที่ 2 ผลการตรวจโรคฟันผุในฟันน้ำนมก่อนและหลังดำเนินการ

กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันน้ำนม	ก่อนดำเนินการ จำนวน (ซี่)	หลังดำเนินการ จำนวน (ซี่)
สีขาว	141	141
สีเขียอ่อน	11	11
สีเขียวเข้ม	1	5
สีส้ม	45	42
สีแดง	8	6
สีดำ	22	22

จากตารางที่ 2 พบว่า นักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว มีฟันน้ำนมในกลุ่มสีขาว ก่อนและหลัง
ดำเนินการเท่ากัน จำนวน 141 ซี่ กลุ่มสีเขียอ่อน ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 11 ซี่ กลุ่มสีเขียวเข้ม
ก่อนดำเนินการ จำนวน 1 ซี่ หลังดำเนินการเพิ่มเป็น จำนวน 5 ซี่ กลุ่มสีส้ม ก่อนดำเนินการ จำนวน 45 ซี่ หลัง
ดำเนินการลดลงเหลือ 42 ซี่ กลุ่มสีแดง ก่อนดำเนินการ จำนวน 8 ซี่ หลังดำเนินการลดลงเหลือ จำนวน 6 ซี่ ส่วน
กลุ่มสีดำก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 22 ซี่

1.2 ฟันแท้ของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
ก่อนและหลังดำเนินงาน

ตารางที่ 3 ผลการตรวจโรคฟันผุในฟันแท้ก่อนและหลังดำเนินการ

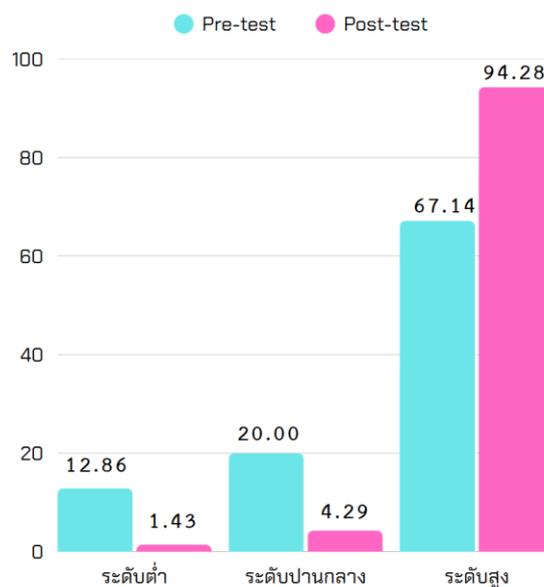
กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันแท้	ก่อนดำเนินการ จำนวน (ซี่)	หลังดำเนินการ จำนวน (ซี่)
สีขาว	560	560
สีเขียวอ่อน	38	38
สีเขียวเข้ม	16	28
สีส้ม	47	36
สีแดง	1	0
สีดำ	1	1

จากตารางที่ 3 พบว่า นักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว มีฟันแท้ในกลุ่มสีขาว ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 560 ซี่ กลุ่มสีเขียวอ่อน ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 38 ซี่ กลุ่มสีเขียวเข้ม ก่อนดำเนินการ จำนวน 16 ซี่ หลังดำเนินการเพิ่มเป็น จำนวน 28 ซี่ กลุ่มสีส้ม ก่อนดำเนินการ จำนวน 47 ซี่ หลังดำเนินการลดลงเหลือ 36 ซี่ กลุ่มสีแดง ก่อนดำเนินการ จำนวน 1 ซี่ หลังดำเนินการไม่พบกลุ่มสีแดง ส่วนกลุ่มสีดำก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 1 ซี่

2. ผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

2.1 ผลการประเมินความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

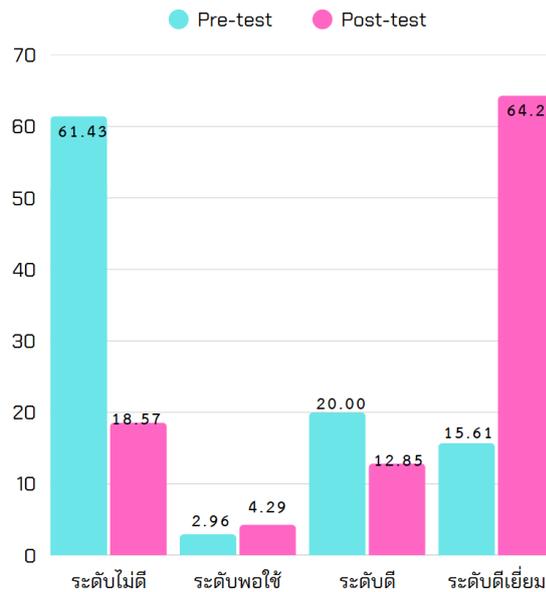
ภาพที่ 2 แสดงระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม



จากภาพที่ 2 พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.86 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 และระดับสูง ร้อยละ 67.14 ส่วนหลังดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.43 ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.29 และระดับสูง ร้อยละ 94.28

2.2 ผลการประเมินความสะอาดช่องปากก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ภาพที่ 3 แสดงระดับความสะอาดช่องปากของนักเรียนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม



จากภาพที่ 3 พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 61.43 ระดับพอใช้ ร้อยละ 2.96 ระดับดี ร้อยละ 20.00 และระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 15.61 ส่วนหลังดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 18.57 ระดับพอใช้ ร้อยละ 4.29 ระดับดี ร้อยละ 12.85 และระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 64.29

3. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในแต่ละระดับสสข.โมเดล โรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข นำข้อมูลการประยุกต์ใช้สสข.โมเดล ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีไม่ดำเนินการจัดบริการทันตกรรม และมีการเปลี่ยนระดับกลุ่มสี แล้วนำไปคำนวณกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (กรมบัญชีกลาง, 2559)

3.1 ฟันน้ำนม

1) กรณีไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในฟันน้ำนม

การเปลี่ยนระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันน้ำนม	จำนวนฟัน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว เป็นสีเขี้ยวอ่อน	141	170	23,970	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขี้ยวอ่อน เป็นสีส้ม	11	400	4,400	ค่าอุดฟัน
สีเขี้ยวเข้ม เป็นสีส้ม	1	400	400	ค่าอุดฟัน
สีส้ม เป็นสีแดง	45	600	22,500	ค่าอุดฟันที่ชำรุด
สีแดง เป็นดำ	8	970	7,760	ค่ารักษารากฟันน้ำนม
สีดำ	22	970	21,340	ค่ารักษารากฟันน้ำนม
รวมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมด			80,370	

จากตารางที่ 4 พบว่า กรณีที่ไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม และมีการเปลี่ยนระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันน้ำนม จากสีขาว เป็นสีเขี้ยวอ่อน จำนวน 141 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 23,970 บาท จากสีเขี้ยวอ่อน เป็นส้ม จำนวน 11 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 4,400 บาท สีเขี้ยวเข้ม เป็นสีส้ม จำนวน 1 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 400 บาท สีส้ม เป็นสีแดง จำนวน 45 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 22,500 บาท สีแดง เป็นสีดำ จำนวน 8 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 7,760 บาท และสีดำ 22 ซี่ มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 21,340 บาท รวมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมด 80,370 บาท

2) กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 5 ระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น

กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันน้ำนม	จำนวน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว	141	-	-	
สีเขี้ยวอ่อน	11	400	1,870	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขี้ยวเข้ม	5	-	-	
สีส้ม	42	400	16,800	ค่าอุดฟัน
สีแดง	6	600	3,600	ค่าอุดฟันที่ชำรุด
สีดำ	22	970	21,340	ค่ารักษารากฟันน้ำนม
รวมค่าใช้จ่าย			43,610	

จากตารางที่ 5 พบว่า กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้ระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันเปลี่ยนไป จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ กลุ่มสีเขียวอ่อน จำนวน 11 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 1,870 บาท กลุ่มสีส้ม จำนวน 42 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 16,800 บาท กลุ่มสีแดง จำนวน 6 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 3,600 บาท กลุ่มสีดำ จำนวน 22 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 21,340 บาท รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินการทั้งหมด 43,610 บาท

3.2 ฟันแท้

1) กรณีที่ไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 6 การเปลี่ยนระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในฟันแท้

กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันแท้	จำนวนฟัน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว เป็นสีเขียวอ่อน	560	170	95,200	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขียวอ่อน เป็นสีส้ม	38	400	15,200	ค่าอุดฟัน
สีเขียวเข้ม เป็นสีส้ม	16	400	6,400	ค่าอุดฟัน
สีส้ม เป็นสีแดง	47	600	28,200	ค่าอุดฟันที่ชำรุด
สีแดง เป็นสีดำ	1	3,500	3,500	ค่ารักษารากฟัน
สีดำ	1	3,500	3,500	ค่ารักษารากฟัน
รวมค่าใช้จ่าย			152,000	

จากตารางที่ 6 พบว่า กรณีที่ไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม และมีการเปลี่ยนระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันแท้ จากสีขาว เป็นสีเขียวอ่อน จำนวน 560 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 95,200 บาท จากสีเขียวอ่อน เป็นสีส้ม จำนวน 38 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 15,200 บาท สีเขียวเข้ม เป็นสีส้ม จำนวน 16 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 6,400 บาท สีส้ม เป็นสีแดง จำนวน 47 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 28,200 บาท สีแดง เป็นสีดำ จำนวน 1 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 3,500 บาท และสีดำ 1 ซี่ มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 3,500 บาท รวมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมด 152,000 บาท

2) กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 7 ระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น

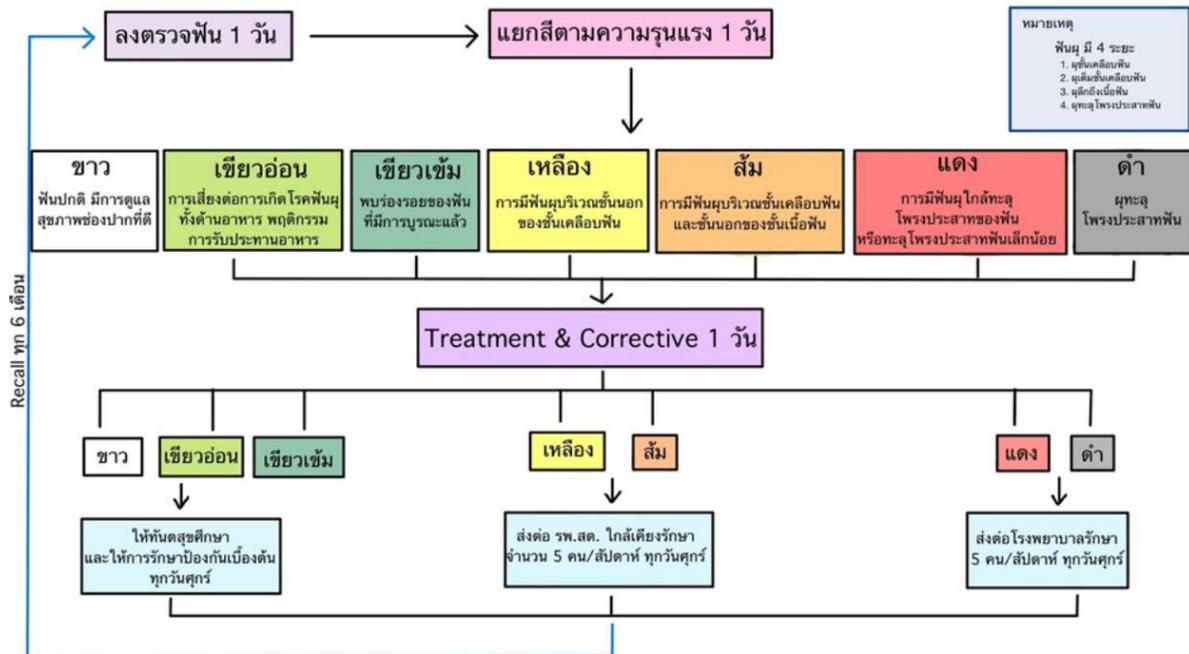
กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันแท้	จำนวน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว	560	-	-	
สีเขียวอ่อน	38	170	6,460	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขียวเข้ม	28	-	-	
สีส้ม	36	400	14,400	ค่าอุดฟัน
สีแดง	-	-	-	
สีดำ	1	2,500	2,500	ค่ารักษารากฟัน
รวมค่าใช้จ่าย			23,360	

จากตารางที่ 7 พบว่า กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้ระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันเปลี่ยนแปลงไป จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ กลุ่มสีเขียวอ่อน จำนวน 38 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 6,460 บาท กลุ่มสีส้ม จำนวน 36 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 14,400 บาท กลุ่มสีดำ จำนวน 1 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 2,500 บาท รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินการทั้งหมด 2,500 บาท

แนวทางแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา

การประยุกต์สชช.โมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษา สามารถสรุปเป็นแผนภาพ เพื่อให้พื้นที่นำไปปรับใช้ในแก้ไขปัญหารโรคฟันผุ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 แสดงแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหารโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา



จากภาพที่ 4 ระบุขั้นตอนในการแก้ไขปัญหารโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา โดยการตรวจฟันเพื่อจัดกลุ่มโรคฟันผุตามแนวคิดสชช.โมเดล แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม จากนั้นวางแผนการให้บริการ โดยกลุ่มสีขาว เขียวอ่อน เขียวเข้ม ดำเนินการโดยให้ทันตสุขศึกษาและให้การด้านทันตกรรมป้องกันเบื้องต้นทุกวันศุกร์ กลุ่มสีเหลือง และส้ม ส่งต่อให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงให้การรักษ ส่วนกลุ่มสีแดงและดำส่งต่อให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ

สรุป

จากแนวคิด สบช.โมเดล ดำเนินมาตรการการจัดการโรคฟันผุ โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคฟันผุอย่างมากเพราะหากรักษาฟันได้ทันช่วงที่ก่อนที่จะมีความรุนแรงมากขึ้นจะช่วยประหยัดทั้งในด้านการเงิน และทรัพยากรในส่วนของการบำบัดเป็นอย่างมาก การแบ่งสีสามารถทำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคและสามารถที่จะทำการรักษาได้ทัน สำหรับแนวทางหลังจากการคัดกรองแล้ว ในส่วนของงานรักษาก็สามารถส่งต่อได้ตามขั้นตอน แต่ในส่วนของการป้องกันสามารถแนะนำได้ 3 แนวทาง คือ ใช้ฟลูออไรด์ ลดการรับประทานน้ำตาล และควบคุมคราบจุลินทรีย์

1. ใช้ฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์เป็นสารสำคัญในการป้องกันฟันผุที่มีประสิทธิภาพสูง โดยสามารถนำส่งสู่ผิวฟันได้หลายวิธี ทั้งการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (1,000-1,500 ppm) ซึ่งเป็นวิธีพื้นฐานที่เข้าถึงได้ง่ายและมีประสิทธิผลเมื่อใช้เป็นประจำวันละ 2 ครั้ง การเคลือบฟลูออไรด์เข้มข้นโดยทันตบุคลากรทุก 3-6 เดือนช่วยป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลสูงในการนำฟลูออไรด์ไปที่ผิวฟันและได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการสำคัญวิธีหนึ่งในการป้องกันฟันผุ (Walsh et al., 2019) ทั้งนี้ การใช้ฟลูออไรด์จากหลายแหล่งร่วมกันอย่างเหมาะสมจะช่วยเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุได้ดียิ่งขึ้น

2. ลดการรับประทานน้ำตาล น้ำตาลส่วนใหญ่ที่รับประทานเป็นน้ำตาลที่ใส่เพิ่มเติมเข้าไปทั้งระหว่างการผลิต การปรุงอาหารหรือก่อนการรับประทาน พวกขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่ม ขนมหวานและน้ำตาลในรูปแบบต่าง ๆ มักถูกใช้เป็นอาหารว่างซึ่งการรับประทานอาหารประเภทนี้บ่อย ๆ จะสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุเป็นอย่างมาก ส่วนน้ำตาลที่มีอยู่ในอาหารตามธรรมชาติ เช่น นม ผักและผลไม้ไม่ค่อยทำให้เกิดฟันผุ การแนะนำเกี่ยวกับอาหารจึงควรมุ่งไปที่ “การจำกัดปริมาณ” และ “ความถี่” ในการรับประทาน สอดคล้องกับสูตรดาวงกฤษฎาพงษ์ และพินดา ธัญญศรีสังข์ (2562) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการป้องกันฟันผุควรควบคุมปริมาณและความถี่ของการบริโภคน้ำตาลให้เหมาะสม

3. ควบคุมคราบจุลินทรีย์ คราบจุลินทรีย์ (dental plaque) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดฟันผุ เนื่องจากประกอบด้วยแบคทีเรียที่สร้างกรดจากการย่อยสลายน้ำตาลในอาหาร การควบคุมคราบจุลินทรีย์จึงเป็นกลยุทธ์หลักในการป้องกันฟันผุ ซึ่งการควบคุมคราบจุลินทรีย์ทำได้ทั้งด้วยวิธีทางกลและทางเคมี วิธีทางกลที่มีประสิทธิภาพคือการแปรงฟันอย่างถูกวิธีวันละ 2 ครั้งด้วยเทคนิคที่ถูกต้องร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันเพื่อทำความสะอาดพื้นที่ที่แปรงสีฟันเข้าไม่ถึง สำหรับวิธีทางเคมี ได้แก่ การใช้ยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (Alanazi et al., 2017) นอกจากนี้ การย้อมสีคราบจุลินทรีย์ช่วยให้มองเห็นคราบจุลินทรีย์ได้ชัดเจนและประเมินประสิทธิภาพของการแปรงฟันได้ดี และยังมีวิธีการควบคุมคราบจุลินทรีย์เพื่อป้องกันฟันผุประสิทธิภาพสูงคือการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) เป็นวิธีทางกายภาพปิดกั้นหลุมร่องฟันที่ลึกและแคบซึ่งแปรงสีฟันเข้าไม่ถึง ทำให้แบคทีเรียไม่สามารถเข้าไปสะสมได้ วัสดุฉนวนทำให้พื้นผิวฟันเรียบขึ้น และในกรณีของวัสดุเคลือบไอโอโนเมอร์ยังมีการปลดปล่อยฟลูออไรด์ซึ่งช่วยยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียและส่งเสริมการคืนกลับแร่ธาตุของเคลือบฟัน (ประพันธ์ กาญจนดุขุฎี และเปรมจิตต์ อินทร์สะอาด, 2561)

เอกสารอ้างอิง

- กมลมาลัย วิรัตน์เศรษฐิน. (2560). *สาธารณสุขและการดำเนินงานชุมชน: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา บันลือธรรม.
- กรมบัญชีกลาง. (2559). *รายการอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม*. สืบค้นจาก https://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/cgd_circular246-2559_DentalService.pdf
- กุสุมาวดี อุทิศพันธ์ สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และวิสาขา อุปพงศ์. (2563). *วิทยาศาสตร์พื้นฐานของการป้องกันโรคฟันผุ*. กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส.
- ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2554). *ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เบสท์ บัค.
- ณัฐวัฒน์ สุวคนธ์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันเพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(2), 273-286.
- ประพันธ์ กาญจนดุขฎี และเปรมจิตต์ อินทร์สะอาด. (2561). แนวทางในการพัฒนาการเคลือบหลุมร่องฟันให้ยึดติดในฟันกรามแท้ซี่แรกของนักเรียนประถมศึกษาจังหวัดอุทัยธานี. *สุวรรณสารวิชาชีพเวชสาร*, 15(3), 57-70.
- มารุต ภูพะเนียด และสุวิทย์ คุณาวิศรุต. (2562). ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน. *วารสารราชพฤกษ์*, 17(3), 75-82.
- วริศรา พานิชเกรียงไกร, อังคณา สมน์สทวิชัย, กัญญา ดิษยาคม, สุพล ลิ้มพัฒนานนท์ และจุฬารณีย์ สุพล ลิ้มพัฒนานนท์. (2560). การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย: ผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(2), 170-181.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2566-2570 ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2566). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขาภาพช่องปาก*. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2566, จาก <https://spb.hdc.moph.go.th/hdc>.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2567). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2565). *คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- สุดาตวง กฤษณาพงษ์ และพนิดา ธัญญศรีสังข์. (2562). น้ำตาลอิสระ: สาเหตุของโรคฟันผุ. *วิทยาสารทันตแพทย์ศาสตร์*, 69(2), 110-125.

- Alanazi, K. J., Subhan, S. A., Alshehri, H. M., Aljaload, M. M., Aljafary, M. H., Alazmi, M. M. & Fawaz, A. A. (2017). Influence of Tooth Brush Grips and Brushing Techniques on Plaque Removal Efficacy. *J Dent Oral Health*, 4, 1-7.
- Lee, S. M., Kim, H. N., Lee, J. H., Kim, J. B. (2019). Association between maternal and child oral health and dental caries in Korea. *J Public Health*, 27, 219–227.
- Sitthisettapong, T., Tasanarong, P., Phantumvanit, P. (2021). Strategic Management of Early Childhood Caries in Thailand: A Critical Overview, *Frontiers in Public Health*, 9 (664541). 1-7. DOI: 10.3389/fpubh.2021.664541
- Walsh, T., Worthington, H.V., Glenny, A.M., Marinho, V.C., & Jeronic, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD007868.



ประสิทธิภาพเชิงระบบของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน:
แนวทางลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยั่งยืน

System Efficiency of Community-Based NCDs Prevention Centers:
A Sustainable Approach to Reducing Non-Communicable Diseases

วีระศักดิ์ เดชอรัญญา^{1*}

Virasakdi DechAran^{1*}

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง^{1*}

Trang Provincial Public Health Office^{1*}

(Received: March 13, 2025; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 29, 2025)

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและภาระของระบบบริการสุขภาพ การจัดตั้งศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานเชิงป้องกันในระดับพื้นที่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพเชิงระบบของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน และเสนอแนวทางพัฒนาที่สามารถรองรับภารกิจลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs ได้อย่างยั่งยืน โดยใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์แก่นสาระจากเอกสารจำนวน 32 เรื่อง โดยอิงกรอบแนวคิด Logic Model ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ให้คำปรึกษา ติดตามสุขภาพ และเชื่อมโยงบริการในระบบปฐมภูมิถึงตติยภูมิอย่างไร้รอยต่อ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังประสบปัญหา เช่น ขาดทรัพยากรบุคลากร ระบบข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยง และผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. แนวทางพัฒนาควรครอบคลุมการสนับสนุนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเสริมประสิทธิภาพและความยั่งยืนของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอน เพื่อให้ศูนย์ฯ เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการควบคุมโรค NCDs อย่างแท้จริง

คำสำคัญ : ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ระบบบริการสุขภาพ, ประสิทธิภาพเชิงระบบ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) have become a major public health challenge, significantly affecting population health and burdening the healthcare system. The establishment of community-based NCD prevention centers is a key mechanism for implementing preventive actions at the local level. This article aims to analyze the system efficiency of these centers and propose development strategies to sustainably reduce NCD risk factors. A literature review and thematic analysis were conducted using 32 documents, based on the Logic Model framework. The findings indicate that the centers play a critical role in screening, health counseling, follow-up care, and seamless service integration across primary, secondary, and tertiary care levels. However, operational challenges still remain, including shortages of human resources, unlinked health information systems, and disruptions caused by the decentralization of primary care services. Recommended development strategies include policy support, capacity building for health personnel, promotion of community participation, and the use of digital health technologies to enhance the long-term efficiency and sustainability of the centers.

It is recommended that there should be a collaborative systemic problem analysis between healthcare service units and local administrative organizations, while promoting public participation at all stages, to ensure that the center becomes an effective and sustainable mechanism for truly controlling NCDs.

Keyword: Community-based health system, Non-Communicable Diseases (NCDs), Primary health care, System efficiency, Public participation

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มของโรคเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชากร โดยเฉพาะในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคมอย่างรวดเร็ว (สาสังข์, ครองยุทธ, ชนะนิล, 2565) ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะเครียดจากสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดการณ์ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75.0 ของประชากรโลกภายในปี 2593 (กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนของมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังเป็นภาระหนักต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขจำนวนมากในการรักษาและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผลิตภาพแรงงานและคุณภาพชีวิตของประชากรในระยะยาว

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับประเทศ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเหล่านี้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องใช้การรักษาในระยะยาวและมีความซับซ้อน (แรกขวัญ & สงกรานต์, 2567) นอกจากนี้ ภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อระบบสุขภาพ แต่ยังลดประสิทธิภาพการทำงานของประชากร ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในระดับมหภาค การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดผลกระทบดังกล่าว แม้ว่าจะมีมาตรการป้องกันโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากมาย เช่น การรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีช่องว่างทางความรู้หลายประการ เช่น แนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน รูปแบบความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน ประสิทธิภาพของการบูรณาการเทคโนโลยีและข้อมูลสุขภาพ รวมถึงความท้าทายด้านการดำเนินนโยบายสุขภาพ ปัจจุบันยังขาดกลไกการติดตามผลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพเพื่อวัดผลลัพธ์ของมาตรการป้องกัน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเชิงป้องกันในระดับชุมชนยังไม่ทั่วถึงและมีข้อจำกัดทางทรัพยากร ทำให้การดำเนินงานในหลายพื้นที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง แนวทางสำคัญที่ทางรัฐบาลนำมาใช้ในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี 2568 คือ การจัดตั้งศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน (Community-Based NCDs Prevention Centers) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพเชิงป้องกัน ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ทำหน้าที่คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามผลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

แม้ว่าศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนจะมีศักยภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงของประชาชน แต่การดำเนินงานยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ ประการแรกคือ ปัญหาด้านงบประมาณและทรัพยากร

บุคคล ศูนย์บางแห่งประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินโครงการสุขภาพได้อย่างเต็มที่ (วงศ์ประเสริฐ, 2568) นอกจากนี้ การขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ศูนย์ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ประการที่สอง อุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน แม้ว่าจะมีการให้ข้อมูลและจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพ แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนต้องอาศัยการสนับสนุนในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นการสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้เชิงลึก และการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ปัญหาการบูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐและเอกชน รวมถึงการขาดแคลนระบบติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ศูนย์ป้องกันโรคไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มศักยภาพ (วุฒิสักดิ์, ขวัญใจ, & กมลวรรณ, 2564)

เพื่อให้ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำเป็นต้องมีการพัฒนานโยบายสุขภาพที่ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ควบคู่ไปกับการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนให้ศูนย์สามารถดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนากลยุทธ์เชิงรุก เช่น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามผลสุขภาพ การพัฒนาสื่อให้ความรู้ที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย และการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ การบูรณาการศูนย์ป้องกันโรคกับระบบสาธารณสุขในระดับประเทศ และการส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะช่วยให้แนวทางการป้องกันโรค NCDs มีความต่อเนื่องและสามารถลดภาระของโรคเหล่านี้ได้ในระยะยาว บทความนี้ จึงมุ่งเน้นการ วิเคราะห์ประสิทธิภาพเชิงระบบ ของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน โดยพิจารณาผ่านบทบาท กลไกการดำเนินงาน การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจข้อจำกัดและศักยภาพของศูนย์ฯ ในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs พร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาและข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถสนับสนุนให้ศูนย์เหล่านี้กลายเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพเชิงระบบของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาและข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนให้เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการควบคุมโรค NCDs ในระดับพื้นที่

วิธีการศึกษา

บทความนี้ใช้วิธีการศึกษาจากการ ทบทวนวรรณกรรม (Literature Review) และ วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ งานวิจัย บทความวิชาการ เอกสารนโยบาย และรายงานจากหน่วยงานภาครัฐ รวมจำนวนทั้งสิ้น 32 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัย 22 เรื่อง บทความวิชาการ 6 เรื่อง และเอกสารจากกระทรวงสาธารณสุข 4 รายการ โดยค้นหาจากฐานข้อมูล

ThaiJo, Google Scholar และเว็บไซต์ของหน่วยงานภาครัฐ เช่น กรมควบคุมโรค และองค์การอนามัยโลก ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้แนวทางของการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) เพื่อระบุประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับบทบาท กลไก และข้อจำกัดของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนในเชิงระบบสุขภาพ โดยเน้นการเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด Logic Model ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Inputs) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) ทั้งในระยะสั้น กลาง และยาว ผลการวิเคราะห์ถูกนำมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาเชิงระบบ และข้อเสนอเชิงนโยบายในการเสริมสร้างประสิทธิภาพและความยั่งยืนของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนให้สามารถเป็นกลไกหลักในการควบคุมโรค NCDs อย่างเป็นรูปธรรม

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: บริบทและความท้าทาย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นกลุ่มของโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่มีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม โรคกลุ่มนี้มักพัฒนาช้าและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงหรือเสียชีวิตได้ โรค NCDs ที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Ahmad et al, 2019) กลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมประเทศอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย และก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ส่งผลให้ผลิตภาพการทำงานลดลงหรือสูญเสียไป รวมทั้งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล โรค NCDs ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประเทศไทย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้กลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี ค.ศ.2019 มีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs มากกว่า 41 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 74.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization, 2023) โดยกลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVDs) โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) ในประเทศกำลังพัฒนา โรค NCDs ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงเนื่องจากประชากรกลุ่มเปราะบางไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง เช่น ขาดระบบคัดกรองโรคที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และขาดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ ปัจจัยแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากชนบทสู่สังคมเมือง การเข้าถึงอาหารแปรรูป และการลดลงของกิจกรรมทางกาย ได้กลายเป็นปัจจัยเร่งให้สถานการณ์ของโรค NCDs รุนแรงยิ่งขึ้น ที่สำคัญคือ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (Health Inequity) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายของโรค NCDs ในหลายประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ยากจน การขาดการศึกษาด้านสุขภาพ การอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือการไม่มีหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มเหล่านี้มีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรค NCDs สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567)

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรค NCDs (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2030) เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกดำเนินการลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลงให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 30 ภายในปี ค.ศ. 2030 โดยใช้มาตรการทางนโยบาย เช่น การควบคุมการบริโภคยาสูบ การเก็บภาษีจากเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเน้นแนวทางแบบ “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (people-centred) และการส่งเสริมความเสมอภาคในการเข้าถึงสุขภาพ (health equity) หลายประเทศได้นำยุทธศาสตร์ดังกล่าวไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติในระดับชาติ โดยอิงจากเครื่องมือและมาตรการหลักที่ WHO แนะนำ แล้วประสบความสำเร็จ เช่น ประเทศอังกฤษ ดำเนินมาตรการควบคุมการตลาดของอาหารฟาสต์ฟู้ดและน้ำอัดลมผ่านการเก็บภาษีและควบคุมฉลาก กรณีศึกษาประเทศฟินแลนด์: นโยบายสุขภาพแห่งชาติที่พลิกวิกฤตสุขภาพ ในช่วงทศวรรษที่ 1970 ฟินแลนด์เผชิญกับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุดในโลก โดยเฉพาะในภูมิภาค North Karelia ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง เช่น การบริโภคไขมันสัตว์สูง สูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย แต่รัฐบาลฟินแลนด์ได้ริเริ่ม North Karelia Project ซึ่งกลายเป็นต้นแบบระดับโลกของการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ในขณะที่ประเทศไทย ได้นำแนวทางของ WHO มาปรับใช้ผ่านแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ซึ่งเน้นการบูรณาการนโยบายสาธารณสุข การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพระดับชุมชน และการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย (World Health Organization, 2025)

ในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 75.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 400,000 รายต่อปี ซึ่งเท่ากับมีคนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs เฉลี่ยมากกว่า 1,000 รายต่อวัน โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อแห่งชาติยังระบุว่า สัดส่วนของประชาชนไทยที่มีภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ข้อมูลจากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ (THAIS) พบว่าคนไทยเกือบ ร้อยละ 70.0 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs เช่น การบริโภคอาหารเค็ม ขาดการออกกำลังกาย และดื่มแอลกอฮอล์

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับปัญหานี้โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (พ.ศ. 2557–2564) และล่าสุดคือ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2566–2570 ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลงอย่างน้อย ร้อยละ 25.0 ภายในปี 2570 การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมการคัดกรองในระดับปฐมภูมิ และเพิ่มการเข้าถึงศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ยังมี การขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่ โดยเน้นให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนิน

มาตรการเชิงรุกผ่านการจัดตั้ง “ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน” เพื่อให้บริการด้านการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และติดตามประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเปราะบาง การดำเนินการป้องกันโรคจึงจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลาย ทั้งในระดับนโยบาย ระบบบริการสุขภาพ และระดับชุมชน โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยลดภาระของโรคเหล่านี้ อย่างเป็นรูปธรรม หากได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากรัฐ และมีการเชื่อมโยงกับนโยบายเชิงระบบอย่างชัดเจน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระดับชุมชน จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการที่ประชาชนไม่ได้เป็นเพียงผู้รับบริการ แต่เป็นหุ้นส่วน ที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมติดตามผลเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน แนวคิดนี้สะท้อนระบบสุขภาพแบบมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Health System) ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในทุกมิติของสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อ NCDs ที่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมและวัฒนธรรมควบคู่ไปกับการดูแลทางการแพทย์การมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทของการควบคุมโรค NCDs ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปัจเจกถึงระดับนโยบาย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองโรค การช่วยกันวางแผนสุขภาพชุมชน การจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพ หรือแม้แต่การเป็นแกนนำในกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ลดเค็ม ลดน้ำตาล งดสูบบุหรี่ และส่งเสริมการออกกำลังกาย ซึ่งล้วนเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเจ้าของสุขภาพ ที่แท้จริง และลดการพึ่งพาระบบบริการอย่างสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนจึงไม่ได้มีบทบาทเฉพาะด้านการให้บริการทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นเวทีกลาง ในการประสานภาคี เช่น ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. โรงเรียน วัด และภาคประชาชน ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางในการควบคุมโรค NCDs ร่วมกัน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดได้แก่ การจัดตั้งชมรมผู้ป่วย NCDs เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เช่น เดิน-ปั่นเพื่อสุขภาพ โครงการครัวเรือนลดเค็ม การเปิดเวทีประชาคมสุขภาพ และการใช้ อสม. เป็นผู้ติดตามพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง รวมถึงให้คำปรึกษาเชิงรุกในครัวเรือน ในเชิงโครงสร้าง กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถจำแนกได้เป็น 4 ระดับ (สมศักดิ์, 2564) ได้แก่ (1) ระดับครัวเรือน เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบ้าน การบันทึกสุขภาพผู้ป่วย (2) ระดับชุมชน เช่น การตั้งชมรมสุขภาพ การคัดกรองโดย อสม. เวทีประชาคม (3) ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การสนับสนุนงบประมาณ การจัดทำแผนสุขภาพตำบล และ (4) ระดับเครือข่ายภาคี เช่น การร่วมมือกับโรงเรียน วัด และสถานประกอบการ ซึ่งศูนย์ฯ ทำหน้าที่ประสานและขับเคลื่อนกลไกเหล่านี้ให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว ยังสามารถเชื่อมโยงโดยตรงกับ Logic Model (อุทัยทิพย์, 2565) ของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ในขั้น Input ชุมชนมีส่วนร่วมผ่านการจัดสรรทรัพยากรและ

อาสาสมัครสุขภาพ ในชั้น Activity เข้าร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเวทีวางแผน ในชั้น Output ส่งผลให้เกิดจำนวนชมรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม และในชั้น Outcome นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มอัตราการควบคุมโรคในกลุ่มผู้ป่วยอย่างยั่งยืน ดังตาราง Logic Model ที่ 1

ตารางที่ 1 แบบจำลองเชิงตรรกะ (Logic model)

องค์ประกอบ	รายละเอียด
ปัจจัยนำเข้า (Inputs)	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน (รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน) - บุคลากรสาธารณสุข และ อสม. - งบประมาณจาก อปท. และภาครัฐ - ระบบข้อมูลสุขภาพ HDC / e-health - ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน (วัด โรงเรียน องค์กรเอกชน) - กฎหมาย/นโยบายสนับสนุน เช่น แผนยุทธศาสตร์ NCDs
กิจกรรม (Activities)	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ - จัดเวทีประชาคมเพื่อวางแผนสุขภาพชุมชน - อบรม อสม. และแกนนำสุขภาพชุมชน - จัดตั้งและสนับสนุนชมรมสุขภาพ/ชมรมผู้ป่วย NCDs - ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ เช่น ลดเค็ม ลดหวาน ออกกำลังกาย - ติดตามผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงร่วมกับครัวเรือนและ อปท.
ผลผลิต (Outputs)	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้เข้าร่วมคัดกรองความเสี่ยง NCDs - จำนวน อสม. และแกนนำที่ผ่านการอบรม - จำนวนเวทีประชาคมและแผนสุขภาพชุมชน - จำนวนชมรมสุขภาพที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - รายงานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและภาคี
ผลลัพธ์ (Outcomes) ระยะสั้น	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับโรค NCDs - การตระหนักรู้ในระดับครัวเรือน/ชุมชน - ประชาชนเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ลดหวาน เค็ม มัน/เริ่มออกกำลังกาย)
ระยะกลาง	<ul style="list-style-type: none"> - การควบคุมโรคในผู้ป่วยดีขึ้น (เช่น ควบคุม HbA1c ได้) - ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง - ระบบติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนทำงานได้ต่อเนื่อง - อปท. สนับสนุนงบประมาณและร่วมมือในการขับเคลื่อนแผนสุขภาพ
ระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> - ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs - ลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและระบบสุขภาพ - ชุมชนมีสุขภาพดีและเกิดวัฒนธรรมสุขภาพ - ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน: แนวคิดและบทบาท

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน การเกิดขึ้นของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน เป็นผลมาจากความจำเป็นเร่งด่วนในการตอบสนองต่อวิกฤตของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และมะเร็งในประชาชนไทยมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาครัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงป้องกันในระดับชุมชน เพื่อลดภาระโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเข้าสู่ระบบบริการที่มีต้นทุนสูงในระดับโรงพยาบาล

แนวคิดหลักของการจัดตั้งศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน คือการนำระบบสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health system) และระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มาประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่การรับรู้ความเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปจนถึงการเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยศูนย์ป้องกันโรคฯ จะทำหน้าที่เป็นกลไกกลางในพื้นที่ ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ชมรมสุขภาพ และภาคประชาชน เพื่อร่วมกันลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs อย่างเป็นระบบและยั่งยืน ศูนย์เหล่านี้จึงถูกจัดตั้งขึ้นโดยมีรากฐานจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และเครือข่ายชุมชน เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันโรคแบบเชิงรุก ลดปัจจัยเสี่ยงของโรค และเป็นศูนย์รวมของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่

บทบาทศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ถือเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุกของระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังก่อนที่จะลุกลามจนต้องรักษาในระบอบทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ศูนย์ฯ ทำหน้าที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษา การติดตามผล และการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลในระดับพื้นที่ โดยบทบาทหลักสามารถแจกแจงเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

หนึ่งในภารกิจพื้นฐานของศูนย์คือ การดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ใช้เครื่องมือพื้นฐาน เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงของประชาชน การคัดกรองเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นการตรวจหาโรคเบื้องต้น แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลรายบุคคลในระยะยาว

2. การให้คำปรึกษาและความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

หลังจากการคัดกรอง ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน มีหน้าที่ให้คำปรึกษาสุขภาพแบบรายบุคคล โดยพยาบาลวิชาชีพหรืออาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรม ให้คำแนะนำในการปรับ

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค เช่น การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การเลิกบุหรี่ และการจัดการความเครียด นอกจากนี้ ศูนย์ยังจัดเวิร์กช็อปกลุ่ม เช่น โภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรือ เคล็ดล็บเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความรู้ให้กับประชาชนในรูปแบบที่เข้าถึงง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง

3. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ทำหน้าที่เป็นพื้นที่กลางในการจัดกิจกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เช่น โครงการลดเค็มในครัวเรือน กิจกรรมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายหมู่บ้าน หรือการตั้งชมรมผู้ป่วย NCDs ซึ่งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การดำเนินกิจกรรมลักษณะนี้ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ชุมชนเกิดวัฒนธรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

4. การติดตามผลสุขภาพและความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน มีบทบาทในการติดตามผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองไว้แล้ว โดยใช้ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ เช่น Health Data Center (HDC) หรือ ระบบ e-health ระดับพื้นที่ เพื่อติดตามค่าทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต HbA1c BMI และบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. การติดตามที่เป็นระบบจะช่วยให้สามารถประเมินประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำ และสามารถปรับแนวทางการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลได้อย่างเหมาะสม

5. การเชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ไม่ได้ทำงานแบบโดดเดี่ยว แต่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลสุขภาพระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม โดยมีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพ การประสานการรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน และการส่งผู้ป่วยกลับมาอยู่ในระบบดูแลของชุมชน นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกับโรงเรียน สถานประกอบการ และวัด เพื่อขยายบทบาทของศูนย์ฯ ในเชิงรุกให้เข้าถึงประชากรทุกกลุ่มได้มากขึ้น

การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ: ปฐมภูมิ – ทติยภูมิ – ตติยภูมิ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วยสามระดับ ได้แก่ ปฐมภูมิ (Primary Care), ทติยภูมิ (Secondary Care) และ ตติยภูมิ (Tertiary Care) ซึ่งได้รับการออกแบบให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลตลอดชีวิต ทั้งด้านการป้องกัน การควบคุมอาการ และการรักษาภาวะแทรกซ้อน การเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการทั้ง 3 ระดับ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และลดภาระของระบบสุขภาพโดยรวม

ระดับปฐมภูมิ ถือเป็นด่านหน้าในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการ

คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จุดแข็งของระบบปฐมภูมิคือการเข้าถึงง่าย ครอบคลุมทุกพื้นที่ และเน้นการป้องกันก่อนเกิดโรค

เมื่อพบความผิดปกติจากการคัดกรองในระดับปฐมภูมิ ศูนย์ฯ จะเชื่อมต่อผู้ป่วยไปยัง ระดับทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อรับการวินิจฉัยที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือเอกซเรย์ โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตและเบาหวานขึ้นตา หน่วยบริการระดับนี้ยังมีหน้าที่ในการจ่ายยาติดตามอาการ และให้คำแนะนำเชิงคลินิกที่ลึกซึ้งกว่าระดับปฐมภูมิ

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรง หรือมีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง เช่น การล้างไต ผ่าตัดหัวใจ หรือรับการรักษาโรคมะเร็ง จะถูกส่งต่อไปยัง ระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันเฉพาะทาง โดยในกระบวนการส่งต่อ ผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายทอดข้อมูลการรักษาอย่างครบถ้วนจากระดับล่างขึ้นบน เพื่อให้การรักษาเกิดความต่อเนื่อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ที่สำคัญ หลังจากการรักษาในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ผู้ป่วยที่อาการคงที่สามารถเข้าสู่กระบวนการ ส่งกลับ มายังระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน เพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง เช่น การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ การรับยา การดูแลแผลเรื้อรัง หรือการฟื้นฟูสุขภาพใกล้บ้าน ซึ่งช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ และทำให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

ตัวอย่างเชิงประจักษ์ของการเชื่อมโยงระบบบริการทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ โครงการคลินิก NCDs ใกล้บ้าน ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม โดย รพ.สต. มีหน้าที่คัดกรองและส่งเสริมโภชนาการ โรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ติดตามทางคลินิกและจ่ายยา ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ให้คำปรึกษาในกรณีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ระบบดังกล่าวสะท้อนถึงการบูรณาการบริการที่ชัดเจน ประชาชนไม่ต้องเดินทางไกล และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีคุณภาพ

โดยการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับผ่านบทบาทของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการโรค NCDs อย่างยั่งยืน ช่วยลดภาระของระบบบริการขนาดใหญ่ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และทำให้การดูแลสุขภาพเกิดขึ้นในบริบทที่ประชาชนเข้าถึงได้จริง

ความท้าทายในการดำเนินงานศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน

แม้ว่าศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ในการดำเนินงานจริงยังเผชิญกับความท้าทายหลายมิติ ทั้งในด้านทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณ การบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย หากไม่สามารถจัดการกับความท้าทายเหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนของศูนย์ในระยะยาว

1. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรและความต่อเนื่องของงบประมาณ ศูนย์ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบุคลากรจำกัด โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติที่ต้องแบกรับภาระงานหลากหลาย ส่งผลให้ขาดเวลาในการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขแม่เป็นกำลังสำคัญ แต่ยังคงขาดทักษะเฉพาะด้านด้าน NCDs นอกจากนี้ หลายพื้นที่ยังเผชิญปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องตรวจน้ำตาลหรือความดัน ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

2. ความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน แม้ว่าศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน จะสามารถคัดกรองและให้คำปรึกษาได้ แต่การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังเป็นเรื่องที่ยาก ต้องอาศัยทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม กลไกสนับสนุน เช่น กลุ่มเพื่อนสุขภาพหรือโค้ชสุขภาพในชุมชน ยังไม่แพร่หลายในหลายพื้นที่ ทำให้การติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวยังไม่สัมฤทธิ์ผล

3. การบูรณาการข้ามภาคส่วนและระบบข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยง การทำงานร่วมระหว่างหน่วยงาน เช่น รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน อปท. โรงเรียน และภาคประชาชน ยังขาดกลไกเชิงระบบ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนหรือขาดการประสานงาน นอกจากนี้ แม้หลายพื้นที่จะใช้ระบบ HDC หรือ Thai NCDs report แต่การบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่ทั่วถึง การใช้ข้อมูลเพื่อติดตามและสื่อสารกลับสู่ชุมชนจึงยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

4. ผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด การถ่ายโอนภารกิจตาม พ.ร.บ. การถ่ายโอนภารกิจ พ.ศ. 2562 (กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2567) ส่งผลต่อศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเรื่องบทบาทที่ไม่ชัดเจนระหว่าง รพ.สต. และหน่วยบริการระดับอำเภอ, จังหวัด การขาดความพร้อมของ อบจ. ในการดูแลสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณและกำลังคน ทำให้กิจกรรมของศูนย์บางแห่งหยุดชะงัก ขาดความต่อเนื่อง และส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร ซึ่งอาจลดทอนประสิทธิภาพของศูนย์ฯ ในระยะยาว

ประสิทธิภาพเชิงระบบของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีภารกิจในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิด หากพิจารณาในเชิงระบบ ศูนย์ฯ สามารถจำแนกโครงสร้างการดำเนินงานได้เป็น 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า (Inputs) เช่น บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ ระบบข้อมูล (2) กระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ การคัดกรอง ประเมินสุขภาพ การสื่อสารความรู้ และการติดตามผล (3) ผลผลิต (Outputs) เช่น จำนวนผู้รับบริการ ร้อยละของผู้เข้ารับการคัดกรอง และกิจกรรมสุขภาพที่จัดขึ้น และ (4) ผลลัพธ์ (Outcomes) เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อัตราการควบคุมโรคในกลุ่มผู้ป่วย และความพึงพอใจของประชาชน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของศูนย์ฯ ในเชิงระบบ ได้แก่ ความสามารถในการบูรณาการข้อมูลสุขภาพจากระดับพื้นที่กับระบบ HDC หรือ Thai NCD Report, ความพร้อมของบุคลากร และการสื่อสาร

ระหว่างหน่วยงานในระดับปฐมภูมิ – ทติยภูมิ – ตติยภูมิ หากศูนย์ฯ มีระบบการติดตามและรายงานผลลัพธ์ที่แม่นยำ จะสามารถจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเสี่ยงและปรับแผนการดูแลได้ตรงเป้าหมาย ลดการใช้ทรัพยากรที่ซ้ำซ้อน และเพิ่มผลกระทบทางสุขภาพได้อย่างคุ้มค่า

แนวทางการพัฒนาศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เพื่อให้ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สามารถดำเนินการกิจกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน จำเป็นต้องมีการพัฒนาศูนย์ฯ ในหลากหลายมิติ ทั้งในด้านระบบบริการ บุคลากร การจัดการทรัพยากร การบูรณาการข้ามภาคส่วน และการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแนวทางสำคัญสามารถนำเสนอได้ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเพิ่มทรัพยากรในระดับพื้นที่ การขับเคลื่อนศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และแรงจูงใจในการทำงานกับชุมชน จึงควรส่งเสริมให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นการดูแลผู้ป่วย NCDs การให้คำปรึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากรพื้นฐานให้เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันดิจิทัล เครื่องตรวจน้ำตาลแบบพกพา และสื่อสุขภาพที่ทันสมัย เพื่อให้การให้บริการเป็นไปอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง

2. บูรณาการระบบข้อมูลสุขภาพและสนับสนุนเทคโนโลยีดิจิทัล การพัฒนาศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ควรมุ่งเน้นการใช้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขในระดับต่างๆ ได้อย่างราบรื่น เช่น การใช้ระบบ HDC (Health Data Center) หรือ Thai NCD Report ร่วมกับแผนที่สุขภาพชุมชน (Health Mapper) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนติดตามกลุ่มเสี่ยง และประเมินผลการดำเนินงานอย่างแม่นยำ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Mobile Health, ระบบนัดหมายออนไลน์ และแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

3. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ควรมีบทบาทในการขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยส่งเสริมให้ประชาชน ชมรมสุขภาพกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรในพื้นที่เข้ามามีบทบาทตั้งแต่การวางแผน การดำเนินกิจกรรม ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล เช่น การจัดเวทีประชาคมเพื่อระบุปัญหาและออกแบบแผนสุขภาพตำบล การสร้างชมรมผู้ป่วย NCDs เพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกันในกระบวนการควบคุมโรค และการเชื่อมโยงกับองค์กรภาคีต่างๆ เช่น วัด โรงเรียน และสถานประกอบการ เพื่อขยายขอบเขตของกิจกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

4. เสริมพลังการบริหารจัดการร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ในบริบทของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นอย่างยิ่งที่ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน จะต้องสร้างความร่วมมือเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด

อย่างใกล้ชิด โดยควรมีการตั้งคณะกรรมการร่วมกำหนดแผนสุขภาพตำบล บูรณาการแผนงานและงบประมาณเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน และร่วมกันติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ควรมีการจัดอบรมผู้บริหารท้องถิ่นให้มีความเข้าใจด้านสุขภาพชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่เอื้อต่อการพัฒนาศูนย์อย่างต่อเนื่อง

5. พัฒนารูปแบบการบริการแบบบูรณาการและไร้รอยต่อ (Seamless Service) ควรพัฒนารูปแบบการบริการที่เชื่อมโยงระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อย่างเป็นระบบ เช่น การจัดทำแผนการดูแลร่วม (Shared Care Plan) ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลชุมชน การส่งต่อกลับ (Reverse Referral) ผู้ป่วยที่อาการคงที่มาดูแลในระดับชุมชน และการใช้ระบบข้อมูลร่วมในการติดตามสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และลดภาระของโรงพยาบาลใหญ่

6. สนับสนุนการวิจัยและการเรียนรู้ในพื้นที่ การพัฒนาศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ให้มีประสิทธิภาพควรสนับสนุนให้เกิดการวิจัยในระดับพื้นที่ เช่น การศึกษาผลลัพธ์ของกิจกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมประชาชน การวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับชุมชน (Participatory Action Research) ผลลัพธ์จากการวิจัยเหล่านี้จะเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ช่วยพัฒนากลยุทธ์ให้มีความเหมาะสมกับบริบท และต่อยอดไปสู่การกำหนดนโยบายในระดับสูงได้

กลไกที่ส่งเสริมความยั่งยืนของศูนย์ฯ ในการลดปัจจัยเสี่ยงของประชาชน

ความยั่งยืนของการดำเนินงานศูนย์ฯ ไม่อาจพึ่งพาโครงการระยะสั้นหรือเฉพาะกิจได้เท่านั้น แต่ต้องมีการสร้างรากฐาน ของการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนและองค์กรท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง กลไกที่ส่งเสริมความยั่งยืน ได้แก่ การบูรณาการแผนสุขภาพของศูนย์ฯ เข้ากับ แผนพัฒนาท้องถิ่นของ อปท. อย่างเป็นทางการ การตั้ง คณะกรรมการสุขภาพตำบล ซึ่งมีภารกิจร่วมกันวางแผน ติดตาม และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ และการเสริมสร้าง ชมรมสุขภาพ หรือ ชมรมผู้ป่วย NCDs ให้เป็นองค์กรชุมชนที่มีบทบาทเป็นเจ้าของกิจกรรมสุขภาพ ไม่ใช่เพียงผู้เข้าร่วม

นอกจากนี้ ความยั่งยืนยังขึ้นอยู่กับการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการบริหารจัดการตนเอง เช่น การจัดทำบัญชีครัวเรือนสุขภาพ การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่อย่างต่อเนื่อง และการสร้างแรงจูงใจแบบไม่ใช้เงิน เช่น การมอบรางวัลชุมชนต้นแบบ ชุมชนปลอดหวาน ปลอดเค็ม เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและต่อยอดกิจกรรมโดยไม่ต้องพึ่งพางบประมาณจากรัฐตลอดเวลา

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเชิงระบบและสร้างความยั่งยืน

เพื่อให้ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเชิงระบบ และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงของประชาชนอย่างยั่งยืน ควรมีข้อเสนอเชิงนโยบายดังนี้

1. พัฒนาการอบนโยบายระดับชาติที่กำหนดบทบาทของศูนย์ฯ อย่างชัดเจน โดยบรรจุเป็นกลไกถาวรในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ เช่นเดียวกับคลินิกหมอครอบครัว หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อรับรองสถานะเชิงโครงสร้าง

2. สนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากทุกระดับแบบไร้รอยต่อ (interoperability) และส่งเสริมการใช้ระบบติดตามสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ เช่น HDC ร่วมกับ Thai NCD App เพื่อให้สามารถติดตามความเสี่ยงและผลลัพธ์สุขภาพแบบ real-time

3. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางสำหรับบุคลากรศูนย์ฯ และ อสม. ในประเด็น NCDs, coaching behavior change และการใช้ข้อมูลในการวางแผนเชิงสุขภาพ ให้สามารถทำงานเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการสนับสนุนศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านงบประมาณ แผนงาน และบุคลากร โดยต้องมีการถ่ายโอนความรู้และระบบจากหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอควบคู่

5. สร้างกลไกประเมินผลกระทบสุขภาพของศูนย์ฯ แบบองค์รวม (Health Impact Framework) ที่ไม่เพียงวัดจำนวนผู้รับบริการหรือกิจกรรม แต่รวมถึงผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ การลดภาวะแทรกซ้อน และภาระทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น วัด โรงเรียน ภาคเอกชน เพื่อขยายพื้นที่กิจกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย และลดการกระจุกตัวของงานไว้ที่ศูนย์ฯ เพียงแห่งเดียว

ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยจัดหมวดหมู่ตามหัวข้อหลัก/ประเด็นวิเคราะห์จำนวนเอกสารหรือบทความที่พบ สาระสำคัญที่พบ (เนื้อหา) ตอบวัตถุประสงค์ใด และแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปเนื้อหาการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์แก่นสาระ

หัวข้อหลัก	จำนวนแหล่งข้อมูลที่พบ	สาระสำคัญ	ตอบวัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้
บริบทและความรุนแรงของโรค NCDs	9	แนวโน้มการเสียชีวิตสูงจาก NCDs, ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยงในประชากรกลุ่มเปราะบาง	ข้อ 1	Social Determinants of Health, WHO Global NCD Strategy
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุม NCDs	6	บทบาทของประชาชน อสม. และกลไกชุมชน เช่น เวทีประชาคม ชุมรมสุขภาพ ในการขับเคลื่อนสุขภาพเชิงรุก	ข้อ 1	Community Participation Theory, Empowerment Model
บทบาทของศูนย์ป้องกัน	6	ศูนย์ฯ มีบทบาททั้งด้านคัดกรอง ให้คำปรึกษา ติดตาม	ข้อ 1	Primary Health Care Concept (Alma-Ata)

โรคไม่ติดต่อ ในชุมชน		และส่งต่อ เชื่อมกับระบบ ปฐมภูมิ-ตติยภูมิ		
ความเชื่อมโยง ระบบบริการ สุขภาพ	7	การส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ. สต. – รพช. – โรงพยาบาล ศูนย์ ยังมีปัญหาการบูรณา การและการใช้ข้อมูลร่วม	ข้อ 1	Continuum of Care, Integrated Health System
ความท้าทาย ในการ ดำเนินงาน ศูนย์ฯ	4	พบปัญหาทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูล และผลกระทบจากการถ่าย โอนภารกิจ รพ.สต.	ข้อ 1	Systemic Barrier Analysis, Policy Implementation Gaps
แนวทาง พัฒนาศูนย์ฯ ให้มี ประสิทธิภาพ	5	เน้นการวางระบบสนับสนุน การพัฒนาบุคลากร การ เสริมสร้างแรงจูงใจ และการ มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ	ข้อ 2	Logic Model, Health System Strengthening Framework
กลไกที่ ส่งเสริมความ ยั่งยืนของ ศูนย์ฯ	4	เสนอการใช้ฐานข้อมูล สุขภาพ การจัดงบประมาณ อปท. และการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในทุกขั้นตอน	ข้อ 2	Sustainability Model, Intersectoral Collaboration Model
ข้อเสนอเชิง นโยบาย	5	ควรจัดทำคู่มือบทบาทศูนย์ฯ อย่างชัดเจน เสนอให้มี ตัวชี้วัดผลสุขภาพชุมชน สนับสนุนบทบาท อปท. ใน การขับเคลื่อนร่วมกับ สาธารณสุข	ข้อ 2	Evidence-Based Policy Development, Health Governance Model

สรุป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตและภาวะเจ็บป่วยจากโรคเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs จึงไม่สามารถพึ่งพาระบบบริการสุขภาพส่วนกลางเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยกลไกการทำงานในระดับชุมชนที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน จึงถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการควบคุมโรค NCDs ในระดับพื้นที่ โดยมีบทบาททั้งในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษา ติดตามผลสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม และเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องกับระบบบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ บทความนี้ได้นำเสนอกรอบแนวคิดของประสิทธิภาพเชิงระบบ

ผ่านแบบจำลองตรรกะ (Logic Model) ที่ครอบคลุมองค์ประกอบตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ เพื่อแสดงให้เห็นว่า ศูนย์ฯ สามารถเป็นศูนย์กลางการดำเนินงานแบบองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อในระดับครัวเรือน ชุมชน และระดับประเทศได้อย่างมีนัยสำคัญ

แม้ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน จะมีศักยภาพสูงในการลดภาระโรค แต่ยังมีเผชิญความท้าทายหลายด้าน เช่น การขาดทรัพยากรบุคลากร งบประมาณที่ไม่ต่อเนื่อง ความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การบูรณาการข้ามภาคส่วนที่ยังไม่ลงตัว ตลอดจนผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งอาจกระทบต่อความต่อเนื่องและความชัดเจนของบทบาท ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน อย่างไรก็ตาม หากมีการพัฒนาเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านการสนับสนุนนโยบายระดับชาติ การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการออกแบบระบบติดตามผลที่ชัดเจน จะช่วยให้ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และเป็นกลไกหลักในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs ได้อย่างแท้จริงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดบทบาทศูนย์ฯ ให้ชัดเจน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ ควรระบุภารกิจของศูนย์ฯ อย่างเป็นทางการ พร้อมวางกลไกการทำงานร่วมกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิให้เป็นระบบและต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนาเวทีประชาคม ชมรมสุขภาพ อสม. และกลุ่มภาคีในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผลการป้องกันโรค NCDs ร่วมกับศูนย์ฯ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ สนับสนุนการอบรมบุคลากรด้านพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีมาช่วยติดตามและประเมินผลได้แม่นยำยิ่งขึ้น
4. สร้างกลไกสนับสนุนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บูรณาการแผนงานและงบประมาณร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับ อปท. พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพตำบลเพื่อร่วมบริหารและติดตามผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค ควรกำหนดบทบาทมาตรฐานของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน และพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงระดับประเทศ เพื่อใช้เป็นฐานการวางแผนนโยบาย
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง บูรณาการแผนสุขภาพกับ รพ.สต. และชุมชน เพื่อขับเคลื่อนศูนย์ฯ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดสรรงบประมาณตามผลลัพธ์สุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนา “พื้นที่นวัตกรรมศูนย์ฯ” ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่ประสานระบบการส่งต่อ และติดตามผลผู้ป่วย พร้อมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยง NCDs
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยหลักในการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ฯ โดยใช้ข้อมูลสุขภาพวางแผนดูแลกลุ่มเสี่ยง และสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
6. ประชาชน, กลุ่มเสี่ยง, ชมรมสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานศูนย์ฯ ทั้งการวางแผน ประเมินผล และกิจกรรมสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ปี 2562 (1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2563). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2567). แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย (2566—2570) (ปี 2567). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, ธีระวัฒน์ วีระพันธ์, ธีระพงษ์ แก้วอมร, & รุ่งรัตน์ พลະไกร. (2567). การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4(2), Article 2.
- แรกขวัญ สระวาสี, & สงกรานต์ สมบุญ. (2567). การศึกษาปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อคุณภาพชีวิตของตัวชี้วัดสถานการณ์สังคมไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2567(33), 404–416.
- จำรัส วงศ์ประเสริฐ. (2568). การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 12(1), Article 1.
- วุฒิสักดิ์ รักเดช, ขวัญใจ จิตรภักดี, & กมลวรรณ คุ้มวงษ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(5), 880–893.
- สมศักดิ์ สามัคคีธรรม. (2564). แนวคิดของเกลน แลฟเวอแรค ว่าด้วย “การเสริมพลังชุมชน”. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, 29(1), 1–28.
- อุไรวรรณ สาสังข์, สุนันทา ครองยุทธ, & ยมมา ชนะนิล. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 15(1), Article 1.

อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล. (2565, ธันวาคม 2). แนวคิดแบบจำลองเชิงตรรกะ (Logic Model) ก้กับการประเมินโครงการ [เอกสารประกอบการนำเสนอ]. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การประยุกต์ใช้ 3 D Logic Model ในการประเมินผลโครงการ. https://e-learning.oae.go.th/uploads/course_schedule/attach

Ahmad, D. M., Tarik, M., Fatma, N., Mobeen, A., & Quamri, D. M. A. (2019). Non-communicable diseases (NCDs) and their burden-A review. <https://consensus.app/papers/noncommunicable-diseases-ncds-and-their-burdena-review-ahmad-tarik/d907663d816c5dc3b38874ba44b14673/>

World Health Organization. (2023). Non communicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (2025). Implementation roadmap 2023-2030 for the Global action plan. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/roadmap>

ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

Knowledge, Attitudes and Perceptions Affecting Pesticide Use Behavior among
Rice Farmers in Bang Pla Ma District, Suphan Buri Province

นพดล ทองอร่าม^{1*}, สุทธิศักดิ์ สุริรัช², กนกพร สมพร³

Nopadol Thongaram¹, Sutthisak Surirak, Kanokporn Somporn³

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก^{1,2}, สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา³

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute^{1,2}, Department of Community Public Health, College of Allied Health Sciences,

Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok³

(Received: March 11, 2025; Revised: March 25, 2025; Accepted: April 24, 2025)

บทคัดย่อ

สารกำจัดศัตรูพืชถูกใช้อย่างแพร่หลายในภาคเกษตรกรรม ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยเป็นผู้บริโภคสารกำจัดศัตรูพืชรายใหญ่อันดับที่ 18 ของโลก ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของเกษตรกรและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามเป็นแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ Kuder- Richardson 20 เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเกษตรกร จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน รวมทั้งการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรแสดงพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง ($M=126.77$, $SD=14.72$) มีความรู้ ($M=14.06$, $SD=0.97$) และการรับรู้ ($M=83.92$, $SD=7.97$) ในระดับสูง โดยมีทัศนคติในระดับปานกลาง ($M=37.43$, $SD=4.18$) การรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรม ($r=.404$, $p<.0001$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r=.249$, $p<.01$) และความรู้แสดงความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.132$, $p<.05$) การวิเคราะห์การถดถอยพบว่าปัจจัยเหล่านี้ อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 22.20 ($R^2=0.222$, $p<.001$) โดยการรับรู้มีอิทธิพลมากที่สุด ($\beta=.363$) ตามด้วยทัศนคติ ($\beta=.206$) และความรู้มีอิทธิพลเชิงลบ ($\beta=-.185$) สำหรับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ความกังวลด้านสุขภาพ แนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยที่ไม่สม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากรัฐบาลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกรผู้ทำนาข้าวให้ความสำคัญกับการได้รับค่าตอบแทนจากผลผลิตมากกว่าความปลอดภัยในระยะยาว ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้และทัศนคติต่อความ

ปลอดภัยในการใช้สารกำจัดศัตรูพืช เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติ ควบคู่กับกลยุทธ์การควบคุมศัตรูพืชทางเลือก
นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกร, ความรู้, การรับรู้, ทัศนคติ

* Corresponding author: Nopadol Thongaram, e-mail: Nopadol@phcsuphan.ac.th

Abstract

Pesticides are widely used in the agricultural sectors, posing significant risks to health and the environment. Thailand ranks as the 18th largest consumer of pesticides globally, raising concern about farmers' health and environmental safety. This research employed a mixed-method approach aiming to examine pesticide usage behaviors among rice farmers in Bang Pla Ma District, Suphan Buri Province. The quantitative research component involved 225 participants selected through multi-stage sampling. Data collection instruments included a knowledge test and questionnaires measuring attitudes, perceptions, and pesticide usage behaviors. The knowledge test had a Kuder-Richardson 20 reliability coefficient of 0.82, while the questionnaire had a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. The qualitative study comprised in-depth interviews with 15 farmers. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis, and also thematic content analysis.

The findings revealed that farmers demonstrated high-level pesticide usage behaviors ($M=126.77$, $SD=14.72$), with high levels of knowledge ($M=14.06$, $SD=0.97$) and perceptions ($M=83.92$, $SD=7.97$), while maintaining moderate attitudes ($M=37.43$, $SD=4.18$). Perceptions showed a moderate positive correlation with behavior ($r=.404$, $p<.001$), attitudes demonstrated a low positive correlation ($r=.249$, $p<.01$), and knowledge exhibited a low negative correlation ($r=-.132$, $p<.05$). Regression analysis indicated that these factors accounted for 22.20% of behavioral variance ($R^2=0.222$, $p<.001$), with perceptions having the strongest influence ($\beta=.363$), followed by attitudes ($\beta=.206$), while knowledge had a negative influence ($\beta=-.185$). The qualitative research findings identified economic constraints, health concerns, inconsistent safety practices, and government support as factors affecting pesticide usage behaviors. Rice farmers prioritized financial returns from their crops over long-term safety considerations. Therefore, relevant agencies should develop approaches to enhance perceptions and attitudes toward safety of pesticide use, such as practical training programs, alongside alternative pest control strategies, leading to sustainable behavioral changes promoting safer practices.

Keywords : pesticide use behaviors, farmers, knowledge, perceptions, attitudes

บทนำ

สารกำจัดศัตรูพืช (Pesticides) เป็นสารเคมีสังเคราะห์ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและกำจัดศัตรูพืชและวัชพืช เพื่อป้องกันความเสียหายของผลผลิตทางการเกษตร ในขณะเดียวกันสารกำจัดศัตรูพืชอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์ได้เช่นกัน (Sood, 2024; Christopher & Maher, 2022) การใช้สารกำจัดศัตรูพืชอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของสิ่งมีชีวิต เนื่องจากสามารถตกค้างและแพร่กระจายในอากาศ ดิน และแหล่งน้ำ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อระบบนิเวศ รวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัยของอาหารต่อผู้บริโภค (Sood, 2024; Amita et al., 2023) อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์และสัตว์ในระยะยาวผ่านการสะสมในห่วงโซ่อาหาร นอกจากนี้ สารกำจัดศัตรูพืชบางชนิดยังสามารถกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรมและระบบต่างๆ ในร่างกายสิ่งมีชีวิตได้ (Amita et al., 2023; Grazielle et al., 2019)

จากสถานการณ์การใช้สารกำจัดศัตรูพืช พบว่า ปริมาณการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 18 ของโลก และอันดับที่ 5 ในภูมิภาคเอเชีย (Ratana et al., 2023) นอกจากนี้ สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร รายงานข้อมูลปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบทางการเกษตร ปีพ.ศ.2555-2564 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่าการนำเข้าสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงศัตรูและโรคพืชมีปริมาณเท่ากับ 29,554 และ 24,248 ตัน ตามลำดับ การใช้สารเคมีของเกษตรกรมีการใช้ตั้งแต่การเตรียมพื้นที่เพาะปลูกจนถึงเสร็จสิ้นการผลิต ทั้งนี้การใช้สารเคมีไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ โดยเฉพาะการใช้ในอัตราที่สูงเกินความจำเป็นและไม่ถูกเวลาจะส่งผลให้เกิดสารพิษตกค้างในผลผลิตทางการเกษตรรวมทั้งสิ่งแวดล้อมได้ (ผกาภาศ วงศ์เตย และคณะ, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความเสี่ยงที่เกษตรกรไทยต้องเผชิญจากการสัมผัสสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

จากรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการติดตามและเก็บข้อมูลสุขภาพของเกษตรกรและประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรอย่างต่อเนื่อง ผลการเฝ้าระวังพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชสูงถึง 41,941 ราย โดยในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยสูงสุด จำนวน 10,686 ราย นอกจากนี้ ยังพบว่ามีครัวเรือนที่ยังคงใช้สารเคมีทางการเกษตรจนถึงปัจจุบันจำนวน 677,522 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 25.60 ของครัวเรือนทั้งหมด และเมื่อพิจารณาข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสสารกำจัดแมลง รองลงมาคือ สารกำจัดวัชพืช (โดยไม่ได้จำแนกชนิดของสารเคมี) โดยคิดเป็นอัตราป่วย 4.4 และ 1.62 คนต่อประชากรแสน ตามลำดับ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2565)

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ในการทำการเกษตรปริมาณมาก และเป็นแหล่งผลิตอาหารและอุตสาหกรรมการแปรรูปการเกษตรที่สำคัญ ส่งผลให้เศรษฐกิจมีการขยายตัวและเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง ประชาชนร้อยละ 87.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นรายได้หลัก (นาตยา ดวงประทุม และคณะ, 2565) โดยมีพื้นที่เพาะปลูกถึง 3.36 ล้านไร่ ซึ่งมากที่สุดในประเทศไทยและในกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง จากข้อมูลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (2567) รายงานว่า พื้นที่อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นพื้นที่ทำนามากที่สุดของจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 15.67 ของพื้นที่ทำนาทั้งหมด เนื่องจากสภาพพื้นที่ อากาศ น้ำ ที่เอื้ออำนวยสำหรับการเพาะปลูก รองลงมาได้แก่ พื้นที่ในเขตอำเภอสองพี่น้อง ร้อยละ 14.46 และจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาฆ่าแมลงของเกษตรกรในอำเภออู่ทอง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เกษตรกรยังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกวิธี และมี

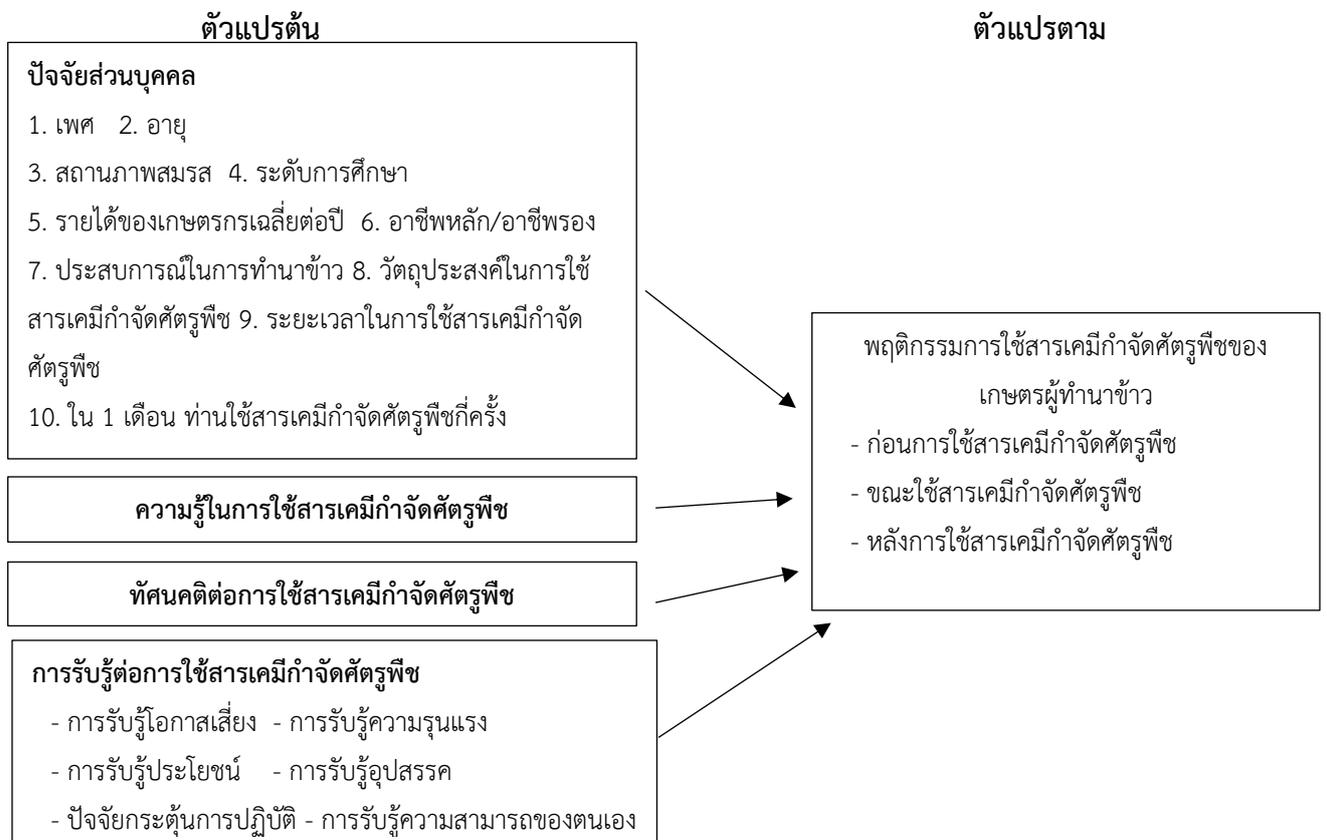
พฤติกรรมเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน เช่น การรับประทานอาหารหรือสูบบุหรี่ระหว่างการใช้สารเคมี (นาตยา ดวงประทุม และคณะ, 2565)

ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยและถูกวิธี ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว และรวมไปถึงลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในระยะยาว นำไปสู่การป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาความรู้ ทักษะ และการรับรู้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods study) ระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10,458 คน (สำนักงานเกษตรอำเภอบางปลาม้า, 2567)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 225 คน เป็นตัวแทนจากครัวเรือนเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี การกำหนดขนาดตัวอย่างดำเนินการโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยมีพารามิเตอร์ ดังนี้ เลือก Test Family เป็น F test, เลือก Statistical test เป็น Linear Multiple Regression: Fixed Model, R^2 Deviation from zero, โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง = 0.15 (Kaur et al., 2018) ค่าความคลาดเคลื่อนแบบ Alpha = 0.05 และค่า Power = 0.95 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 204 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสีย/ไม่ครบถ้วนของข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 225 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-State Random Sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อเลือก 30% ของตำบลทั้งหมด จากจำนวน 14 ตำบล ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ตำบลที่ได้รับการคัดเลือก คือ ตำบลวัดโบสถ์ ตำบลบางใหญ่ ตำบลบ้านแหลม ตำบลบางปลาม้า ตำบลโคกคราม

ขั้นที่ 2 เลือกจำนวน 2 หมู่บ้านจากแต่ละตำบลที่ได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อเป็นตัวแทนของตำบลนั้น ๆ จากนั้นจัดสรรขนาดตัวอย่างสำหรับแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของขนาดประชากร

ขั้นที่ 3 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญเพื่อคัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินต่อไปจนกว่าจะได้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ (อรุณ จิรวัดนกุล และคณะ, 2553)

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นเกษตรกรผู้ปลูกข้าวทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) มีอาการป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการให้ข้อมูล 2) มีอุปสรรคในการสื่อสารและการให้ข้อมูล 3) ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาที่ศึกษา

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 15 คน ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi- Structured) มีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังเช่นระยะที่ 1 และพิจารณาความหลากหลายในด้านประสบการณ์การทำงานเกษตร ปริมาณการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และความตระหนักเกี่ยวกับวิธีการจัดการศัตรูพืชทางเลือก

การสัมภาษณ์ใช้เวลา 45-60 นาที ครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความกังวลด้านสุขภาพ แนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย และแนวทางการทำเกษตรกรรมทางเลือก การสัมภาษณ์ดำเนินการในสถานที่ที่สะดวกสำหรับผู้ให้ข้อมูล โดยมีการบันทึกเสียงภายใต้ความยินยอมและได้รับการแจ้งจากผู้วิจัยก่อนการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์เน้นการใช้คำถามเชิงลึก การสร้างความไว้วางใจผ่านภาษาท้องถิ่นรวมถึงประเด็นความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม ความยืดหยุ่นในลำดับคำถาม และการจัดการประเด็นอ่อนไหว ควบคู่ไปกับการบันทึกสัญญาณที่ไม่ใช่คำพูดและองค์ประกอบบริบทแวดล้อม การตรวจสอบสามเส้ากับข้อมูลเชิงปริมาณ การสังเกตภาคสนาม และการถอดเทปแบบมีโครงสร้าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของเกษตรกรเฉลี่ยต่อปี อาชีพหลัก/อาชีพเสริม ประสบการณ์ในการทำนาข้าว วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 15 ข้อ (รวม 15 คะแนน) ประกอบด้วย ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้ผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อม มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบคือ ถูกได้ 1 คะแนน และ ผิดได้ 0 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว พิจารณาภาพรวมมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตาม Bloom (1975) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ความรู้ระดับสูง คือได้คะแนนร้อยละ 80 -100 ความรู้ระดับปานกลาง คือได้คะแนนร้อยละ 60-79 ความรู้ระดับต่ำ คือได้คะแนนร้อยละ 0 -59

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ (รวม 50 คะแนน) ประกอบด้วย ทศนคติต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทศนคติต่อผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อม เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 20 ข้อ (รวม 100 คะแนน) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยกระตุ้น และความสามารถของตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คำถามมีข้อความเชิงบวก ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 ข้อ (รวม 150 คะแนน) ประกอบด้วย การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนขณะและหลังการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คำถามมีข้อความเชิงบวก ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ซึ่งส่วนที่ 3 – 5 ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตาม 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งพัฒนาขึ้นผ่านการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาสิ่งแวดล้อม เกษตร และสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึก โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ 45-60 นาที ครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความกังวลด้านสุขภาพ แนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย และแนวทางการทำเกษตรกรรมทางเลือก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นจะนำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองเก็บข้อมูล (Try out) กับเกษตรกรผู้ทำนาข้าวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัย หาเชื่อมั่นของตัวแปรด้านความรู้ ด้วยวิธี Kuder- Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.82 และตัวแปรการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อทดสอบสมมติฐานตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient: r) และมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ทั้งในทางบวกและลบ ดังนี้ (เชษฐภูมิ วรรณไพศาล, 2562)

ค่า r ระหว่าง $\pm .01$ ถึง $\pm .29$ หมายถึง ระดับต่ำ

ค่า r ระหว่าง $\pm .30$ ถึง $\pm .49$ หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่า r ระหว่าง $\pm .50$ ถึง ± 1.00 หมายถึง ระดับสูง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ก่อนการวิเคราะห์ได้มีการตรวจสอบทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ทุกตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (Normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.29 ถึง 4.32 และค่า Tolerances อยู่ระหว่าง 0.21 ถึง 0.74 และไม่พบ Autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.56 (Senaviratna & Cooray, 2019)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ได้รับการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Content Analysis) และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) รวมถึงการอ้างอิงร่วมกับผลการสำรวจเชิงปริมาณ การทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม การเกษตร และสาธารณสุขศาสตร์ การสังเกตภาคสนาม และการตรวจสอบโดยผู้เข้าร่วมและสังเกตอาการปฏิกิริยาที่ไม่ใช่คำพูดและองค์ประกอบของบริบทของพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมในการเก็บข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยโปรแกรม QDA Miner Lite ซึ่งเป็นโปรแกรมฟรีแวร์ที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์แบบ Thematic Analysis เพื่อช่วยในการจัดการข้อมูล การทำรหัส (Coding) และจัดหมวดหมู่เนื้อหาอย่างเป็นระบบ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (COA.1-025/2567 เมื่อ 16 พฤษภาคม 2567) โดยยึดหลักการด้านจริยธรรมการวิจัย มีการขอความยินยอมตามแบบข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล และความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาและสิทธิของตน รวมถึงการเข้าร่วมโดยสมัครใจ และแนวทางในการถอนตัวจากการร่วมวิจัย ข้อมูลการวิจัยได้รับการจัดเก็บอย่างปลอดภัยและจะถูกทำลายภายใน 6 เดือนหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเกษตรกรผู้ทำนาข้าว จำนวน 225 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.27 ปี เกษตรกรส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.70 อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.40 การศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.00 รายได้ของเกษตรกรระหว่าง 10,001-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.00 ทำนาเป็นอาชีพหลัก คิดเป็นร้อยละ 84.90 มีประสบการณ์ในการทำนามากกว่า 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.90 เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีเพื่อวัตถุประสงค์หลายประการ รวมถึงการควบคุมศัตรูพืช การใช้สารกำจัดเชื้อรา และการจัดการวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 77.80 เกษตรกรใช้สารเคมีทางการเกษตรมานานกว่า 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.10 ความถี่ของการใช้สารกำจัดศัตรูพืช 1-5 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 90.20 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 225)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	104	46.20
หญิง	121	53.80
อายุ (ปี) (M =51.27, SD = .10.78, Min =23, Max =85)		
23 - 40 ปี	43	19.10
41 - 60 ปี	123	54.70
61 ปีขึ้นไป	59	26.20
สถานภาพ		
โสด	25	11.10
สมรส	172	76.40
หม้าย/หย่า/แยก	28	12.40
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	108	48.00
มัธยมต้น	44	19.60
มัธยมปลาย	51	22.70
อนุปริญญา	11	4.90
ปริญญาตรี	11	4.90
รายได้เฉลี่ยต่อปี		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	32	14.20
10,001 - 50,000 บาท	81	36.00
50,001 - 100,000 บาท	16	7.10
100,001 - 150,000 บาท	29	12.90
150,001 บาทขึ้นไป	67	29.80
อาชีพหรืออาชีพเสริม		
อาชีพหลัก	191	84.90
อาชีพรอง	34	15.10
ประสบการณ์ในการทำนาข้าว		
1 - 5 ปี	43	19.10
6 - 10 ปี	37	16.4
11 - 15 ปี	29	12.90
16 - 20 ปี	33	14.70
21 ปีขึ้นไป	83	36.90

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 225) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
วัตถุประสงค์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
สารเคมีเพื่อการกำจัดแมลง	23	10.20
สารเคมีเพื่อกำจัดเชื้อรา	3	1.30
สารเคมีเพื่อกำจัดวัชพืช	24	10.70
สารเคมีเพื่อกำจัดแมลง เชื้อรา และวัชพืช	175	77.80
ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
1 – 5 ปี	51	24.90
6 – 10 ปี	34	15.10
11 – 15 ปี	31	13.80
16 – 20 ปี	25	11.10
21 ปีขึ้นไป	79	35.10
ความถี่การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 1 เดือนที่ผ่านมา		
1 – 5 ครั้ง	203	90.2
6 – 10 ครั้ง	15	6.70
11 – 15 ครั้ง	5	2.20
16 – 20 ครั้ง	2	0.9

2. ระดับของความรู้ ทักษะ การรับรู้ กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M= 126.77, SD= 14.72) ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ในระดับสูง (M= 14.06, 83.92 : SD= 0.97, 7.97 ตามลำดับ) ในขณะที่ทัศนคติต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง (M= 37.43, SD= 4.18) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 225)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
พฤติกรรมการใช้สารเคมี (คะแนนเต็ม 150 คะแนน)	126.77	14.72	สูง
ความรู้ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	14.06	0.97	สูง
ทักษะคิด (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	37.43	4.18	ปานกลาง
การรับรู้ (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	83.92	7.97	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับปานกลาง ($r = .404$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รองลงมาคือ ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับต่ำ ($r = .249$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับต่ำ ($r = -.132$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การรับรู้กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n = 225)

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃
พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Y)	1.00	-.132*	.249**	.404**
ความรู้ (X ₁)		1.00	.209**	.028
ทักษะคิด (X ₂)			1.00	.223**
การรับรู้ (X ₃)				1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า การวิเคราะห์ปัจจัยระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยตัวแปรทั้งสามร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ร้อยละ 22.2 ($R^2 = 0.222$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 21.078$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่า การรับรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีสูงที่สุด ($\beta = .363$, $p < .001$) รองลงมาคือ ทักษะคิด ($\beta = .206$, $p = .001$) ในขณะที่ความรู้มีอิทธิพลในทิศทางลบ ($\beta = -.185$, $p = .003$) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

แสดงอิทธิพลในทางลบ ($\beta = -.185, p = .003$) สมการพยากรณ์สามารถเขียนได้สองรูปแบบ ดังนี้

1. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ $Y = 82.680 - 2.802(X_1) + 0.727(X_2) + 0.670(X_3)$

2. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z = -.185(Z_1) + .206(Z_2) + .363(Z_3)$

โดยที่ Y หรือ Z = พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช X_1 หรือ $Z_1 =$ ความรู้, X_2 หรือ $Z_2 =$ ทักษะ และ X_3 หรือ $Z_3 =$ การรับรู้

ซึ่งสมการพยากรณ์สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

1. เมื่อความรู้เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะลดลง 0.185 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

2. เมื่อทักษะเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะเพิ่มขึ้น 0.206 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

3. เมื่อการรับรู้เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะเพิ่มขึ้น 0.363 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่าเท่ากับ 13.06432 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรต้น	B	S	β	t	p-value
	.E.				
(constant)	82.6	1		2	0.000
	80	5.800		.233	
ด้านความรู้ (x_1)	-	.	-	-	0.003
	2.802	917	.185	3.055	
ด้านทักษะ (x_2)	.727	.	.206	3	0.001
		219		.318	
ด้านการรับรู้ (x_3)	.670	.	.363	5	0.000
		112		.964	

R=0.472; R²=0.222; Adjusted R² = 0.212; Standard Error of the Estimate (SE_{est}) = 13.06432; F= 21.078; p-value < 0.001; *Correlation is significant at the 0.05

5. ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-Depth Interview) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง(Semi- Structured) กับเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จำนวน 15 คน ทำให้เห็นประเด็นสำคัญ 4 ประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดังนี้

1. แรงกดดันทางเศรษฐกิจ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจปรากฏเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลักของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกรเน้นย้ำถึงความต้องการของตลาดที่ต้องการผลผลิตสูงและข้อจำกัดทางการเงินที่ส่งผลกระทบต่อทางเลือกในการทำเกษตรของกลุ่มเกษตรกร

"ผมรู้ว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอาจเป็นอันตราย แต่ถ้าผมไม่ใช้ ผลผลิตของผมจะลดลง และผมจะมีรายได้ไม่เพียงพอ" (เกษตรกรรายที่ 3)

"สารกำจัดศัตรูพืชอินทรีย์มีราคาแพงเกินไป และตลาดไม่ได้ยอมรับผลิตภัณฑ์อินทรีย์เสมอไป" (เกษตรกรรายที่ 8)

2. ความกังวลด้านสุขภาพ ผู้ให้สัมภาษณ์อธิบายว่า ปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมถึงอาการวิงเวียน คลื่นไส้ และระคายเคืองผิวหนัง การเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำกัดยิ่งทำให้ความกังวลเหล่านี้เพิ่มขึ้น

"หลังจากฉีดพ่น ผมมักรู้สึกวิงเวียน แต่ผมไม่มีทางเลือก ถ้าผมไม่ทำงาน ผมก็ไม่ได้รายได้" (เกษตรกรรายที่ 7)

"ผมเคยมีผื่นคันที่ผิวหนังมาก่อน แต่ผมไม่มีเงินไปพบหมอ หรือไปก็ทำให้ผมขาดรายได้ จึงเลือกที่จะไม่ไปแล้วรักษาตนเอง" (เกษตรกรรายที่ 14)

3. การปฏิบัติด้านความปลอดภัย แม้จะตระหนักถึงมาตรการป้องกัน เกษตรกรบอกว่าการนำไปปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากความยุ่งยากในทางปฏิบัติและความไม่สะดวกสบายในสภาพอากาศร้อน

"ผมสวมถุงมือและหน้ากากเมื่อทำได้ แต่มันร้อนเกินไป และผมหายใจไม่สะดวกเมื่อสวมใส่เป็นเวลานาน" (เกษตรกรรายที่ 10)

"การอบรมที่ผมเข้าร่วมมีประโยชน์ แต่ผมไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับการอบรม เพราะมีข้อจำกัดและความยุ่งยากในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน" (เกษตรกรรายที่ 6)

4. แนวทางทางเลือก เกษตรกรแสดงความสนใจในเกษตรอินทรีย์และเทคนิคการจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน (IPM) แต่ระบุดังอุปสรรค รวมถึงความรู้ที่จำกัด การรับรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนจากรัฐบาลที่ไม่เพียงพอ

"ผมเคยลองใช้สารกำจัดศัตรูพืชธรรมชาติ แต่มันมีราคาแพง และผมไม่แน่ใจว่ามันใช้ได้ผลดีเท่ากับสารเคมีหรือไม่" (เกษตรกรรายที่ 12)

"ถ้ารัฐบาลสนับสนุนเกษตรอินทรีย์ได้ดีกว่านี้ เกษตรกรหลายรายคงจะเห็นด้วยและเปลี่ยนมาใช้สารอินทรีย์ แต่ด้วยสภาพเศรษฐกิจและความต้องการผลผลิตที่เยอะขึ้นก็ต้องเลือกใช้สารเคมีที่มั่นใจมากกว่า" (เกษตรกรรายที่ 15)

จากผลการการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-Depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi- Structured) ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องผ่านการตรวจสอบแบบสามเส้า ซึ่งรวมถึงการเปรียบเทียบกับข้อมูลเชิงปริมาณ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การทบทวนโดยเกษตรกร และการสังเกตภาคสนาม ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้เกษตรกรจะตระหนักถึงความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่แรงกดดันทางเศรษฐกิจและข้อจำกัดในทางปฏิบัติเป็นอุปสรรคต่อการนำทางเลือกที่ปลอดภัยกว่ามาใช้ การแทรกแซงในอนาคตควรบูรณาการการสนับสนุนทางการเงินหรือเอื้อให้การเกษตรแบบอินทรีย์มีโอกาสแข่งขันในตลาดเกษตร การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และทางเลือกที่เข้าถึงได้เพื่อส่งเสริมแนวทางการทำเกษตรอย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนาข้าว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 126.77$, $SD = 14.72$) ซึ่งอธิบายได้ถึงความแตกต่างในรูปแบบการใช้สารเคมีที่หลากหลายในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง ($M = 14.06$, $SD = 0.97$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และทัศนคติต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับปานกลาง ($M = 37.43$, $SD = 4.18$) ด้านการรับรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า การรับรู้อยู่ในระดับสูง ($M = 83.92$, $SD = 7.97$) ผลการศึกษา ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้เข้าร่วมจะมีความรู้ระดับสูงเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีการรับรู้ที่ดี และมีทัศนคติในระดับปานกลาง แต่ยังคงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในพฤติกรรมการใช้สารเคมีในกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .404$, $p < .01$) ความสัมพันธ์นี้อาจเป็นผลมาจากเกษตรกรที่มีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแสดงความระมัดระวังเพิ่มขึ้นและปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้สารเคมีที่เหมาะสมได้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sapbamrer, R., & Thammachai, A. (2021) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มเกษตรกรในภาคเหนือของประเทศไทย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gudadur & Dollu (2022) พบว่า การรับรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับประสิทธิภาพของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการยอมรับวิธีการควบคุมศัตรูพืชทางเลือกอื่นๆ

ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแสดงความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .249$, $p < .01$) พบว่า เกษตรกรที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ปลอดภัยมากขึ้น แม้จะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแสดงให้เห็นความไม่สอดคล้องในการปฏิบัติด้านความปลอดภัยเนื่องจากความไม่สะดวกสบายในสภาพอากาศซึ่งมีความร้อนและข้อจำกัดทางปฏิบัติจึงทำให้เกษตรกรหลายรายตระหนักถึงความสำคัญของการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน แต่ยอมรับว่าไม่ได้ใช้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากความร้อนและหายใจลำบากขณะทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ Ali et al., (2020) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างทัศนคติด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร นอกจากนี้ การศึกษาของ Wongta et al., (2024) ยังพบว่า

เกษตรกรที่มีทัศนคติที่ดีต่ออุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมกำกัดตัวเองที่ดีขึ้นเมื่อจะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ความรู้และพฤติกรรมกำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแสดงความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ ($r = -.132$, $p < .05$) อธิบายได้ว่า แม้เกษตรกรจะมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่เขาอาจยังคงมีการปฏิบัติในการใช้สารเคมีที่ไม่ปลอดภัย โดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจและพฤติกรรมที่เป็นนิสัยเป็นตัวแปรสำคัญ (Rostami et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เกษตรกรผู้ทำนาข้าวเชิงลึกว่าเกษตรกรแสดงความตระหนกอย่างมากเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น อาการวิงเวียน คลื่นไส้ และระคายเคืองผิวหนัง แต่ยังคงใช้เนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และมูลค่าที่หวังว่าจะเพิ่มขึ้นจากผลผลิต ถึงแม้การเข้าถึงการดูแลสุขภาพอาจจะเข้าถึงได้ง่ายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ยังมีข้อจำกัดในการบำบัดรักษาที่ต้องเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลชุมชนเมื่อได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการเข้ารับการรักษาตัวก็ยังมีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันทั้งการหยุดงาน และการเลี้ยงดูครอบครัว โดยเกษตรกรบางรายบอกว่าบางครั้งจำเป็นต้องเข้าไปรักษาที่คลินิกเอกชนแม้จะไม่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ แต่ก็ต้องหยิบบ้านไปรักษาพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่อย่างไรก็ตาม เกษตรกรที่มีความเข้าใจดีขึ้นเกี่ยวกับความสำคัญของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) มีแนวโน้มที่จะเพิ่มการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ทำให้ลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารเคมี (Bryan et al., 2022)

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าการพัฒนาพฤติกรรมกำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสมในกลุ่มเกษตรกรควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างทั้งการรับรู้และทัศนคติไปพร้อมๆ กัน (Ali et al., 2020) เกษตรกรยังแสดงความสนใจในวิธีการควบคุมศัตรูพืชทางเลือก เช่น เกษตรอินทรีย์และการจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสาน (IPM) แต่ยังคงกล่าวถึงความกังวล เช่น ต้นทุนสูง ประสิทธิภาพที่ไม่แน่นอน และการขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นอุปสรรคต่อการนำไปใช้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแทรกแซงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้เท่านั้น แต่ควรให้สิ่งจูงใจทางการเงินและการสนับสนุนทางเทคนิคเพื่ออำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนผ่านไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน นอกจากนี้ การเน้นย้ำเรื่องความปลอดภัยของสารเคมีทางการเกษตรควรมุ่งเน้นไปที่การสร้างการรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกต้องและทัศนคติเชิงบวก มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถอธิบายได้ดังนี้

อิทธิพลโดยรวมของตัวแปรอิสระทั้งสาม คือ ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ สามารถอธิบายความแปรปรวนในพฤติกรรมกำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ร้อยละ 22.2 ($R^2 = 0.222$) แม้ว่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่อำนาจการทำนายค่อนข้างต่ำ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan et al., (2021) ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมกำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย

การรับรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมกำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด ($\beta = .363$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Günay & Niyaz Altinok (2024) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ส่งผลต่อการตัดสินใจของเกษตรกรในการใช้สารเคมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ประสิทธิภาพในการควบคุมศัตรูพืช และผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ก็พบว่าสอดคล้องกับดังกล่าว เนื่องจากเกษตรกรระบุว่าแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง แต่ความเชื่อในประสิทธิภาพของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำให้ได้ผลผลิตสูงมีความสำคัญมากกว่าข้อกังวลด้านความปลอดภัย ซึ่งสะท้อนว่าการเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพของทางเลือกอินทรีย์ผ่าน

โครงการสาธิตอาจส่งเสริมการปฏิบัติทางการเกษตรที่ปลอดภัยขึ้น การรับรู้เชิงบวกนำเกษตรกรให้นำมาตรการการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้นมาใช้ เนื่องจากการรับรู้ที่ดีเพิ่มความตระหนักถึงประโยชน์และความจำเป็นในการป้องกันศัตรูพืช จึงใจให้เกษตรกรปฏิบัติตามแนวทางที่ปลอดภัยมากขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม (Sarma, 2022)

ทัศนคติมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($\beta = .206, p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Staudacher et al., (2020) พบว่า ความรู้ที่ดีและทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้สารเคมีทำให้เกษตรกรมีแนวโน้มที่จะใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้สารเคมีที่เหมาะสม รวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนความปลอดภัย เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือการกำจัดของเสียที่เป็นสารเคมีอย่างเหมาะสม (Mergia, Weldemariam, Eklo, & Yimer, 2021)

ความรู้มีอิทธิพลเชิงลบต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($\beta = -.185, p = .003$) อธิบายได้ว่าเมื่อความรู้เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Paudel et al., (2024) พบว่า เกษตรกรที่มีความตระหนักมากขึ้นเกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีมักเลือกวิธีการทางเลือกหรือให้ความสำคัญกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เน้นย้ำว่าแม้เกษตรกรบางรายจะตระหนักถึงแนวทางทางเลือก แต่เขายังขาดทรัพยากรที่จำเป็นและแนวทางทางเทคนิคในการนำวิธีการดังกล่าวไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการแทรกแซงนโยบายที่มีเป้าหมายเพื่อให้ทั้งความรู้และการสนับสนุนทางปฏิบัติ ซึ่งในทางกลับกันก็ลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสัมผัสสารเคมี (Bryan et al., 2022)

ดังนั้นผลการศึกษานี้ จึงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางที่หลากหลายในการทำความเข้าใจและโอกาสในการสร้างเสริมพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง โดยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ ผู้วิจัยจึงพบว่า การจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการรับรู้ ($\beta = .363$) จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยขึ้น หรือสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า หากใช้โปรแกรมการศึกษาที่ย้ำเตือนสถานการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเวลานาน รวมถึงการสาธิตอาจมีผลกระทบมากกว่าการฝึกอบรมที่เน้นการให้ความรู้เป็นฐานแบบดั้งเดิมเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ความสัมพันธ์เชิงลบที่ระบุระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($r = -.132$) บอกว่าการตระหนักที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอาจนำไปสู่การใช้สารเคมีเหล่านี้อย่างมีวิจารณญาณมากขึ้น ซึ่งอาจลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในขณะที่ยังคงรักษาผลผลิตทางการเกษตร หากมีการแก้ไขข้อจำกัดทางเศรษฐกิจผ่านสิ่งจูงใจทางการเงินและโอกาสทางการตลาดที่ดีขึ้นสำหรับผลิตภัณฑ์อินทรีย์อาจมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบจำลองเพื่อส่งเสริมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกร ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากครอบคลุมเฉพาะอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรีเท่านั้น การศึกษาในครั้งต่อไป ควรขยายขอบเขตให้ครอบคลุมพื้นที่ที่กว้างขึ้น และตรวจสอบปัจจัยที่ครอบคลุมมากขึ้นที่ส่งผลต่อระดับความรู้ การรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการใช้สารเคมีของเกษตรกร หรือแม้แต่ว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เคมีทางการเกษตร เพราะจะช่วยปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ วิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบบมีส่วนร่วม โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างนักวิจัย เกษตรกร และชุมชนท้องถิ่น เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของพื้นที่ รวมถึงควรออกแบบโครงการฝึกอบรมที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ในแปลงเกษตรจริง พร้อมทั้งพัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของเกษตรกรไทย เช่น อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมกับสภาพอากาศร้อนชื้น หรือเครื่องมือลดการสัมผัสสารเคมีโดยตรง ทั้งนี้ การวิจัยควรคำนึงถึงข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและวิถีชีวิตจริงของเกษตรกร เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2565). *การศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีอันตรายที่ใช้ในภาคเกษตร (ไกลโฟเสต) และค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร* [เอกสารวิชาการ]. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.
- นาคยา ดวงประทุม, เฟื่องฟ้า รัตนาคนุตานนท์, ชัยรัช มะลิไทย และศุภาพิชญ์ ชาวปลายนา. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *สัปดาห์ : วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สทวท.)*, 9(1), 13-25.
- ผกามาศ วงศ์เตย, ดารารัตน์ มณีจันทร์, รัตนวรรณ จันทระศิริ, & ชัยรัตน์ จันทร์หนู. (2566). การตกค้างของสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงศัตรูและโรคข้าวในผลผลิตข้าวจากพื้นที่ปลูกข้าวภาคกลางประเทศไทย. *แก่นเกษตร*, 51(6).1098-1112.
- สำนักงานเกษตรอำเภอบางปลาม้า. (2567). *รายงานข้อมูลการขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกข้าว* [เอกสารวิชาการ]. สำนักงานเกษตรอำเภอบางปลาม้า.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี. (2567). *รายงานข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจจังหวัดสุพรรณบุรี*. สืบค้น 15 มีนาคม 2567, จาก <https://www.suphan.go.th/content-10-422.html>

อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ. (2553). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.

Ali, M. P., Kabir, M., Haque, S., Qin, X., Nasrin, S., Landis, D., et al. (2020). Farmer's behavior in pesticide use: Insights study from smallholder and intensive agricultural farms in Bangladesh. *Science of The Total Environment*, 141160. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.141160>

Amita, S., Ratnanjali., & Saxena, S. C. (2023). Impact of pesticides on agro products, health and environment. *International Journal of Agricultural Sciences*, 19(1), Article 376-379. <https://doi.org/10.15740/has/ijas/19.1/376-379>

Paudel, L., Neupane, R., Shrestha, L., Budhathoki, L., Paudel, K. R., & Rauf, A. U. (2024). Knowledge on chemical pesticide use among farmers exposed to pesticides in Panchkhal Municipality, Kavrepalanchok, Nepal. *Advances in Public Health*, 2024(1), 3110674. <https://doi.org/10.1155/2024/3110674>.

Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. New York: David McKay.

Bryan, J., Ratu, J., Oematan, G., & Umbu Roga, A. (2022). Relationship between behavior and work accident in rice farmers using pesticides in Oebobo Village, Batu Putih District. *Asian Journal of Leadership and Management*, 1(2), 10. <https://doi.org/10.14710/ajlm.2022.16715>

Christopher, G. M. (2022). *Pestisitler; İstenmeyen etkiler, pestisit maruziyetinin nörolojik, üreme ve gelişim sistemine olası etkileri*. <https://doi.org/10.53478/tuba.978-625-8352-04-7.ch04>

Grazielle, C. C. W., Audrei, d. O. A., Charles, E. A., Beatriz, d. S. R. B., & Ijoni, H. C. (2019). *Pesticides: classifications, exposure and risks to human health*. <https://doi.org/10.18593/ABH.17454>

Gudadur, K., & Dolli, S. S. (2022). A scale to measure perception of farmers on pesticides use behaviour. *Gujarat Journal of Extension Education*, 34(2), 167-174. DOI: <https://doi.org/10.56572/gjoe.2022.34.2.0035>

Günay, T., & Niyaz Altınok, Ö. C. (2024). Drivers of Capia Pepper Farmers' Intentions and Behaviors on Pesticide Use in Turkey: A Structural Equation Model. *Journal of Agricultural Sciences*, 30(2), 243-254. <https://doi.org/10.15832/ankutbd.1258302>

- Kaur, K., Nekkanti, S., Madiyal, M., & Choudhary, P. (2018). Effect of chewing gums containing probiotics and xylitol on oral health in children: A randomized controlled trial. *Journal of International Oral Health*, 10(5), 237-243. https://doi.org/10.4103/JIOH.JIOH_170_18.
- Mergia, M., Weldemariam, E. D., Eklo, O. M., & Yimer, G. T. (2021). Knowledge, attitude, and practice of farmers on pesticide use and their impacts on the environment and human health from small scale vegetable farming along the littoral of Lake Ziway, Ethiopia. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-139366/v1>.
- Pan, Y., Ren, Y., & Luning, P. A. (2021). Factors influencing Chinese farmers' proper pesticide application in agricultural products - A review. *Food Control*, 122, 107788. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2020.107788>
- Paudel, L., Neupane, R., Shrestha, L., Budhathoki, L., Paudel, K. R., & Rauf, A. U. (2024). Knowledge on chemical pesticide use among farmers exposed to pesticides in Panchkhal Municipality, Kavrepalanchok, Nepal. *Advances in Public Health*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/3110674>
- Ratana, S., Amornphat, K., Panumasvivat, J., & Assavanopakun, P. (2023). Important role of the government in reducing pesticide use and risk sustainably in Thailand: Current situation and recommendations. *Frontiers in Public Health*. 11(1141142), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1141142>
- Rostami, F., Afshari, M., Rostami-Moez, M., Assari, M. J., & Soltanian, A. R. (2019). Knowledge, Attitude, and Practice of Pesticides Use Among Agricultural Workers. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 23(1), 42–47. https://doi.org/10.4103/ijocem.IJOEM_153_18
- Sapbamrer, R., & Thammachai, A. (2021). A systematic review of factors influencing farmers' adoption of organic farming. *Sustainability*, 13(7), 3842. <https://doi.org/10.3390/su13073842>
- Sarma, P. K. (2022). Farmer behavior towards pesticide use for reduction production risk: A theory of planned behavior. *Cleaner and Circular Bioeconomy*, 1(4), 100002. <https://doi.org/10.1016/j.clcb.2021.100002>
- Senaviratna, N. A. M. R., & A. Cooray, T. M. J. (2019). Diagnosing Multicollinearity of Logistic Regression Model. *Asian Journal of Probability and Statistics*, 5(2), 1–9. <https://doi.org/10.9734/ajpas/2019/v5i230132>

- Sood, P. . (2024). Pesticides Usage and Its Toxic Effects – A Review. *Indian Journal of Entomology*, 86(1), 339–347. <https://doi.org/10.55446/IJE.2023.505>
- Staudacher, P. A.-O., Fuhrmann, S., Farnham, A., Mora, A. M., Atuhaire, A., Niwagaba, C., Stamm, C. A.-O., Eggen, R. I., & Winkler, M. A.-O. (2020). *Comparative Analysis of Pesticide Use Determinants Among Smallholder Farmers from Costa Rica and Uganda*. (1178-6302 (Print)). <https://doi.org/10.1177/1178630220972417>
- Wongta, A., Sawarng, N., Tongchai, P., Yana, P., & Hongsibsong, S. (2024). Agricultural health and safety: Evaluating farmers' knowledge, attitude, and safety behavior in Northern Thailand. *Safety and Health at Work*, 15(2), 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2024.03.001>



การพัฒนาาระบบบริการแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร ชายแดนไทย-ลาว

Development of Maternal and Child Health Services in Remote Areas along the Thai-Lao Border

กฤษณา กาเหว้า^{1*}

Krissana Kapheak^{1*}

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข^{1*}

Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai, Department of Health, Ministry of Public Health^{1*}

(Received: January 27, 2025; Revised: March 7, 2025; Accepted: April 28, 2025)

บทคัดย่อ

หลายประเทศทั่วโลกยังคงเผชิญปัญหาในงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงสาธารณสุขประชากริปไตย ประชาชนลาว การศึกษาที่จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา มุมมองของบุคลากรสาธารณสุข และพัฒนา แนวทางการแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี ระยะที่ 1 ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหา แบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้างในการเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญห และแบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม ในกลุ่มตัวแทนบุคลากร สาธารณสุข จำนวน 45 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะที่ 2 ใช้โปรแกรมฝึกรอบม แบบประเมิน ความรู้ และแบบประเมินการปฏิบัติ ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข โดยวิธีกำหนดโควตา จำนวน 296 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายในช่วงเดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวโน้มอัตราการตายของมารดา อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราการ ฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง อัตราการทำคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และอัตราการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 1 ปีมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังคงเป็นปัญหาที่ทำนายสำหรับพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงลึกจากบุคลากรสาธารณสุขในระยะที่ 1 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ทราบรายละเอียด เกี่ยวกับนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กของรัฐบาล ในขณะที่ปัญหาชนกลุ่มน้อย การคมนาคม การขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ การขาดแคลนอุปกรณ์และยา การฝึกรอบมและพัฒนาบุคลากร และ การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลยังคงเป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกรอบมใน งานอนามัยแม่และเด็ก ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ และพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ดังนั้น ปัญหาในงานอนามัยแม่และเด็กยังคงเป็นเรื่องท้าทาย และควรได้รับการพัฒนาในหลายด้าน และควรมีการจัดโปรแกรมฝึกรอบมอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมศักยภาพ บุคลากรในงานอนามัยแม่และเด็ก

คำสำคัญ : สุขภาพมารดาและเด็ก, บริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล, ชายแดนไทย-ลาว, แขวงบ่อแก้ว, การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kapheak@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-8214017)

Abstract

Many countries worldwide continue to face challenges in maternal and child health, including the Lao People's Democratic Republic (Lao PDR). This study aimed to examine existing issues, explore the perspectives of healthcare personnel, and develop strategies to address maternal and child health challenges in Bokeo Province, Lao PDR. A mixed-methods research approach was employed. In Phase 1, in-depth interviews were conducted to assess current issues, semi-structured interviews were used to propose solutions, and field observation records were collected from a sample of 45 healthcare personnel selected through purposive sampling. In Phase 2, a training program, knowledge assessments, and practice evaluations were conducted among 296 healthcare personnel using a quota sampling method. Data collection took place between March and October 2023. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were examined through content analysis.

The findings revealed that key maternal and child health indicators showed an improving trend, including reductions in maternal mortality rates and under-five mortality rates, increased antenatal care attendance (at least four visits), a higher proportion of deliveries assisted by medical personnel, and improved vaccination rates among children under one year of age. However, maternal and child health remains a challenge in Bokeo Province, Lao PDR. This aligns with findings from Phase 1, in which healthcare personnel demonstrated familiarity with the government's maternal and child health policies. Despite this awareness, major challenges persist, including barriers faced by minority groups, inadequate transportation infrastructure, shortages of skilled medical personnel, insufficient medical equipment and medications, limited training and professional development opportunities, and inadequate government funding which remain significant challenges. Furthermore, after participating in the training programs, nursing assistants, medical assistants, and nurses showed statistically significant increases in their average knowledge and practical skill scores (p -value <0.001). Therefore, issues in maternal and child health continue to be challenging and require development in multiple aspects, and continuous training programs should be implemented to enhance the capacity of personnel in maternal and child health work.

Keywords : Maternal and Child Health, Remote Healthcare Services, Thai–Lao Border, Bokeo Province, Healthcare Personnel Training

บทนำ

หลายประเทศทั่วโลกยังคงเผชิญกับปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร แม้ว่าส่วนใหญ่ปัญหาเหล่านี้เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ แต่สถานการณ์ในปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกรายงานในแต่ละวันมีการเสียชีวิตของมารดาเกือบ 800 คน หรือทุกสองนาทีกจะมีรายงานการเสียชีวิตของมารดา โดยร้อยละ 95 ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี ค.ศ. 2000–2020 อัตราการเสียชีวิตของมารดา (Maternal Mortality Ratio; MMR) ต่อการเกิดมีชีพแสนคนมีแนวโน้มลดลงเหลือ 34 คน ดังนั้น การส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพในงานอนามัยแม่และเด็กโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการคลอดบุตร จึงเป็นปัจจัยสำคัญช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะเจ็บป่วยของแม่และเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2024)

อนามัยแม่และเด็กเป็นหัวใจสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร และมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในทุกประเทศ (Liu et al., 2016) เนื่องจากสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพของมารดา หากมารดาไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ ย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพในช่วงแรกของชีวิตเด็ก ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพในระยะแรกของชีวิตเด็กจึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยเสริมสร้างพัฒนาการของเด็ก (Victora et al., 2016) อย่างไรก็ตาม หลายประเทศโดยเฉพาะประเทศในกลุ่มรายได้ต่ำหรือกำลังพัฒนายังคงเผชิญปัญหาการขาดแคลนบริการสุขภาพที่ครอบคลุม เช่น การดูแลสุขภาพมารดาและทารกในช่วงก่อนและหลังคลอด ในขณะที่การให้บริการวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคในงานอนามัยแม่และเด็ก (Kruk et al., 2018) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและความรู้ด้านสุขภาพของมารดา รวมถึงการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก (Mersha, 2018; Kim et al., 2018)

โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในมารดา ยังคงเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพ เช่น ภาวะการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) ภาวะการติดเชื้อ และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Antsaklis et al., 2020) แม้ว่าการดูแลส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กทั่วโลกจะมีความก้าวหน้าและอัตราการเสียชีวิตของมารดามีแนวโน้มลดลงตามรายงานจากองค์การอนามัยโลก แต่สถานการณ์ปัญหาดังกล่าวยังคงรุนแรงในกลุ่มประเทศที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2019) สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการ

สุขภาพ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ตลอดจนการขาดทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ราชอาณาจักรกัมพูชา และสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า ยังคงเผชิญกับอัตราการเสียชีวิตของมารดาที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว รายงานอัตราการเสียชีวิตของมารดาสูงกว่า 150 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตคน (Estudillo, 2018; Sakamoto, 2023) ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิดอยู่ที่ 39 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตคน ซึ่งเป็นอัตราสูงสุดในภูมิภาคดังกล่าว (Louangpradith et al., 2020) เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ขาดโครงสร้างจำเป็นพื้นฐานทางสุขภาพ ขาดการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสม และปัญหาการคลอดเองที่บ้านโดยขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญยังคงเป็นเรื่องปกติในพื้นที่ชนบท ส่งผลให้แม่และเด็กมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ (Bauserman et al., 2020; Kurjak et al., 2023)

บ่อแก้วเป็นแขวงเล็กที่สุดในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีพรมแดนติดกับเมียนมาและไทย และเป็นแขวงที่มีจำนวนประชากรน้อยที่สุด (Meemon et al., 2021) โดยมีอัตราการเสียชีวิตของมารดา 210 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตคน และมีอัตราการตายของเด็กแรกเกิด 33 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตคน สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความเสี่ยงในกลุ่มมารดาที่ต้องเผชิญในช่วงของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร และพบสัดส่วนการคลอดบุตรเองที่บ้านสูงถึงร้อยละ 70 ของการคลอดทั้งหมด (Bokeo Provincial Hospital, 2022) ในส่วนของกลุ่มมารดาที่มีเศรษฐกิจระดับล่างมีทางเลือกในการข้ามพรมแดนมารับบริการฝากครรภ์และคลอดในประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบปัญหาอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 44.3 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตคน มีภาวะแคะแกระ ร้อยละ 31.8 ภาวะผอมแห้ง ร้อยละ 11.6 และภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 27.6 (World Health Organization, 2023)

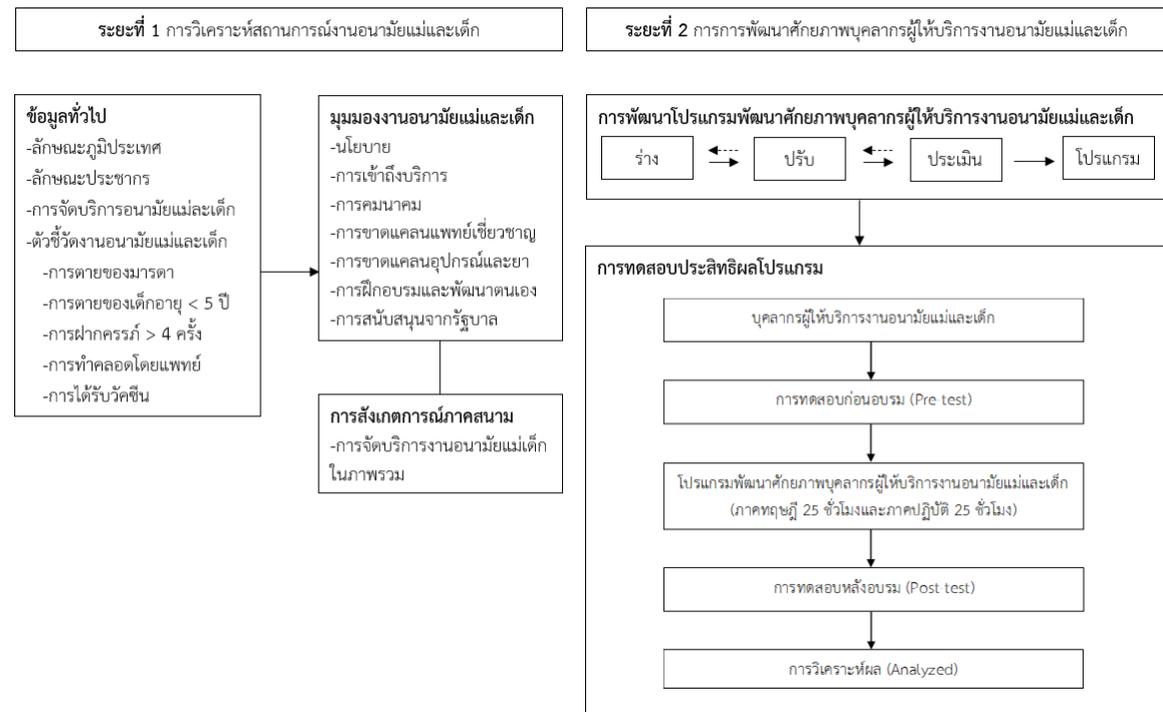
สำหรับประเทศไทยในฐานะประเทศที่มีความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและระบบบริการสุขภาพ ได้รับการยอมรับในระดับสากลจากองค์การอนามัยโลกถึงความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ทุรกันดารทั่วประเทศ ตั้งแต่การฝากครรภ์ การคลอดบุตร จนถึงการดูแลหลังคลอด จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวของแขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ภายใต้การดำเนินงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแม่และเด็กจึงพร้อมสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารดังกล่าว ตลอดจนเป็นการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ อันจะนำไปสู่แนวทางการขยายความร่วมมือในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กและสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศให้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขต่องานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-Methods) เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณโดยการประเมินและการสังเกต และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เกี่ยวกับสภาพปัญหาและมุมมองของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่องานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กร่วมกัน ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในช่วงเดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและมุมมองของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่องานอนามัยแม่และเด็ก และระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขจากหน่วยงานต่าง ๆ ในแขวงบ่อแก้ว ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขแขวงบ่อแก้ว โรงพยาบาลประจำแขวงบ่อแก้ว (โฮงหมอแขวง) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (เมือง) จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลประจำอำเภอ (โฮงหมอเมือง) จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลประจำตำบลหรือสถานีอนามัย (สุขศาลา) จำนวน 6 แห่ง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ตัวแทนจากโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำตำบลใน 5 อำเภอของแขวงบ่อแก้ว จำนวน 296 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) โดยพิจารณาจากระยะทางความห่างไกลและระยะเวลาในการเดินทางจากที่ตั้งของหน่วยงานไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด ข้อจำกัดด้านการคมนาคม และการขาดแคลนสูติแพทย์ประจำโรงพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานแผนกงาน อนามัยแม่และเด็ก มีประสบการณ์การทำงานอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมตลอดหลักสูตร และกำหนดเกณฑ์คัดออก คือ มีระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมตลอดหลักสูตรน้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพปัญหาทางงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นลักษณะคำถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากรทั่วไป นโยบายระดับชาติในงานอนามัยแม่และเด็ก ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ปัญหา และข้อจำกัดในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และมุมมองของบุคลากรด้านสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ และ 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured) เพื่อกระตุ้นการสนทนาและการมีส่วนร่วม คำถามจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครบถ้วน โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาหลักของการดูแลอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาเหตุของปัญหาดังกล่าว ชุมชนสามารถพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กภายใต้ทรัพยากรหรือศักยภาพได้อย่างไร มีวิธีการใดที่ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ และ สิ่งใดควรได้รับการแก้ไขเป็นลำดับแรกในงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นลักษณะคำถามเพื่อให้ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหาจากการศึกษาในระยะที่ 1 โดยใช้แบบบันทึกการสังเกต (Observational Recording Sheet) และบันทึกเพิ่มเติมในสมุดบันทึก (Field Notes) สำหรับการลงพื้นที่สังเกตการณ์ภาคสนาม

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมฝึกอบรมที่ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎี 25 ชั่วโมงและภาคปฏิบัติ 25 ชั่วโมง บนพื้นฐานแนวปฏิบัติการอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพ ได้แก่

พื้นฐานกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยาการเจริญพันธุ์ สุขภาพมารดา สุขภาพเด็ก การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด อนามัยเจริญพันธุ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการ และเวชปฏิบัติพื้นฐานทางสูติกรรม 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับงานอนามัยและเด็ก จำนวน 30 ข้อ 30 คะแนน เมื่อคะแนนสูงหมายถึงมีความรู้สูง และคะแนนต่ำหมายถึงความรู้ต่ำ 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติในงานอนามัยและเด็ก จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ เมื่อระดับคะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติได้ดีมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติได้ดี ระดับคะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้พอใช้ และระดับคะแนน 1 หมายถึง ต้องปรับปรุงการปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 โดยแบบสัมภาษณ์สภาพปัญหางานอนามัยแม่และเด็กและแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Content Validity; IOC) ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่ามากกว่า 0.5

ระยะที่ 2 โปรแกรมฝึกอบรม แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติในงานอนามัยและเด็ก ได้พัฒนาขึ้นและผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากศูนย์สุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ ศูนย์อนามัยเจริญพันธุ์แรงงานข้ามชาติและชายขอบ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) มากกว่า 0.5

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 คณะวิจัยจากประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่ผ่านการอบรมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาที รวมถึงมีการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ จากนั้นจะเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมกันพัฒนาแนวทางแก้ไข โดยเน้นการใช้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group Discussion: FGD) กลุ่มละ 5-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหา (Problem Analysis) และแนวทางแก้ไข (Solution Analysis) ในงานอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้เวลาประมาณ 2.5-3 ชั่วโมง รวมถึงมีการลงพื้นที่สังเกตการณ์ภาคสนาม (Field Observations) ได้แก่ โรงพยาบาลประจำแขวงบ่อแก้ว โรงพยาบาลประจำอำเภอ 5 แห่ง และสถานอนามัย 6 แห่ง

ระยะที่ 2 มีการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรม ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 25 ชั่วโมงและภาคปฏิบัติ 25 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจำแนกและจัดกลุ่มความหมาย (Content Analysis) เพื่อเชื่อมโยงและร่วมอธิบายผลการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลัง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย ET022/2565 รับรองวันที่ 29 ธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายทราบเพื่อทำความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการวิจัย เปิดโอกาสให้ตัดสินใจในการเข้าร่วม ก่อนที่จะลงลายมือชื่อเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ชี้แจงให้ทราบถึงการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขต่องานอนามัยแม่และเด็ก

1.1 สภาพปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก

แขวงบ่อแก้ว ตั้งอยู่ในภาคเหนือของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และมีพรมแดนติดกับประเทศไทย ประชากรในพื้นที่นี้ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เช่น ลาวเทิง ลาวสูง และขมุ ซึ่งมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ภูเขาและป่าไม้ ส่งผลให้การเดินทางเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างยากลำบาก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน ถนนลูกรังมักได้รับความเสียหายจากน้ำท่วมและดินถล่ม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทหรือเขตห่างไกลต้องเผชิญปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในขณะที่การคลอดบุตรเองที่บ้านยังคงได้รับความนิยมในบางชุมชนเนื่องจากความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฝากครรภ์และการคลอดที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ ความยากจนและการขาดความรู้ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างเหมาะสม

แม้ว่าปัญหางานอนามัยแม่และเด็กเป็นประเด็นท้าทาย แต่รัฐบาลสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวได้พยายามอย่างต่อเนื่องในการเพิ่มความครอบคลุมของบริการสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 มีดังนี้ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	แนวโน้ม
อัตราการตายของมารดา (เป้าหมายไม่เกิน 199 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน)	พ.ศ. 2564 (133 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน) พ.ศ. 2565 (120 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน) พ.ศ. 2566 (110 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน)	แนวโน้มอัตราการตายของมารดา ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีจำนวน ผู้เชี่ยวชาญไม่เพียงพอ และในบาง พื้นที่ยังคงนิยมคลอดเองที่บ้าน
อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (เป้าหมายไม่เกิน 34 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตพันคน)	พ.ศ. 2564 (25 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตพันคน) พ.ศ. 2565 (22 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตพันคน) พ.ศ. 2566 (20 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตพันคน)	แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของทารก และเด็กเล็กลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ ยังคงมีปัญหาในการติดตามสุขภาพ เด็กในพื้นที่ห่างไกลและการเข้าถึง วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นในบางพื้นที่
อัตราการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง (เป้าหมายเกิน 4 ครั้ง)	พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 69) พ.ศ. 2565 (ร้อยละ 71) พ.ศ. 2566 (ร้อยละ 73)	แนวโน้มอัตราการฝากครรภ์ครบ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงต่ำกว่า เป้าหมายที่กำหนด สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้และความเชื่อในบางชน เผ่า ซึ่งเลือกที่จะฝากครรภ์เพียงครั้ง เดียวในระยะใกล้คลอด
อัตราการทำคลอดโดย บุคลากรทางการแพทย์ (เป้าหมายไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 75)	พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 77) พ.ศ. 2565 (ร้อยละ 80) พ.ศ. 2566 (ร้อยละ 81)	แนวโน้มร้อยละการทำคลอดโดย บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง แต่การคลอดเองที่บ้านในบาง พื้นที่ยังคงเป็นปัญหาทำให้เกิดความ เสี่ยงสูงต่อมารดาและทารก
อัตราการได้รับวัคซีนในเด็ก อายุ 1 ปี (เป้าหมายไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 95)	พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 95) พ.ศ. 2565 (ร้อยละ 95) พ.ศ. 2566 (ร้อยละ 95)	บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ในพื้นที่ ห่างไกลบางแห่งยังคงประสบปัญหา การเข้าถึงบริการฉีดวัคซีน หรือบาง ครอบครัวไม่สามารถพาเด็กไปรับ วัคซีนได้ครบถ้วน

ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 เริ่มแสดงถึงความสำเร็จอย่างชัดเจนใน
การพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก เพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ประเด็นพื้นที่ห่างไกล
ความสามารถในการเข้าถึงบริการ การขาดความรู้ และความเชื่อในบางพื้นที่ยังคงสร้างความท้าทายในการ
ดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในอนาคต

1.2 มุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก

ผลการศึกษาเชิงลึกจากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 45 คน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอ และโรงพยาบาลระดับตำบลในพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมองต่อสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก โดยประเด็นการค้นพบสำคัญสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

(1) **มุมมองนโยบายอนามัยแม่และเด็ก** บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีความเข้าใจในนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กของรัฐบาล ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อยกระดับงานอนามัยแม่และเด็กอย่างครอบคลุม เน้นบริการพื้นฐานโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตั้งแต่การฝากครรภ์ การให้คำแนะนำระหว่างการตั้งครรภ์ บริการวัคซีนพื้นฐาน บริการดูแลทารกแรกเกิด การดูแลหลังคลอด และการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้ ยังทราบถึงเป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาให้น้อยกว่า 70 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตคนภายในปี ค.ศ. 2030 ตามกรอบการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (United Nations; UN) รวมถึงนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กของรัฐบาลมีส่วนช่วยสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรมของชุมชน

(2) **มุมมองชนกลุ่มน้อยในการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก** การเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก เป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในการรับบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ชนกลุ่มน้อย เช่น กลุ่มม้ง ลahu และกะเหรี่ยง ปัจจัยสำคัญต่ออุปสรรคเหล่านี้คือความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษา และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากขาดการได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์จนนำไปสู่ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตระหว่างการคลอดและหลังคลอด ในขณะที่ความเชื่อทางวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง บางชนกลุ่มน้อยยังคงมีความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดบุตรเองที่บ้าน เป็นลักษณะการคลอดที่สอดคล้องกับธรรมชาติและเป็นการรักษาวัฒนธรรมดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม การคลอดในลักษณะดังกล่าว ไม่เพียงแต่ทำให้แม่และเด็กเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ยังทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเสียชีวิตจากการขาดการได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์

(3) **มุมมองการคมนาคม** การคมนาคมเป็นอุปสรรคที่มีผลกระทบอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล สภาพถนนไม่ดี เช่น ถนนขรุขระหรือถนนลูกรัง ส่งผลให้การเดินทางไปพบบุคลากรทางการแพทย์หรือการส่งต่อผู้ป่วยใช้เวลานานกว่าปกติ ในช่วงฤดูฝนถนนหลายสายถูกน้ำท่วมขังหรือพังทลายจนทำให้การเดินทางถูกตัดขาด นอกจากนี้ หลายชุมชนบนพื้นที่สูงหรือในเขตป่าลึกมีการคมนาคมที่ค่อนข้างจำกัด จำเป็นต้องใช้ยานพาหนะระบบขับเคลื่อนสี่ล้อหรือสามารถขับขึ้นเส้นทางลำบากได้ ซึ่งสร้างข้อจำกัดต่อครอบครัวที่มีฐานะยากจน จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เช่น การดูแลก่อนคลอด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตรวจหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในระหว่างการ

ตั้งครรภ์ การไม่ได้รับการตรวจสุขภาพครรภ์อย่างต่อเนื่องอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์พิษ การคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะที่ต้องการการดูแลฉุกเฉินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

(4) มุมมองการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นอุปสรรคสำคัญต่อคุณภาพการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชนบท การขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทาง เช่น แพทย์สูตินรีเวช พยาบาลผดุงครรภ์ หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านการดูแลการคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด ส่งผลให้โรงพยาบาล ระดับอำเภอและตำบลในพื้นที่ไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ จึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอดและหลังคลอด และยิ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อพื้นที่ในเขตชนบท ในขณะที่โรงพยาบาลบางแห่งมีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อมสำหรับการคลอด แต่ขาดแพทย์หรือพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการคลอดบุตร ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลอื่นที่ห่างไกลออกไป และยังเป็นเรื่องยากลำบาก โดยเฉพาะในกรณีภาวะฉุกเฉิน ส่งผลหญิงตั้งครรภ์เลือกวิธีคลอดบุตรเองที่บ้าน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อชีวิตทั้งแม่และเด็ก รวมถึงข้อจำกัดด้านการฝึกอบรมที่ทันสมัยเป็นปัจจัยสำคัญต่อปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบท เนื่องจากไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ การตกเลือดหลังคลอด หรือการคลอดที่มีความเสี่ยงสูง

(5) มุมมองการขาดแคลนอุปกรณ์และยาในงานอนามัยแม่และเด็ก การขาดแคลนอุปกรณ์และยาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทและห่างไกล เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการแม่และเด็ก โดยเฉพาะการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องมือสำหรับการคลอด เครื่องตรวจสุขภาพทารกแรกเกิด และอุปกรณ์ในการขนส่งหรือจัดเก็บวัคซีน ส่งผลให้บริการทางการแพทย์มีข้อจำกัดและไม่เป็นไปตามมาตรฐาน นอกจากนี้ เพื่อรับมือกับปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ ในบางกรณีที่อุปกรณ์เกิดชำรุดและไม่มียกประมาณในการซ่อมแซมหรือจัดหาใหม่ บุคลากรทางการแพทย์จึงใช้วิธีดัดแปลงอุปกรณ์ทดแทน แม้จะไม่เป็นไปตามมาตรฐานแต่ถือว่าเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการไม่มีอุปกรณ์ การขาดแคลนอุปกรณ์จึงส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในบริการทางการแพทย์

(6) มุมมองการฝึกอบรมและพัฒนาตนเองในงานอนามัยแม่และเด็ก บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลระดับอำเภอและระดับตำบล ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมพื้นฐาน และพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลมารดาและเด็ก ส่งผลให้การจัดการปัญหาที่มีความซับซ้อนหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอดและการดูแลหลังคลอดเป็นไปได้ยาก เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น การตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการคลอดติดไหล่ การขาดความเชี่ยวชาญหรือการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะของบุคลากรทำให้ไม่สามารถดำเนินการดูแลรักษาเบื้องต้นได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ แม่และเด็กจึงต้องถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า จึงมีความต้องการจัดฝึกอบรมหรือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

(7) มุมมองการสนับสนุนจากรัฐบาลในงานอนามัยแม่และเด็ก การสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานได้ รัฐบาลมีการกำหนดนโยบายชัดเจนในการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายครอบคลุมตั้งแต่การฝากครรภ์ การคลอด การดูแลทารกหลังคลอด การให้วัคซีน การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพของเด็กเล็ก ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียม โดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบทที่มีรายได้น้อยและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้นโยบายจะครอบคลุมและเป็นประโยชน์อย่างมาก แต่ในเชิงปฏิบัติยังคงพบอุปสรรคที่ซับซ้อนร่วมกับปัจจัยสำคัญหลายด้าน เช่น พื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก ล้วนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพแม่และเด็ก

บุคลากรสาธารณสุขมีมุมมองที่ดีและมีความเข้าใจในนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กของรัฐบาล อย่างไรก็ตาม ปัญหาความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการในงานอนามัยแม่และเด็กยังคงเกิดขึ้นในชนกลุ่มน้อย ในขณะที่ปัญหาการคมนาคม การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ การขาดแคลนอุปกรณ์และยา และการสนับสนุนจากรัฐบาลยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อคุณภาพและการให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็ก และจำเป็นต้องได้รับการวางแผนแก้ไขจากหลายหน่วยงานในระดับประเทศ ดังนั้น การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็กจึงเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น เกิดประโยชน์ และสามารถดำเนินการได้ทันทีภายใต้ศักยภาพของการพัฒนาระบบบริการแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดารในครั้งนี้

ระยะที่ 2 ผลการดำเนินงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการอบรมจำนวน 296 คน เป็นบุคลากรที่มาจากโรงพยาบาลระดับจังหวัด จำนวน 2 คน โรงพยาบาลระดับอำเภอ จำนวน 13 คน และโรงพยาบาลระดับตำบล จำนวน 281 คน มีอายุเฉลี่ย 33.6 ± 6.0 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 และเพศชายร้อยละ 42.2 จำแนกเป็นผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ ผู้ช่วยแพทย์ ร้อยละ 28.7 และพยาบาล ร้อยละ 16.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 70 (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับโรงพยาบาล	
ระดับจังหวัด (โฮงหมอแขวง)	2 (0.2)
ระดับอำเภอ (โฮงหมอเมือง)	13 (4.5)
ระดับตำบล (สุขศาลา)	281 (94.9)
อายุ (Mean ± SD)	33.6 ± 6.0
เพศ	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	125 (42.2)
หญิง	171 (57.8)
ตำแหน่ง	
พยาบาล	50 (16.9)
ผู้ช่วยพยาบาล	161 (54.4)
ผู้ช่วยแพทย์	85 (28.7)
ประสบการณ์การทำงาน	
1-5 ปี	89 (30.0)
มากกว่า 5 ปี	207 (70.0)

หลังเข้าร่วมฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า พยาบาล (Mean difference =7.2, p -value = 0.003) ผู้ช่วยพยาบาล (Mean difference =8.5, p -value <0.001) และผู้ช่วยแพทย์ (Mean difference = 11.2, p -value <0.001) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในงานอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) และหลังเข้าร่วมฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า พยาบาล (Mean difference =0.9, p -value <0.001) ผู้ช่วยพยาบาล (Mean difference =1.2, p -value <0.001) และผู้ช่วยแพทย์ (Mean difference = 1.5, p -value <0.001) มีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในงานอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังด้านความรู้งานอนามัยแม่และเด็กจำแนกตามตำแหน่ง

ตำแหน่ง	ก่อนอบรม (Pre-test)	หลังอบรม (Post-test)	ความต่าง (Mean difference)	p -value
พยาบาล	19.5	26.7	7.2	0.003*
ผู้ช่วยพยาบาล	16.0	24.5	8.5	<0.001*
ผู้ช่วยแพทย์	14.5	25.7	11.2	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญที่ p -value < 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังด้านการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กจำแนกตามตำแหน่ง

ตำแหน่ง	ก่อนอบรม (Pre-test)	หลังอบรม (Post-test)	ความต่าง (Mean difference)	p-value
พยาบาล	2.7	3.6	0.9	<0.001*
ผู้ช่วยพยาบาล	2.1	3.3	1.2	<0.001*
ผู้ช่วยแพทย์	1.6	3.1	1.5	<0.001*

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

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาสภาพปัญหาและมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข และพัฒนาแนวทางการแก้ไข ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ผลการศึกษา พบว่า ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ และลักษณะภูมิประเทศทั้งเส้นทางและความห่างไกลเป็น อุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพแม่และเด็ก สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในปี ค.ศ. 2018 รายงานมีจำนวนประชากรทั้งหมด 7,013,000 คน ประมาณร้อยละ 70 อาศัยอยู่ในเขตชนบทและพื้นที่ภูเขา (Lao Statistic Bureau, 2018) โดยร้อยละ 7.9 ยังคงอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มี ถนน (Lao Statistic Bureau, 2015) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวได้พยายาม อย่างต่อเนื่องในการเพิ่มความครอบคลุมของบริการสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก (Sakuma et al., 2019)

ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 เริ่มแสดงถึงความสำเร็จอย่างชัดเจนใน การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก อัตราการตายของแม่และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังคงอยู่ในอัตราที่สูง (Louangpradith et al., 2020) อัตราการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยสาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้และความเชื่อในบาง ชนเผ่า ซึ่งเลือกที่จะฝากครรภ์เพียงครั้งเดียวในระยะใกล้คลอด ซึ่งการฝากครรภ์เพียง 1-3 ครั้ง จะเพิ่มโอกาส เสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ของเด็กในครรภ์ เช่น ความพิการแต่กำเนิด อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิด และ อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Louangpradith et al., 2020; Schummers et al., 2018; McKinney et al., 2017) การทำคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การคลอด เองที่บ้านในบางพื้นที่ยังคงเป็นปัญหาทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อแม่และเด็ก สอดคล้องกับผลการสำรวจในปี ค.ศ. 2018 พบว่า ประชาชนมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็ก และวัยรุ่น มีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา พบมีการทำคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ หรือผู้ช่วยพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.5 ในปี ค.ศ. 2012 เป็นร้อยละ 64.4 ในปี ค.ศ. 2017 (Lao Statistic Bureau, 2018) อย่างไรก็ตาม คุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพแม่และเด็กยังคงอยู่ ในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เช่น มีการตรวจวัดค่าความดันโลหิต เก็บตัวอย่างปัสสาวะ และตัวอย่างเลือดระหว่าง ฝากครรภ์เพียงร้อยละ 29.2 เป็นต้น (Kubota et al., 2024) ในขณะที่อัตราการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 1 ปี บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ในพื้นที่ห่างไกลบางแห่งยังคงประสบปัญหาการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนหรือบาง

ครอบครัวไม่สามารถพาเด็กไปรับวัคซีนได้ครบถ้วน ดังนั้น ประเด็นเกี่ยวกับพื้นที่ห่างไกล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ การขาดความรู้ และความเชื่อในบางพื้นที่ที่ยังคงสร้างความท้าทายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในอนาคตสำหรับสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ผลการศึกษามุมมองบุคลากรสาธารณสุขต่อสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก สอดคล้องกับผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 และการสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับชาติว่าด้วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับงานอนามัยเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็ก และวัยรุ่น ฉบับปี พ.ศ. 2559-2568 ของรัฐบาล เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) สำหรับสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (United Nations Lao PDR, 2019) โดยบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีความเข้าใจในนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กของรัฐบาล ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อยกระดับงานอนามัยแม่และเด็กอย่างครอบคลุม เน้นการให้บริการพื้นฐานโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตั้งแต่การฝากครรภ์ การให้คำแนะนำระหว่างการตั้งครรภ์ การให้บริการวัคซีนพื้นฐาน การให้บริการดูแลทารกแรกเกิด การดูแลหลังคลอด และการวางแผนครอบครัว ในขณะที่มุมมองด้านการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในการรับบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการคมนาคมเป็นอุปสรรคที่มีผลกระทบอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล สภาพถนนไม่ดี เช่น ถนนขรุขระหรือถนนลูกรัง ส่งผลให้การเดินทางไปพบบุคลากรทางการแพทย์หรือการส่งต่อผู้ป่วยใช้เวลานานกว่าปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่ามารดาในพื้นที่ชนบทมีแนวโน้มอัตราการคลอดในสถานพยาบาลและการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญต่ำกว่ามารดาในเขตเมือง (Win et al., 2024) ซึ่งบ่งชี้ว่าอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ส่งผลต่อความพร้อมในการให้บริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแม่และเด็ก (Tran et al., 2019; Wai et al., 2015; Nagpal et al., 2019) ส่วนระยะทางที่ไกลและพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยากยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการดูแลมารดาและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (Målqvist et al., 2013)

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทาง เช่น แพทย์สูตินรีเวช พยาบาลผดุงครรภ์ หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านการดูแลการคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อคุณภาพการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชนบท บุคลากรด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเข้าถึงประชากรในพื้นที่ห่างไกลและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพ ดังนั้น เพื่อลดช่องปัญหาดังกล่าว การเร่งผลิตหรือเสริมทักษะความสามารถแก่ผดุงครรภ์และพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็ก และวัยรุ่นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาด้านการกระจายตัว ความพร้อมทักษะ และการสนับสนุนเชิงระบบ ส่งผลให้บริการมีคุณภาพไม่สม่ำเสมอ ระบบกฎระเบียบและการรับรองวิชาชีพยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ส่งผลให้บุคลากรต้องปฏิบัติงานโดยไม่มีการคุ้มครองทางกฎหมาย นอกจากนี้ การที่บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนหันไปทำงานในภาคเอกชนมากขึ้น ส่งผลให้ความพร้อมในระบบ

บริการของรัฐลดลง (Kubota et al. 2024a; Khim et al. 2020) ดังนั้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยหน่วยงาน มีการกำหนดนโยบายร่วมกัน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและสนับสนุนระบบที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็กในทุกกระดับ

ในขณะที่โรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทและห่างไกลยังคงเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์และยาทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการงานแม่และเด็ก โดยเฉพาะการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ทำให้บริการทางการแพทย์มีข้อจำกัดและไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการในงานอนามัยแม่และเด็กในสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ในเชิงปฏิบัติยังคงพบอุปสรรคที่ซับซ้อนและปัจจัยร่วมหลายด้าน อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐบาลที่ไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากการขาดแคลนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ การขาดความสามารถในการบริหารจัดการ รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเพียงพอ (Sycharoun et al. 2013)

ผลการศึกษายังพบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลระดับอำเภอและระดับตำบล ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมขั้นต้นและพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงมีความต้องการจัดฝึกอบรมหรือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของ การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมเป็นผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ และพยาบาล สอดคล้องกับการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นการเพิ่มจำนวนผดุงครรภ์และพยาบาล โดยเฉพาะผดุงครรภ์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลการคลอดอย่างมีคุณภาพ โดยรัฐบาลได้ลงทุนในการพัฒนาการศึกษาระดับประกาศนียบัตรสำหรับผดุงครรภ์และจัดตั้งสมาคมผดุงครรภ์ เพื่อเสริมสร้างความพร้อมและคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับชาติ (Ministry of Health, Lao PDR, 2016; Kubota et al. 2024b) การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็กส่งผลให้พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติในงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะด้าน หลักสูตรที่ออกแบบอย่างเหมาะสมช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเน้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงหรือจำลอง ทำให้ผู้เข้าอบรมสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้ทันทีในงานจริง โดยข้อดีของการฝึกอบรมในงานที่เกี่ยวข้อง คือ กลุ่มผู้เข้าอบรมมีความหลากหลายทางวิชาชีพซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการทำงานจริงที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ (Fransen et al., 2020) นอกจากนี้ วิธีการฝึกอบรมในงานดังกล่าวยังมีข้อได้เปรียบที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน โดยการเชื่อมโยงการสอนภาคปฏิบัติในสถานที่ทำงานเข้ากับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม กระบวนการทำงาน การจัดบุคลากร และการพัฒนาระบบอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติใหม่มาใช้ วิธีนี้อาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อส่งเสริมการยอมรับและการนำไปใช้ในสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tran et al., 2018) นอกจากนี้ การสนับสนุนและการติดตามผลหลังการฝึกอบรม เช่น การให้คำปรึกษาหรือการประเมินผลการปฏิบัติงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินว่าความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กหรือไม่ และควรขยายการฝึกอบรมไปยังพื้นที่ห่างไกลเพื่อเพิ่มความครอบคลุมและลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรเปราะบางให้มากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่ตรงกับบริบทพื้นที่เพื่อยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลและระบบคมนาคม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการฝึกอบรม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการปรับปรุงระบบข้อมูลสุขภาพให้มีความทันสมัยและแม่นยำ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับองค์กรภายนอกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการสนับสนุนในด้านทรัพยากรและการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการที่ครอบคลุมและหลากหลาย โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งช่วยให้สามารถได้รับข้อมูลที่มีความลึกซึ้งและตรงประเด็น อย่างไรก็ตาม การวิจัยมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงพื้นที่ห่างไกล และการขาดความหลากหลายของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลให้ผลลัพธ์ของการวิจัยไม่สามารถสะท้อนภาพรวมที่ครอบคลุมของสังคมได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ การพึ่งพาผลจากการฝึกอบรมในระยะสั้นเป็นปัจจัยที่ต้องพิจารณาในการพัฒนาองค์ความรู้ระยะยาวในด้านการดูแลอนามัยแม่และเด็ก ดังนั้น คำแนะนำในการวิจัยในอนาคต คือ การขยายกลุ่มประชากรที่ศึกษาให้มีความหลากหลายทั้งในแง่ของภูมิศาสตร์และสังคม เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเป็นตัวแทนที่กว้างขวางยิ่งขึ้น รวมทั้งการปรับปรุงกระบวนการเก็บข้อมูลในพื้นที่ห่างไกล และการเสริมสร้างการฝึกอบรมที่มีความต่อเนื่องและมีคุณภาพสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก นอกจากนี้ ควรมุ่งเน้นการพัฒนานโยบายที่เป็นรูปธรรมและมีความสอดคล้องกับผลการวิจัย พร้อมทั้งการประเมินผลกระทบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Antsaklis, A., Papamichail, M., & Antsaklis, P. (2020). Maternal Mortality: What Are Women Dying from? *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 14(1), 64-69.
- Bauserman, M., Thorsten, V. R., Nolen, T. L., Patterson, J., Lokangaka, A., Tshefu, et al. (2020). Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends. *Reproductive Health*, 17, 1-10.
- Bokeo Provincial Hospital. (2022). Annual Maternal Health Report. Bokeo, Lao PDR: Bokeo Provincial Hospital.
- Estudillo, J. P. (2018). Maternal mortality in Lao People's Democratic Republic. *Philippine Review of Economics*, 55(1 and 2), 87-109.
- Fransen, A. F., van de Ven, J., Banga, F. R., Mol, B. W. J., & Oei, S. G. (2020). Multi-Professional Simulation-Based Team Training in Obstetric Emergencies for Improving Patient Outcomes and Trainees' Performance. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Kawaguchi, Y., Sayed, A. M., Shafi, A., Kounnavong, S., Pongvongsa, T., Lasaphonh, et al. (2021). Factors Affecting the Choice of Delivery Place in a Rural Area in Laos: A Qualitative Analysis. *PLoS One*, 16(8), e0255193.
- Khim, K., Goldman, L. N., Shaw, K., Markuns, J. F., & Saphonn, V. (2020). Assessment of Dual Practice Among Physicians in Cambodia. *Human Resources for Health*, 18, 1-8.
- Kim, M. K., Lee, S. M., Bae, S.-H., Kim, H. J., Lim, N. G., Yoon, et al. (2018). Socioeconomic Status Can Affect Pregnancy Outcomes and Complications, Even with a Universal Healthcare System. *International Journal for Equity in Health*, 17, 1-8.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality Due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: A Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203-2212.
- Kubota, S., Ando, M., Khambounheuang, S., Theppanya, K., Nanthavong, P., Tengbriacheu, et al. (2024a). A Gap Analysis of Midwifery Competency, Pre- and In-Service Education for Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health in Lao People's Democratic Republic. *The Lancet Regional Health–Western Pacific*, 43.

- Kubota, S., Ando, M., Murray, J., Khambounheuang, S., Theppanya, K., Nanthavong, et al. (2024b). A Regulatory Gap Analysis of Midwifery to Deliver Essential Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health Services in Lao People's Democratic Republic. *The Lancet Regional Health–Western Pacific*, 43.
- Kurjak, A., Stanojević, M., & Dudenhausen, J. (2023). Why Maternal Mortality in the World Remains a Tragedy in Low-Income Countries and a Shame for High-Income Ones: Will Sustainable Development Goals (SDGs) Help? *Journal of Perinatal Medicine*, 51(2), 170-181.
- Lao Statistic Bureau. (2015). The 4th Population and Housing Census (PHC) 2015. Retrieved November 25, 2024 from <https://lao.unfpa.org/en/publications/results-population-and-housing-census-2015-english-version>.
- Lao Statistic Bureau. (2018). Lao Social Indicator Survey (LSIS) 2017. Retrieved November 25, 2024 from <https://www.unicef.org/laos/reports/lao-social-indicator-survey-lsis-2017>.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., et al. (2016). Global, Regional, and National Causes of Under-5 Mortality in 2000–2015: An Updated Systematic Analysis with Implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388(10063), 3027-3035.
- Louangpradith, V., Yamamoto, E., Inthaphatha, S., Phoummalaysith, B., Kariya, T., Saw, Y. M., et al. (2020). Trends and Risk Factors for Infant Mortality in the Lao People's Democratic Republic. *Scientific Reports*, 10(1), 21723.
- Louangpradith, V., Yamamoto, E., Inthaphatha, S., Phoummalaysith, B., Kariya, T., Saw, Y. M., et al. (2020). Trends and Risk Factors for Infant Mortality in the Lao People's Democratic Republic. *Scientific Reports*, 10(1), 21723.
- Målqvist, M., Lincetto, O., Du, N. H., Burgess, C., & Hoa, D. T. P. (2013). Maternal Health Care Utilization in Viet Nam: Increasing Ethnic Inequity. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 254-261.
- McKinney, D., House, M., Chen, A., Muglia, L., & DeFranco, E. (2017). The Influence of Interpregnancy Interval on Infant Mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(3), 316-e1.
- Meemon, N., Paek, S. C., Pradubmook Sherer, P., Keetawattananon, W., & Marohabutr, T. (2021). Transnational Mobility and Utilization of Health Services in Northern Thailand:

- Implications and Challenges for Border Public Health Facilities. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211053740.
- Mersha, A. G. (2018). Male Involvement in the Maternal Health Care System: Implications Toward Decreasing the High Burden of Maternal Mortality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-8.
- Ministry of Health, Lao PDR. (2016). Health Sector Reform Strategy and Framework Till 2025. Retrieved November 20, 2024 from https://data.opendevelopmentmekong.net/library_record/health-sector-reform-strategy-and-framework-till-2025-lao-pdr.
- Nagpal, S., Masaki, E., Pambudi, E. S., & Jacobs, B. (2019). Financial Protection and Equity of Access to Health Services with the Free Maternal and Child Health Initiative in Lao PDR. *Health Policy and Planning*, 34(Supplement_1), i14-i25.
- Sakamoto, J. (2023). Improving the Maternal Mortality Rate in Lao PDR: 10 Years After the Publication of the Yang Ye Paper in the Nagoya Journal of Medical Science. *Nagoya Journal of Medical Science*, 85(1), 16.
- Sakuma, S., Yasuoka, J., Phongluxa, K., & Jimba, M. (2019). Determinants of Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health Services in Rural Khammouane, Lao PDR. *PLOS ONE*, 14(4), e0215635.
- Schummers, L., Hutcheon, J. A., Hernandez-Diaz, S., Williams, P. L., Hacker, M. R., VanderWeele, T. J., et al. (2018). Association of Short Interpregnancy Interval with Pregnancy Outcomes According to Maternal Age. *JAMA Internal Medicine*, 178(12), 1661-1670.
- Sychareun, V., Phommachanh, S., Soysouvanh, S., Lee, C., Kang, M., Oh, J., et al. (2013). Provider Perspectives on Constraints in Providing Maternal, Neonatal, and Child Health Services in the Lao People's Democratic Republic: A Qualitative Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 1-14.
- Tran, H. T., Mannava, P., Murray, J. C., Nguyen, P. T. T., Anh, T. H., Pham, T. Q. N., et al. (2018). Early Essential Newborn Care Is Associated with Reduced Adverse Neonatal Outcomes in a Tertiary Hospital in Da Nang, Viet Nam: A Pre-Post-Intervention Study. *eClinicalMedicine*, 6, 51-58.

- Tran, N. T., Nguyen, L. T., Berde, Y., Low, Y. L., Tey, S. L., & Huynh, D. T. T. (2019). Maternal Nutritional Adequacy and Gestational Weight Gain and Their Associations with Birth Outcomes Among Vietnamese Women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 1-10.
- United Nations Lao PDR. (2019). Lao PDR Government, Luxembourg, and UN Partners Focus on Further Strengthening of Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health Services. Retrieved November 8, 2024 from <https://laopdr.un.org/en/32459-lao-pdr-government-luxembourg-and-un-partners-focus-further-strengthening-reproductive>.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, et al. (2016). Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effects. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Wai, K. M., Shibanuma, A., Oo, N. N., Fillman, T. J., Saw, Y. M., & Jimba, M. (2015). Are Husbands Involved in Their Spouses' Utilization of Maternal Care Services? A Cross-Sectional Study in Yangon, Myanmar. *PloS one*, 10(12), e0144135.
- Win, P. P., Hlaing, T., & Win, H. H. (2024). Factors Influencing Maternal Death in Cambodia, Laos, Myanmar, and Vietnam: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 19(5), e0293197.
- World Health Organization. (2024). Maternal Mortality: Key Facts. Retrieved November 20, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- World Health Organization. (2019). Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.
- World Health Organization. (2023). Maternal Mortality. Retrieved November 2, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

ผลของโปรแกรม English Language Skills ต่อความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษ
ทางสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
The Effects of the English Language Skills Program on Knowledge of Health
English Vocabulary for Nursing Students at Prachomkiao College of Nursing,
Phetchaburi Province

อติญาณ์ ศรีเกษตริน¹ ธนณัฐ สากระสันต์^{2*}, ดนิตา สมุทรไทย³, มณสิชา เล้าสกุล⁴, รินรดา สงคราม⁵
Atiya somkastrin¹, Thananat sakrasan², Danita Samuttai^{3*}, Monsicha Laosakul⁴, Rinrada Songkhram⁵
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรม
ราชชนก², โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม³, โรงพยาบาลเขาย้อย⁴, โรงพยาบาลท่า양⁵
Praboromrajchanok Institute¹, Boromarajonani College of Nursing chakriraj Faculty of Nursing, Praboromrajchanok
Institute², Somdetphraphutthaloetla Hospital Samutsongkhram Province³, Khaoyoi Hospital⁴, Thayang Hospital⁵

(Received: October 10, 2024; Revised: March 26, 2025; Accepted: April 25, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 1 กลุ่ม วัดผล
ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม English Language Skills ต่อความรู้ด้านคำศัพท์
ภาษาอังกฤษทางสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30
คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการใช้โปรแกรม English Language Skills ระยะเวลา 4
สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรม English Language Skills เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถามความรู้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม English
Language Skills วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพ สูงกว่า
ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้
โปรแกรม English Language Skills อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$, $S.D. = 0.18$)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม English Language Skills ช่วยเสริมสร้างการ
เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดการจดจำคำศัพท์ในระยะยาว

คำสำคัญ : คำศัพท์ภาษาอังกฤษ, โปรแกรม English Language Skills, ความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทาง
สุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Thananat.sakrasan@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 098-1039929)

Abstract

This study was a quasi-experimental research design, specifically a Type 1 pre-test and post-test measurement approach. Its objective was to examine the effects of the English Language Skills program on Health English Vocabulary Knowledge for nursing students at Phra Chom Klao College of Nursing in Phetchaburi province. A total of 30 participants were included as samples, who underwent the English Language Skills program for 4 weeks. The research instruments included the English Language Skills program, an English vocabulary knowledge questionnaire, and a satisfaction questionnaire regarding the use of the program. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that: 1) the participants' mean post-test scores of English vocabulary knowledge were significantly higher than the pre-test scores ($p < .05$); and 2) the participants reported the highest level of satisfaction with the English Language Skills program ($M = 4.56$, $S.D. = 0.18$).

The findings suggest that the English Language Skills program effectively enhances continuous learning and promotes long-term vocabulary retention.

Keywords : English vocabulary, English Language Skills program, Health English Vocabulary Knowledge, nursing students

บทนำ

ภาษาอังกฤษมีความสำคัญต่อหลายวิชาชีพรวมถึงวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะกรณีที่ต้องสื่อสารกับชาวต่างชาติ การที่นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ด้านภาษาอังกฤษจะช่วยให้ปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่นทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ตรงกับปัญหาของผู้รับบริการ ทำให้สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษเป็นสมรรถนะหนึ่งในทักษะศตวรรษที่ 21 ที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล การศึกษาสมรรถนะภาษาอังกฤษในนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ มีความสามารถและทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับ การประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสากล ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารและการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อทบทวนรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะภาษาอังกฤษในนักศึกษาพยาบาล พบว่าการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาภาษาอังกฤษให้ความสำคัญกับการเรียนการสอนไวยากรณ์เพื่อนำไปใช้สอบมากกว่าการใช้ในสถานการณ์จริง (ญ่าภัทร นิยมสัจย์ และคณะ, 2566)

การจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษเพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและสนุกสนานไปกับการเรียน สื่อการเรียนการสอนมีความสำคัญในการดึงดูดความสนใจของผู้เรียน การทบทวนเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษที่ผ่านมามีการใช้สื่อที่ช่วยในการพัฒนาหลากหลายได้แก่ การใช้แถบบันทึกเสียง การแสดงบทบาทสมมติ การมอบหมายงาน การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เฉพาะ (ปวีณูช จินกุล, 2562) การดูภาพยนตร์ การใช้เกมส์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเรียนการสอนในชั้นเรียน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะภาษาอังกฤษโดยให้ความสำคัญในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การเรียนผ่าน โปรแกรม Enhancing English skill : BCNU Web Based Learning (นิรชา พุงฝนภูมิ และคณะ, 2565) การเรียนผ่านเว็บไซต์อีเนอร์ด (E-Nerd) (ญ่าภัทร นิยมสัจย์

และคณะ, 2566) สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษที่ดีจำเป็นต้องมีคลังคำศัพท์ภาษาอังกฤษที่เพียงพอและการเรียนควรมีทั้งการเรียนในชั้นเรียนและการเรียนรู้นอกชั้นเรียนเพื่อให้เกิดความคงทนของความรู้ในการนำไปใช้

สถาบันพระบรมราชชนกบรรจุให้มีการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษในนักศึกษาพยาบาลและกำหนดให้นักศึกษาทุกชั้นปีที่เข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรของสถาบันพระบรมราชชนก ต้องสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทุกปี จากผลการสอบวิชาภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2564 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี สอบผ่านเกณฑ์ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.65 ที่ผ่านมารการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะภาษาอังกฤษเป็นการเรียนการสอนในชั้นเรียน ทำให้นักศึกษาบางคนขาดการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การจัดการเรียนการสอนที่บรรยายเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ไม่เห็นภาพจริง และขาดการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงสนใจว่ามีวิธีการใดที่จะช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะภาษาอังกฤษของนักศึกษาให้เพิ่มสูงขึ้น จากการทบทวนพบว่าแอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อออนไลน์ที่มีการใช้ในการเรียนการสอนมากขึ้น เป็นการสื่อสาร 2 ทาง สามารถสื่อสารได้ตลอดเวลา ไลน์เป็นการสื่อสารโดยตรงจากส่งสาร ไปยังผู้รับสาร โดยผู้ส่งสารสามารถส่งข้อความ รูปภาพ เอกสาร หรือข้อมูลข่าวสารตามวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ และพฤติกรรมที่ผู้ส่งสารต้องการ ซึ่งผู้รับสารยังสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบกลับ (Feedback) โดยตรงได้ทันทีทำให้ผู้ส่งสารสามารถวัดผลของการสื่อสารได้ทันที (ศุภศิลป์ กุลจิตเจิววงศ์, 2556) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรม English Language Skills” บนแอปพลิเคชัน LINE เพื่อประเมินความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลและประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม English Language Skills ซึ่งจะช่วยนักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขสนานกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพิ่มคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพให้กับนักศึกษาพยาบาล และทำให้นักศึกษาพยาบาลกล้าใช้ภาษาอังกฤษในการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม English Language Skills
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม English Language Skills

สมมติฐานการวิจัย

- 1.หลังการใช้โปรแกรม English Language Skills นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
- 2.หลังการใช้โปรแกรม English Language Skills นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความพึงพอใจระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (1932) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชัน LINE นำไปสู่การเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพด้วยตนเอง

โปรแกรม English Language Skills

1. Music For Study วิดีโอเพลงสากลหลากหลายเพลง มีคำแปลเป็นภาษาไทย ช่วงท้ายคลิปวิดีโอแนะนำศัพท์น่ารู้
2. GAME Vocabulary เว็บไซต์แนะนำเกมส์ฝึกคำศัพท์ภาษาอังกฤษให้ผู้ใช้ได้เลือกดาวนโหลดเกมส์
3. Quiz Day เว็บไซต์ Google form คำถามภาษาอังกฤษ ตัวเลือก 4 คำตอบ
4. Open Flashcards รูปภาพบัตรคำศัพท์ที่มีคำศัพท์หลากหลายในแต่ละวัน
5. Trick to learn มีคลิปวิดีโอเทคนิคการฝึกคำศัพท์ภาษาอังกฤษ การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และการสอนวิธีการจำคำศัพท์ต่างๆ
6. Ask more ให้ผู้ใช้โปรแกรมสอบถามในเรื่องสงสัย

-ความรู้ด้านคำศัพท์
ภาษาอังกฤษทางสุขภาพ
-ระดับความพึงพอใจในการใช้
โปรแกรม English Language
Skill

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

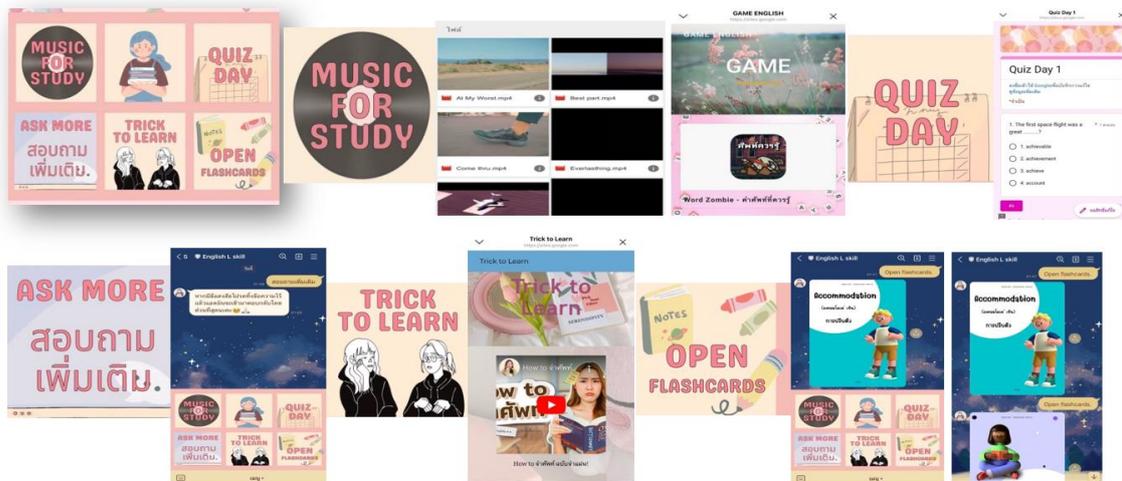
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีสถานภาพเป็นนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 2) ผู้ที่มี Smart phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม English Language Skills ที่ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นประยุกต์บนระบบปฏิบัติการสำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ ได้แก่ สมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการ Android ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ฟังก์ชัน สามารถใช้งานได้ดังนี้ 1) Music For Study วิดีโอเพลงสากลหลากหลายเพลง มีคำแปลเป็นภาษาไทย ช่วงท้ายคลิปวิดีโอแนะนำศัพท์น่ารู้ 2) GAME Vocabulary เว็บไซต์แนะนำเกมส์ฝึกคำศัพท์ภาษาอังกฤษให้ผู้ใช้ได้เลือกดาวน์โหลดเกมส์ 3) Quiz Day เว็บไซต์ Google form คำถามภาษาอังกฤษ ตัวเลือก 4 คำตอบ 4) Open Flashcards รูปภาพบัตรคำศัพท์ที่มีคำศัพท์หลากหลายในแต่ละวัน 5) Trick to learn มีคลิปวิดีโอเทคนิคการฝึกคำศัพท์ภาษาอังกฤษ การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และการสอนวิธีการจำคำศัพท์ต่างๆ และ 6) Ask more ให้ผู้ใช้โปรแกรมสอบถามในเรื่องสงสัยเกี่ยวกับโปรแกรม ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทุกวันๆละ 30 นาที รวม 4 สัปดาห์ โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของแอปพลิเคชันจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการพัฒนาแอปพลิเคชัน 1 ท่าน มีความตรง (Item-Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00

ตัวอย่างโปรแกรม English Language Skills



ภาพที่ 2 ตัวอย่างโปรแกรม English Language Skills

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ คะแนนสอบภาษาอังกฤษ เกรดเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบออนไลน์ผ่าน Google Forms ของเว็บไซต์ของ KnowEnglish จำนวน 30 ข้อ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพ แบบทดสอบมี 4 ตัวเลือก โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 30 คะแนน การแปลผลใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1976) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนที่ได้ 24-30 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพมาก คะแนนที่ได้ 18-23 คะแนน หมายถึง มี

ความรู้เกี่ยวกับด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพมาก คะแนนที่ได้ 0-17 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม English Language Skills ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นประกอบด้วย 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความสามารถทำงานได้ตรงตามความต้องการ 2) ความถูกต้องในการทำงานของแอปพลิเคชัน 3) สะดวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน 4) ความรวดเร็วในการทำงานของแอปพลิเคชัน 5) ความปลอดภัยในการใช้งานของแอปพลิเคชัน โดยแบบสอบถามมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณ 5 ระดับ ตามการแบ่งของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นชุดเดียวกับผู้ทรงในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง พบว่า แบบสอบถามด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่าความตรง (Item-Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่าแบบสอบถามความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพมีค่า KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) เท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามความพึงพอใจของโปรแกรม English Language Skills มีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการวิจัย วิธีการดำเนินงานตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบทดสอบภาษาอังกฤษเพื่อวัดความรู้และการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษของนักศึกษา

3. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการดาวน์โหลดโปรแกรม English Language Skills ผ่านระบบปฏิบัติการ Android แนะนำวิธีการใช้งาน รายละเอียดเนื้อหาของเมนูต่างๆ ในแอปพลิเคชัน ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แอปพลิเคชัน และให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัยในการใช้ และให้กลุ่มตัวอย่างนำแอปพลิเคชันไปใช้ด้วยตนเองทุกวันๆ ละ 30 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ระหว่างการใช้ผู้วิจัยมีการติดตามการใช้งานและสอบถามปัญหา อุปสรรคในการใช้

4. หลังจากเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินแบบทดสอบภาษาอังกฤษ และทดสอบความพึงพอใจที่มีต่อการใช้โปรแกรม English Language Skills ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความพึงพอใจของการใช้โปรแกรม English Language Skills โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทางด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม English Language Skills โดยใช้สถิติ Paired t-test ทั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ด้วยการพิจารณาการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Komogorov – Sminov ผลการทดสอบมีการแจกแจงปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หนังสือรับรองเลขที่ PCKCN REC No.14/2566 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาอายุ 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 คะแนนสอบภาษาอังกฤษส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 31 – 40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 53.34 รองลงมามีคะแนนสอบภาษาอังกฤษอยู่ในช่วง 21 – 30 คิดเป็นร้อยละ 43.33 และค่า GPA ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.51 - 3.00 คิดเป็นร้อยละ 56.67

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ทางด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่า หลังการใช้โปรแกรม English Language Skills กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	S.D.	M	S.D.		
	ความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพ	7.00	4.22	14.00		

*p<.05

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม English Language Skills

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรม English Language Skills โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56, S.D. = 0.18$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ มีวิธีการเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ผ่านโปรแกรมของ Line official และทบทวนความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษได้ตลอดเวลา โดยมีค่าของระดับความพึงพอใจอยู่ที่ ($M = 4.89, S.D. = 0.31$) รองลงมาคือโปรแกรม English Language Skills สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และสามารถนำความรู้ในด้านคำศัพท์ไปประยุกต์ในชีวิตประจำวันได้ซึ่งมีค่าของระดับความพึงพอใจอยู่ที่ ($M = 4.72, S.D. = 0.45$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรม English Language Skills ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 30$)

รายการ	M	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา			
1. เนื้อหามีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้	4.28	.73	มากที่สุด
2. ข้อมูลคำศัพท์ที่ครบถ้วนตรงกับความต้องการ	4.17	.76	มากที่สุด
3. ข้อความในบัตรคำศัพท์ที่สอดคล้องกับภาพประกอบ	4.22	.85	มากที่สุด
4. ภาพเคลื่อนไหว สี เสียงมีการออกแบบที่น่าสนใจ	4.61	.59	มากที่สุด
ด้านการใช้งาน			
1. การใช้งานง่ายและสะดวก	4.67	.58	มากที่สุด
2. ขนาดตัวอักษรตัวอักษรอ่านง่ายชัดเจนเหมาะสมและถูกต้อง	4.50	.76	มากที่สุด
3. รูปแบบการจัดทำโปรแกรมมีความน่าสนใจ สะดวกต่อการเรียนรู้	4.61	.59	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้ประโยชน์			
1. โปรแกรมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	4.72	.45	มากที่สุด
2. สามารถนำความรู้ในด้านคำศัพท์ไปประยุกต์ในชีวิตประจำวันได้	4.72	.56	มากที่สุด
3. สามารถนำคำศัพท์ภาษาอังกฤษไปใช้ในการสื่อสารได้	4.44	.83	มากที่สุด
4. ส่งเสริมความรู้และความจำของคำศัพท์ภาษาอังกฤษ	4.50	.76	มากที่สุด
5. มีวิธีการเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ผ่านโปรแกรมของ Line official	4.89	.31	มากที่สุด
6. ทบทวนความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษได้ตลอดเวลา	4.89	.31	มากที่สุด
ความพึงพอใจในภาพรวม	4.56	.18	มากที่สุด

อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม English Language Skills พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่เข้าร่วมโปรแกรม English Language Skills มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมมากกว่าก่อนเข้าร่วม เนื่องจาก การออกแบบ English Language Skills มีกิจกรรมการพัฒนาคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสุขภาพที่หลากหลายได้แก่ วิดีโอเพลง สากลหลากหลายเพลงแนะนำศัพท์น่ารู้ เกมสื่อกำศัพท์ภาษาอังกฤษ คำถามภาษาอังกฤษ คลิปวิดีโอเทคนิค การฝึกคำศัพท์ภาษาอังกฤษและรูปภาพบัตรคำศัพท์ กิจกรรมที่หลากหลายช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสนใจและความต่อเนื่องในการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Thorndike (1932) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองซ้ำ ๆ สามารถช่วยให้เกิดความจำระยะยาว และสะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้

นอกจากนี้การเรียนรู้ยังเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้เลือกวัน เวลาในการพัฒนาคำศัพท์ด้วยตนเอง และกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ยังสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้ตามความต้องการ การทบทวน คำศัพท์หลายครั้งจะส่งผลให้เกิดความคงทนของความรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาของกิตติพงษ์ พุ่มพวง (2558) ที่ระบุว่า การเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์สามารถช่วยสนับสนุนการเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการและช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา ส่งเสริมการทบทวนซ้ำ ๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ภาษาอังกฤษในระยะยาว และการศึกษาของบุษบา ทาธง, ปริญญา ศิริธราพิพัฒน์และบุษกร แก้วเขียว (2562) พบว่าการใช้แอปพลิเคชัน LINE สามารถช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ผลจากศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาญากัทร นิยมสัจย์ และคณะ (2566) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทักษะภาษาอังกฤษเพิ่มสูงขึ้นหลังการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษผ่านพัฒนาเว็บไซต์ □ E-Nerd การศึกษาของนिरชา พุ่งฝนภูมิ และคณะ (2565) ที่พบว่า หลังการเรียนรู้ด้วยโปรแกรม Enhancing English Skill : BCNU Web Based Learning นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนภาษาอังกฤษเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลจากการที่นักศึกษาพยาบาลมีช่องทางไวอากรณคำศัพท์และเทคนิคต่างๆ ในการเรียนภาษาอังกฤษ และการพัฒนาแอปพลิเคชัน Hospitalk ของคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อฝึกทักษะการสนทนาภาษาอังกฤษของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยชาวต่างชาติ (ข้าวจุฬา, 2561)

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม English Language Skills พบว่า คะแนนความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม English Language Skills บนแอปพลิเคชัน LINE ของนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจาก แอปพลิเคชันไลน์เป็นโปรแกรมที่นักศึกษาใช้งานในชีวิตประจำวัน เข้าถึงง่ายในการใช้งาน และโปรแกรมถูกออกแบบใช้งานง่าย สะดวก เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษา กิจกรรมที่ออกแบบเหมาะสมกับช่วงวัย การเรียบเรียงกิจกรรมเป็นลำดับขั้นตอน กิจกรรมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้และช่วยเสริมสมรรถนะในการจำคำศัพท์ของนักศึกษาทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้สามารถช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและน่าสนใจ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ค่อยมีโอกาสใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน (ศุภศิลป์ กุลจิตเจืองวงศ์, 2556) นอกจากนี้การนำเทคโนโลยีมาใช้ช่วยลดความวิตกกังวลของนักศึกษาและทำให้นักศึกษากล้าฝึกใช้ภาษาอังกฤษมากขึ้น (วิไลพร ขำ

วงษ์และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของอดิญาณ์ ศรเกษตริน, ดาราวรรณ ร่องเมือง และรุ่งนภา จันทรา (2562) พบว่าการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์สามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เรียนและส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในเรื่องของคำศัพท์และการพัฒนาทักษะการอ่าน และการศึกษาของปัญวลี เสริมทรัพย์ (ปัญวลี เสริมทรัพย์, 2560) พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการสอนภาษาอังกฤษสามารถช่วยกระตุ้นความสนใจของนักศึกษาและส่งเสริมการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ควรนำโปรแกรม English Language Skills มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษแก่นักศึกษาให้มีทักษะด้านภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น
2. สถาบันพระบรมราชชนก ควรส่งเสริมโปรแกรมหรือวิธีการพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษแก่นักศึกษาโดยคำนึงถึงพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนเพื่อให้นักศึกษาเกิดความสนใจและกล้าแสดงออกต่อการเรียนรู้ด้านภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรม English Language Skills ในระยะเวลาที่นานขึ้นเพื่อประเมินความคงทนของความรู้ด้านคำศัพท์ภาษาอังกฤษ
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน LINE กับกลุ่มที่ใช้วิธีการเรียนการสอนแบบดั้งเดิม เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของประสิทธิภาพในการเรียนรู้
3. ควรศึกษาผลกระทบของโปรแกรม English Language Skills ในการพัฒนาทักษะอื่น ๆ ของภาษาอังกฤษ เช่น การพูดและการเขียน

เอกสารอ้างอิง

กิตติพงษ์ พุ่มพวง. (2558). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยทฤษฎีเชื่อมโยงความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์. *วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์*, 10(19), 42–54.

ข่าวจุฬา. (2561). ดาวนโหลดฟรี "แอปพลิเคชัน Hospitalk" เพื่อฝึกทักษะการสนทนาภาษาอังกฤษสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2568, จาก <https://www.chula.ac.th/news/15544/>

ญารภัทร นิยมสัตย์ และคณะ. (2566). การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองรูปแบบออนไลน์เพื่อส่งเสริมสมรรถนะด้านการฟังและอ่านภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(3), 1–16.

นिरชา ทุ่งฝนภูมิ และคณะ. (2565). ประสิทธิภาพการเรียนรู้ผ่านบทเรียน E-learning ต่อการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 87–98.

ปวีณูช จินกุล. (2562). รูปแบบการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษของพยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันโรคทรวงอก. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ภาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ปัญญาลี เสริมทรัพย์. (2560). การใช้เทคโนโลยีในการสอนภาษาอังกฤษเพื่อก้าวสู่ไทยแลนด์ 4.0. *วารสารมหาคุหาชสาร*, 8(1), 32–34.

บุษบา ทาธง, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ และ บุษกร แก้วเขียว. (2562). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในรายวิชา "การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1" ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 155–168.

วีไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2563). ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาความสามารถด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 223–234.

ศุภศิลาป์ กุลจิตเจือวงศ์. (2556). ไลน์รูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ทโฟน: ข้อดีและข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน. *วารสารนักบริหาร*, 33(4), 42–54.

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, ดาราวรรณ รองเมือง และ รุ่งนภา จันทรา. (2562). การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 1–23.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bloom, B. S. (1976). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill.

Thorndike, E. L., (1932). *Columbia University, Institute of Educational Research, Division of Psychology. The fundamentals of learning*. New York: Teachers College Bureau of Publications.

สมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ:
กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
Predictive Equations for Stress Levels Among the Elderly Using Multiple Regression
Analysis: A Case Study of Bang Chakreng Community, Mueang Samut Songkhram
District, Samut Songkhram Province

กนกพร สมพร¹, นพดล ทองอร่าม^{2*}, ศศิวิมล บุระณะกิติ¹, วันวิสาข์ เชื้อซัง¹, ณัฐนันท์ พันเสื่อ¹,
ชัยวัฒน์ สาททอง¹, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์², นิติธรรม พิลารณ²

Kanokporn Somporn¹, Nopadol Thongaram^{2*}, Sasiwimol Buranakiti¹, Wanwisa chueachang¹, Natthanapan
pansuea¹, Chaiwat Satthong¹, Sutthisak Surirak², Nititham Pilaporn²

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Department of Community Public Health, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University,
Bangkok¹

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi^{2*}

(Received: January 13, 2024; Revised: March 9, 2025; Accepted: April 25, 2025)

บทคัดย่อ

ความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณในชุมชนบางจะเกร็ง จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 250 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Stepwise

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ประกอบด้วยปัจจัยด้านสุขภาพกาย ($\beta = -.217$) ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ ($\beta = -.208$) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ($\beta = .200$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความเครียดได้ร้อยละ 10.60 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านสุขภาพทั้งในระดับกาย จิต และสังคม มีบทบาทสำคัญต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกาย การสนับสนุนสุขภาพจิตผ่านเครือข่ายครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
คำสำคัญ : ความเครียด, ผู้สูงอายุ, การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

*Corresponding Author: Nopadol Thongaram E-mail: Nopadol@phcsuphan.ac.th

Abstract

Stress is a significant mental health issue among the elderly population and is trending upward as society increasingly ages. This cross-sectional analytical research aimed to establish a predictive equation for stress levels in elderly individuals through multiple regression analysis in the Bang Chakreng community, Samut Songkhram province. The sample consisted of 250 elderly participants. Data were collected between December 2024 and February 2025 using a quality-validated questionnaire. The instrument underwent content validity and reliability testing, achieving a Cronbach's alpha coefficient of 0.76 for the entire questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The research findings revealed that factors significantly predicting stress levels ($p < .05$) included physical health factors ($\beta = -.217$), mental and emotional health factors ($\beta = -.208$), and social and environmental factors ($\beta = .200$). Together, these factors accounted for 10.60% of the variance in stress prediction. The conclusion indicates that health factors across physical, mental, and social dimensions play crucial roles in determining stress levels among the elderly. This study highlights the necessity of holistic healthcare approaches, emphasizing activities that restore physical health, support mental well-being through family and community networks, and develop environments conducive to social interaction.

Keywords: Stress, Elderly Persons, Multiple Regression Analysis

บทนำ

ความเครียดเป็นสภาวะของความกังวลหรือความตึงเครียดจากจิตที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก ความเครียดเป็นการตอบสนองตามธรรมชาติของมนุษย์ที่กระตุ้นให้จัดการกับความท้าทายและภัยคุกคามในชีวิต ความเครียดส่งผลต่อร่างกายและอารมณ์ในระดับที่ต่างกันความเครียดอาจเป็นผลดีที่ทำให้ตื่นตัวและช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นในบางสถานการณ์แต่ก็มีประโยชน์ในระยะสั้นเท่านั้น ความเครียดที่มากเกินไปหรือยาวนานสามารถนำไปสู่การเจ็บป่วย (คชาภรณ์ ศรีพาร์ตัน และวัฒนา ชยธวัช, 2567) ความเครียดเกิดขึ้นได้เสมอกับบุคคลทั่วไป เป็นภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และอาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายบุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดและทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งด้านพฤติกรรม (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2566)

หลายประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2579 ซึ่งมีผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น (กนกพร สมพร และคณะ, 2566) ดังนั้นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเครียด โรคซึมเศร้า หลงลืม สมองเสื่อม เป็นต้น (World Health Organization WHO, 2015) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นปัญหา รองจากปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้สูงอายุทั่วโลกมีปัญหาสุขภาพจิต ประมาณร้อยละ 17.40 เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.00 โรคหลงลืม

ร้อยละ 5.00 และโรควิตกกังวลร้อยละ 3.80 (World Health Organization WHO, 2017) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมถอยลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ นอกจากนี้ยังผู้สูงอายุการฆ่าตัวตายมากเป็นอันดับสองรองจากวัยทำงาน พบว่า มีอัตราฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15.00 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรกคือความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้าตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

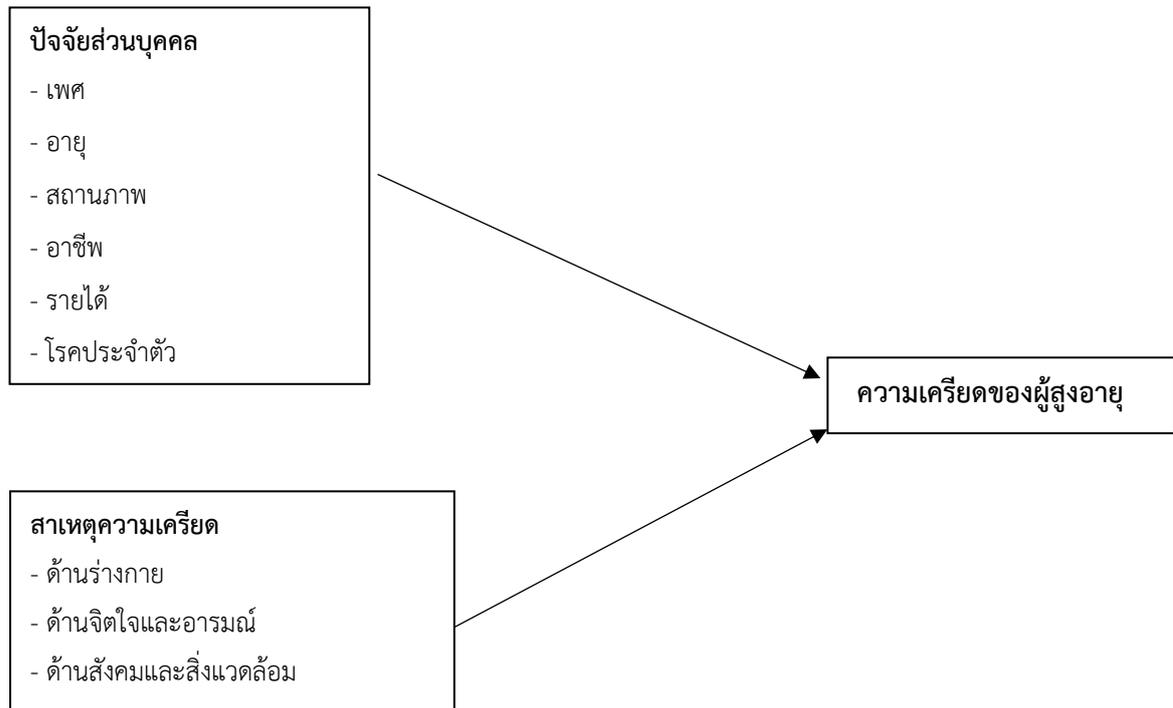
จังหวัดสมุทรสงครามเป็นหนึ่งในจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรสูงวัยติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศไทย โดยอยู่ในอันดับที่ 5 ด้วยสัดส่วนประชากรสูงวัยร้อยละ 22.25 จากการสำรวจประชากรสูงวัยในปี 2562 พบว่าอำเภอบางคนที่มีสัดส่วนประชากรสูงวัยสูงที่สุด ร้อยละ 25.69 รองลงมาคืออำเภออัมพวา ร้อยละ 23.29 และอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ร้อยละ 18.73 ทั้งนี้ จังหวัดสมุทรสงครามมีประชากรรวมทั้งสิ้น 121,369 คน โดยประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานอายุ 19-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.37 ขณะที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 37,201 คน หรือร้อยละ 30.65 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม (สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น ลักษณะส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย เป็นต้น ปัจจัยทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การพึงพอใจในชีวิต การเห็นคุณค่าในตัวเอง การจัดการความเครียด เป็นต้น และปัจจัยทางด้านสังคม เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคม เป็นต้น อังควรา วงษาสันต์ และนพรัตน์ บุญเพียรผล. (2560) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเครียดส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (นิตกร ภูสุวรรณ, 2556) เพราะวัยนี้เป็นวัยที่เรียกว่าผู้สูงอายุตอนต้นพึ่งผ่านวัยการทำงานมาจึงไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ในปัจจุบันได้ จึงส่งผลทำให้เกิดความเครียดมากกว่าวัยอื่นๆ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม เพราะจะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนป้องกันและจัดการความเครียดในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปกลุ่มติดสังคมและติดบ้านของตำบลบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 624 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปกลุ่มติดสังคมและติดบ้านของตำบลบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Danaiel (2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 239 คน แต่ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในการตอบกลับ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 251 คน(ปุรินทร์ ศรีศลักษณ์ และคณะ, 2567)

เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเทียบสัดส่วน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับจำนวนของประชากรผู้สูงอายุ ตามวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการจัดตารางรายชื่อผู้สูงอายุในตำบลบางจะเกร็ง โดยแยกตามแต่ละหมู่บ้านจำนวน 5 หมู่บ้านตามเขตการปกครอง จากนั้น กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายอย่างเหมาะสมและครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ภายในแต่ละหมู่บ้าน ทำการสุ่มผู้สูงอายุตามจำนวนที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อทั้งหมดของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในตำบลบางจะเกร็ง 2. ผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลบางจะเกร็งมากกว่า 1 ปีขึ้นไป 3. ผู้ที่สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ 4. ผู้ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออกการเข้าร่วมการวิจัย 1. ผู้ที่ไม่อาศัยอยู่ในตำบลบางจะเกร็ง 2. ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสาเหตุความเครียด แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านร่างกาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพการพักผ่อนและการนอนหลับ ผลกระทบของปัญหาสุขภาพต่อการใช้ชีวิต ความเครียดและความกังวลด้านสุขภาพ ความรู้สึกด้านร่างกายและพลังงาน ความสามารถในการมีสมาธิ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ด้านที่ 2 ด้านภาวะจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ การไม่รู้สึกลดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง การมีเครือข่ายการสนับสนุนเมื่อมีปัญหา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ด้านที่ 3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในสังคมหรือชุมชน การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมทางสังคม ความช่วยเหลือจากภาครัฐและเพื่อนในสังคมเมื่อเดือดร้อน สถานะทางการเงินและความต้องการสร้างรายได้เพิ่มเติม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

โดยทั้ง 3 ด้าน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการแปลผล ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00, ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความเครียด (SPST-20) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการประเมินระดับความเครียด จะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก คะแนนรวมของแบบสอบถามความเครียดทั้งหมด กำหนดเกณฑ์การประเมินแบ่งตามระดับคะแนนความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1-24 คะแนนระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 25-42 คะแนน ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 43-62 คะแนน ระดับรุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 63 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสาเหตุความเครียด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความเครียด(SPST-20) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต คำนวณความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์(Item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองเก็บข้อมูล(Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 5 คน ซึ่งได้ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัยอย่างถูกต้องก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ ผู้ช่วยนักวิจัยทุกคนได้รับการอบรมให้เข้าใจในเนื้อหาของแบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์อย่างเป็นกลาง เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ และการป้องกันอคติในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด แต่ในการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 250 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่กำหนดไว้ 251 คน โดยมีจำนวน 1 คนที่ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้เนื่องจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงไม่นำมารวมในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติเท่ากับ 250 คน

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face interview) ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะสอบถามคำถามตามแบบสอบถามกับผู้สูงอายุแต่ละราย และบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามทันที หลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นในแต่ละวัน จะมีการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลโดยหัวหน้าทีมวิจัย ก่อนนำข้อมูลไปเข้ารหัส (coding) เพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

เพื่อสร้างมาตรฐานในการเก็บข้อมูล ทีมวิจัยได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการเก็บข้อมูล และกำหนดให้มีการประชุมตรวจสอบความเข้าใจร่วมกันก่อนเริ่มลงพื้นที่ รวมถึงกำหนดให้มีการติดตาม ตรวจสอบภาคสนาม และทบทวนแบบสอบถามในช่วงเริ่มต้นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความสอดคล้องของการปฏิบัติงานของผู้ช่วยนักวิจัยอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Stepwise ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงปกติ (normality) โดยเฉพาะตัวแปร “อายุ” ซึ่งมีช่วงอายุกว้างตั้งแต่ 60 ปีจนถึงมากกว่า 80 ปี จึงมีความเสี่ยงต่อการไม่เป็นไปตามสมมติฐานการแจกแจงปกติ ผู้วิจัยจึงได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรอายุด้วยวิธีการทางสถิติ ได้แก่

การพล็อตกราฟ Histogram และการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Test ผลการตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีแนวโน้มเป็นไปตามการแจกแจงปกติ สามารถนำเข้าสู่การวิเคราะห์ห้ถดถอยได้อย่างเหมาะสม การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยการพล็อตกราฟ Scatter Plot และ Residual Plot ผลการตรวจสอบพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรส่วนใหญ่มีแนวโน้มเป็นเชิงเส้น รองรับการวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงเส้นได้ ตรวจสอบความสม่ำเสมอของความแปรปรวน (Homoscedasticity) ตรวจสอบโดยการพล็อตกราฟ Residuals กับค่าที่พยากรณ์ (Predicted Values) พบว่า Residual มีการกระจายอย่างสม่ำเสมอรอบศูนย์โดยไม่มีรูปแบบที่แน่นอน แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าคงเหลือเท่ากันในทุกระดับของตัวแปรพยากรณ์ มีการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.011 – 1.139 และค่า Tolerances อยู่ระหว่าง .88 - .99 และไม่พบ autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.92 (Senaviratna & Cooray, 2019)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นหลัก โดยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ COA. 2-051/2024 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 การดำเนินการวิจัยมีแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรม 3 ประการ ได้แก่ การขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทั้งด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษร โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลกระทบ และประโยชน์ของการวิจัยอย่างครบถ้วน การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยตระหนักในการปกป้องสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.20 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 49.69 สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 68.00 มีโรคประจำตัว อื่น ๆ ร้อยละ 38.40 ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ต่อมลูกหมากโต และโรคข้อเข่าเสื่อม รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ตัวแปร	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	77	33.30
หญิง	173	66.70
อายุ (ปี)		
60 - 69	124	49.60
70 - 80	99	39.60
80 ปี หรือมากกว่า	27	10.80
สถานะการสมรส		
โสด	58	23.20
แต่งงาน/คู่	129	51.60
หย่าร้าง	5	2.00
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	56	22.40
อื่น ๆ	2	0.80
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	114	45.60
รับจ้างทั่วไป	34	13.60
ค้าขาย	53	21.20
รับราชการ	7	2.80
ประมง	34	13.60
อื่นๆ	8	3.20
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤5,000	170	68.00
5,0000 - 10,000	63	25.20
10,001 - 15,000	11	4.40
≥ 15,001	6	2.40
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	44	17.60
โรคหัวใจ	7	2.80
โรคเบาหวาน	27	10.80
โรคความดันโลหิตสูง	75	30.00
มะเร็ง	1	0.40
อื่น ๆ	96	38.40

2. การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงภาพรวมของปัจจัยสาเหตุความเครียดผู้สูงอายุใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.60, SD.=0.49$) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ($M=1.67, SD. =0.60$) และด้านภาวะจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ($M=1.63, SD. =0.58$) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยสุขภาพ ($n=250$)

ปัจจัย	M	SD	แปลผล
ด้านร่างกาย	2.60	0.49	ปานกลาง
ด้านจิตใจ อารมณ์	1.63	0.58	ต่ำ
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	1.67	0.60	ต่ำ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระดับความเครียด ระดับความเครียดของผู้สูงอายุระดับปานกลาง จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 ($M=29.85, SD=8.76$) รองลงมา ระดับความเครียดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับความเครียดน้อย จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ($M=29.85, SD=8.76$) รองลงมา ระดับความเครียดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับความเครียดสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2 ($M=29.85, SD=8.76$) และระดับความเครียดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับความเครียดรุนแรง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ($M=29.85, SD=8.76$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเครียดโดยรวมของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน SPST-20 ($n=250$)

ระดับความเครียด	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	M	SD
ต่ำ	69	27.6	29.85	8.76
ปานกลาง	158	63.2		
สูง	18	7.2		
รุนแรง	5	2.0		

4. การวิเคราะห์ความเป็นเชิงเส้นโดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาสมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยสาเหตุความเครียดด้านร่างกาย ปัจจัยสาเหตุความเครียดด้านภาวะจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยสาเหตุความเครียดด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ตัวแปรตาม คือ ภาวะความเครียดของผู้สูงอายุ นำตัวแปรปัจจัยด้านต่าง ๆ มาทำการคัดเลือกตัวแปรสมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม โดยวิธี Stepwise พบว่า สมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม สามารถร่วมกันทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุชุมชนบางจะ

เกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ได้ร้อยละ 10.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .325 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะความเครียดได้ร้อยละ 10.6 ($R^2 = .106$) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเพื่อพยากรณ์ระดับความเครียดในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนบางจะเกร็ง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ตัวแปร	B	S.E.	β	t	p
Constant	2.818	.355	-	7.939	.000
ด้านร่างกาย (x_1)	-.024	.007	-.217	-3.573	.000
ด้านจิตใจ อารมณ์ (x_2)	-.028	.009	-.208	-3.234	.001
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (x_3)	.023	.007	.200	3.123	.002

R= .325 $R^2 = .106$ Adjusted $R^2 = .095$ Std. Error of the Estimate = .60377

$F_{\text{change}} = 9.693$ Sig= .000

*Correlation is significant at the 0.05

วิธีการถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise สามารถเขียนเป็นสมการคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนายภาวะความเครียดของผู้สูงอายุ (Y)} = 2.818 - .024(x_1) - .028(x_2) + .023(x_3)$$

อภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านสุขภาพกายกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านสุขภาพกายมีอิทธิพลต่อความเครียดมากที่สุด ($\beta = -.217$) โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fayola Issalillah & Nur Aisyah (2022) ที่พบว่าผู้สูงอายุเกิดความเครียดจากการที่ร่างกายเสื่อมถอยลง แต่ยังคงต้องทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 82.4) นอกจากนี้ Mr, J. (2020) ยังพบว่าปัญหาสุขภาพกายมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = -0.505$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 24.6 สอดคล้องกับ Paralikas et al. (2021) ที่พบว่าอาการทางกายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเชิงทฤษฎี ความสัมพันธ์เชิงลบนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งระบุว่า ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้สถานการณ์หนึ่งเกินความสามารถของตนในการจัดการหรือปรับตัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายมีการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการจำกัดในการประกอบกิจกรรมของชีวิตประจำวัน หากยังต้องดำรงชีวิตในภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น รายได้ต่ำ หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง ความรู้สึกไร้พลัง ไร้ค่า และไม่สามารถพึ่งตนเองได้ จะยิ่งทวีความเครียดมากขึ้น ซึ่งในบริบทของชุมชนบางจะเกร็งในจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ประกอบกับข้อมูลที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยและมีโรคประจำตัวจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของภาระสองชั้น (double burden) ทั้งจากความเสื่อมถอยของร่างกายและข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงกับระดับความเครียดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

2. ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและอารมณ์กับความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด ($\beta = -.208$) สุขภาพจิตเป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับความเครียด (Coping Mechanism) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) การมีสุขภาพจิตดีส่งผลให้สามารถประเมินสถานการณ์และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสเกิดความเครียดที่เรื้อรัง ในบริบทของผู้สูงอายุในวัย 60–69 ปี ซึ่งมักเป็นวัยเปลี่ยนผ่านจากการทำงานสู่การพักผ่อน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียบทบาทในสังคม หรือขาดการยอมรับจากครอบครัว ซึ่งอาจกระทบต่อความภาคภูมิใจและการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และภาวะเครียดได้ง่าย ดังนั้นการมีสุขภาพจิตที่ดีจึงช่วยลดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paralikas et al. (2021) ที่พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำและไม่ได้แต่งงาน ซึ่งและการศึกษาของ Muñoz-Bermejo et al. (2020) ยังพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพจิต ($p = 0.001$) และความเครียด ($p < 0.001$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมยังสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ($p = 0.001$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($p = 0.005$)

3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด ($\beta = .200$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Paralikas et al. (2021) ที่พบว่าความบกพร่องทางสังคมมีคะแนนสูงที่สุดในกลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นหม้าย โสด หรือหย่าร้าง โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนบางจะเกร็ง ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้สูงอายุบางรายอาจประสบกับการสูญเสียเครือข่ายทางสังคม เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส การที่ลูกหลานย้ายถิ่นเพื่อทำงาน รวมถึงการขาดพื้นที่สาธารณะหรือกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จึงอาจทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Muñoz-Bermejo et al. (2020) ยังชี้ว่าการมีบทบาทในการดูแลผู้อื่น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนสามารถลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตได้ จึงควรใช้บริบทชุมชนให้เป็นประโยชน์ในการสร้างกิจกรรมที่เสริมสร้างบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ Mr, J. (2020) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 36.7

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปว่า แม้ว่าตัวแปรทั้งสามจะสามารถร่วมกันทำนายความเครียดได้เพียงร้อยละ 10.6 ($R^2 = .106$) ซึ่งค่อนข้างต่ำ แสดงว่าอาจมีปัจจัยสำคัญอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ที่ยังไม่ได้นำมาพิจารณา โดย Paralikas et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางประชากรศาสตร์และปัจจัยทางจิตสังคมมีการกระจายตัวที่แตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและหญิง รวมถึงระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองและชนบท สอดคล้องกับ Muñoz-Bermejo et al. (2020) ที่พบความแตกต่างของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่างเพศ ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรพิจารณาปัจจัยด้านเพศ บทบาททางสังคม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถอธิบายความเครียดในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมสิ่งแวดล้อม มีบทบาทสำคัญต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชน แม้ว่าสมการถดถอยพหุคูณจะสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับความเครียดได้ในระดับหนึ่ง แต่ผลการวิเคราะห์ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการออกแบบโปรแกรมหรือแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่ครอบคลุมในระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาพรวม

1. จัดโปรแกรมสนับสนุนสุขภาพกาย เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี
2. พัฒนาแนวทางการเสริมสุขภาพจิต โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เช่น การจัดอบรมให้คำปรึกษาและสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม
3. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมชุมชน เช่น การสร้างพื้นที่สาธารณะหรือกลุ่มกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์และลดความเครียดจากการแยกตัวทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอข้อค้นพบที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นคณะผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการวิจัยในอนาคตที่ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม คือ

1. การศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการขยายผล เนื่องจากผู้สูงอายุชายและหญิงอาจมีการตอบสนองต่อความเครียดที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านการรับรู้ การจัดการ และผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ การเข้าใจความแตกต่างเหล่านี้จะช่วยในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับเพศสภาพ
2. การวิจัยในอนาคตควรให้ความสำคัญกับปัจจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาบทบาทในครอบครัวและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยให้เข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุได้อย่างลึกซึ้ง
3. การดำเนินการวิจัยระยะยาวมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดในผู้สูงอายุตลอดเวลา ซึ่งการศึกษาแบบต่อเนื่องจะช่วยให้เห็นพัฒนาการและรูปแบบของความเครียดที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
4. การขยายขอบเขตการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทจะช่วยให้มุมมองที่กว้างขึ้น สภาพแวดล้อม วิถีชีวิต และการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันระหว่างสองพื้นที่อาจส่งผลต่อประสบการณ์ความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งความเข้าใจในความแตกต่างดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายและการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร สมพร, ทศพร ชูศักดิ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ธนุศิลป์ สลีอ่อน, และนพดล ทองอร่าม. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 3(3), 93-106.
- คชาภรณ์ ศรีพาร์ตัน และวัฒนา ชยธวัช. (2567). การพยากรณ์อัตราผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเครียดในจังหวัดลพบุรี. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 18(2), 30-37.

- ณัฐปัทมย์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ภูขงค์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, & ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 16(2), 79-86.
- นิตกร ภูสุวรรณ. (2556). ความเครียดของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสกลนคร. วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, (ฉบับพิเศษ), 164-171.
- ปรีนทร์ ศรีสกลลักษณ์, สุภาวดี นพรจจินดา, ประทีป หมี่ทอง และสุนิสา จันทร์แสง. (2567). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 4(2), 25-36.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (28 ตุลาคม 2567). ความเครียดและวิธีแก้ความเครียด. เข้าถึงได้จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/>
- สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม. (28 สิงหาคม 2567). รายงานคุณภาพชีวิตจังหวัดสมุทรสงคราม. เข้าถึงได้จาก <https://samutsongkhram.cdd.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. (2567). ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2567. สมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.
- อังควรา วงษาสันต์ และนพรัตน์ บุญเพียรผล. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Danaiel, W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Science* (9thed). New Yoke: john Wiley&sons.
- Issalillah, F., & Aisyah, N. (2022). The Elderly and the Determinants of Stress. *Journal of Social Science Studies (JOS3)*, 2(1), 9-12. <https://doi.org/10.56348/jos3.v2i1.19>
- Muñoz-Bermejo, L., Adsuar, J.C., Postigo-Mota, S., Casado-Verdejo, I., de Melo-Tavares, C.M., García-Gordillo, M.Á., Pérez-Gómez, J., & Carlos-Vivas, J. (2020). Relationship of Perceived Social Support with Mental Health in Older Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3886, 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113886>
- Paralikas, T., Maria, M., Dimitrios, T., Christina, B., Nikolaos, C., Antigoni, F., Georgios, T., & Stiliani, K. (2021). Physical and Mental Health Level of the Elderly Living in Central Greece. *Materia Socio-Medica*, 33, 16 - 20. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.16-20>
- Senaviratna, N. A. M. R., & Cooray, T. M. J. A. (2019). Diagnosing multicollinearity of logistic regression model. *Asian Journal of Probability and Statistics*, 5(2), Article AJPAS.51693. <https://doi.org/10.9734/ajpas/2019/v5i230132>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Retrieved August 18, 2018, from <http://www.who.int/ageing/publications/world-report/en/>

World Health Organization. (2017). Mental health of older adults. Retrieved August 18, 2018, from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษา
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Effects of a Protection Motivation Theory Program on Antiretroviral Medication
Adherence Among HIV Patients Who Missed Appointments
at Detudom Crown Prince Hospital

ปัทมชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง*

Pancharak Fuangphothong*

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี*

Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province*

(Received: December 31, 2024; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 24, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยการทดลองกลุ่มเดียวครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมถึงเพื่อเพิ่มแรงจูงใจการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษาเกินกว่า 1 สัปดาห์ในรอบ 1 ปี จำนวน 42 คน ได้มาโดยวิธีคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เข้าร่วมทำกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อน-หลังด้วยแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยาจำนวน 4 ด้าน โดยสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากนั้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4 นัดผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมอีกครั้งและในสัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลโปรแกรมจากแบบสอบถามเดิม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานด้วยวิธี Paired Sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี หลังทดลอง (ร้อยละ 90.48) สูงกว่าก่อนทดลอง (ร้อยละ 28.57) และแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีภาพรวมหลังทดลอง ($M=2.29$, $SD=0.23$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=1.59$, $SD=0.33$) และพบว่าการรับรู้ผลลัพธ์ในปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื้อยาสูงที่สุดคือ หลังทดลอง ($M=2.33$, $SD=0.26$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=1.57$, $SD=0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สรุปได้ว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมถึงสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษาได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยขาดนัดการรักษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pancharak2519@gmail.com เบอร์โทร: 099-142-4928)

Abstract

This single-group experimental research aimed to investigate the effects of a Protection Motivation Theory program on antiretroviral medication adherence and motivation among HIV patients who missed appointments. The samples consisted of 42 HIV patients who had missed appointments for more than one week in the past year, selected by purposive sampling. Participants engaged in activities on two occasions, 4 weeks apart. Data were collected before and after the intervention using questionnaires measuring antiretroviral medication adherence and motivation to take HIV antiretroviral medications for preventing drug resistance, measured across 4 dimensions. In week 1, questionnaire data were collected before patients participated in the program. In week 4, patients participated in the program again, and in week 8, the program was evaluated using the same questionnaires. Statistics used for analysis included mean, standard deviation, and hypothesis testing using Paired Sample t-test.

The results showed that the proportion of consistent antiretroviral medication adherence after the experiment (90.48%) was higher than before the experiment (28.57%). Overall motivation to take HIV antiretroviral medication after the experiment ($M=2.29$, $SD=0.23$) was higher than before the experiment ($M=1.59$, $SD=0.33$). The highest improvement was in the perception of outcomes from practices to prevent drug resistance: after the experiment ($M=2.33$, $SD=0.26$) compared to before the experiment ($M=1.57$, $SD=0.33$), with statistical significance ($p<0.05$). In conclusion, the application of Protection Motivation Theory can promote consistency in taking antiretroviral medications and increase motivation to take antiretroviral medications among HIV patients who missed appointments.

Keywords: Protection Motivation Theory Program, HIV Antiretroviral Medication Adherence, HIV Patient, Patients Missing Appointments

บทนำ

โรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว สังคมและประเทศชาติในหลายด้าน รวมทั้งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาทั้งในด้านบุคลากร สถานที่และงบประมาณ การรักษาพยาบาล สถานการณ์ในปัจจุบันประชากรที่ติดเชื้อ HIV อยู่ประมาณ 40 ล้านคนทั่วโลก (HIV.gov, 2024) สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ปี 2565 คาดการณ์ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีชีวิต 560,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133คน ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 110,000คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน ช่องทางการติดเชื้อและการถ่ายทอดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายรักชาย 6,313 คน(68%) คู่ผลเลือดต่าง 1,798 คน (19%) คู่นอนชั่วคราวและนอกสมรส 694คน(7%) ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาไม่สะอาดร่วมกัน 348คน(4%) เพศสัมพันธ์ชื้อขายบริการ 116คน (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2566)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาระยะยาว เพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวี ในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุด และนานที่สุดซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น มีจำนวน ซีดีโฟร์ เพิ่มขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรคและลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ ในการรักษาที่สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวี ให้ต่ำลงมากอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดการดื้อยานั้น ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้อย่างถูกต้อง (ทั้งแง่ถูกวิธี ครบทุกเม็ด และทุกมื้อตรงเวลา) และรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (Good Adherence) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาวิจัยทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา จะมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้ น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทาน ตามแผนการรักษา ก็จะทำให้ยาต้านไวรัส ที่ใช้รักษาไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลงได้ต่ำในระดับที่ต้องการผลในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ “ดังนั้น ความถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอต่อการรับประทานยาต้านไวรัส จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะยาว ” (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ,2566)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (อ้างถึงในจริยา ปัทมวงกูร, 2557) เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงภัยคุกคามหรือการป้องกันตนเองจากอันตรายหรือจากโรคภัยไข้เจ็บใดๆนั้น บุคคลจะต้องเกิดการรับรู้และมีความเชื่อใน 4 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม(Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Preceive probability) การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว (Response Efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) แรงจูงใจ (Motivation) คือ สิ่งซึ่งควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ อันเกิดจากความต้องการ (Needs) พลังกดดัน (Drives) หรือ ความปรารถนา (Desires) ที่จะพยายามดิ้นรนเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจจะเกิดมาตามธรรมชาติหรือจากการเรียนรู้ก็ได้ แรงจูงใจเกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลนั้น ๆ เอง ภายใน ได้แก่ ความรู้สึกต้องการ หรือขาดอะไรบางอย่าง จึงเป็นพลังชักจูง หรือกระตุ้นให้มนุษย์ประกอบกิจกรรมเพื่อทดแทนสิ่งที่ขาดหรือต้องการนั้น ส่วนภายนอกได้แก่ สิ่งใดก็ตามที่มาร่งเร้า นำช่องทาง และมาเสริมสร้างความปรารถนาในการประกอบกิจกรรมในตัวมนุษย์ ซึ่งแรงจูงใจนี้อาจเกิดจากสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก แต่เพียงอย่างเดียว หรือทั้งสองอย่างพร้อมกันได้ อาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมซึ่งเกิดจากความต้องการของมนุษย์ ซึ่งความต้องการเป็นสิ่งเร้าภายในที่สำคัญกับการเกิดพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าอื่น ๆ เช่น การยอมรับของสังคม สภาพบรรยากาศที่เป็นมิตร การบังคับขู่เข็ญ การให้รางวัลหรือกำลังใจหรือการทำให้เกิดความพอใจ ล้วนเป็นเหตุจูงใจให้เกิดแรงจูงใจได้ ในการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อในผลลัพธ์ในพฤติกรรม และความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจ และมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะบางอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 350 เตียง มีการให้บริการคลินิกโรคติดต่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับประทานยาต้านไวรัส ในปี 2565-2567 ยอดสะสมจำนวน 620, 650 และ 688 คน ตามลำดับจะเห็นว่าเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลภาพรวมในคลินิกพบ มีผู้ป่วยที่ขาดนัด/ไม่มาตามนัด ในปี 2565-2567 จำนวน 65 คน , 53คน และ 42 คน (คิดเป็นร้อยละ 10.48 8.15 และ 6.10) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ขาดนัด/ไม่มาตามนัด ยังมีอยู่ ซึ่ง

เป้าหมายคือให้อัตราคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่องที่ร้อยละ 100 อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หรือการหยุดยา ยังคงอยู่และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเสียชีวิตและดื้อยาได้ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและให้การดูแลเพิ่มเติมเพื่อลดความเสี่ยงให้กับผู้ป่วยในระบบรักษา ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยยังขาดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอตรงเวลาและครบจำนวนเม็ดยา จากแบบติดตามการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีโดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาซึ่งพบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการโดยภาพรวมน้อยกว่าร้อยละ 95 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การมีท่าทางที่พร้อมให้ความช่วยเหลือด้วยความยินดี และเต็มใจในการชี้แนะ แนะนำ รวมทั้งคอยกระตุ้น และให้กำลังใจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และเชื่อถือ วางใจ เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเอชไอวีรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (กัญญา พฤษสิข, 2564)

จากปัญหาการขาดนัดในผู้ป่วยทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Roger, 1983) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี ทั้งด้านการใช้ยา ด้านการมาตรวจติดตามนัด และด้านส่งเสริมสุขภาพทั่วไป แนวทางในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเอชไอวีรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตระหนัก เกิดความกลัว ในการดื้อยา ในการรักษาที่ล้มเหลว แล้วจะก่อให้เกิดโรคฉวยโอกาส และร่างกายที่ทรุดโทรมตามมา เพื่อสร้างการรับรู้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับยาที่สม่ำเสมอ รวมทั้งการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ เผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ การให้คำปรึกษาเพื่อแนะนำและส่งเสริมความมั่นใจในการที่จะสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีของตนเองได้ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความสม่ำเสมอ ครบถ้วนทั้งในเรื่องการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ตรงเวลาและครบจำนวนเม็ดในระยะเวลา ทั้งนี้ผลวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ขยายผลในผู้ป่วยเอชไอวีที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ให้สามารถรับประทานยาที่สม่ำเสมอมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว สุขภาพแข็งแรงและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป ยิ่งกว่านั้นจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนในการบริการของระบบสาธารณสุขในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีและเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยา ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรม

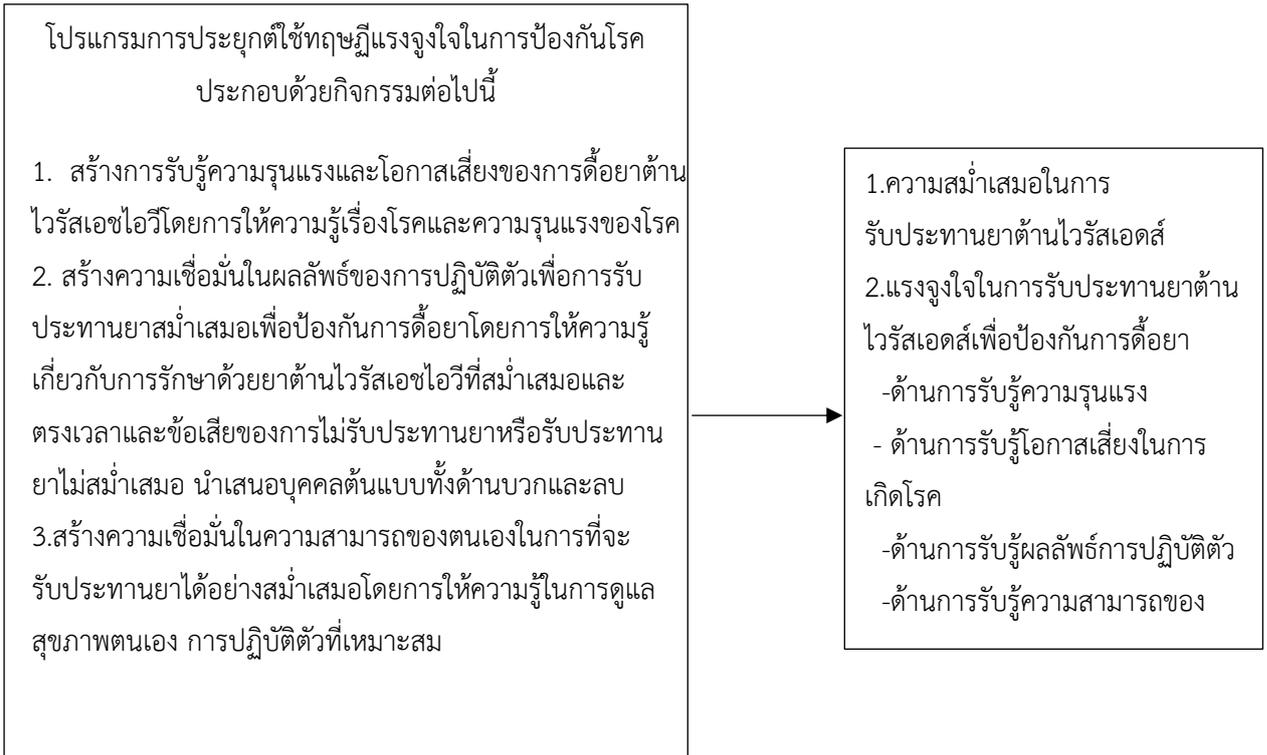
สมมติฐานการวิจัย

ค่าสัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี และแรงจูงใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี ในผู้ป่วยเอชไอวีที่ขาดน้ดการร้รักษา หลังการได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบ รูปแบบ One Group Pretest Posttest Design เพื่อศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเปรียบเทียบสัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี และแรงจูงใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยเอชไอวีที่ขาดน้ดการร้รักษา โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อน และหลังเข้ารับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้วิจัยทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2567 เป็นเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่ขาดนัดการรักษาเกินกว่า 1 สัปดาห์ในรอบ 1 ปี ทั้งหมดจำนวน 42 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมา ตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป
2. มีประวัติขาดนัดการรักษา เกินกว่า 1 สัปดาห์ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปี
3. ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์/ไม่เป็นมารดาหลังคลอด
4. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด ไม่มีความผิดปกติทางจิตโดยได้รับวินิจฉัยจากแพทย์
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในครั้งที่ 1 และ 8 มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินการรับประทานยาโดยวิธีนับเม็ดยา ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยา ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยวิธีการนับเม็ดยา และคำนวณความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตามสูตร (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2553)

$$\%Adherence = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องกิน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนวันที่ติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}}$$

ระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในช่วงร้อยละ 0-100 การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์ของ Paterson (2000) มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความสม่ำเสมอระดับสูง มีค่า Adherence $\geq 95\%$ ส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับต่ำ มีค่า Adherence $< 95\%$

แบบประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดทัศนคติ โดยประยุกต์ระดับคะแนนมาจาก Likert 's scale อ้างถึงในสุกัญญา คำผา (2555 : 66) ซึ่งมีมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 5 ระดับ โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ 3 ระดับเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นฐานของผู้ป่วยเอชไอวี คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวก โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน

ผลคะแนนของการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อยู่ในช่วง 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best ,1977 อ้างถึงในสุกัญญา คำผา (2555) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนน}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index, IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ข้อคำถามด้านแรงจูงใจของผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้ค่า IOC 0.97 ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลรายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขอตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยจากโรงพยาบาลถึงผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งหนังสือภายในเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมขออนุญาตใช้พื้นที่วิจัย
2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรม พร้อมดำเนินการตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด
2. กิจกรรมการให้คำแนะนำ ให้ความรู้เรื่องโรค ยาต้านไวรัสเอชไอวี ภูมิคุ้มกันโรคและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงความรุนแรงของการกินยาไม่ต่อเนื่องจะก่อให้เกิดการดื้อยาโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เสริมแรงให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อป้องกันการดื้อยา โดยเน้นให้เห็นถึงความรุนแรงในการดื้อยา (กระบวนการให้ความรู้)
3. จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อวิเคราะห์และสะท้อนปัญหา (กระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ Threat Appraisal มีการรับรู้ 2 ลักษณะคือการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยา)

- 3.1 มีการประเมินตนเองโดยการประเมินตนเองจากประเด็น ปัญหาที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ประเมินด้านการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอโดย
 - แจ้งผลการรักษาที่ผ่านมา นำเสนอสถานการณ์ของโรคเกี่ยวกับการดื้อยา โรคฉวยโอกาสที่พบในผู้ป่วยที่มีการรักษาที่ล้มเหลว
 - การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากกลุ่มและผู้วิจัยร่วมกับหาแนวทางและประเด็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่ม

3.2 การประเมินตนเองโดย การเข้ากระบวนการกลุ่ม (การประเมินการเผชิญปัญหา Coping Response มีการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการรับประชนานยา)

มีการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำและความคาดหวังในความสามารถของตนเองโดยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าตนเองสามารถทำได้ สามารถดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพ เรื่องการรับประชนานยาได้ แม้จะมีอุปสรรค และทุกอย่างสามารถแก้ไขให้เกิดความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของเราได้ โดยกระบวนการสะท้อนปัญหาาร่วมกันเพื่อช่วยกันในการแก้ไขอุปสรรคจากการรับประชนานยาและในการหลีกเลี่ยงอันตรายจากการรับประชนานยาไม่สม่ำเสมอ โดยกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการรับรู้ประโยชน์ โทษ ความรุนแรงและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์

3.3 นำเสนอบุคคลต้นแบบทั้งด้านบวกและด้านลบ (กิจกรรมการสร้างความกลัว)

โดยด้านบวกคือผู้ป่วยเอดส์ที่มีสุขภาพที่แข็งแรง และด้านลบคือผู้ป่วยที่มีสุขภาพอ่อนแอมีภาวะแทรกซ้อน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในการรับประชนานยา และการดูแลตนเองเพื่อเป็นข้อมูล และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเอชไอวี และเพิ่มความตระหนักรวมทั้งกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

4. เกสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้จากการรับประชนานยาต้านไวรัสเอชไอวีให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

5. เกสัชกรทำการทบทวนการสั่งใช้ยา จัดเตรียมยาเป็นชุดให้แก่ผู้ป่วย กรณีได้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่า 1 ตัว ทบทวน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 4 จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อติดตามผลการดำเนินงานและนำเสนอปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยมีรูปแบบกิจกรรมดังนี้ (กระบวนการเสริมเพื่อเพิ่มความตระหนักและเกิดความยั่งยืน)

กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้ตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนวิเคราะห์ตนเองและสรุปปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาอีกครั้งและค้นหาคุณลักษณะของตนเอง ข้อดีและข้อเสียของตนเอง ที่จะปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้ รวมถึงปัญหาและสาเหตุของการรับประชนานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 2 ให้คำปรึกษารายกลุ่มย่อย ในรายที่มีปัญหา อีกครั้งเพื่อช่วยกันค้นหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการรับประชนานยาและการดูแลตนเอง โดยให้เพื่อนในกลุ่มเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันและมีการสร้างพันธสัญญาทางใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการคงไว้ซึ่งการรับประชนานยาที่สม่ำเสมอ และการดูแลตนเอง โดยเป็นสักขีพยานซึ่งกันและกันพร้อมให้เพื่อนในกลุ่มคอยกระตุ้นเตือนกันในการรับประชนานยาและมาตรวจติดตามนัด

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามเดิมในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อประเมินแรงจูงใจในการรับประชนานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยา และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประชนานยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยการนับเม็ดยา

3. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้ Pair sample t-test วิเคราะห์สัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองโดยใช้สถิติ McNemar test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างดี โดยเคารพในสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำเอกสารการให้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยและได้อธิบายขั้นตอนในการวิจัยและการเข้าร่วมการวิจัย โดยการขอความยินยอมจากผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ก่อนทำการเก็บข้อมูลหรือแบบสอบถาม ทั้งด้วยวาจา และเอกสาร รวมทั้งการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมทราบการจัดเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ การใช้ชื่อกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงเป็นรหัสเฉพาะและยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ SSJ.UB 2567-191 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 ถึง 3 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดน้ดการรักษ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.90) มีอายุ เฉลี่ย 40.83 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.40) อาชีพปัจจุบัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 61.90) ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ย 19.14 เดือน ระดับซีดีโฟร์ปัจจุบันเฉลี่ย 133.52 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร สูตรยาที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นสูตร 1) TLD (Tenofovir300/lamivudine300/emtricitabine200) 2) Dolutegravir(50) + Lamivudine(150) + Rilpivirine(25) 3) Abacavir(300) + lamivudine(150) + Dolutegravir(50) 4) Lamivudine(150)+Abacavir(300)+KALETRA (ดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขาดนัดการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง
	(n=42) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	26 (61.90)
หญิง	16 (38.10)
อายุ (ปี)	
25-35	7 (16.67)
36-46	22 (52.38)
47-57	13 (30.95)
Mean ± S.D.	40.83 ± 7.12
สถานภาพสมรส	
โสด	17 (40.50)
คู่	18 (42.90)
หย่า/แยก	7 (16.70)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	26 (61.90)
มัธยมศึกษาตอนต้น	10 (23.80)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6 (14.30)
อาชีพปัจจุบัน	7 (16.70)
รับจ้าง	5 (11.90)
แม่บ้าน	4 (9.50)
ค้าขาย	26 (61.90)
เกษตรกรกรรม	34 (81.00)
สิทธิในการรักษาพยาบาล	
บัตรทอง 30 บาท	5 (11.90)
ประกันสังคม	3 (7.10)
เบิกได้	

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษา ก่อนการเข้าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ข้อมูลด้านการรักษาและผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=42) จำนวน (ร้อยละ)
สูตรยาที่ได้รับปัจจุบัน	
3TC(150)+ABC(300)+KALETRA	2 (4.76)
TENO M+RILPIVARINE+KALETRA	2 (4.76)
TENO M+RILPIVARINE	2 (4.76)
ABC(300)+3TC(150)+DTG(50)	4 (9.52)
DTG(50)+3TC(150)+ RILPIVARINE	5 (11.91)
AZT(300)+TDF(300)+ KALETRA	1 (2.39)
สูตรยาที่ได้รับปัจจุบัน	
3TC(150)+ABC(300)+ KALETRA	4 (9.52)
TLD(300/300/50)	18 (42.86)
TAF-LD(25/300/50)	2 (4.76)
TEEVIR (300/300/600)	2 (4.76)
ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (เดือน)	
10 – 15	11(26.19)
16 – 21	19(45.24)
22 – 27	8(19.05)
28 – 33	3(7.14)
34 – 39	1(2.38)
Mean ± S.D.	19.14 ± 5.60
ระดับซีดีโฟร์ปัจจุบัน (cell/mm³)	
<100	22(52.38)
101 – 200	9(21.43)
201 – 300	11(26.19)
Mean ± S.D.	133.52 ± 88.89

2. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

ในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ (<95%) คิดเป็นร้อยละ 71.43 หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับสูง (≥95%) คิดเป็นร้อยละ 90.43 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อน-หลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี	กลุ่มทดลอง		χ^2	p-value
	ก่อนการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับสูง (≥95%)	12 (28.57)	38 (90.48)	24.04	<0.001*
ระดับต่ำ (<95%)	30 (71.43)	4 (9.52)		

หมายเหตุ : วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ด้านแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเอชไอวี พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาพรวมเท่ากับ 1.59 คะแนน (ระดับต่ำ) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาพรวมเท่ากับ 2.29 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาพรวม พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนแรงจูงใจรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) ด้านการรับรู้ความรุนแรง (2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (3) ด้านการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว (4) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

แรงจูงใจ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	S.D	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
แรงจูงใจในภาพรวม	1.59	0.33	ต่ำ	2.29	0.23	ปานกลาง	-19.81	<0.001*
แรงจูงใจรายด้าน								
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	1.61	0.35	ต่ำ	2.32	0.28	ปานกลาง	-17.80	<0.001*
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค	1.59	0.37	ต่ำ	2.23	0.29	ปานกลาง	-14.58	<0.001*
ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว	1.57	0.33	ต่ำ	2.33	0.26	ปานกลาง	-17.95	<0.001*
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	1.60	0.33	ต่ำ	2.27	0.26	ปานกลาง	-14.80	<0.001*

หมายเหตุ : วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้จะเห็นว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อป้องกันการติดยา พบว่า สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยาสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ศศธร ศรีคำ และคณะ, 2567) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger, 1983) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมในการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเอดส์และความรุนแรงของการติดยา การเกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาตัวจากกความรุนแรงที่เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่มาตรวจติดตามเพื่อรับการรักษา เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ร่วมกับการให้เพื่อช่วยเพื่อน กระตุ้นเตือนกันในกลุ่มเพื่อการรับประทานยา และมาตรวจติดตามการรักษา โดย กลุ่มเพื่อนทานตะวัน ซึ่งเป็นกลุ่มเพื่อนช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยแรงจูงใจในการป้องกันโรคนั้น จะทำให้ได้ผลดีที่สุด เมื่อบุคคลนั้นเห็นว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพรุนแรง ซึ่งสอดคล้อง MacKay (1992) ที่กล่าวว่า การใช้สื่อในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จะทำให้เกิดความกลัว ส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ อีกทั้งการสร้างเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการให้ความร่วมมือในการรักษาและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีของการรักษาที่สม่ำเสมอ ผลเสียของการไม่รับการรักษาที่สม่ำเสมอ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และการนำเสนอต้นแบบด้านบวก ช่วยทำให้รับรู้

ว่าตนเองก็สามารถที่จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีและการติดยา ลดการพัฒนาการเข้าสู่ภาวะเอดส์ และโรคฉวยโอกาสได้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาที่ตรงเวลา ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการรับประทานยาและมาตรวจติดตามนัด โดยผู้วิจัยจะให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชยส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ในด้านแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่าหลังการทดลอง ด้านแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเอชไอวี พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยาในภาพรวมเท่ากับ 1.59 คะแนน (ระดับต่ำ) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยาในภาพรวมเท่ากับ 2.29 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยาในภาพรวม พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนแรงจูงใจรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) ด้านการรับรู้ความรุนแรง (2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (3) ด้านการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว (4) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากข้อสังเกตที่ได้จากการวิจัยพบว่า การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดยามีคะแนนสูงที่สุดคือ หลังทดลอง ($M = 2.33$, $SD = 0.26$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 1.57$, $SD = 0.33$) จะเห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยา ทั้งในเรื่องของการรับประทานยาที่ตรงเวลาและสม่ำเสมอสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ชาตนัดคลินิกนภยา โรงพยาบาลบึงกาฬ (ชัยกฤติ ติวีระลา และคณะ, 2667) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มเดียว จำนวนผู้ป่วย 30 คน ใช้โปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมดูแลตนเองภาพรวมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ด้านปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการดูแลป้องกันผลข้างเคียงและด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ พนมกร ชาญเวช และรุจิรา ดวงสงค์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องเนื่องสม่ำเสมอในเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษากึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และความเคร่งครัดในการรับประทานยา มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการป้องกันโรคสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวและร่วมมือในการรักษาและทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลการใช้โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ให้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดนัดตรวจติดตาม และผู้ป่วยรายใหม่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฉวยโอกาสที่ถูกต้อง รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดี อันนำไปสู่การมาตรวจติดตามนัด

2. นำโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการมาตรวจติดตามนัด ไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในระยะยาวต่อไป เพื่อศึกษาผลทางคลินิกอื่นๆ เช่น ระดับเม็ดเลือดขาว (CD4) ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการทำงานของตับและไต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กัญญา พงศ์สิบ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารโรคเอดส์*, 33, 139-150.

ริยา ปิ่นท้วงกูร. (2557). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่2)*. วิทยาการพิมพ์: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ชัยกฤติ ดิวะลา และทิฏฐิธนา บุญชู. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ. *ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2567, จาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=242>

นัชฎาพร นันทะจันทร์, นางเยาว์ เกตุภีบาล และนงศ์คราญ วิเศษกุล. (2558). ผลของการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี. *พยาบาลสาร*, 42(3), 72-83.

ประพันธ์ ภาณุภาค. (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ*. (พิมพ์ครั้งที่1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด: ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย

พนมกร ชาญเวช และรุจิรา ดวงสงค์. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอในเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 6,(1), 21-39

ศศธร ศรีคำ, ดวงกมล ปิ่นฉลิย และทิพย์คำพร เกษโกมล. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ในผู้ป่วยรายใหม่ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*, 7(1), 33-49.

สุกัญญา คำผา. (2555). การบริหารเภสัชกรรมแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกุตชุม จังหวัดยโสธร. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. คณะเภสัชศาสตร์.

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. (2566). คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน
2567, จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>. HIV.gov. (2024). *Global HIV/AIDS
Overview*. Retrived September 10, 2024 from [https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-
global-aids/global-hiv-aids-overview](https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-global-aids/global-hiv-aids-overview).

Mackay, Bruce Camphell. (1992). AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): *Effects
of Imagined Scenarios on Intent to Use Condoms*. New Mexici State University.

Paterson DL, Swindells S, Mohr J. (2000). *Adherence to proteasinhbitor therapy and
outcomes In patients with HIV infection*. Retrived September 7, 2024 from
[https://www.acpjjournal.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-134-7-200104030-
0020?journalCode=aim](https://www.acpjjournal.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-134-7-200104030-0020?journalCode=aim). Roger, R. W. A (1983). *Protection Motivation Theory*. Health Education
Research Theory and Practice. The Journal of Psychology, 9(11), 93-114.

ประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

The Experience of Self-Management in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

รัชณี ชุนเกาะ¹, ปิยะรัตน์ แสงบำรุง^{1*}, วาริวรรณ ศิริวานิชย์², จารุวรรณ ดาขุนทด¹

Ratchanee Chunkao, Piyarat Sangbumrung, Wareewan Sirivanich, Charuwan Dakhuntod

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต²

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute^{1*}

Faculty of Nursing, Rattanakosin University³

(Received: March 13, 2025; Revised: April 12, 2025; Accepted: April 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของสมิธและคณะ (Smith, Flowers, & Larkin, 2021) สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวคิดของ Guba & Lincoln (1989)

ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีการรับรู้และให้ความหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) การจัดการทางการแพทย์ กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้จะเลือกอาหารและปรับเปลี่ยนเป็นอาหารมีน้ำตาลต่ำ กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้จะรับประทานตามที่เคยชินและหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง การจัดการด้านการออกกำลังกายมี 3 รูปแบบคือไม่ออกกำลังกาย ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ และออกกำลังกายเป็นประจำ การจัดการด้านการบริหารยา ผู้ที่ต้องฉีดยาอินซูลินมีทุกคนมีความตระหนักและมีการจัดการด้านการบริหารยาอย่างถูกต้อง 2) การจัดการด้านบทบาท ทุกคนต้องการให้ทารกในครรภ์สุขภาพแข็งแรงและตนเองไม่เป็นเบาหวานหลังคลอด และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ช่วงแรกจะรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล แต่เมื่อผลระดับน้ำตาลในเลือดปกติจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง บางรายยอมรับภาวะที่เกิดขึ้นและคิดว่า เป็นเพราะโชคชะตา นอกจากนี้การได้รับกำลังใจจากครอบครัวทำให้การจัดการตนเองเป็นไปในทางบวก ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางพัฒนาการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์, ประสบการณ์การจัดการตนเอง, การวิจัยเชิงคุณภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ(Corresponding email : piyaratsb@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0991692252)

Abstract

This qualitative research aimed to study the self-management experience of gestational diabetes women at a community hospital who had been diagnosed with gestational diabetes for at least 4 weeks. Twelve purposive informants were selected. Data were collected through in-depth interviews and analyzed according to the steps of Smith et al. (2021). Reliability was established according to the concept of Guba & Lincoln (1989).

The results found that the self-management experience of women with gestational diabetes was based on self-learning through individual experiences, with different perceptions and meanings, as follows: 1) Medical management: Women who could control their blood sugar levels would choose food and switch to low-sugar foods. Women who could not control their blood sugar levels would eat what they were accustomed to and find reasons to justify their choices. Exercise management consisted of 3 types: women who did not exercise, women who exercised but not regularly, and women who exercised regularly. Medication management: All those who had to inject insulin were aware of and managed medication administration correctly; 2) Role management: All women wanted their fetus to be healthy and not to develop postpartum diabetes; and 3) Emotion management: Initially, they felt afraid or anxious, but when their blood sugar levels became normal, they felt proud of themselves. Some accepted the situation and viewed it as fate. In addition, receiving encouragement from family led to positive self-management. The results of this research can be used as guidelines for developing nursing care that effectively responds to the problems and needs of women with gestational diabetes.

Keywords : Women with gestational diabetes, Self-management experience, Qualitative research

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบบ่อยและได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ พบได้ร้อยละ 90 ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมน HPL (human placental lactogen) เพิ่มปริมาณมากขึ้นตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ 24 – 28 สัปดาห์ (Cunningham et al., 2021) ออกฤทธิ์ต้านอินซูลิน ทำให้ประสิทธิภาพของอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลลดลง ดังนั้นสตรีขณะตั้งครรภ์จึงมีภาวะ diabetogenic state คือความสามารถในการนำน้ำตาลเข้าเซลล์ลดลง ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จึงเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หากสตรีเหล่านี้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อทารกคือ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในครรภ์ในช่วง 4-8 สัปดาห์สุดท้ายก่อนคลอด ทารกตัวโตอาจเกิดการคลอดติดขัด เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังคลอด และภาวะปัสสาวะในเลือดสูง ผลกระทบต่อมารดาคือเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น โอกาสเกิดครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้น (Pre-eclampsia) การตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โอกาสการผ่าตัดคลอด (Caesarean delivery) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ในรายที่รักษาด้วยการคุมอาหาร และร้อยละ 25 ในรายที่ต้องรักษาด้วยอินซูลิน และโอกาสเป็นโรคเบาหวานในช่วง 22-28 ปี หลังคลอดสูงถึงร้อยละ 70 (Tongsong, 2021) นอกจากนี้สตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า (Hunt & Schuller, 2007) และจากรายงานสถิติของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่าสตรีมีครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 20.9 ล้านคน โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 7.4 เป็นเบาหวานชนิดอื่น (Williams et al., 2020) สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบได้ร้อยละ 1-14 ของการตั้งครรภ์ (Atthakierti, 2019) เนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยไม่เคยมีประวัติการเป็นเบาหวานมาก่อน ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในครั้งแรกจะรู้สึกตกใจ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองรวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดกับทารกในครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานจนถึงหลังคลอด (Phalasri, Phahuwatanakorn, & Ratinthorn, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสตรีตั้งครรภ์มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์พบว่าจะทำให้สตรีตั้งครรภ์นั้นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าปกติ ทำให้เกิดผลเสียต่อคุณภาพชีวิต (Saadati, Sehhatiei, & Mirhafourvand, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รู้สึกว่ามีควมอยากลำบากในการปรับตัวและดำเนินชีวิต ไม่มั่นใจในความปลอดภัย รับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนจากระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่คงที่ และอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงบ่อยไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ได้ (Björk et al., 2025) แสดงให้เห็นว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์นอกจากเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจสตรีตั้งครรภ์ให้มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Henderson, Nezam, & Castillo, 2023) นอกจากนี้ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และการปรับตัว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ในปัจจุบันการดูแลรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีหลักสำคัญคือ การควบคุมระดับน้ำตาลตลอดการตั้งครรภ์ ตรวจสอบติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ยุติการตั้งครรภ์ในเวลาที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้

ยาอินซูลิน ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (Piboon, Jaidee, & Chaikongkit, 2015) เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ว่าการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสตรีนั้น คือการถูกจำกัดอาหาร การต้องเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความกังวล ความหวาดกลัวต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อทารกในครรภ์ และข้อมูลบางส่วนที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะต้องมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญ เพราะถ้าสตรีนั้นสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกตั้งที่กล่าวมาข้างต้น และหากต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนานอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศชาติ ดังนั้นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงต้องมีการจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องการศึกษาของ Schmitt และคณะ พบว่าการจัดการตนเองมีอิทธิพลทางลบต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 และชนิด 2 ซึ่งสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ค่าน้ำตาลในเลือดลดลง (Schmitt et al., 2016)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะเบาหวานที่เกิดขึ้นโดยไม่เคยมีประวัติมาก่อน และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์เหล่านั้นจะกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองรวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดกับทารกในครรภ์ การศึกษาผ่านมุมมองของประสบการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ถึงการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่เน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Lorig and Holman (2003) ที่กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีสิ่งพึงกระทำ 3 ด้านได้แก่ การจัดการด้านการแพทย์ (medical management) การจัดการด้านบทบาท (role management) และการจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากต้องการทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ที่มาจากมุมมองโดยตรงของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายการตีความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของผู้ที่ได้รับประสบการณ์นั้นเป็นหลัก โดยมีความเชื่อว่าแต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคลและเป็นการให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคนที่อาจแตกต่างจากคนอื่น ผลการศึกษาจะทำให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกตามประสบการณ์จริงของผู้ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำมาวินิจฉัยวางแผนและให้การพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของลอริกและโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) เป็นแนวคิดในการศึกษา ซึ่งกล่าวถึงการจัดการตนเองว่ามีสิ่งพึงกระทำ 3 ด้านได้แก่ การจัดการด้านการแพทย์ (medical management) การจัดการด้านบทบาท (medical management) และการจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ในทางปฏิบัติของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ จำเป็นต้องมีการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และประสบการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งด้วยการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายสามารถบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ว่า เป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาการรับรู้ผ่านประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เนื่องจากการรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลต้องแสวงหาความรู้และสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยผ่านกระบวนการลงมือปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น ทำให้เกิดการค้นพบความรู้ใหม่หรือข้อมูลใหม่ๆที่แตกต่างไปจากเดิม จากนั้นก็จะเกิดการเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่เข้าด้วยกันจนได้ความรู้หรือข้อมูลใหม่ที่ตนเองเข้าใจ สามารถจดจำได้ยาวนาน และเป็นความรู้ที่คงทน (Chuang, 2021) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล (Key information) เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก
2. อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป และวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และภาวะบกพร่องทางจิต
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ข้อมูล

จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับคุณภาพและความอึดตัวของข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hollway & Calvin (2023) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยพิจารณาจากข้อมูลมีความสอดคล้องและตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อมีผู้ให้ข้อมูลที่ซ้ำๆกัน ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุครรภ์ที่รุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล
2. ไม่สะดวกให้บันทึกเสียงขณะให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามวัตถุประสงค์การวิจัย สามารถปรับและยืดหยุ่นได้ตามข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัย ผู้วิจัยทุกคนมีประสบการณ์การสอนวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์มากกว่า 5 ปี โดยได้รับการพัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. เครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกภาคสนาม

4. แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย

แนวคำถามการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประเภทของครอบครัว BMI ก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรักษาที่ได้รับ และระดับน้ำตาลในเลือด

2. ข้อมูลการจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายเปิด สามารถขยายเป็นคำถามย่อยได้หลายข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น โดยอาศัยความต่อเนื่องในการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลจนได้ข้อมูลที่อิมตัวและครอบคลุมการรับรู้ ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ได้รับดังนี้

2.1 ขอให้ท่านเล่าถึงความรู้สึกเมื่อทราบว่าตนเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

“การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความหมายว่าอย่างไร”

“รู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าตนเป็นเบาหวาน เพราะเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น”

2.2 ขอให้เล่าถึงประสบการณ์การจัดการตนเองเกี่ยวกับการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของท่าน

“การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร”

“การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย”

“การจัดการตนเองด้านการบริหารยา”

“การจัดการตนเองด้านบทบาท”

“การจัดการตนเองด้านอารมณ์”

“มีการจัดการหรือทางเลือกอื่นๆ อีกหรือไม่ อย่างไร ขอให้ช่วยอธิบายเพิ่มเติม”

2.3 ขอให้ท่านเล่าถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการตนเอง

“มีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และปัจจัยอะไรที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ถึงคิดเช่นนั้น” และมีประเด็นอะไรเพิ่มเติมอีกไหม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจะนำไปทดลองสัมภาษณ์สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชน 2 คน และปรับปรุงความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมของข้อคำถามก่อนที่จะนำมาใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวทางการสัมภาษณ์ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ประสานงานกับโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษา ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยนัดช่วงเวลาตามให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและทำการสัมภาษณ์ในห้องประชุมขนาดเล็กของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ทำให้สามารถทราบถึงผู้ให้ข้อมูล เช่น ชื่อสกุล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ จะถูกเก็บในตู้ที่ล็อกไว้และผู้วิจัยถือกุญแจแต่เพียงผู้เดียว ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์จะถูกเปลี่ยนเป็นรหัสหมายเลขทั้งหมด และไม่มีข้อมูลใดๆ ที่ทำให้ผู้อ่านสามารถระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที และผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา และทำการสรุปสั้นๆ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำ

เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราว ต่างๆ ให้สตรีตั้งครรภ์นั้นยืนยันความถูกต้องในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและก่อนยุติการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบกับผู้ร่วมทีมวิจัยโดยผู้วิจัยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลว่าตรงกันหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้การวิเคราะห์ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (IPA) โดยขั้นตอนของสมิธและคณะ (Smith, Flowers, & Larkin, 2021) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ

- 1) การอ่านและการอ่านซ้ำ
- 2) การบันทึกประเด็นสำคัญ
- 3) การระบุใจความสำคัญ (theme) ที่เกิดขึ้นใหม่
- 4) การค้นหาการเชื่อมต่อ จัดหมวดหมู่ใจความสำคัญ
- 5) การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยจะทำซ้ำ 4 ขั้นตอนแรกของขั้นตอนการวิเคราะห์
- 6) การจัดหมวดหมู่ใจความสำคัญระหว่างข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของกูปาและลินคอล์น (Guba & Lincoln, 1989) ดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้งวิจัยสรุปเรื่องราวเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับหรือเพิ่มเติมในข้อมูลบางส่วนที่ไม่สมบูรณ์หรือผู้วิจัยแปลบิดเบือนไป

2) ความสามารถนำไปอ้างอิง (transferability) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เช่น อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการอ้างอิงกับบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน

3) การพึ่งพาเกณฑ์ (dependability) ผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์การเขียนบันทึกสะท้อนคิดและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระ จากนั้นนำประเด็นมาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อร่วมกันตรวจสอบข้อค้นพบ

4) การยืนยันผลการวิจัย (conformability) ผู้วิจัยบันทึกแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ขณะสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การใส่รหัสในการจัดเก็บบทสัมภาษณ์และแยกเป็นแฟ้มข้อมูลของแต่ละรายไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ มีการเก็บรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม บรรยากาศ ปฏิกริยาของผู้ให้ข้อมูล และในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลมีการจัดเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลและรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อสามารถอ้างอิงและตรวจสอบที่มาของข้อมูลซ้ำได้ตลอดเวลา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ 02/2567 ลงวันที่ 3 มกราคม 2567 ผู้วิจัยเข้าพบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก แนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของการวิจัย เกี่ยวกับหัวข้อการทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยการจำกัดการเข้าถึงเฉพาะกลุ่มผู้วิจัยเท่านั้น และการใช้รหัสแทนชื่อสกุลจริง นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม จะไม่มีข้อมูลใดๆ ที่ทำให้ผู้อ่านสามารถระบุตัวของผู้ให้ข้อมูลได้ และเทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายหลังการวิจัยสิ้นสุด เปิดโอกาสให้สตรีตั้งคำถามหรือข้อสงสัยต่างๆ แล้วจึงขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยให้เซ็นลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั่วไป แห่งหนึ่งจำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ อยู่ในช่วง 21-35 ปี อายุเฉลี่ย 31 ปี ทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งรูปแบบการจดทะเบียนสมรส และไม่ได้จดทะเบียนสมรส ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท แม่บ้าน และรับจ้างตามลำดับ รายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 20,000 - 30,000 บาท (รายได้เฉลี่ย 19,833 บาท) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วน รองลงมาคือระดับเกินเกณฑ์ และระดับปกติ ตามลำดับ ทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ช่วงอายุครรภ์ 20-29 สัปดาห์ (เฉลี่ย 25 สัปดาห์) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิด A1 (รักษาโดยการควบคุมอาหาร) 8 ราย และเป็นเบาหวาน

ชนิด A2 (รักษาโดยการควบคุมอาหารร่วมกับการใช้ยาอินซูลิน) 4 ราย ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 120 มก/ดล) จำนวน 7 ราย และระดับน้ำตาลสูงกว่าเกณฑ์ 5 ราย

ข้อมูลส่วนที่ 2 ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพ และมีการแสวงหาความรู้จากสื่อโซเชียล และบุคคลใกล้ชิดในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล จาก 3 แหล่งดังนี้คือ

แหล่งที่ 1 บุคลากรทางสุขภาพในระบบที่ให้บริการ เป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากที่สุดจากบุคลากรของโรงพยาบาลที่รับการตรวจครรภ์ ทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งแรกต้องพบนักโภชนาการเพื่อแนะนำเรื่องอาหาร และการแลกเปลี่ยนอาหาร หลังจากนั้นเมื่อไปฝากครรภ์ต่อเนื่องครั้งต่อไปจะพบแพทย์และพยาบาล ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“คือหนูเป็นแบบกินข้าวเสร็จ ก็ต้องกินขนมต่อ หมอก็จะแนะนำว่า ให้เปลี่ยนวิธีกิน ถ้าจะกินข้าวก็ให้งดขนม ถ้าจะกินขนมก็ให้งดข้าว หนูก็เลยงดพวกขนมหวาน พวกกะทิอะไรแบบนี้” (6)

“มันใจว่าที่พยาบาลบอกน่าจะถูกต้องที่สุด และที่สำคัญพอทำตามแล้วผลมันดี เลยมันใจคำแนะนำ”(2)

“พยาบาลบอกข้าวที่กินให้ลดลงครึ่งนึง กินผักเยอะๆ เอารูปมาให้ดูว่าผลไม้กินแบบนี้” (9)

“หนูบอกที่พยาบาลว่าหนูกินไม่อิ่ม พักพยาบาลบอกให้เสริมเป็นผัก เป็นเนื้อไก่ แล้วก็ใช้ต้มแทน” (11)

“เรื่องกิน ที่โภชนาการบอก ผลไม้กินได้แต่ว่ากินทีละน้อย ข้าวก็นับแค่ทัพพีเดียวต่อคาร์บ ได้มีอะลอะทัพพีสองทัพพี ผลไม้กินได้ 3 - 4 คำกินแค่นั้น พอได้หายอยาก”(1)

“โภชนาการ แนะนำ กินน้ำตาลไม่เกิน 20 % ต่อวัน ถ้าอยากกินน้ำผลไม้ ดูลากข้างกล่อง มีน้ำตาลก็เปอร์เซ็นต์ ถ้ามี 10% ก็กินไป นมมีน้ำตาล 9% เท่ากับวันนั้นน้ำตาล 19% แล้วก็ไม่ควร กินอาหารหวาน เพราะน้ำตาลจะเกิน” (5)

แหล่งที่ 2 สื่อสังคมออนไลน์และสื่อสังคมโซเชียล เป็นช่องทางในการค้นหาความรู้ด้วยตนเองมากที่สุด เนื่องจากปัจจุบันเป็นช่องทางบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่ทุกคนเข้าถึงง่าย มีข้อมูลในหลายด้านให้รับข้อมูลต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็น Google Facebook YouTube TikTok ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“ถ้าอันไหนหนูไม่เข้าใจ กูเกิลมีคำตอบทุกอย่าง แต่เค้าก็บอกเหมือนกับที่โรงพยาบาลสอนนะ” (3)

“อันไหนไม่เข้าใจ คือเราไม่เคยเป็นมาก่อน เราก็ดูยูทูปศึกษาอันไหนกินดี อันไหนกินแล้วไม่ดี” (4)

“หาข้อมูลในเว็บตามอินเทอร์เน็ต เปิดแอปคุณแม่จะบอกวิธีการกิน วิธีดูแลตัวเอง แอปคุณแม่มีบอกหมด บางทีก็มีพูดคุยกันกับคนในเว็บ มีการตอบคำถามโดยแอดมินที่มาตอบส่วนใหญ่จะเป็นหมอ” (5)

“ตอนแรกก็คิดมากอยู่นะ แต่ก็ลองเสิร์ชหาข้อมูลในเน็ต อ่านดูก็ช่วยเราได้มากขึ้น”(7)

แหล่งที่ 3 บุคคลที่มีประสบการณ์ ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวหรือเพื่อน ข้อมูลดังกล่าวส่วนใหญ่จะมาจากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลนั้น ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“ถ้าเกิดเรากินหวานลูกอาจจะเป็นเบาหวานก็ได้ อันนี้ทั้งเจ้าหน้าที่ ทั้งแม่บอกเหมือนกัน” (6)

“มีอะไรเราก็ถามเพื่อน มีเพื่อนเป็นเบาหวานตอนท้องแล้วนางคุมได้ไง ไม่ต้องฉีดยาไม่ต้องอะไร” (4)

“แถวบ้านมีหลายคนเขาก็บอกให้กินจืดๆ ไม่ต้องซลอะไรเลย พอไปตรวจหมอบอกผลน้ำตาลดีนะ” (8)

“เจอคนที่เคยท้องแล้วเป็นเหมือนกัน เขาก็ลดอาหารเหมือนเรานี้แหละ พอหลังคลอดก็หาย” (9)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า

1.การจัดการด้านการแพทย์

1.1 การจัดการด้านอาหาร หลักการในการดูแลเรื่องอาหารของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ การได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอสำหรับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ กลุ่มผู้ข้อมูลมีการจัดการด้านอาหารดังนี้

1.1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการจัดการด้านอาหารหลากหลายรูปแบบ คือการเลือกอาหาร ลดและเลิกรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ปรับเปลี่ยนทั้งชนิดอาหารและวิธีการปรุงอาหาร รวมถึงการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ชอบเพื่อจะได้ไม่ต้องรับประทานในปริมาณที่มาก และมีบางรายเกรงว่าถ้าคุมอาหารไม่ได้ และอาการรุนแรงขึ้นต้องฉีดยาจึงต้องคุมอาหาร ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“งานเลี้ยงไม่มีผลสำหรับหนู หนูเลือกกินได้ก็แบบแกลงๆ น้ำใสๆ ต้มปลา ต้มไก่ แบบผักเยาะๆ” (4)

“หลังๆหนูคิดอะไรไม่ออก ก็หมูกระหะอย่างเดียวเลย ง่าย อร่อย ชอบ ลดข้าวลดแป้งได้ด้วย” (2)

“ตอนนี้เครื่องปรุงอะไรก็ไม่ค่อยใส่ ครอบลงมาหมดเลย อาหารก็จะมีอยู่รสเดียวคือรสจืด(หัวเราะ)” (7)

“หนูเป็นคนชอบกินแกงกะทิ แล้วหนูก็จะกินข้าวเยาะกว่าปกติ มันก็จะเหมือนเพิ่มคาร์โบไฮเดรตจากในข้าว เดียวนี้ก็เลยก็เลยไม่กินแกงกะทิไง” (6)

“สมัยก่อนเรากินข้าวขาว เพราะข้าวขาวจะนิ่ม เคี้ยวเร็วกลืนเร็ว พอเทียบกับข้าวไรซ์ หยาบกว่าต้องเคี้ยวนานกว่าจะกลืน ทำให้กินข้าวไรซ์ได้น้อยกว่าข้าวขาว นี่เป็นข้อดีที่เรารู้ด้วยตัวเอง” (12)

“ถ้าคุมไม่ได้ ต้องฉีดยา เราจะลำบากแล้วก็ต้องฉีดยา จะต้องคุมอาหารให้ได้” (3)

1.1.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนใหญ่มักจะรับประทานอาหารในรูปแบบตามใจตนเอง พฤติกรรมเดิมที่เคยชิน และหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“แบบเป็บซี่ ถ้าหิวสุดๆกินชวดน้อยน่ะ แบบแบ่งกิน ทยอยกินทั้งวัน” (1)

“หนูลองกินแล้ว กินนมจืดไม่ได้เลย ต้องกินนมหวานตราหมีแทน” (11)

“บางที่เราก็กินแต่หนูไม่ได้เป็นบ่อยนะ นานๆค่อยผลอที แต่หนูก็ไม่เคยมีอาการผิดปกตินะ” (4)

“หนูเป็นคนชอบกิน ของที่หมอบอกให้กิน กินไม่ได้เลย เพราะไม่ชอบ ไม่อร่อย หนูคุมตามที่หมอบอกไม่ได้เลยต้องฉีดยาไง” (11)

1.2 การจัดการด้านการออกกำลังกาย มีการจัดการด้านการออกกำลังกายใน 3 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 คือ ไม่ออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกายด้วยเหตุผลว่าต้องใช้พลังงานในการทำงานและทำงานบ้านอยู่แล้วหรือบางรายให้เหตุผลด้านสุขภาพ รูปแบบที่ 2 กลุ่มที่มีการออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ และรูปแบบที่ 3 กลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“ไม่ได้ออกกำลังกายอะไร ปกติก็ไม่ออกอยู่แล้ว แต่ก็ทำงานบ้านเองทุกอย่าง” (8)

“กลับจากทำงานก็เพลียแล้ว อยากแต่จะพักผ่อนๆ แต่ถึงบ้านก็ยังต้องทำงานบ้าน” (12)

“แต่ท้องหมุนมันแข็งไง มันแข็งบ่อย เดินๆบางทีก็เจ็บช่วงล่าง เดินไม่ไหว ท้องแข็ง เลยไม่ออก” (4)

“มีเดินเล่นบ้างในวันหยุด ไปเดินห้าง แบบนี้เดินได้นานหน่อย” (3)

“หนูปั่นจักรยานช่วง 6 โมงถึงทุ่ม แต่ก่อนเล่นกีฬา พอท้องก็มาปั่นจักรยานแทน” (6)

1.3 การจัดการด้านการบริหารยา ผู้ที่ต้องฉีดยาอินซูลินมีทุกคนมีความตระหนักและมีการจัดการด้านการบริหารยาอย่างถูกต้อง ทั้งการเตรียมยา ระยะเวลาในการฉีดยา การรับประทานอาหารหลังฉีดยาอินซูลิน และคิดว่าการที่ตนเองต้องฉีดยาเป็นเพราะอาการรุนแรงกว่าคนที่ไม่ต้องฉีดยา ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“ก่อนฉีดยา ต้องปั่นให้มันเข้ากัน ปั่นแบบใช้มือสองข้างหมุนๆในฝ่ามือ ไป-มา หมอบอกฉีดยาปุ๊บไม่ต้องรอกินข้าวเลย อย่านานเกินเดี๋ยวน้ำตาลจะตก” (2)

“ตั้งเวลาในโทรศัพท์เลย แล้วก็ฉีดยา (ชี้ที่หน้าท้อง) เอาแอลกอฮอล์ถู รอให้แห้งแล้วก็ฉีด” (4)

“แต่พอทำบ่อยๆ เก่งแล้ว ฉีดแล้วนับ 1-5 ก่อนเอาเข็มออก แล้วรอ 20 นาทีก็กินข้าว” (6)

“หนูไม่กล้าฉีดยาจนกว่าแฟนจะกลับมาฉีดยาให้ แล้วถึงจะกินข้าว จะทำแบบนี้ตลอด” (11)

“หนูว่าแต่ละคนไม่เหมือนกัน แต่หนูต้องฉีดยา ต้องห้ามปากตัวเอง กลัวได้ฉีดยามากกว่านี้” (11)

1.4 การจัดการด้านการการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากให้เหตุผลว่า การแพทย์ทางเลือกไม่ใช่ทางเลือกหลัก เนื่องจากอยู่ในระยะตั้งครรภ์ เกรงจะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“คือคิดว่า พวกสมุนไพร อาหารเสริม อาจมีผลต่อลูก ก็เลยไม่ใช่” (8)

“เคยอ่านพวกข้างขวด ข้างกล่อง หลายนๆอย่างบอก เด็ก สตรีมีครรภ์ไม่ควรรับประทาน ก็เลยไม่สนใจของพวกนี้” (4)

“กินน้ำใบเตยจะช่วยลด เบาหวาน ตามภูมิปัญญาชาวบ้าน เราก็กินบ้าง แบบไม่เติมน้ำตาล” (7)

“ที่โดนจำกัดอยู่ตอนนี้ก็ยากแล้ว สมุนไพร อะไรพวกนั้นก็เลยไม่เอา อีกร้อยกว่าก็มีผลต่อลูก” (9)

2. การจัดการด้านบทบาท

การจัดการตนเองด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาในขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความต้องการให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และตนเองไม่เป็นเบาหวานหลังคลอด นอกจากนี้การได้รับเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดจะเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนเกิดเป็นความเคยชินใหม่เกิดขึ้นดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“เราต้องสังเกตลูกดีทุกวัน ต้องคุมอาหาร มาตรวจท้องตามนัด ถ้าไม่มากแล้วลูกจะเป็นอะไร” (10)

“คิดอยู่ว่าเป็นตอนท้องก็ดี ถ้าไม่ท้องอาจจะปรับตัวไม่ดีเท่านี้” (1)

“คิดถึงอนาคต อย่างใกล้ๆลูกต้องแข็งแรง อนาคตไกลๆ เราต้องไม่เป็นเบาหวาน” (5)

“กินข้าวแดง ครั้งแรกบอกเลยที่สุดของความไม่อร่อย แต่ต้องทนเพราะกลัวกระทบไปถึงลูกในท้อง” (12)

“แฟนก็ช่วยห้ามเรื่องกิน พอเล่าให้แฟนฟังว่าผลอกินเยอะ อ้าว มาบ่นเราแทนหมอซะนี่” (4)

“หมอตรวจและให้คำแนะนำก็ให้สามีเข้าไปฟังด้วย ตั้งแต่นั้นสามีก็ช่วยดูแลและคอยเตือนเรา” (3)

3. การจัดการด้านอารมณ์

แม้ว่าการตั้งครรภ์จะเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของชีวิต แต่การมีภาวะเบาหวานร่วมด้วยย่อมมีผลกระทบต่อความคิดและอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์นั้น การจัดการด้านอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลพบว่า เมื่อทราบว่าเป็น

เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงแรกจะรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล แต่เมื่อมีประสบการณ์การจัดการตนเองและผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง ทำให้มีความตั้งใจ และพยายามปฏิบัติต่อไป ทำให้ความกลัว ความวิตกกังวลลดลง บางรายรู้สึกปลง คิดว่าเป็นเพราะโชคชะตา ยอมรับภาวะที่เกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าตนเองจัดการพฤติกรรมด้านต่างๆ อย่างดีแล้ว และรับรู้ว่ามีผลทางบวกต่อการจัดการตนเองด้านอารมณ์ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“ทำใจเอา คิดว่าอันหยังจะเกิดก็เกิด ปลงเนาะ คือชะตาเรา เขาสั่งมาแล้ว” (1)

“ตอนแรกรู้สึกเครียดทั้งตัวเองและแฟน พอผลน้ำตาลผ่านทุกรอบ รู้สึกดี หายเครียด หายกังวลเลย” (5)

“หนูก็ได้ซีเรียส ไม่นอย มันไม่ใช่โรคร้ายซั๊กกะหนอย(หัวเราะ) ไข่ม้อย มันไม่ใช่โรคร้าย”(3)

“อย่าไปโฟกัสมาก ไม่เครียดก็เป็น เครียดก็เป็น อย่าไปโฟกัสกับมันเยอะ ทำใจร่มๆ” (4)

“งมงาย ไม่รู้ว่าเป็นได้อย่างไร ถ้ามว่าเครียดมัยก็มีบ้าง คุยกับแฟนก็ปลอบใจกัน คิดว่าทำตามคำแนะนำนั้นแหละดีที่สุดเดี๋ยวหลังคลอดก็หาย”(2)

“บางทีตอนรอฟังผลเลือด ตัวเย็น เหงื่อออกเต็มมือ กังวลกลัวว่าน้ำตาลจะสูงมัย จะมีผลต่อลูกมัย เครียด จนแฟนพูดปลอบใจว่า ก็เราลดของหวานๆ น่าจะดี เดี่ยวพอคลอดแล้วก็หาย”(6)

“เพื่อนๆสนับสนุนอยากให้เราหาย พวกมันลดหวานทั้งกลุ่ม ยังคุยกันว่าแบบนี้ก็ดี จะได้ดูแลสุขภาพไปด้วยกัน” (12)

อภิปรายผล

สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีประสบการณ์การจัดการตนเองตามกรอบแนวคิดการวิจัยทั้ง 3 ด้านคือ 1) การจัดการด้านการแพทย์ 2) การจัดการด้านบทบาท 3) การจัดการด้านอารมณ์ คือ

1.การจัดการตนเองด้านการแพทย์

การจัดการตนเองด้านการแพทย์ พบว่าเกิดจากการได้รับความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพ มีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองจากโซเชียลมีเดียและคำแนะนำจากผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์มาแล้ว นอกจากนี้ความตั้งใจและการมีวินัย เป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดทักษะการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้การลองผิดลองถูกและฝึกฝนให้เป็นความคุ้นชินและยอมรับสิ่งใหม่ เช่นการปรับเปลี่ยนเป็นรับประทานอาหารรสจืด นอกจากนี้ยังต้องการการสนับสนุนและกำลังใจจากบุคลากร และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเช่น สามี บุตร ในการช่วยจัดหาอาหารที่เหมาะสม หรือคอยเตือนไม่ให้ผลอไปรับประทานตามความเคยชินเดิม สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการสะท้อนคิดของ Gibbs Reflective Practice ของกิปปี้ (Adeani, Febriani, & Syafryadin, 2020) ซึ่งเป็นวงจรการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนทักษะของการเรียนรู้จากเดิมจนสามารถจัดการตนเองเพื่อให้ผลระดับน้ำตาลสอดคล้องกับค่าน้ำตาลตามเกณฑ์ที่แพทย์ต้องการ และสอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ วิเชียรประภา (Wichainprapha, 2021) เรื่องการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน โดยบุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ทำหน้าที่ในการให้ความรู้ตลอดจนฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพและ

จากแหล่งข้อมูลอื่นนำมาประมวลผลเป็นข้อมูลในตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้ตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือความมุ่งมั่นและความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการในการจัดการตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้เห็นความสำคัญว่าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีความพยายามในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. การจัดการด้านบทบาท (Role Management)

การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนผ่าน (Transition) ที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการในช่วงชีวิตหนึ่งของสตรี (Eyimaya & Tezel, 2021) แต่การตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะเบาหวาน ทำให้สตรีเหล่านั้นต้องจัดการตนเองทั้งด้านบทบาทตามระยะพัฒนาการและการจัดการตนเองตามภาวะสุขภาพที่เป็ยงเบน ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องการความสามารถในการจัดการตนเองมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสามารถจัดการบทบาทตัวเองได้เนื่องจากมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการจัดการตนเองเพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือ ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และตนเองไม่เป็นเบาหวานหลังคลอด สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพัฒนากิจการเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์ (Developmental maternal tasks of pregnant women : Rubin, 1984) กล่าวว่าภารกิจสำคัญที่สตรีตั้งครรภ์ต้องกระทำตั้งแต่รับรู้ว่าจะตนเองตั้งครรภ์จนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด เพราะการที่สตรีตั้งครรภ์ยอมรับบทบาทการเป็นมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จะช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์นั้นใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และมาฝากครรภ์ตามนัด เนื่องจากการฝากครรภ์มีความสำคัญเพราะจุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์นั้นเพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยอร ยกทวน และ รจนา มาศ แสงศรี (Yoaktoln & Sangsri. 2024) ที่ศึกษาความต้องการความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าผู้ฝากครรภ์มีความรู้ในระดับดี ต้องการกระตุ้นความรู้ที่มีประโยชน์ต่อผู้ฝากครรภ์ เพื่อให้ผู้ฝากครรภ์มีความมั่นใจในการดูแลตนเองพร้อมที่จะดูแลตนเองพร้อมที่จะดูแลตนเองเพื่อทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้ถือเป็นส่งเสริมสุขภาพให้ทุกคนมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. การจัดการด้านอารมณ์

ครั้งแรกที่รับทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล แต่เมื่อมีประสบการณ์การจัดการตนเองและผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มนี้จะลดความกังวล ลดความเครียด และพยายามปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะยากลำบากเนื่องจากการปฏิบัติที่นั้นๆ ขัดกับความเคยชินเดิมแต่เมื่อปฏิบัติได้แล้วก็รู้สึกดี เกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ทั้งจากสื่อสังคมออนไลน์ และบุคคลที่มีประสบการณ์ในการจัดการตนเอง นอกเหนือจากการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ล้วนส่งผลให้สามารถนำมาใช้ในการจัดการทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวลและความเครียดจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เต็มที่

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารีชาติ วันชูเสริม และ อักษรานัฐ สุทธิประภา (Wunchooserm & Sutthiprapa, 2021) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานต้องเผชิญกับความเครียด โดยใช้รูปแบบการวางแผนเตรียมการดูแลตนเองและการใช้จิตวิญญาณเชิงบวก ส่งผลในด้านดีกับการตั้งครรภ์และสุขภาพทารกในครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ (Posaen, Chareonsanti, & Supavitpatana, 2019) ในการศึกษาความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าแหล่งประโยชน์หรือปัจจัยภายในบุคคลที่ดี เช่น สถานภาพสมรสคู่ การนับถือศาสนาพุทธที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ การเคยมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ล้วนส่งผลให้สามารถนำมาใช้ในการเผชิญและควบคุมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความท้าทายจากการตั้งครรภ์ได้ อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลโดยตรง (direct effect) และส่งผลโดยอ้อม (indirect effect) จะทำหน้าที่ปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาที่มีต่อกันระหว่างความเครียดกับสุขภาพให้ลดความรุนแรงลง ส่งผลให้มีการเผชิญความเครียดที่ระดับสูง นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีและสุขภาพกายที่ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปพัฒนาการจัดทำรูปแบบการสอนสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม หรือจัดตั้งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพื่อเป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลแก่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รายใหม่ต่อไป

อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้สอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Adeani, I. S., Febriani, R. B., & Syafryadin, S. (2020). Using Gibbs' reflective cycle in making reflections of literary analysis. *Indonesian EFL Journal*, 6(2), 139–148.
- Atthakierti, K. (Ed.). (2019). *Report on the situation of NCDs: diabetes, hypertension, and related risk factors*. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- Björk Javanshiri, A., Modig, S., Nymberg, P., & Calling, S. Women's experience of gestational diabetes and healthcare in southern Sweden – a qualitative study. *BMC pregnancy childbirth*. 25, 224 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07328-2>
- Chuang, S. (2021). The applications of constructivist learning theory and social learning theory on adult continuous development. *Performance Improvement*, 60(3), 6–14.

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2021). *Williams Obstetrics, (25th Ed.)*. McGraw Hill Brasil.
- Eyimaya, A. Ö., & Tezel, A. (2021). The effect of nursing approaches applied according to Meleis' transition theory on menopause-specific quality of life. *Health Care for Women International, 42*(1), 107-126.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage Publications.
- Henderson, C. E., Nezam, H., & Castillo, K. M. (2023). Centers for disease control and prevention-recognized diabetes prevention program after gestational diabetes mellitus. *AJOG Global Reports, 3*(1), 100150.
- Hollaway, I., & Galvin, K. (2023). *Qualitative research in nursing and healthcare* (5th ed.). West Sussex, UK: Wiley Blackwell.
- Hunt, K. J., & Schuller, K. L. (2007). The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 34*(2), 173-199.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7.
https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Phalasri, A., Phahuwatanakorn, W., & Ratinthorn, A. (2015). Predictive factors of anxiety in women with first diagnosed gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Care, 33*(2), 15-22.
- Piboon, K., Jaidee, W., & Chaikongkit, K. (2015). A systematic review of type 2 diabetic care intervention among elderly people. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 23*(2), 1-19.
- Posaen, R., Chareonsanti, J., & Supavitpatana, B. (2019). Pregnancy-specific stress, social support, and stress coping in pregnant women with diabetes. *Boromarajonani College of Nursing Journal Bangkok, 35*(1), 59-70.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and maternal experience*. Springer.
- Saadati, F., Sehhatiei Shafaei, F., & Mirghafourvand, M. (2018). Sleep quality and its relationship with quality of life among high-risk pregnant women (gestational diabetes and hypertension). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 31*(2), 150-157.
- Schmitt, A., Reimer, A., Hermanns, N., Huber, J., Ehrmann, D., Schall, S., & Kulzer, B. (2016). Assessing diabetes self-management with the diabetes self-management questionnaire (DSMQ) can help analyse behavioural problems related to reduced glycaemic control. *PLOS ONE, 11*(3), e0150774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150774>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2021). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. (2nd ed.). London.

- Tongsong, T. (Ed.). (2021). *Obstetrics*. Chiang Mai: Maternal and Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
- Wichainprapha, A. (2021). Self-management for blood sugar control of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Prapokklao Nursing College*, 32(1), 1–13.
- Williams, R., Karuranga, S., Malanda, B., Saeed, P., Basit, A., Besançon, S., et al. (2020). Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas.(9th ed.). *Diabetes research and clinical practice*, 162, 108072.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108072>
- Wunchooserm, P., & Sutthiprapa, A. (2021). Nurse-midwife role for promoting coping among women with gestational diabetes. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(10), 75–87.
Retrieved from <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/256119>
- Yoaktoln, P., & Sangsri, R. (2024). Self-care knowledge needs of third-trimester pregnant women services outpatient department of obstetrics and gynecology, from *Nopparat Ratchathani Hospital* Web site: <https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files.pdf>.



ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช Factors Predicting Resilience among the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province

จีรภา แก้วเขียว¹, บุญประจักษ์ จันทร์วิน^{1*}

Jeerapa Kaewkiaw¹, Boonprajuk Junwin^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{1*}

(Recived: March 29, 2025; Revised: April 12, 2025; Accepted: April 29, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ และ 2) ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากร คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 152 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม โดยขออนุญาตใช้แบบสอบถามของศิริพร ลิبن้อย ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ดังนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาและความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเข้มแข็งทางใจ เท่ากับ 0.907, 0.900, 0.911, 0.896, 0.773 และ 0.830 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง (M= 3.07, SD.= 0.74) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.86, SD.= 0.43) การเผชิญปัญหาและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.78, SD= 0.47) การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (M= 3.20, SD= 0.36) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจัดอยู่ในระดับไม่มีภาวะฟุ้งฟิง (ติดสังคม) ร้อยละ 99.34 ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M= 3.18, SD= 0.36) ตัวแปรที่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหาและความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 37.2 (adjR² = 0.372) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ฉะนั้น ควรจัดกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาและความเครียด มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง โดยร่วมกับหน่วยงานในชุมชน และบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้สูงอายุ, การสนับสนุนทางสังคม, การเผชิญปัญหาและความเครียด, การเห็นคุณค่าในตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ : Boonprajuk Junwin , e-mail: boonprajuk2518@gmail.com)

Abstract

This predictive research aimed to examine: (1) the resilience of the elderly; and (2) the predictive factors of resilience among the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. The study population consisted of elderly individuals residing in Nakhon Si Thammarat Province, with a sample size of 152 participants. The research instrument was a questionnaire developed by Siriporn Lipnoi. The reliability of the questionnaire was confirmed, with Cronbach's alpha coefficients for health perception, social support, daily routines, coping and stress, self-esteem, and resilience being 0.907, 0.900, 0.911, 0.896, 0.773, and 0.830, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise regression.

The results revealed that overall health awareness was high ($M = 3.07$, $SD = 0.74$), social support was moderate ($M = 2.86$, $SD = 0.43$), coping with problems and stress was moderate ($M = 2.78$, $SD = 0.47$), and self-esteem was high ($M = 3.20$, $SD = 0.36$). The ability to perform daily activities was classified as non-dependent (socially dependent) in 99.34 percent of participants. Overall, resilience among the elderly was found to be high ($M = 3.18$, $SD = 0.36$). Self-esteem, coping with problems and stress, and social support were identified as significant predictors of resilience, collectively explaining 37.2 percent of the variance (adjusted $R^2 = 0.372$) at the 0.05 level of significance.

Therefore, it is recommended that supporting activities should be organized to enhance coping strategies and promote self-worth among the elderly, in collaboration with community agencies and family members.

Keywords : Resilience, Elderly, Social Support, Coping with Problems and Stress, Self-Esteem

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ทุกประเทศต้องเตรียมระบบสุขภาพและสังคมให้พร้อมรับมือกับความท้าทายนี้อย่างเต็มศักยภาพ ในปี พ.ศ. 2563 คาดว่ามีสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ภายในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งจะสูงถึงร้อยละ 80 โดยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยปัจจุบันมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเนื่องจากจำนวนเด็กเกิดลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือ ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14) ซึ่งส่งผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ ทำให้ต้องมีการจัดระบบการ

ดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด การปรับปรุงระบบเกษียณอายุราชการ การจัดสรรสวัสดิการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การเตรียมระบบขนส่งมวลชนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ และการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) หรือแนวคิดการออกแบบสิ่งแวดล้อม การสร้างอาคารสถานที่และสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ทุกคนที่อยู่ในสังคมโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นคุณลักษณะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและฟื้นตัวจากความยากลำบากในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้รับการยอมรับและให้ความสำคัญจากทั้ง Grotberg (2003) และกรมสุขภาพจิต โดย Grotberg เน้นย้ำถึงความสามารถในการกลับคืนสู่สภาวะปกติและการเติบโตจากประสบการณ์ที่ท้าทาย ในขณะที่กรมสุขภาพจิตให้คำนิยามว่า ความเข้มแข็งทางใจ คือ ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวจากเหตุการณ์วิกฤต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (อึด) ด้านกำลังใจ (ฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (สู้) กรมสุขภาพจิตยังเน้นย้ำว่า ความเข้มแข็งทางใจ เป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ ผ่านการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการสร้างการสนับสนุนทางสังคม ทั้งสองแนวคิดต่างเห็นพ้องกันว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต และสามารถพัฒนาได้เพื่อรับมือกับความท้าทายต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2564) ดังนั้น ความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวและเผชิญความท้าทายในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นความสามารถในการฟื้นตัวจากเหตุการณ์ยากลำบาก จัดการอารมณ์ และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทักษะนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความกล้าหาญในการเผชิญปัญหา มีความหวัง ปรับตัว และควบคุมชีวิตตนเองได้ ทั้งนี้ งานวิจัยต่างประเทศชี้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีงานวิจัยที่น่าสนใจดังนี้ ในมิติของภาวะสุขภาพ Majnarić et al (2021) และ Peeters et al (2023) พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ สุขภาพกาย และกระบวนการชราในผู้สูงอายุ โดยความเข้มแข็งทางใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ในมิติของปัจจัยด้านจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมนั้น Rodrigues และ Tavares (2021) พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ซับซ้อนและการไม่มีภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญ Silva Júnior et al (2019) ชี้ว่าศาสนาอาจมีบทบาทส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ ในขณะที่ Fontes และ Neri (2015) เน้นความสำคัญของการควบคุมอารมณ์ Tomás, Sancho, Melendez, J. & Mayordomo (2012) พบว่าการเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างยืดหยุ่นส่งผลดีต่อความเข้มแข็งทางใจ สอดคล้องกับ Lima, Figueira, Carvalho, Kusumota, & Caldeira (2023) ที่ชี้ว่าทรัพยากรและพฤติกรรมเชิงบวกช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือความยากลำบากได้ดีขึ้น

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุของภาคใต้ พบว่า มีทั้งหมด 1,659,190 คน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้สูงอายุ เป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดสงขลา กล่าวคือ จังหวัดนครศรีธรรมราชมี จำนวนผู้สูงอายุ 264,846 คน คิดเป็นร้อยละ 22.09 ซึ่งถือได้ว่าสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ทั้งนี้ยังพบว่า เป็นผู้ที่มีสุขภาพกายดี จำนวน 113,845 คน (ร้อยละ 42.99) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 96,384 คน (ร้อยละ 36.39) มีความสุขอยู่ในระดับมาก 103,337 คน (ร้อยละ 39.02) และไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเอง 246,306 คน (ร้อยละ 93.00) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) จากสถานการณ์ดังกล่าว อาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจที่ลดลง เนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจพบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม

โดยปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับความรู้ภาวะสุขภาพ สมรรถภาพการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านจิตใจครอบคลุมถึงความหวัง ความยืดหยุ่น ทักษะทางสังคม การมองโลกในแง่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญและจัดการปัญหา รวมถึงแรงจูงใจในตนเอง ขณะที่ปัจจัยด้านสังคมมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัย อาทิ ภักดิ์พร ธนาคุณ และบัวทอง สว่างโสภากุล (2564) พบว่า ความหวัง ความยืดหยุ่น และทักษะทางสังคมสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างกันมีความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า สมรรถภาพการทำหน้าที่ การรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจ ในขณะที่ความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์เชิงลบ นอกจากนี้สมฤทัย เจริญไธสง จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาตลาส และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2562) พบว่า ในผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจได้ และกัลยารัตน์ อินทบุญศรี (2568) พบว่า การเผชิญและจัดการปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุอำเภอโน้สอม จังหวัดอุดรธานี ได้

ฉะนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งสุขภาพจิตและกายมีความเชื่อมโยงกันที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้และเปลี่ยนแปลงไปตามพลวัตของชีวิต (Ohrnberger, Fichera, & Sutton, 2017) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล สมองเสื่อม และความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ (Cordeiro et al., 2020; Kwak & Kim, 2017) ซึ่งมักเกิดร่วมกับปัญหาสุขภาพกาย ทำให้ภาวะด้านการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสาธารณสุข นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญปัญหาการเลือกปฏิบัติและการตีตราทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การส่งเสริมปัจจัยเชิงบวก เช่น ความเข้มแข็งทางใจ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดอคติและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น (Reynolds, Jeste, Sachdev, & Blazer, 2022) การศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในครั้งนี้ จะสามารถนำข้อมูลไปใช้สำหรับการวางแผนและจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับบริการผู้สูงอายุ และยังสามารถนำข้อมูลไปให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ดูแลชุมชน ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังสามารถที่จะนำข้อมูลไปใช้และจัดอบรมให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลในชุมชนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การป้องกันการล้ม การดูแลสุขภาพจิต และการจัดการโรคเรื้อรัง ยังมีจำกัด เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

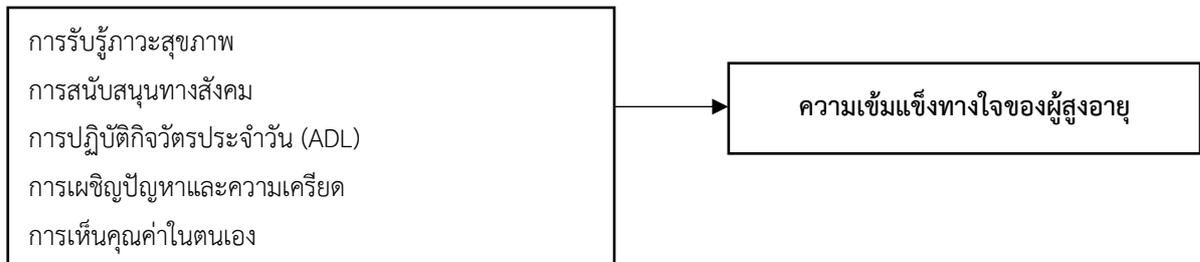
1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาและความเครียด และการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ ที่กล่าวไว้ว่า เป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวจากเหตุการณ์วิกฤต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ฮึด) ด้านกำลังใจ (ฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (สู้) ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้เน้นย้ำว่า ความเข้มแข็งทางใจ เป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ ผ่านการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการสร้างการสนับสนุนทางสังคม และสามารถพัฒนาได้เพื่อรับมือกับความท้าทายต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2564) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมมาศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Predictive Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 264,846 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 5 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวน 14 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 152 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1. เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2. สื่อสารด้วยคำพูดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผู้ช่วยนักวิจัย) ได้

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1. เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์ที่เข้าร่วมโครงการ และ 2. เป็นบุคคลต่างด้าว

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ดังนี้

1. จังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งหมด 23 อำเภอ แบ่งเป็น 6 โซนพื้นที่สาธารณสุข ผู้วิจัยนำรายชื่ออำเภอของแต่ละโซนมาหยิบฉลากอย่างง่าย เพื่อเลือก 1 อำเภอ ต่อ 1 โซน
2. นำรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล ของแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ หยิบฉลากอย่างง่ายอีกครั้งเพื่อให้ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล 1 แห่ง ต่อ 1 อำเภอ
3. นำรายชื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลที่หยิบได้ ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง แยกชายหมู่บ้าน และเรียงลำดับตามบ้านเลขที่ จากนั้นไปมากของแต่ละหมู่บ้าน
4. สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างคนแรก โดยใช้การสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างลำดับที่ 1 - 10
5. จากนั้นสุ่มตัวอย่างลำดับแรกจากกลุ่มตัวอย่างลำดับที่ 1 - 10 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างถัดไปนับระยะห่างตามหมายเลขที่สุ่มได้ นับวนไปตามระยะห่างจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 152 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามของศิริพร ลิบน้อย (2568) จากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปร็ดอำเภอหนอง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การมีผู้ดูแล ระดับการศึกษา การมีโรคเรื้อรัง อาชีพ สถานภาพสมรส และการอยู่อาศัย โดยเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (4 คะแนน) สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (3 คะแนน) สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (2 คะแนน) และสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (1 คะแนน) แปลผลคะแนนเป็นรายข้อและภาพรวม จัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) การรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) แปลผลคะแนน เป็นรายข้อและภาพรวม จัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินกิจวัตรประจำวันของบาร์เธลินเด็ก (Barthel ADL index) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน แปลผลคะแนน เป็นภาพรวม จัดเป็น 3 ระดับ ตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ดังนี้ ภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) (คะแนน 0 – 4) ภาวะพึ่งพิงรุนแรงถึงปานกลาง (ติดบ้าน) (คะแนน 5 – 11) และไม่มีการพึ่งพิง (ติดสังคม) (คะแนน 12 – 20)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาและความเครียด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ เป็นประจำ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) เป็นครั้งคราว (2 คะแนน) และไม่มีเลย (1 คะแนน) แปลผลคะแนนเป็นรายข้อและภาพรวม จัดเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ การเผชิญปัญหาและความเครียดสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) การเผชิญปัญหาและความเครียดปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และการเผชิญปัญหาและความเครียดต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง รวม 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผลคะแนนเป็นรายข้อและภาพรวม จัดเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ การเห็นคุณค่าในตนเองสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) การเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 อุตรธานี (2562) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ จริงมาก (4 คะแนน) ค่อนข้างจริง (3 คะแนน) จริงบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่จริง (1 คะแนน) แปลผลคะแนนเป็นรายข้อและภาพรวม จัดเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ความเข้มแข็งทางใจสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) ความเข้มแข็งทางใจปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และความเข้มแข็งทางใจต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ในครั้งนี้ ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของศิริพร ลิบน้อย (2568) จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งไม่ใช่อำเภอกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	เท่ากับ 0.907
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	เท่ากับ 0.900
แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	เท่ากับ 0.911
แบบสอบถามการเผชิญปัญหาและความเครียด	เท่ากับ 0.896
แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	เท่ากับ 0.773
แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ	เท่ากับ 0.830

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการประชุมและชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีขั้นตอนดังนี้
2. ผู้วิจัยขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เพื่อดำเนินการวิจัย
3. จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านเพื่อประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการสำรวจให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ถามคำถามกับผู้สูงอายุ
5. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย
6. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา
2. ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยผู้วิจัยจะทำการข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติก่อน ได้แก่ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูประฆังคว่ำ มีสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น 3) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 1.305 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่า มีค่าระหว่าง 0.700 – 0.960 5) กราฟ Normal Plot มีการแจกแจงแบบปกติ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0.000 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.621

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIRB-2568/183 วันที่รับรอง 18 มีนาคม 2568 – 18 มีนาคม 2569 โดยผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัยทราบล่วงหน้า

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า เกือบ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.79) มากกว่า 3 ใน 5 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 61.18) มีอายุเฉลี่ย 69.44 ปี (SD= 7.56) อายุน้อยที่สุด 60 ปี มากที่สุด 92 ปี เกือบร้อยละ 90 มีผู้ดูแล (ร้อยละ 89.47) ประมาณ 3 ใน 5 จบการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 59.87) มากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 55.26) มากกว่า 1 ใน 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 31.58) มากกว่า 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.11) และอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 67.11)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและความเครียด และการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและความเครียด และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ปัจจัย	M	SD.	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3.07	0.74	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	2.86	0.43	ปานกลาง
การเผชิญปัญหาและความเครียด	2.78	0.47	ปานกลาง
การเห็นคุณค่าในตนเอง	3.20	0.36	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า โดยภาพรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง (M= 3.07, SD.= 0.74) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.86, SD.= 0.43) การเผชิญปัญหาและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.78, SD= 0.47) และการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (M= 3.20, SD= 0.36)

3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) (คะแนน 0 – 4)	0	0.00
ภาวะพึ่งพิงรุนแรงถึงปานกลาง (ติดบ้าน) (คะแนน 5 – 11)	1	0.66
ไม่มีการพึ่งพิง (ติดสังคม) (คะแนน 12 – 20)	151	99.34

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจัดอยู่ในระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง (ติดสังคม) เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.34)

4. ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
1	เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยไม่ทำให้ฉันว้าวุ่นใจนั่งไม่ติด	2.82	0.83	ปานกลาง
2	ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน	2.55	0.88	ปานกลาง
3	เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหาย ฉันยอมรับผิดชอบหรือผลที่ตามมา	3.07	0.69	สูง
4	ฉันเคยยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น	3.56	0.67	สูง
5	เวลาที่ทุกข์ใจมาก ๆ ฉันไม่เจ็บป่วยและไม่สบาย	2.49	1.15	ปานกลาง
6	ฉันสอนและเตือนตัวเอง	3.24	0.64	สูง
7	ความยากลำบากทำให้ฉันแกร่งขึ้น	3.47	0.73	สูง
8	ฉันไม่จดจำเรื่องเลวร้ายในอดีต	2.55	0.82	ปานกลาง
9	ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใดชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด	3.03	0.78	สูง
10	เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย	3.28	0.81	สูง
11	จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิตฉันได้	3.38	0.75	สูง
12	ฉันมีครอบครัวแคบใกล้ชิดเป็นกำลังใจ	3.63	0.59	สูง
13	ฉันมีแผนการที่ทำให้ชีวิตฉันก้าวไปข้างหน้า	3.56	0.64	สูง
14	เมื่อมีปัญหาวิกฤตเกิดขึ้น ฉันรู้ไม่สีกว่าตนเองไร้ความสามารถ	3.46	0.87	สูง
15	ไม่เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่ทำให้ชีวิตดีขึ้น	3.35	0.98	สูง
16	ฉันไม่หนีไปให้พ้น หากมีปัญหาหนักหนาต้องรับผิดชอบ	3.53	0.86	สูง
17	การแก้ปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น	3.43	0.69	สูง
18	ในการพูดคุย ฉันหาเหตุผลที่ทุกคนยอมรับหรือเห็นด้วยกับฉันได้	3.04	0.76	สูง
19	ฉันเตรียมหาทางออก หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด	3.22	0.91	สูง
20	ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน	2.73	0.80	ปานกลาง
ภาพรวม		3.18	0.36	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.18, SD = 0.36$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ฉันมีครอบครัวแคบใกล้ชิดเป็นกำลังใจ ($M = 3.63, SD = 0.59$) รองลงมาคือ ฉันเคยยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น และฉันมีแผนการที่ทำให้ชีวิตฉันก้าวไปข้างหน้า ($M = 3.56, SD = 0.67; M = 3.56, SD = 0.64$) และฉันไม่หนีไปให้พ้น หากมีปัญหาหนักหนาต้องรับผิดชอบ ($M = 3.53, SD = 0.86$) ตามลำดับ

5. เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหาและความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น 0.441 หน่วย ($B = 0.441, p < 0.001$) เมื่อผู้สูงอายุมีการเผชิญปัญหาและความเครียด เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น 0.132 หน่วย ($B = 0.132, p = 0.021$) และเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น 0.148 หน่วย ($B = 0.148, p = 0.024$) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 37.2 ($\text{adj}R^2 = 0.372$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยสามารถเขียนสมการทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_i = 0.984 + 0.441 (\text{การเห็นคุณค่าในตนเอง}) + 0.132 (\text{การเผชิญปัญหาและความเครียด}) + 0.148 (\text{การสนับสนุนทางสังคม})$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.450 (\text{การเห็นคุณค่าในตนเอง}) + 0.172 (\text{การเผชิญปัญหาและความเครียด}) + 0.178 (\text{การสนับสนุนทางสังคม})$$

ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ 0.984				
การเห็นคุณค่าในตนเอง	0.441	0.450	6.451	< 0.001**
การเผชิญปัญหาและความเครียด	0.132	0.172	0.233	0.021*
การสนับสนุนทางสังคม	0.148	0.178	2.281	0.024*

Constant= 0.984, R = 0.620, R-Square = 0.384, R-Square_{adj} = 0.372, SEets =0.282, F = 30.798

**p-value < 0.01, *p-value < 0.05

อภิปรายผล

1. ระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าการมีความเข้มแข็งทางใจที่ดีซึ่งเป็นความสามารถที่ผู้สูงอายุจะปรับตัวและฟื้นตัวเองภายหลังที่ผู้สูงอายุพบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์อื่นที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุเคยยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น และมีแผนการที่ทำให้ชีวิตฉันทิ้งก้าวไปข้างหน้า ($M = 3.56, SD = 0.67$; $M = 3.56, SD = 0.64$) ฉะนั้น ความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้ และยังอาจช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับความทุกข์ยากและลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจต่อสุขภาพจิต ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุไม่หนีไปให้พ้น หากมีปัญหาหนักหนาต้องรับผิดชอบ ($M = 3.53, SD = 0.86$) ทั้งนี้จากงานวิจัยนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ

61.18) ซึ่งเป็นผู้ที่เพิ่งย่างเข้าวัยผู้สูงอายุ ยังเป็นช่วงที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ และส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพแข็งแรงดี ประกอบกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับคู่สมรส จึงอาจจะทำให้ระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ ($M= 3.63, SD= 0.59$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด งานวิจัยนี้แตกต่างกับการศึกษาของกัลยารัตน์ อินทบุญศรี (2568) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอnáโสม จังหวัดอุดรธานีในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับบุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง และการศึกษาของศิริพร ลิบน้อย (2568) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($B= 0.441$) การเผชิญปัญหาและความเครียด ($B= 0.132$) และการสนับสนุนทางสังคม ($B= 0.148$) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 37.2 ($adjR^2 = 0.372$) สามารถอธิบายได้ว่า

2.1 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมองตนเองและเป็นความรู้สึกที่ประเมินตนเอง ฉะนั้น ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และประเมินตนเองว่ายังมีศักยภาพในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองและมีวิธีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของตนเอง กล่าวที่จะเผชิญกับความท้าทาย ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ($M= 3.61, SD=0.59$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และยังพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อตนเอง ($M= 3.52, SD= 0.51$) และรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ดี ($M= 3.43, SD=0.56$) จากผลการวิจัยดังกล่าว จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจส่งผลต่อการพัฒนาชีวิตที่เป็นไปในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ อินทบุญศรี (2568) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอnáโสม จังหวัดอุดรธานีได้

2.2 การเผชิญปัญหาและความเครียด อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 65.79) ซึ่งโดยพฤติกรรมของเพศหญิงหากมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดระบายความไม่สบายใจนั้นให้กับบุคคลสนิทและผู้ที่เราไว้วางใจฟัง และสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์เดียวกัน ($M= 2.86, SD= 0.94; M= 2.86, SD= 0.70$) ซึ่งผลการวิจัยข้อนี้มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับ 2 ฉะนั้น การเผชิญปัญหาและความเครียดจึงเป็นการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยหาเหตุผลที่เหมาะสม หรืออาจจะกล่าวได้ว่าเป็นการพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ($M= 3.19, SD= 0.87$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ อินทบุญศรี (2568) ที่พบว่า การเผชิญปัญหาและความเครียดของผู้สูงอายุสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอnáโสม จังหวัดอุดรธานีได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพร ลิบน้อย (2568) ที่พบว่า การเผชิญปัญหาและความเครียดสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช แตกต่างกับการศึกษาของฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2559) ที่พบว่า การเผชิญปัญหาและความเครียดไม่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้

2.3 การสนับสนุนทางสังคม อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 67.11) รองลงมาคือ อยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 28.95) อีกประเด็นคือ การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล (ร้อยละ

89.47) ซึ่งเมื่อบุคคลเหล่านี้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ก็จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดีได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคนที่ใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย ($M = 3.30, SD = 0.70$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีคนที่พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ($M = 3.15, SD = 0.77$) และยังมีโอกาสพบปะหรือติดต่อกับเพื่อนสนิทหรือบุคคลในครอบครัวอย่างเพียงพอ ($M = 3.07, SD = 0.62$) ซึ่งเป็นไปได้เนื่องจากว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 31.58) จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดและสามารถอยู่กับบุคคลในครอบครัวได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ อินทบุญศรี (2568) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอหน้าโสม จังหวัดอุดรธานีได้ เช่นเดียวกับยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถทำนายความผาสุกของผู้สูงอายุได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหาและความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ควรจัดกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาและความเครียด โดยจัดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับหน่วยงานในชุมชน และบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหาและความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาารูปแบบดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*.

กระทรวงสาธารณสุข.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *รายงานประจำปีผู้สูงอายุ ปี 2562*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กัลยารัตน์ อินทบุญศรี. (2568). ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอหน้าโสม จังหวัดอุดรธานี.

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 5(1), e271094.

ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(2), 97–106.

ภัทรพร ธนาคุณ, และบัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2564). ความหวัง ความยึดหยุ่น ทักษะทางสังคม และความสำนึกของการเป็นผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิจัยมข. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 9(1), 70–80.

- ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 95–110.
- ศิริพร ลิบน้อย. (2568). ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช (รายงานการวิจัย). นครศรีธรรมราช.
- สมฤทัย เจริญไธสง, จินท์จุฑา ชัยเสนา, ดาลลาส, & ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารการพยาบาล*, 21(2), 51–66.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต. (2564). *หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อึด ฮึด ลุย (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เข้าถึง 23 กุมภาพันธ์ 2025, จาก <https://dmhelibrary.org/items/show/453>
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, & รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 127–142.
- Best, J. W. (1971). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordeiro, R. C., Santos, R. C. dos, Araújo, G. K. N. de, Nascimento, N. de M., Souto, R. Q., Ceballos, A. G. da C., Alves, F. A. P., & Santos, J. da S. R. (2020). Mental health profile of the elderly community: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180191. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0191>
- 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.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: Literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>
- Grotberg, E. H. (2003). What is resilience? How do you promote it? How do you use it? In *Resilience for today: Gaining strength from adversity* (Vol. 2, pp. 1–30).
- Kwak, Y., & Kim, Y. (2017). Health-related quality of life and mental health of elderly by occupational status. *Iranian Journal of Public Health*, 46(8), 1028–1037.
- Lima, G. S., Figueira, A. L. G., Carvalho, E. C. de, Kusumota, L., & Caldeira, S. (2023). Resilience in older people: A concept analysis. *Healthcare*, 11(18), 2491. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182491>
- Majnarić, L. T., Bosnić, Z., Guljaš, S., Vučić, D., Kurevija, T., Volarić, M., Martinović, I., & Wittlinger, T. (2021). Low psychological resilience in older individuals: An association with increased

inflammation, oxidative stress and the presence of chronic medical conditions.

International Journal of Molecular Sciences, 22(16), 8970.

<https://doi.org/10.3390/ijms22168970>

Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The dynamics of physical and mental health in the older population. *The Journal of the Economics of Ageing*, 9, 52–62.

<https://doi.org/10.1016/j.jjeoa.2016.07.002>

Peeters, G., Kok, A., de Bruin, S. R., van Campen, C., Graff, M., Nieuwboer, M., Huisman, M., van Munster, B., van der Zee, E. A., Kas, M. J., Perry, M., Gerritsen, D. L., Vreede-Chabot, E., The, A.-M., van Hout, H., Bakker, F. C., Achterberg, W. P., van der Steen, J. T., Smits, C., Reynolds, C. F., III, Jeste, D. V., Sachdev, P. S., & Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: Recent advances and new directions in clinical practice and research.

World Psychiatry, 21(3), 336–363. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>

Rodrigues, F. R., & Tavares, D. M. dos S. (2021). Resilience in elderly people: Factors associated with sociodemographic and health conditions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0171>

Silva Júnior, E. G. da, Eulálio, M. do C., Souto, R. Q., Santos, K. de L., Melo, R. L. P. de, & Lacerda, A. R. (2019). The capacity for resilience and social support in the urban elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 7–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32722016>

Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach.

Aging & Mental Health, 16(3), 317–326. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615737>

World Health Organization. (2024, October 1). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



ผลของการปรับกระบวนการทางการบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงาน
ด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

The Effects of Adjusting Administrative Processes to Enhance Efficiency
in Primary Health Care Service Delivery at the Sakon Nakhon Provincial Public
Health Office after the Transfer of the Responsibilities of
the Sub-district Health Promoting Hospitals to the Sakon Nakhon Provincial
Administrative Organization

ธาดา ศุูนย์จันทร์^{1*}

Thada Soonchan^{1*}

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร^{1*}

Sakon Nakhon Provincial Public Health Office^{1*}

(Received: March 13, 2024; Revised: March 24, 2025; Accepted: April 29, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การวิจัยแบบกลุ่มเดียว เพื่อศึกษาผลของการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร โดยประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 230 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสุ่มเจาะ จำนวน 135 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบทางกระบวนการทางการบริหารที่ปรับใหม่ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นทั้งชุดเท่ากับ 0.91 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ใช้สถิติ Paired Samples Test

ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Mean diff = 0.32 , 95% CI = 0.25 ถึง 0.40 , t = 10.76, p-value <0.001) จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า 1) ควรกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันที่ชัดเจนลดความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด และเพิ่มความชัดเจนในการดำเนินการ 2) ควรเสริมสร้างกลไกการทำงานร่วมกัน

อย่างต่อเนื่อง 3) ควรผลักดันการบูรณาการทรัพยากรระหว่างกันในพื้นที่ และส่งเสริมการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน และ 4) ควรพัฒนาขีดความสามารถและเสริมสร้างความพร้อมของบุคลากรให้สอดคล้องกับการทำงานรูปแบบใหม่

คำสำคัญ : กระบวนการทางการบริหาร, ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน, บริการสุขภาพปฐมภูมิ, ถ่ายโอนภารกิจ

*ผู้ให้ข้อมูลติดต่อ (Corresponding email: thada.soonchan@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 065-9092555)

Abstract

This study was a quasi-experimental, single-group research that examined the effects of increasing efficiency in primary health care service operations of Sakon Nakhon Provincial Public Health Office after transferring the mission of sub-district health promoting hospitals to Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization. The population consisted of personnel working in Sakon Nakhon Provincial Public Health Office and all district public health offices, totaling 230 people. The sample group comprised 135 volunteers. The research instruments included: 1) the experimental instrument, which was the revised administrative process model, and 2) the data collection instrument, which was a questionnaire that had been checked for content validity by 3 experts, with an IOC value of 0.88 and an overall reliability of 0.91. The statistics used in the analysis were frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum values, and the analysis of the difference in means used the Paired Samples Test.

The results of the study found that the efficiency of primary health care service operations of Sakon Nakhon Provincial Public Health Office increased statistically significantly at .05 level (Mean diff = 0.32, 95% CI = 0.25 to 0.40, $t = 10.76$, $p\text{-value} < 0.001$). From the research results, it was suggested that: 1) clear common indicators should have been defined, reducing the complexity of indicators and increasing the clarity of implementation; 2) the collaboration mechanism should have been continuously strengthened; 3) the integration of resources between areas should have been promoted and the preparation of joint action plans encouraged; and 4) the capabilities of personnel should have been developed and their readiness enhanced to be consistent with the new working model.

Keywords: Administrative process, Working efficiency, primary health care services, Transfer

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 มาตรา 284 กำหนดให้มี พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งใน พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการถ่ายโอน "บริการสาธารณะ" และมีการออกแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อ.ป.ท. ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 แต่การถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. มีความล่าช้าค่อนข้างมาก กล่าวคือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - 2563 มีการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล เพียง 84 แห่ง ด้วยเหตุผลนี้ทำให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อ.ป.ท. ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 ที่ระบุไว้ว่า "ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมของ อ.ป.ท. ในพื้นที่ และระยะสุดท้ายหาก อ.ป.ท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดำเนินการ" ทำให้ในปีงบประมาณ 2566 ตามกระบวนการดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้ อบจ. จำนวน 49 จังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564) เป็นผลให้เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ สกลนคร นครพนม หนองบัวลำภู เลย หนองคาย และ บึงกาฬ มีการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. 3 จังหวัด ได้แก่ หนองบัวลำภู (ร้อยละ 100) สกลนคร (ร้อยละ 88.69) และ นครพนม (ร้อยละ 9.93) สำหรับจังหวัดสกลนครนั้น ได้ทำพิธีส่งมอบและบันทึกข้อตกลงร่วมกัน เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 โดยตามข้อตกลง สสจ.สกลนคร มีบทบาทหน้าที่ต่อ รพ.สต. สังกัด อบจ. สกลนคร ใน 5 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ด้านวิชาการ ด้านข้อมูลสุขภาพ และด้านระบบบริการปฐมภูมิ แต่หลังการถ่ายโอน พบว่า เกิดช่องว่างทางการบริหาร และความขัดกันของระเบียบต่าง ๆ ตลอดจนช่องทางสื่อสารที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านการบริหารและเวชภัณฑ์ ด้านข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ด้านการจัดการการเงินการคลัง และด้านระบบบริหารและการประสานงาน ซึ่งผลจากการประเมินผลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญ ของ รพ.สต. ของ สสจ.สกลนคร หลังการถ่ายโอนเปรียบเทียบ 2 ไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จากร้อยละ 87.58 ลดลงเป็น ร้อยละ 77.71 (ลดลงร้อยละ 9.87) ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรไทยกลุ่มอายุ 35-59 ปี จากร้อยละ 87.52 ลดลงเป็นร้อยละ 55.84 (ลดลงร้อยละ 31.68) ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยกลุ่มอายุ 35-59 ปี จากร้อยละ 88.34 ลดลงเป็น ร้อยละ 55.59 (ลดลงร้อยละ 32.75) และร้อยละการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี จากร้อยละ 81.41 ลดลงเป็น ร้อยละ 42.2 (ลดลงร้อยละ 39.21) (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2566) จากที่กล่าวมา หากไม่มีการบริหารจัดการที่เหมาะสมทั้งในส่วนของ สสจ.สกลนคร และ อบจ.สกลนคร ในระยะยาวการถ่ายโอนที่เกิดขึ้นก็อาจจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวม ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าหากไม่มีการปรับรูปแบบการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์การถ่ายโอน ดังกล่าวมา

และเพื่อสามารถรักษาหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมของ จังหวัดสกลนคร มีความจำเป็นที่ต้องเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และการวัดประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เสียก่อน โดยในการศึกษานี้ในการวัดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จะใช้ตัวแบบประสิทธิภาพ

การปฏิบัติงาน คือ ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ด้านความรวดเร็ว และด้านความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร ตามแนวคิดของปีเตอร์สัน และโพลแมน (Elmore Peterson, Edward Grosvenor Plowman, 1989 อ้างถึงใน สาวิตรา สุวรรณ, 2560) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน พบว่าประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร โครงสร้าง การอำนวยการ และการควบคุมการทำงาน (สาวิตรา สุวรรณ, 2560 ; อรรถชัย ณ ภีบาล, 2566 ; ธัญกรณ์ ทองเลิศ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการทางการบริหาร ตามแนวคิดของแฮร์โรลด์ คูนท์ซ์ (Harold Koontz, 1972 อ้างถึงใน สมคิด บางโม, 2553) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การจัดบุคลากร (Staffing) การอำนวยการ (Directing) จนถึงการควบคุมการทำงาน (Controlling) จากที่กล่าวมา หากหลังการถ่ายโอน สสจ.สกลนคร มีกระบวนการทางการบริหารที่เหมาะสมจะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดสกลนคร นั่นเอง

ตามบทบาทหน้าที่ของ สสจ.สกลนคร ต่อ รพ.สต. สังกัด อบจ. สกลนคร ตามที่ระบุในบันทึกข้อตกลงที่ทำร่วมกับ อบจ. สกลนคร ทั้ง 5 ด้าน ดังที่กล่าวมา และจากการถอดบทเรียนของ สสจ.สกลนคร หลังการถ่ายโอนไปแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปี พบปัญหาและอุปสรรคในการทำงานหลังการถ่ายโอน ดังนี้ ด้านการวางแผน (Planning) พบว่า แผนปฏิบัติงานที่ สสจ.สกลนคร ร่วมกับ อบจ.สกลนคร จัดทำขึ้น เพื่อให้ รพ.สต. สังกัด อบจ.สกลนคร ใช้ปฏิบัติงานนั้น ถึงแม้จะผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) แต่ยังเป็นแผนที่ขาดการมีส่วนร่วมในการจัดทำของคณะทำงานระดับอำเภอ และตำบล ส่วนด้านโครงสร้าง (Organizing) ของการทำงานร่วมกัน พบว่า มีเพียงคณะทำงานระดับจังหวัดที่ขับเคลื่อนงานได้จริง ยังขาดโครงสร้างที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานระดับอำเภอและตำบล โดยรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) แบบเดิม สามารถใช้ได้ดี เฉพาะในบางอำเภอ ส่วนด้านการจัดบุคลากร (Staffing) พบว่า บุคลากรในสังกัด สสจ.สกลนคร ยังขาดการเตรียมความพร้อมในการทำงานร่วมกับ รพ.สต. สังกัด อบจ. รวมทั้งการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ สสอ. ที่ต้องทำงานโดยตรงกับ อสม. หลังจาก สสอ. ไม่มี รพ.สต. ในสังกัดแล้ว ส่วนด้านการอำนวยการ (Directing) พบว่า หลังถ่ายโอน สสอ. ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการชี้นำ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. เหมือนเช่นเดิม และต้องปรับเปลี่ยนมาเป็นการใช้ความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน และด้านการควบคุมการทำงาน (Controlling) พบว่า ยังขาดความชัดเจน ในการที่ สสจ.สกลนคร จะเข้าไปติดตามงาน ตามบทบาทหน้าที่ตามบันทึกข้อตกลงที่ทำร่วมกันกับ อบจ.สกลนคร ไว้ ทำให้ผลงานตามตัวชี้วัดปฐมภูมิโดยมากไม่บรรลุเป้าหมาย หรือล่าช้ากว่ากำหนด จากที่กล่าวมาทั้งหมด ทั้งผลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิ และปัญหาและอุปสรรคในการทำงานหลังการถ่ายโอน ดังที่กล่าวมา สสจ.สกลนคร จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบจ.สกลนคร เพื่อเป็นหลักประกันได้ว่า หลังการถ่ายโอนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจะยังคงครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน และปลอดภัยต่อประชาชน ผ่านขั้นตอนในการทำงานร่วมกันระหว่าง สสจ.สกลนคร และ อบจ.สกลนคร ตั้งแต่กระบวนการวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การอำนวยการ จนถึงการควบคุมการทำงาน ด้วยเหตุนี้ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการปรับกระบวนการบริหารของ สสจ.สกลนคร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิหลังมีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบจ.สกลนคร ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ จังหวัดสกลนคร รวมทั้งจังหวัดที่ถ่ายโอนแล้ว สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์เพื่อใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ. สกลนคร หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.สกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

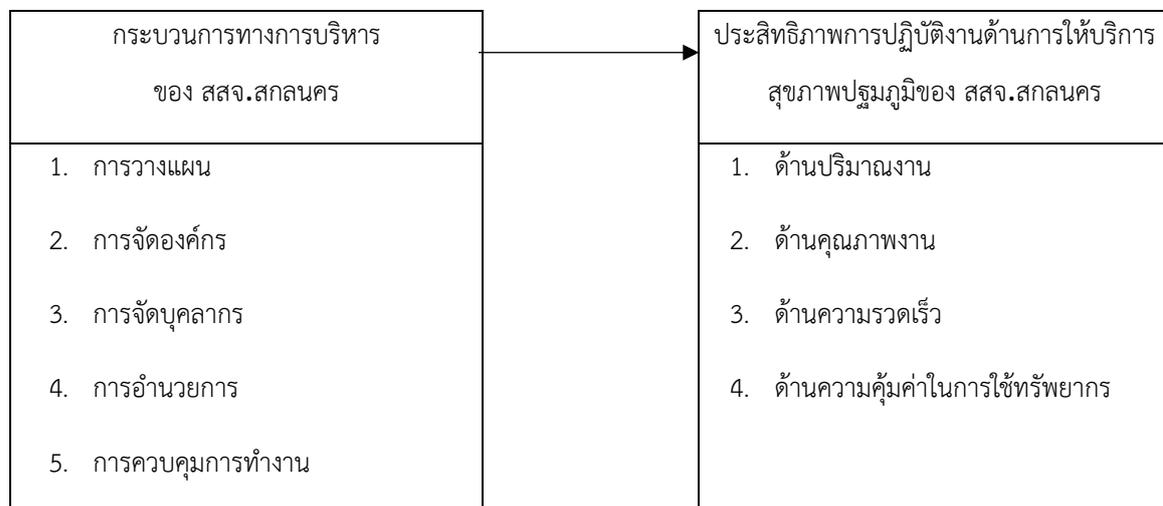
หลังจากมีการปรับกระบวนการทางการบริหารของ สสจ.สกลนคร ระดับคะแนนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร เพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย พบว่า กระบวนการทางการบริหารมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดให้กระบวนการทางการบริหาร เป็นตัวแปรต้นในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การอำนวยความสะดวก และการควบคุมการทำงาน ตามแนวคิดของแฮร์โรลด์คูนท์ (Harold Koontz, 1972 อ้างถึงใน สมคิด บางโม, 2553) ส่วนตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ใช้ตัวแบบประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ด้านความรวดเร็ว และด้านความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร ตามแนวคิดของปีเตอร์สัน และโพลแมน (Elmore Peterson, Edward Grosvenor Plowman, 1989 อ้างถึงใน สาวิตรา สุวรรณ, 2560) จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) การวิจัยแบบกลุ่มเดียว (One Group Pretest Posttest Design) (สุรวาท ทองบุ, 2555) ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ทั้ง 18 อำเภอ มีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ รวม 230 คน ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทุกอำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สสจ. และ สสอ. โดยใช้สูตรในกรณีทราบประชากรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรค่าเฉลี่ยของประชากร

สูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2\sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2\sigma^2}$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่าง N คือ จำนวนประชากรที่ศึกษา 230 คน กำหนดให้ความคาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากรเท่ากับ 0.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในที่นี้เท่ากับ 0.612 จากการศึกษาที่ผ่านมา (อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ , 2550) ผลคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง n = 129.22 คน ปรับขนาดตัวอย่างเป็น 130 คนเพื่อให้การศึกษานี้ไม่น้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ และป้องกันถอนตัว จึงเพิ่มขนาดอีกร้อยละ 10 (ถาวร ชมมี, 2564) ขนาดตัวอย่างจึงเป็น 143 ตัวอย่าง โดยคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเจาะ ตามที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ปฏิบัติงานประจำ และปฏิบัติงานแบบเต็มเวลา ที่กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพปทุมภูมิ หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยปฏิบัติงานในจังหวัดสกลนคร เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่องสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
3. มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการตลอดโครงการและร่วมการศึกษานี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษานี้ ครอบคลุมที่โครงการจัดและดำเนินการ
2. เกิดการเจ็บป่วย หรือย้ายออกจากหน่วยงาน จึงทำให้ไม่สามารถร่วมการศึกษาต่อได้
3. ขอลถอนตัวออกจากกิจกรรม หรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษานี้ ด้วยเหตุผลอื่น

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

แบบสอบถามกระบวนการทางการบริหารและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร เพื่อประเมินกระบวนการทางการบริหารและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ข้อคำถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการทางการบริหาร จำนวน 20 ข้อ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จำนวน 16 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ตามแนวคิดของ Likert (1967) การแปลผลคะแนนกระบวนการทางการบริหาร และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ สสจ.สกลนคร แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best , 1977) สูง ปานกลาง ต่ำ คือ ระดับต่ำ 1.00-2.33 ระดับปานกลาง 2.34-3.66 และระดับสูง 3.67-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร ที่ สสจ.หนองบัวลำภู และ สสอ. ในจังหวัดหนองบัวลำภู จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.86 และ 0.84 ภาพรวมทั้งชุด เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ถึงหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอรายชื่อผู้ประสานงาน

1.2 ผู้วิจัยเชิญผู้ประสานงานวิจัยของหน่วยงาน ร่วมประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ระยะเวลาในการ คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดการดำเนินการทดลอง และสำรวจข้อมูลจำนวนโดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

2. ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองจากนั้นดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 6 ชั่วโมง รวมทั้งติดตามและสนับสนุนโดยผู้วิจัย รวมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยก่อนการประชุมผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามกระบวนการทางการบริหาร และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และหลังจากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการทางการบริหารของ สสจ.สกลนคร ที่ปรับใหม่ ซึ่งแบ่งเป็น 5 กิจกรรม โดยใช้วิธีการบรรยาย และประชุมกลุ่มย่อย เพื่อทราบปัญหาและอุปสรรค ก่อนปรับใช้กระบวนการที่นำเสนอ ในแต่ละประเด็น ประกอบด้วย การวางแผน

การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การอำนวยการ และการควบคุมการทำงาน โดยกระบวนการบริหารของ สสจ.สกลนคร ที่ปรับเปลี่ยน ทั้ง 5 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การวางแผน

นำเสนอกระบวนการวางแผนที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับในการจัดทำแผนสุขภาพ ระดับพื้นที่ ของ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ฉบับปรับปรุงใหม่ โดย จัดตั้ง คณะอนุกรรมการ กสพ. ด้านแผนยุทธศาสตร์ และ ตั้งคณะทำงานด้านการกำหนดตัวชี้วัด ประกอบด้วย คณะทำงานจาก สสจ. อบจ. รพศ. รพท. สสอ. รพ.สต. ตลอดจนศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง หลังจากชี้แจงได้ แบ่งกลุ่มย่อยในการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ประเด็นปัญหาและอุปสรรคของการวางแผน เพื่อใช้ในเป็นข้อเสนอ ในการจัดทำแผนสุขภาพฉบับปรับปรุงใหม่ และเตรียมการร่วมจัดทำแผนดังกล่าว

กิจกรรมที่ 2 การจัดองค์กร

นำเสนอกระบวนการจัดองค์กรที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ การเพิ่มคณะทำงานร่วมระดับจังหวัด ได้แก่ คณะอนุกรรมการ กสพ. ด้านยุทธศาสตร์ แต่งตั้งโดย อบจ.สกลนคร และ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ (หรือ เรียกว่า คป.ค.ม.) แต่งตั้งโดย สสจ.สกลนคร ส่วนในระดับอำเภอ กสพ. แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ กสพ. ประจำ อำเภอที่มีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน โดยมีคณะกรรมการที่มาจากทั้ง สสอ. รพ. และ รพ.สต. เพื่อกำกับ ติดตามและประเมินผล ตามตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน และเพื่อให้สาธารณสุขอำเภอมีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ ติดตาม รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ที่ชอบด้วยกฎหมาย (เฉพาะเรื่องงาน) หลังจากชี้แจงได้แบ่งกลุ่มย่อยในการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ประเด็นปัญหาและอุปสรรคของการจัดองค์กร เพื่อใช้ในเป็นข้อเสนอในการจัดทำคำสั่ง ระดับอำเภอ ของ กสพ.สกลนคร ต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การจัดบุคลากร

นำเสนอกระบวนการจัดบุคลากรที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ การทำงานร่วมกับ อสม. หลังถ่ายโอน ของ สสอ. ที่ต้องทำงานโดยตรงกับ อสม. โดยบุคลากรของ สสอ. ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุข อำเภอ ต้องทำงานในเชิงพื้นที่ (Area) กล่าวคือ แบ่งพื้นที่ในอำเภอทั้งหมด เป็นส่วน ๆ โดยกำหนดให้ผู้ช่วย สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้รับผิดชอบพื้นที่ กำกับดูแลทุกเรื่องในพื้นที่ ที่ได้รับมอบหมาย และชี้แจงการจัดทำ หลักสูตร “ผู้นำสกลนครยุคใหม่ Smart Sakon Nakhon Leadership” (SSL) ของ สสจ.สกลนคร ซึ่งเป็น หลักสูตรเฉพาะสำหรับ บุคลากรใน สสจ. สสอ. และ รพ. ทุกอำเภอ เพื่อสร้างความพร้อมการปฏิบัติงานในเชิง พื้นที่หลังการถ่ายโอน หลังจากชี้แจงได้แบ่งกลุ่มย่อยในการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ประเด็นปัญหาและอุปสรรค การจัดบุคลากร เพื่อใช้ในเป็นข้อเสนอในการจัดทำคำสั่งพื้นที่รับผิดชอบ การจัดทำแผนปฏิบัติ (Action plan) ของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ และการจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากร

กิจกรรมที่ 4 การอำนวยการ

นำเสนอกระบวนการการอำนวยการ ที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ สสจ.สกลนคร ผลักดันให้ กสพ. แต่งตั้ง สาธารณสุขอำเภอ เป็นประธานอนุกรรมการ กสพ. ระดับอำเภอดังกล่าวมา เพื่อปิดช่องว่าง (GAP) กล่าวคือ (1) ทำให้กระทรวงสาธารณสุข (ในที่นี่ คือ สสอ.) สามารถทำการชี้แนะสิ่งที่ควรทำ หรือสิ่งที่ต้องทำ ให้แก่ รพ.สต. ใน สังกัด อบจ. ได้ (2) คณะอนุกรรมการ กสพ. คณะนี้ เป็นช่องทางในการแก้ไขปัญหา ในการทำงาน ของ รพ.สต. และช่องทางในการทำงานร่วมกันของ สสอ./รพ. และ รพ.สต. สังกัด อบจ. หลังจากชี้แจงได้แบ่งกลุ่มย่อย

ในการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ประเด็นปัญหาและอุปสรรคการอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ในเป็นข้อเสนอในการจัดทำ คำสั่ง ระดับอำเภอ ของ กสพ.

กิจกรรมที่ 5 การควบคุมการทำงาน

นำเสนอกระบวนการการควบคุมการทำงานที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ได้แก่ การควบคุมการให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ด้านผลสัมฤทธิ์ ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. โดยกระบวนการใหม่จะเลือกใช้เฉพาะตัวชี้วัดประเภท กระบวนการ (Process) กล่าวคือ เป็นตัวชี้วัดประเภทการคัดกรอง หรือการบริการที่ รพ.สต. ให้บริการโดยตรง และเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดที่ผ่านการรับรองจาก กสพ. เท่านั้น ส่วนตัวชี้วัดประเภท ผลลัพธ์ (Outcome) จะใช้เป็นข้อมูล ที่ใช้ในการคืนข้อมูลให้ อบจ. ในรูปแบบของข้อเสนอเชิงนโยบายในแก้ไขปัญหาในการหารือระดับจังหวัด และระดับพื้นที่แทน ในส่วนของการควบคุมคุณภาพ รพ.สต. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้ อบจ. และ รพ.สต. สังกัด อบจ. ร่วมเป็นคณะกรรมการทั้งระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ร่วมทั้ง ร่วมกันกำหนดรูปแบบ-จำนวน รพ.สต. ที่จะประเมินในแต่ละปี การแบ่งปันทรัพยากร เช่น บุคลากร งบประมาณ ร่วมกันในการออกการเยี่ยมประเมิน หรือการฝึกอบรมต่างๆ การเป็นที่เลี้ยง เป็นต้น และหลังจากชี้แจง ได้แบ่งกลุ่มย่อยในการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ประเด็นปัญหาและอุปสรรคการควบคุมการทำงาน เพื่อใช้ในเป็น ข้อเสนอในการจัดทำคำสั่ง ระดับอำเภอ ของ กสพ. และแนวทางการติดตามด้านผลสัมฤทธิ์

สัปดาห์ที่ 1-2 ติดตาม และการสนับสนุน การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดทำแผนสุขภาพ ระดับพื้นที่ ของ กสพ. ฉบับปรับปรุงใหม่ และรวบรวมรายชื่อผู้แทนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอในการจัดทำ คำสั่งคณะกรรมการ กสพ. ด้านแผนยุทธศาสตร์ และแต่งตั้งคณะทำงานด้านการกำหนดตัวชี้วัด โดยผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นไปตามกระบวนการที่วางไว้ จากนั้นร่วมกันจัดทำข้อเสนอ และคัดเลือกผู้แทนของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อบรรจุชื่อในร่างคำสั่งเพื่อเสนอคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พิจารณาแต่งตั้ง

สัปดาห์ที่ 3-4 ติดตาม และการสนับสนุน การแบ่งพื้นที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ เพื่อทำงานใน เชิงพื้นที่ (Area) และแผนการจัดอบรมพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความพร้อมการปฏิบัติงานในเชิงพื้นที่หลังการ ถ่ายโอน และการจัดทำแผนปฏิบัติ (Action plan) ของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ที่ได้มอบหมาย โดยผู้วิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นไปตามกระบวนการที่วางไว้ จากนั้นรวบรวมแผนปฏิบัติ (Action plan) ของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ และคำสั่งแต่งตั้งแบ่งพื้นที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ

สัปดาห์ที่ 5-6 ติดตาม และการสนับสนุน การควบคุมการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้าน ผลสัมฤทธิ์ ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งในตัวชี้วัดประเภทกระบวนการ (Process) การนำตัวชี้วัดประเภทผลลัพธ์ (Outcome) ที่ผลงานไม่บรรลุเป้าหมาย การทำข้อเสนอเชิงนโยบายในแก้ไขปัญหาในการหารือระดับจังหวัด และ ระดับอำเภอ โดยผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นไปตามกระบวนการที่วางไว้

สัปดาห์ที่ 7-12 ติดตาม และการสนับสนุน การทำงานในเชิงพื้นที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ เชิงพื้นที่ (Area) การเข้าฝึกอบรมตามการจัดอบรมพัฒนาบุคลากร และแผนปฏิบัติ (Action plan) ของผู้ช่วย สาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนการควบคุมการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านผลสัมฤทธิ์ ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ทั้งตัวชี้วัดประเภทกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยผู้วิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นไปตามกระบวนการที่วางไว้

3. ชั้นหลังการทดลอง

หลังจากทดลองครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired Samples Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ประกอบด้วย (1) กลุ่มตัวอย่างมี 1 กลุ่ม และได้มาโดยการสุ่มจากประชากรที่มีค่าตัวแปรที่จะนำมาทดสอบมีการแจกแจงเปโนโคอิงปกติ และ (2) ค่าตัวแปรตามที่จะนำมาทดสอบ เปโนข้อมูลต่อเนื่องหรือมีการวัดที่อยู่ในระดับอันตรภาค (Interval Scale) หรือ อัตราสววน (Ratio Scale)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024 – 080 รับรองวันที่ 30 เมษายน 2567

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยคั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัย อย่างเคร่งครัดไม่บิดเบือนความจริง ซื่อสัตย์ในการรวบรวมข้อมูล ปกปิดข้อมูล และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และขั้นตอนการทดลองไม่เกิดอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการทำวิจัยหรือออกจากการศึกษาได้ตามต้องการ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ แล้วจึงขอความร่วมมือในการทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบกระบวนการบริหารที่ปรับเปลี่ยน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.4) อายุเฉลี่ย 45.61 ปี (S.D. = 9.54 ปี) โดยส่วนใหญ่อยู่ใน Gen X คือ อายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 57.0) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 63.0) ตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 62.2) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 28.9) อายุราชการมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี (ร้อยละ 51.9) ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 54.1) ค่ามัธยฐานระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 4 ปี น้อยที่สุด 2 ปี มากที่สุด 32 ปี และลักษณะของการเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานหรือรับราชการในหน่วยงานแห่งนี้ ตั้งแต่ก่อนมีการถ่ายโอน (ร้อยละ 49.6)

2. ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร ก่อนและหลังการปรับกระบวนการบริหารของ สสจ. สกลนคร

พบว่า ก่อนปรับกระบวนการบริหารใหม่ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางด้านที่มีคะแนนสูงสุดได้แก่ ด้านคุณภาพงาน (Mean±S.D.=3.39±0.51 คะแนน) ส่วนหลังการปรับกระบวนการบริหาร พบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน 3 ใน 4 ด้าน มีคะแนนอยู่ระดับปานกลาง ยกเว้นด้านปริมาณงานที่มีคะแนนประสิทธิภาพงานอยู่ระดับสูง (Mean±S.D.=3.71±0.55 คะแนน) ส่วนในภาพรวมพบว่า ก่อนปรับ

กระบวนการบริหารใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean±S.D.=3.19±0.40 คะแนน) หลังปรับกระบวนการแล้ว มีคะแนนเพิ่มขึ้น แต่อยู่ในระดับปานกลาง (Mean±S.D.=3.51±0.39 คะแนน) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ก่อนและหลัง การปรับกระบวนการทางการบริหารของ สสจ.สกลนคร ใหม่ (n=135)

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน	ก่อนปรับกระบวนการบริหาร			หลังปรับกระบวนการบริหารใหม่		
	M	S.D.	แปลผล	M	S.D.	แปลผล
ด้านปริมาณงาน	2.90	.57	ปานกลาง	3.71	.55	สูง
ด้านคุณภาพงาน	3.39	.51	ปานกลาง	3.28	.63	ปานกลาง
ด้านความรวดเร็ว	2.95	.62	ปานกลาง	3.37	.75	ปานกลาง
ด้านความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร	3.31	.62	ปานกลาง	3.63	.57	ปานกลาง
ภาพรวม	3.19	.33	ปานกลาง	3.51	.39	ปานกลาง

3. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ก่อนและหลังการปรับกระบวนการบริหารของ สสจ.สกลนคร

พบว่า คะแนนเฉลี่ยของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Mean diff = 0.32 , 95% CI = 0.25 ถึง 0.40 , t = 10.76, p-value <0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิก่อนและหลังการปรับกระบวนการบริหารของ สสจ.สกลนคร ใหม่ (n=135)

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	Mean	S.D.	Mean diff	df	t	95% CI	p-value
หลัง	3.51	0.33	0.32	134	8.94	0.25 ถึง 0.40	<0.001
ก่อน	3.19	0.39					

สรุปผลการศึกษา

1. เดิมการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการจัดบริการที่เป็นหน้าที่ตามกฎหมายของ สสจ.สกลนคร ที่กระทำผ่าน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร ทั้ง 168 แห่ง โดย สสจ.สกลนคร มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบจ.สกลนคร ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 149 แห่ง หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมด และหลังการถ่ายโอน พบว่า เกิดช่องว่างทางการบริหาร และความขัดกันของระเบียบต่าง ๆ ตลอดจนช่องทางสื่อสารที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านการบริหารและเวชภัณฑ์ ด้านข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ด้านการจัดการการเงินการคลัง และด้านระบบบริหารและการประสานงาน และพบว่า ตัวชี้วัดการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมากไม่ผ่านเกณฑ์ หรือบรรลุเป้าหมายล่าช้ากว่ากำหนด ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ สสจ.สกลนคร และ สสอ.ทุกอำเภอ ต้องปรับเปลี่ยนบทบาท และกระบวนการทำงานใหม่ ซึ่งประกอบไปด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การอำนวยความสะดวก และการควบคุมการทำงาน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์หลังการถ่าย

โอน รพ.สต. ให้ อบจ.สกลนคร เพื่อที่จะสามารถทำงานร่วมกับ อบจ.สกลนคร และ รพ.สต. สังกัด อบจ.สกลนคร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ไม่น้อยไปกว่าเดิม หรือดีกว่าเดิม

2. ผลของการปรับกระบวนการทางการบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร พบว่า หลังปรับกระบวนการทางการบริหารของ สสจ.สกลนคร ใหม่ คะแนนของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิปรายผล

1. หลังปรับกระบวนการทางการบริหารของ สสจ.สกลนคร ใหม่ คะแนนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นเพราะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้มีการปรับกระบวนการทางการบริหาร ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพจังหวัดสกลนคร ที่มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้ อบจ.สกลนคร แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทางการบริหารที่มีการปรับใหม่ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การอำนวยการ และการควบคุมการทำงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของ สสจ.สกลนคร เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และด้านนโยบายและการบริหารงาน (อรรถชัย ณ ภิบาล, 2566 ; สาวิตรา สุวรรณ, 2560) การที่บุคลากรมีเป้าหมายร่วมกัน (อังคณา ธนานุภาพพันธุ์, พงศ์พันธ์ ศรีเมือง และโสภณ สระทองมา, 2564) ปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านรูปแบบการบริหาร (ธนภรณ์ พรรณราย, 2565 ; บัญญา อุดมทรัพย์ และผดุงชัย พลไชยมาศย์, 2566)

2. จากผลการศึกษา หลังปรับกระบวนการทางการบริหารของ สสจ.สกลนคร ใหม่ พบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ สสจ.สกลนคร ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิต มณีอินทร์ (2567) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา บัวผาย (2564) ที่ทำการศึกษาด้านการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งถึงแม้การศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา แต่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังปรับกระบวนการทางการบริหารใหม่ พบว่า มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ มีการปรับกระบวนการบริหาร ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การอำนวยการ และการควบคุมการทำงาน ที่มีรูปแบบ และทิศทางในการทำงาน ที่ชัดเจนมากขึ้น กว่าถ่ายโอนในระยะปีแรก

3. จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านปริมาณงาน มีระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิต มณีอินทร์ (2567) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา เฟ่งรุ่งเรืองวงษ์ และศุภจักร โจรนวีระเดช (2561) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม พบว่าอยู่ในระดับมาก รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา บัวผาย (2564) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก

เช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในการระบวนการทางการบริหารที่ปรับเปลี่ยน มีการกำหนดตัวชี้วัดให้บริการสุขภาพ
ปฐมภูมิด้านผลลัพธ์ที่ชัดเจน และมีจำนวนไม่มาก เนื่องจากติดตามเฉพาะตัวชี้วัดประเภทระบวนการ ทำให้
ปริมาณงานที่ความเหมาะสม และสอดคล้องกับการทำงานหลังมีการถ่ายโอน ส่วนด้านคุณภาพงาน
จากผลการศึกษาพบว่า มีระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา
ธนิต มณีอินทร์ (2567) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา เฟ่งรุ่งเรืองวงษ์
และศุภจักร โจรจนวีระเดช (2561) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก แต่กับสอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา บัวผาย
(2564) ที่พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาที่มีทั้งสอดคล้อง และไม่สอดคล้อง ทั้งนี้อาจเป็น
เพราะ เรื่องของคุณภาพงาน นั้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานที่กำหนดจากหน่วยงานภายนอก และเป็น
ประสิทธิภาพด้านนี้ต้องใช้เวลาในการควบคุม และพัฒนา ซึ่งตามกระบวนการที่ปรับเปลี่ยน เมื่อคณะทำงานร่วม
2 ฝ่าย ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ ที่แต่งตั้งโดย สสจ.สกลนคร และ คณะอนุกรรมการ กสพ.อำเภอก
ที่แต่งตั้ง โดย อบจ.สกลนคร สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่องในระยะยาวจะทำให้
ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านคุณภาพเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ในอนาคต ส่วนด้านความรวดเร็ว จากผลการศึกษา
พบว่า มีระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิต มณีอินทร์
(2567) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา เฟ่งรุ่งเรืองวงษ์ และศุภจักร โจร
จนวีระเดช (2561) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเป็น
เพราะตามกระบวนการที่ปรับเปลี่ยน การทำงานร่วมกับ อสม. หลังถ่ายโอน ของ สสอ. ที่ต้องทำงานโดยตรงกับ
อสม. ไม่ผ่าน รพ.สต. เมื่อก่อนถ่ายโอน รวมทั้ง สสอ. ที่มีกำลังคนลดลง ตลอดจนโครงสร้างการทำงานใน
เชิงพื้นที่ เป็นระบบโครงสร้างการทำงานแบบใหม่ ที่ต้องใช้เวลาในการปรับตัวทั้งบุคลากรใน สสอ. และ อสม. ทำ
ให้การทำงานยังไม่รวดเร็วเท่าที่คาดหวังไว้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน และหลังปรับกระบวนการพบว่า มี
ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านนี้เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า หากมีการดำเนินการต่อเนื่องในระยะยาวจะทำให้
ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านความรวดเร็วเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ในอนาคต และด้านความคุ้มค่าในการใช้
ทรัพยากร จากผลการศึกษาพบว่า มีระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับ
การศึกษาของ ธนิต มณีอินทร์ (2567) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา
บัวผาย (2564) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเป็น
เพราะ การทำงานแบบแยกสังกัดในปีที่ผ่านมา ทำให้การใช้ทรัพยากร การแบ่งปันทรัพยากร เป็นไปอย่างไม่มี
ประสิทธิภาพ แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังปรับกระบวนการพบว่า มีประสิทธิภาพใน
การปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ซึ่งหากดำเนินการตามกระบวนการที่ปรับเปลี่ยน ที่เน้นเพื่อทำงานในเชิงพื้นที่ และทาง สสอ.
มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ที่ได้มอบหมาย อย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ รพ.สต.
และ อสม. ในพื้นที่ จะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านนี้เพิ่มขึ้นมากกว่านี้ในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สสจ. และ อบจ. ควรกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันที่ชัดเจน มุ่งเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
และลดความซับซ้อนของตัวชี้วัด เพื่อลดภาระงานและเพิ่มความชัดเจนในการดำเนินการ

2. สสจ. และ อบจ. ควรเสริมสร้างกลไกการทำงานร่วมกัน ทั้งในระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ เช่น คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และคณะอนุกรรมการ กสพ. ระดับอำเภอ เพื่อกำกับติดตามงาน และพัฒนาคุณภาพการบริการ อย่างต่อเนื่อง

3. สสจ. และ อบจ. ควรผลักดันการบูรณาการทรัพยากรระหว่างกันในพื้นที่ และส่งเสริมการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน สำหรับ สสอ. รพ.สต. และ อสม.

4. สสจ. ควรพัฒนาขีดความสามารถและเสริมสร้างความพร้อมของบุคลากรใน สสจ. สสอ. และ อสม. ให้สอดคล้องกับโครงสร้างการทำงานใหม่ เพื่อลดระยะเวลา และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาระยะเบื้องต้นของถ่ายโอน และเป็นการศึกษาเฉพาะมิติกระบวนการทางการบริหาร จึงอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการศึกษาผลกระทบต่อประชาชนในทุกๆ มิติ เพื่อให้ทราบสภาพปัญหาที่จะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องหลังการถ่ายโอน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2566). *สรุปผลการ*

ดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.

ถาวร ชมมี. (2564). รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*.

36(2), 62-81.

ธนภรณ์ พรรณราย. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การ*

บริหารส่วนจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, คณะศึกษาศาสตร์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธนิต มณีอินทร์. (2567). *ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน*

สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารโรงพยาบาลพลพยุหเสนา*, 12(2), 43-57.

ธนัญกรณ์ ทองเลิศ. (2562). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร สำนักงาน*

ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม. *วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร*. 10(2), 92-102.

บัวบุญ อุดมทรัพย์ และผดุงรัตน์ พลไชยมาตย์. (2566). *ผลการพัฒนารูปแบบประสานงานของเจ้าหน้าที่*

สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น.

วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 30(2), 131-143.

รุ่งนภา เฟ่งรุ่งเรืองวงษ์ และศุภจักร โรจนวีระเดช. (2561). *ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของ*

บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 10 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*

(หน้า 975-985). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

สนธยา บัวผาย. (2564). *ตัวแบบการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด*

- มหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 217-230.
- สมคิด บางโม. (2553). *องค์การและการจัดการ*. วิทยาพัฒนา.
- สมใจ ลักษณะ. (2543). *การพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
- สมยศ นาวิการ. (2549). *การบริหารและพฤติกรรมองค์กร*. ผู้จัดการ.
- สาวิตรา สุวรรณ. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิตสาขาวิชาบริหารธุรกิจ]*. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด*. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำเนียบรัฐบาล. กรุงเทพมหานคร.
- สุรวาท ทองบุ. (2555). *การวิจัยทางการศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). อภิชาติการพิมพ์.
- อรรถชัย ฌ ภีบาล. (2566). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานสำนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- อรุณ จีรวัดณ์กุล และคณะ. (2550). *ชีวสถิติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อังคณา ธนานุภาพพันธุ์, พงศ์พันธ์ ศรีเมือง และโสภณ สระทองมา. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรกรณีศึกษาของบริษัทธุรกิจให้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่แห่งหนึ่ง*. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(1). 236-249.
- Best, J.W. (1977). *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Likert, R. (1967). *The human organization: Its management and value*. New York: McGraw-Hill.



ผลการให้โปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองต่อความรู้และการดูแลสุขภาพ
ช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง
อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

Effects of Self-Oral Health Care Program on Knowledge and Oral Health Care
of Village Health Volunteers at Bohr Rang Health Promoting Hospital,
Wichianburi District, Phetchabun Province

จตุพร ดีถี^{1*}

Jatuporn Deetee^{1*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง^{1*}

Bohr Rang Health Promoting Hospital^{1*}

(Received: March 28, 2025; Revised: April 12, 2025; Accepted: April 24, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เลือกแบบเจาะจง เข้าร่วมการวิจัยในลักษณะกลุ่มเดียวศึกษาก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนข้อมูลทั่วไป ส่วนความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่า KR 20 เท่ากับ 0.707 ส่วนการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.706 และแบบสังเกตทักษะการแปรงฟันซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธีหลังเข้ารับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยแสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, การดูแลสุขภาพช่องปาก, อาสาสมัครสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ : Jatuporn Deetee ,e-mail: Jatuporn_DT@hotmail.com

Abstract

This a proof-of-concept experiment aimed to compare knowledge and oral health care before and after participating in a self-oral health care program among village health volunteers at Bohr Rang Health Promoting Hospital, Wichianburi District, Phetchabun Province. The sample consisted of 30 participants selected by purposive sampling and participated the program as a one-group pretest-posttest design. The research instruments were questionnaires consisting of 3 parts: general information, oral health care knowledge with a KR-20 value of 0.707, and oral health care practices with a reliability value of 0.706, as well as a toothbrushing skills observation form validated by experts. Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics including Paired t-test and Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results showed that after participating in the oral health care program, the experimental group had significantly increased mean knowledge scores (p -value <0.005), significantly increased mean oral health care practice scores (p -value <0.005), and significantly increased mean scores for proper toothbrushing skills (p -value <0.001). It could be seen that village health volunteers had increased knowledge and improved oral health care practices. Therefore, promoting correct understanding should be encouraged to enable them to maintain proper oral health care for themselves.

Keywords : Oral Health Care Program, Oral Health Care, Village Health Volunteers

บทนำ

ปากเป็นอวัยวะหนึ่งที่ใช้รับประทานอาหารเข้าสู่ร่างกาย ถือเป็นด่านแรกก่อนที่สิ่งต่าง ๆ จะเข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นโอกาสการเกิดโรคและการอักเสบที่ช่องปากจึงมีมาก โรคที่เกิดกับช่องปากมักจะทำให้เจ็บปวด ทรมานรับประทานอาหารลำบาก หากไม่ได้รับการดูแลที่ดี อาจทำให้เชื้อโรคทำลายระบบประสาท และเข้าสู่กระแสเลือดเป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญอื่น ๆ ของร่างกายได้ โรคที่พบบ่อยในช่องปาก ได้แก่ โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์อักเสบ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย,2559) จากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ในประเทศไทยมีความชุกของโรคฟันผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3 ปี และอายุ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 52.9 และ 75.5 ตามลำดับ กลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 12 ปี มีความชุกโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เท่ากับร้อยละ 52.0 และ 66.3 ตามลำดับ กลุ่มเด็กวัยรุ่น อายุ 15 ปี มีความชุกโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เท่ากับร้อยละ 62.7 และ 69.9 ตามลำดับ เห็นได้ว่าทั้ง 3 กลุ่ม มีความชุกโรคฟันผุ และมากกว่าร้อยละ 50 กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นมีสถานะเหงือกอักเสบมากกว่าร้อยละ 50 กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีประสบการณ์โรคฟันผุที่มีการสูญเสียฟันเท่ากับร้อยละ 85.3 และ 96.8 ตามลำดับ ซึ่งมีมากกว่า ร้อยละ 80 และทุกกลุ่มวัยมีความจำเป็นต้องรับบริการการรักษา ได้แก่ อุดฟัน 1 ด้าน อุดฟัน 2 ด้าน ครอบฟัน รักษาโรคฟัน และถอนฟัน มากกว่า ร้อยละ 50 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย,2561)

สำหรับจังหวัดเพชรบูรณ์อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่เป็น 1 ใน 2 จังหวัดจากการสุ่มสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 จากข้อมูลจำแนกตามรายเขตสุขภาพเขตที่ 2 พบว่า ความชุกของโรคฟันผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3 ปี และ อายุ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 54.4 และ 86.3 ตามลำดับ กลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 12 ปี มีความชุกโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เท่ากับร้อยละ 51.7 และ 77.0 ตามลำดับ กลุ่มเด็กวัยรุ่น อายุ 15 ปี มีความชุกโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เท่ากับร้อยละ 58.3 และ 75.1 ตามลำดับ เห็นได้ว่าทั้ง 3 กลุ่ม มีความชุกโรคฟันผุ และมากกว่าร้อยละ 50 กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นมีสภาวะเหงือกอักเสบมากกว่าร้อยละ 50 กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีประสบการณ์โรคฟันผุที่มีการสูญเสียฟันเท่ากับร้อยละ 82.6 และ 96.2 ตามลำดับ ซึ่งมีมากกว่า ร้อยละ 80 และทุกกลุ่มวัยมีความจำเป็นที่ต้องรับบริการการรักษา ได้แก่ อุดฟัน 1 ด้าน อุดฟัน 2 ด้าน ครอบฟัน รักษาฟัน และถอนฟัน มากกว่า ร้อยละ 50 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

จากการศึกษาวิจัยของสุปรีชา โกษารักษ์ (2560) วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้เกี่ยวกับโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และหลังจากการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการนำความรู้เรื่องการป้องกันโรคปริทันต์ไปเผยแพร่ให้แก่ประชาชนในชุมชน

ในช่วงเดือนมีนาคม ของปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรังพบเจอกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและความปลอดภัยในการให้บริการทันตกรรม ทำให้ต้องงดการให้บริการทันตกรรมที่ฟุ้งกระจายและให้บริการในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินเท่านั้นตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยระหว่างที่อยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดฟัน จากโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ จากการไม่มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่แปรงฟันตอนเช้า ลืมแปรงฟัน แปรงฟันไม่ครบทุกซี่ การรับประทานอาหารหวานมากเกินไป เป็นต้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดต่อสอบถามข้อมูลการให้บริการทันตกรรมของสถานบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ที่สามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรได้โดยไม่ต้องเดินทางมายังสถานบริการ ตามมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรังในปีงบประมาณ 2563 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด 175 คน โดยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีกิจกรรมรณรงค์ “อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19” ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะออกแจ้งข่าว ให้ความรู้ แนะนำประชาชนเรื่องโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการให้โปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองต่อความรู้และการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพ

ช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาวางแผนแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

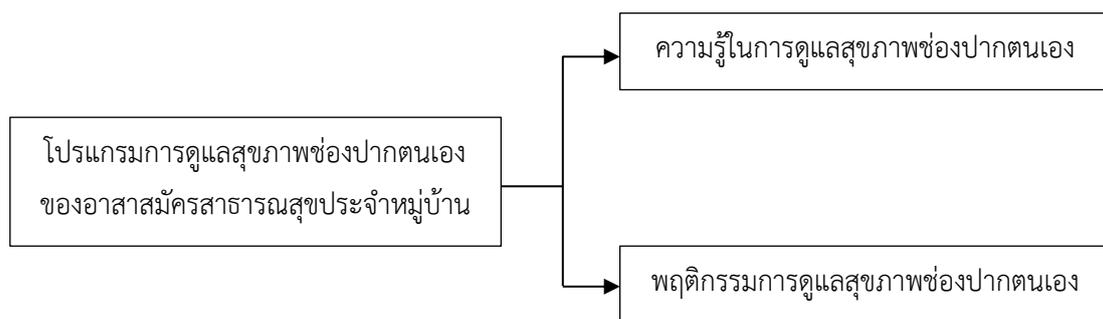
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้หลังเข้าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง มีคะแนนสูงขึ้น
2. การดูแลสุขภาพช่องปากหลังเข้าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1986) นำไปสู่การใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experiment Research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง จำนวน 175 คน ที่ทำงานอยู่ในช่วงเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง จำนวน 30 คน ตามทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (Central limit theorem) โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าในการศึกษา คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีโรคในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ เหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์คัดออก ดังนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกายมีความจำเป็นต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ประวัติการรักษาทางทันตกรรม และโรคประจำตัว

2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีคำถามทั้งหมด 13 ข้อ มีให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน จากนั้นนำผลรวมของคะแนนมาจัดระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (1986) โดยปรับการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้สูง คือมีคะแนน 11 คะแนนขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง คือมีคะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน ระดับความรู้ต่ำ คือมีคะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน

3) การดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประเมินรวมค่า (Rating Scale) มีจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามแบบมาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) ประกอบด้วย ข้อความเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ โดยมีการให้คะแนนดังนี้ ได้ปฏิบัติในข้อนั้นทุกวัน (5 คะแนน) ได้ปฏิบัติในข้อนั้นบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ได้ปฏิบัติในข้อนั้นบางครั้ง (3 คะแนน) ได้ปฏิบัติในข้อนั้นนาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยได้ปฏิบัติในข้อนั้นเลย (1 คะแนน) ส่วนข้อความเชิงลบจำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้ คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (Best, 1977, 174) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้ การปฏิบัติระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 15-35 คะแนน การปฏิบัติระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 36-56 คะแนน การปฏิบัติระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 57-75 คะแนน

2. แบบสังเกตการแปร่งฟัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ เป็นเครื่องมือในการสังเกตพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟัน โดยต้องแปร่งให้ถูกวิธีครบทุกซี่ทุกด้านและทุกส่วน แบ่งการสังเกตเป็น 7 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนฟันกรามบนขวา มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแก้ม ด้านบดเคี้ยว และด้านลิ้น 2) ส่วนฟันหน้าบน มี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านริมฝีปาก และด้านลิ้น 3) ส่วนฟันกรามบนซ้าย มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแก้ม ด้านบดเคี้ยว และด้านลิ้น 4) ส่วนฟันกรามล่างซ้าย มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแก้ม ด้านบดเคี้ยว และด้านลิ้น 5) ส่วนฟันหน้าล่าง มี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านริมฝีปาก และด้านลิ้น 6) ส่วนฟันกรามล่างขวา มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแก้ม ด้านบดเคี้ยว และด้านลิ้น 7) ส่วนลิ้น โดยมีรูปแบบการสังเกต คือ 1) ตำแหน่งการวางแปร่งสีฟัน สังเกตการวางตำแหน่งแปร่งสีฟันส่วนที่ 1-12 คือ ให้นำหน้าตัดชนแปร่งสีไปทางด้านเหงือกและคอฟัน เอียงชนแปร่งออกเล็กน้อย ตรงจุดระหว่างรอยต่อของคอฟันและขอบเหงือก การวางตำแหน่งแปร่งสีฟันส่วนที่ 13-16 คือวางหน้าตัดของชนแปร่งบนหน้าตัดของฟันหรือด้านบดเคี้ยวของฟัน และการวางตำแหน่งแปร่งสีฟันส่วนที่ 17 คือ ให้นำวงชนแปร่งบนลิ้นโดยการวางตั้งชนแปร่งตรง 2) วิธีการแปร่งฟัน ส่วนที่ 1-6 คือขยับแปร่งสั้นๆ ในแนวหน้าหลัง 4-5 ครั้ง ปิดแปร่งลงล่าง วิธีการแปร่งฟันส่วนที่ 7-12 คือขยับแปร่งสั้นๆ ในแนวหน้าหลัง 4-5 ครั้ง ปิด แปร่งขึ้นบน วิธีการแปร่งฟันส่วนที่ 13-16 คือ ฎไป ฎมา ในแนวหน้าหลัง 4-5 ครั้งให้ทั่วถึง และวิธีการแปร่งฟันส่วนที่ 17 คือ กวาดชนแปร่งออกมา 4-5 ครั้ง ให้ทั่วถึง ให้คะแนนทั้งหมด 17 คะแนน โดยต้องปฏิบัติถูกต้องทั้งการวางแปร่งและวิธีการแปร่งฟันจึงจะนับว่าปฏิบัติได้ถูก หากปฏิบัติถูกได้ 1 คะแนน หากปฏิบัติผิดได้ 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้ การปฏิบัติระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 0-5.66 คะแนน การปฏิบัติระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 5.67-11.33 คะแนน การปฏิบัติระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 11.34-17 คะแนน

3. โปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) ทันตแพทย์หญิงสุภัค จันทร ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ 2) ทันตแพทย์หญิงสร้อยญา จองกา ทันตแพทย์ชำนาญการ และ 3) นางสาวพรวิภา งามสุพรม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน ตรวจสอบ แนะนำแก้ไข หรือวิเคราะห์ความสอดคล้อง โดยตรวจสอบว่าสาระเนื้อหาตรงตามที่กำหนดไว้ในนิยามปฏิบัติการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ และวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrence : IOC) โดยการศึกษาครั้งนี้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อรัง อำเภอเวียงชัยบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ด้านความยากมีค่าอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.34 – 0.64 ค่าความเที่ยงด้วยสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) ในข้อคำถามความรู้เท่ากับ 0.706 แบบวัดการดูแลสุขภาพช่องปากตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า 0.707 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสังเกตจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แนะนำแก้ไข หรือวิเคราะห์ความสอดคล้อง และควบคุมมาตรฐานการสังเกตให้มีความเที่ยงตรงโดยใช้ผู้สังเกตเพียงคนเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และสรุปรวบรวมข้อมูลและผลการวิจัย ใช้เวลา 3 เดือน เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม 2564

ขั้นตอนทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตทำโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อไร่ ในการดำเนินการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงเก็บรวบรวมข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

4. ผู้วิจัยนัดหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ครั้งละ 3 ชั่วโมง

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้และการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (Pre - test)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการดำเนินการดังนี้

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ครั้งละ 3 ชั่วโมง
2. สัปดาห์ที่ 1-3 เป็นกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้สื่อบรรยายประกอบการนำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ วีดิทัศน์ พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อไร่
3. สัปดาห์ที่ 4 เป็นกิจกรรมสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. หลังจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 เดือน จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้ารับโปรแกรม (Post - test)
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ความชัดเจน และความครบถ้วนของข้อมูล
6. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการนำข้อมูลมาลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล

2. เปรียบเทียบความรู้และการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิประชาชนที่ศึกษาและผู้เกี่ยวข้อง โดยได้รับอนุญาต ทำการศึกษาจากกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (เลขที่ สสจ.พช. 1/64-65-03/02/64) โดยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษาโดยยึดแนวปฏิบัติดังนี้ 1) เคารพและไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ศึกษาขอความยินยอมด้วยวาจาจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการดำเนินงาน ชี้แจงถึงการจดบันทึกข้อมูล และการนำข้อมูลไปเผยแพร่ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาหรือผู้ถูกสัมภาษณ์สอบถามผู้ศึกษาได้ ถ้ามีข้อสงสัยตลอดจนสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล 3) การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ศึกษาทำการบันทึก ติความเองไม่นำความลับและข้อมูลต่างๆของผู้ถูกศึกษาไปเปิดเผยเป็นการเฉพาะตัว แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้รูปผลการศึกษาในภาพรวม 4) คำนึงถึงศักดิ์ศรี และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล แสดงถึงการยอมรับ ให้เกียรติ และมีความจริงใจต่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุโดยเฉลี่ย 48.73 ปี (S.D. = 8.43) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 96.7 หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 3.3 ระดับวุฒิการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่วุฒิปริญญาตรี ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นวุฒิกศน. ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีรายได้ 1,001-3,000 บาท ร้อยละ 56.7 รองลงมามีรายได้ 5,001-8,000 บาท ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 86.7 ได้รับข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 56.7 รองลงมาได้รับข่าวสารจากโทรทัศน์ ร้อยละ 40 ไม่ได้รับข่าวสาร ร้อยละ 13.3 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ 56.6 ได้รับการถอนฟัน ร้อยละ 26.7 รองลงมาได้รับการตรวจฟัน อุดฟันและขูดหินน้ำลายเท่ากัน ร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.3 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 16.7

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 6.93 และหลังการเข้ารับโปรแกรมเท่ากับ 8.93 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่ำกว่าหลังการเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่ม

ตัวอย่างศึกษา ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติ Paired T Test

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	n	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้ารับโปรแกรม	30	6.93	2.33	-3.059	<0.005
หลังเข้ารับโปรแกรม	30	8.93	1.87		

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลการสุขภาพช่องปากตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อนการเข้ารับโปรแกรม พบว่า ส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80 คะแนนการดูแลเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 52.36 คะแนน (S.D. = 5.90) คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 63 คะแนน คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 41 จาก 75 คะแนน หลังการเข้ารับโปรแกรมมีคะแนนการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 43.3 โดยมีคะแนนการดูแลเฉลี่ยอยู่ที่ 56.16 คะแนน (S.D. = 4.17) คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 64 คะแนน คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 48 ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มตัวอย่างศึกษาก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติ Paired T-Test

การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	n	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้ารับโปรแกรม	30	52.36	5.90	-2.945	<0.006
หลังเข้ารับโปรแกรม	30	56.16	4.17		

อภิปรายผล

หลังการเข้ารับโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อเรียง อำเภอนิเขิขรินทร์ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการเข้ารับโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปาก รายละเอียดดังนี้ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 30 คน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข ทำแบบสอบถามความรู้ การดูแลสุขภาพช่องปาก และให้แปรงฟันเพื่อสังเกตทักษะการแปรงฟันก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลองโดยการเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมีรายละเอียดความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้างของฟันและโรคที่พบบ่อยในช่องปาก ได้แก่โรคฟันผุ ปัจจัยที่ทำให้เกิด สาเหตุ การป้องกันและรักษา โรคเหงือกอักเสบ สาเหตุ การป้องกันและรักษา เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันที่ถูกวิธี การเลือกแปรงสีฟัน การเลือกยาสีฟัน การใช้อุปกรณ์เสริม ร่วมกับการแปรงฟัน การตรวจช่องปากตนเอง ซึ่งให้เข้าร่วมทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวมฝึกปฏิบัติและกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ วิทยากรโดยนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ด้านงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อเรียง หลังสิ้นสุดกระบวนการโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากทั้ง 4 สัปดาห์ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขทำแบบสอบถามความรู้และการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบสังเกตทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธีอีกครั้ง

อย่างไรก็ตามหลังเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากยังมีข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความเข้าใจผิดอยู่มากกว่าร้อยละ 80 คือ ข้อคำถามการแปรงฟันที่ถูกวิธีคือการป้องกันโรคในช่องปากที่ดีที่สุด และข้อคำถามการใช้เพียงน้ำยาบ้วนปากอย่างเดียวก็สามารถทำให้ฟันสะอาดและไม่มีการกินปากได้ ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของสุปริษา โกษารักษ์ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเอราวัณ จังหวัด

เลย ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปริทันต์ได้ถูกต้องทั้งหมด และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ให้แก่ประชาชนในชุมชนได้

สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากมีการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันที่อาสาสมัครสาธารณสุขยังคงปฏิบัติมานาน ๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติ มากกว่า ร้อยละ 40 ซึ่งไหมขัดฟันสามารถทำความสะอาดซอกฟันได้ดี หากมีเศษอาหารติดซอกฟันแล้วเพียงแค่การแปรงฟันและไม่ได้ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดร่วมด้วยทำให้ซอกฟันสะอาดจะทำให้บริเวณซอกฟันนั้นเกิดผื่นได้

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุปรีชา โกษารักษ์(2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน โรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้โรคปริทันต์ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคปริทันต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคปริทันต์ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์สูงกว่า ก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณรัตน์ ชื่นปลัด และคณะ(2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้โรคฟันผุ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากโรคฟันผุ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีคือการป้องกันโรคในช่องปากที่ดีที่สุด นั้นถูกต้องแล้ว ควรส่งเสริมให้มีทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และส่งเสริมให้มีความตระหนักถึงการแปรงฟันให้สะอาดและถูกวิธี ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มเสี่ยงที่สามารถเกิดโรคในช่องปากได้

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้เพียงน้ำยาบ้วนปากอย่างเดียวก็สามารถทำให้ฟันสะอาดและไม่มีการกินปากได้ ซึ่งไม่ถูกต้อง ควรมีการจัดทำสื่อให้ความรู้เพิ่มมากขึ้น เช่น สติกเกอร์ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนักว่า การใช้เพียงน้ำยาบ้วนปากเพียงอย่างเดียวไม่ทำให้ช่องปากสะอาดได้ควรเน้นไปที่การแปรงฟันอย่างถูกวิธี

3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันร่วมด้วยกับการแปรงฟันนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขยังคงละเลยการปฏิบัติ ควรมีการทำสื่อให้ความรู้เพิ่มเติม เช่น สติกเกอร์ หรือแผ่นพับ รวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติการใช้ไหมขัดฟันให้สามารถปฏิบัติได้จริงทุกคน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบการใช้ไหมขัดฟันในผู้ป่วยที่มีโรคเหงือกอักเสบเพื่อนำผลวิจัยที่ได้มาสนับสนุนแนวทางการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดช่องฟัน

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิม หงส์สุด. (2563). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันผุของชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลหนองผือ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/221804/165159>.
- โหมไฉไล เอกจิตน์. (2553). โรคฟันผุ. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/article/detail.asp?id=99>.
- ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม. (2563). สืบค้นจาก <http://www.etheses.rbru.ac.th/pdf-uploads/thesis-285-file06-2020-01-31-14-39-56.pdf>.
- นฤมล ดีกลิ่นปลา และคณะ. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. สืบค้นจาก www.journal.msu.ac.th/upload/174732-Article%20Text-493722-1-10-20190226.pdf.
- ภูมิฤทัย จุริณณะ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งในการมองโลกต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/229903/156486>.
- ยศวิมล คุณาสุข. (2560). โรคเหงือกอักเสบ. สืบค้นจาก <https://dt.mahidol.ac.th/th/โรคเหงือกอักเสบ/>.
- โรคในช่องปาก เกี่ยวกับสุขภาพภายในปาก อาการและการรักษา. (2555). สืบค้นจาก <https://beezab.com>.
- วิษณุภา มโนรักษ์. (2556). การดูแลสุขภาพช่องปาก. สืบค้นจาก http://www.dentistry.tu.ac.th/Dentistry/Page%20Knowledge/Text/21-3-56_1.pdf.
- วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี. (2563). ผลของโปรแกรมคุณภาพชีวิตในช่องปาก ด้วยการเรียนรู้การสนทนากลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลท่าคันโท อำเภوتاคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์เบาหวาน. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/240431/165200>.
- ศุภศิลป์ ดีรักษา. (2557). ผลของโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการเรียนรู้เชิงกระบวนการสนทนากลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/27227/23157>.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2559). โรคฟันผุเป็นอย่างไร. สืบค้นจาก <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/happysmile/book1/fam103.html>.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2559). โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ. สืบค้นจาก <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/happysmile/book1/fam104.html>.
- สุปรีชา โกษารักษ์. (2560). ผลของโปรแกรมทันตศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอรอวัน จังหวัดเลย. สืบค้นจาก <http://opac->

healthsci.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=499340.

อรุณรัตน์ ชื่นปลัด และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการ สนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัด สุราษฎร์ธานีเลย. สืบค้นจาก

[www.thaidj.rog/uploads/6921-Article%20Text-9589-1-10-20190601%20\(1\).pdf](http://www.thaidj.rog/uploads/6921-Article%20Text-9589-1-10-20190601%20(1).pdf).

Bartz, Albert E. (1999). *Basic Statistical Concept*. New Jersey. Prentice-Hall, Inc.

Benjamin, S Bloom. (1986). Learning for mastery and Evaluation comment. *Center for the study of instruction program University of California at Los Angeles*, 8(2), 47-62.

Best, J.W. (1970). *Research in education*. Englewood Cliffts, New Jersey. Printice-Hall.

Loether, Herman J. and Mctavish, Donald G. (1993). *Descriptive and inferential Statistics : An Introduction*. Allyn and Bacon.



ประสิทธิผลของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ของเกษตรกร
ชาติพันธุ์ปกากะญอ ในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

The Effectiveness of Ergonomic Pain Relief Chair for Karen-Pakoenyo Ethnic Farmers
in Mae Chaem District, Chiang Mai Province

กุลชา มงคลเจริญกุล¹, ธิติรัตน์ ราศิริ^{1*}

Gollacha Mongkonjareankuson¹, Thitirat Rasiri^{1*}

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}

Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute^{1*}

(Received: March 16, 2025; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 29, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ในกลุ่มเกษตรกรชาติพันธุ์ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปวด (Pain score) และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้เก้าอี้ บันทึกข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.7) มีอายุระหว่าง 30–44 ปี (ร้อยละ 46.7) มีดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 36.7) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.3) สมรสแล้ว (ร้อยละ 80) และมีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001–6,000 บาท (ร้อยละ 80) หลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยการปวดกล้ามเนื้อในแต่ละครั้งลดลงจาก 3.97 เป็น 1.87, 1.97 และ 1.17 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ที่พัฒนาโดยเกษตรกรชาติพันธุ์ปกากะญอในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีประสิทธิผลในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อ และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการทำงานในระดับมาก อีกทั้งยังช่วยให้เกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์สามารถเข้าถึงนวัตกรรมที่ช่วยลดอาการปวดจากการทำการเกษตรได้ จึงควรส่งเสริมการนำไปขยายผลในกลุ่มชาติพันธุ์และอาชีพเกษตรกรอื่น ๆ พร้อมทั้งพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตเกษตรกรต่อไป

คำสำคัญ : เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์, อาชีวนามัย, เกษตรกรชาติพันธุ์ปกากะญอ

* Corresponding author E-mail : Panda_19jung@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to investigate the effectiveness of an ergonomic pain relief chair developed for ethnic farmers. A total of 30 participants were recruited. Data were collected over a four-week period using structured questionnaires, a pain score assessment, and a satisfaction survey. Data analysis was performed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired t-test).

The findings revealed that the majority of participants were female (56.7%), aged between 30 and 44 years (46.7%), with a normal body mass index (36.7%). Most had completed primary education (43.3%), were married (80%), and had a household income ranging from 3,001 to 6,000 Baht per month (80%). A statistically significant reduction in mean muscle pain scores was observed following the intervention ($p < 0.05$), with scores decreasing from 3.97 at baseline to 1.87, 1.97, and 1.17 at subsequent measurement points.

The study concludes that the ergonomic pain relief chair, developed by Karen ethnic farmers in Mae Chaem District, Chiang Mai Province, is effective in mitigating muscle pain associated with agricultural work. Participants reported high levels of satisfaction with the chair. The findings underscore the importance of promoting accessible ergonomic innovations among ethnic farming communities. Further research should explore the applicability of such interventions across different ethnic groups and agricultural sectors to enhance farmers' occupational health and overall quality of life.

Keywords: Ergonomic Pain Relief Chair, Occupational Health, Karen-Pakoenyio Ethnic Farmers

บทนำ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติ แรงงาน กระทรวงแรงงาน ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ระบุถึงจำนวนของผู้มีอาการผิดปกติจากกล้ามเนื้อ และโครงกระดูก (musculoskeletal disorders) เช่น อาการเคล็ดขัดยอก (sprains) หรือกล้ามเนื้อฉีก (strains) จากการถูกใช้งานเกินกำลังที่มาจากกิจกรรมการยกย้ายหรือเคลื่อนย้ายวัสดุสิ่งของต่าง ๆ เป็นจำนวนถึงร้อยละ 31 (U.S department of labor, 2024) จากจำนวนทั้งหมดของผู้ประสบอันตรายจากการทำงาน และจากจำนวนผู้มีอาการผิดปกติจากกล้ามเนื้อและโครงกระดูกนี้กว่าร้อยละ 80 จะอยู่ในกลุ่มของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรม และการเกษตร ซึ่งเมื่อคิดเป็นอัตราการเกิดอุบัติเหตุแล้วนั้น จะเท่ากับ 29.80 รายต่อหมื่นรายคนงานที่ทำงานประจำ ส่วนทางของประเทศสหราชอาณาจักร (Great Britain) ในปี ค.ศ. 2017 ได้มีการรายงานเกี่ยวกับสถิติของโรคความผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูกเนื่องมาจากการทำงาน (work related musculoskeletal

disorders: WRMSDs) คือ อัตราความชุก หรือจำนวนรายทั้งหมดที่เป็น WRMSDs นี้ นับได้ 507,000 ราย จากจำนวน 1,299,00 รายของโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานทั้งหมด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 39 จากจำนวนทั้งหมดและมีอัตราการเกิด WRMSDs อยู่ที่ 1,550 รายต่อหนึ่งแสนรายของคนทำงาน (Yassi, A.,2000)

ปัญหาตามหลักการยศาสตร์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ตำแหน่งของร่างกายไม่เป็นธรรมชาติ การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ และการวางตำแหน่งของงานที่ไม่เหมาะสม ตั้งแต่สภาพพื้นที่การทำงานที่มีลักษณะสูงชันหรือเป็นเนินลาดเอียง จึงต้องพยายามทรงตัวในระหว่างการทำงานของเกษตรกรในพื้นที่ดังกล่าว ปัญหาเหล่านี้มักเป็นอาการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานทางท่าเดิมซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้มีการเกร็งของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อมือ ไหล่ แขน หลังส่วนล่าง หัวเข่า และข้อเท้า ประกอบกับการเคลื่อนไหวเพื่อเอื้อมลำตัว และสละพายุอุปกรณ์บรรจิวัวสดุทางการเกษตรตลอดเวลา ส่งผลให้มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorder; MSDs) ลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ที่มีการบิดเอี้ยวเอียงตัว ก้มเงยศีรษะ และก้มโค้งลำตัวไปด้านหน้าขณะทำงานเป็นภาระงานทางกายที่ส่งผลต่ออาการปวดเมื่อยตามร่างกายบริเวณต่าง ๆ การทำงานซ้ำ ๆ และนั่ง หรือยืนทำงานนานเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งการใช้กล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องสำหรับการทำสิ่งเดียวส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความเครียด และอาการเจ็บปวดสะสมกับร่างกายในที่สุด (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2568)

ปัจจัยพื้นฐานด้านการศึกษา Biswas. G, Bhattacharya. A, Bhattacharya.R. (2017) ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการทำงานและการหยุดพักระหว่างการทำงาน Paul.S, Mitra.K, Chakrabarty.A, Das (2019) ก็พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรและกลุ่มอาชีพอื่นๆ เช่นกับปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพดของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของเกษตรกร กลุ่มชาติพันธุ์ที่ปลูกข้าวโพดในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการยศาสตร์มีความสำคัญต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (ประกาศิต ทอนช่วย และภคินี สุตะ, 2563) ผลการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้นวัตกรรมเก้าอี้ขนาดจากเมล็ดมะค่าโมงในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน พบว่า หลังจากการนวดด้วยนวัตกรรมเก้าอี้ขนาดจากเมล็ด มะค่าโมง ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ในการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของความปวด กล้ามเนื้อครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ลดลงเท่ากับ 2.53 และ 2.03 ตามลำดับ และพบอีกว่าผู้สูงอายุที่เป็น กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด อันดับแรกคือด้านความแข็งแรงคงทนเชิงโครงสร้าง และความปลอดภัยในการใช้งาน

รองลงมาคือ ด้านความสะดวกต่อการใช้งาน และด้านความ สวยงาม ในการออกแบบ ตามลำดับ (กุลธิดา บัวนอก และวาทีณี คำเต็ม, 2565)

จากการสำรวจปัญหาอาการปวดการยศาสตร์ของชนชาติพันธุ์ปกากะญอในพื้นที่ หมู่ 8 ตำบลท่าผา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม (2567) พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากอิริยาบถในการทำงานที่ไม่เปลี่ยนท่าทางการทำงาน และมีท่าทางที่มีการบิดเกร็งข้อมือในการจับอุปกรณ์ต่าง ๆ ในขั้นตอนของการยกร่องเพื่อเตรียมดินและชุดเตรียมหลุมปลูก การก้มหลังเป็นระยะเวลานานในขั้นตอนของกาหยอดเมล็ด การยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน และเอื้อมมือซ้ำๆ ติดต่อกัน ในขณะที่เก็บผักข้าวโพดและการออกแรงมากเกินกำลัง หรือการยกของหนักซึ่งพบในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมดิน การปลูก การดูแลรักษา การฉีดพ่นยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืชต่าง ๆ และการเก็บเกี่ยวที่ต้องยกเคลื่อนย้ายสิ่งของอุปกรณ์การเกษตร ถุงบรรจุเมล็ด ปุ๋ย รวมทั้งกระสอบบรรจุข้าวโพดที่มีน้ำหนักตั้งแต่ น้อยกว่า 10 กิโลกรัม จนถึงมากกว่า 20 กิโลกรัม ในลักษณะการสะพาย หรือพาดไว้บนบ่า ทำให้มีอาการ ผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เกิดอาการปวดเมื่อยต่าง ๆ ทำให้ไม่สบายตัวของเกษตรกรกลุ่ม ชนชาติพันธุ์

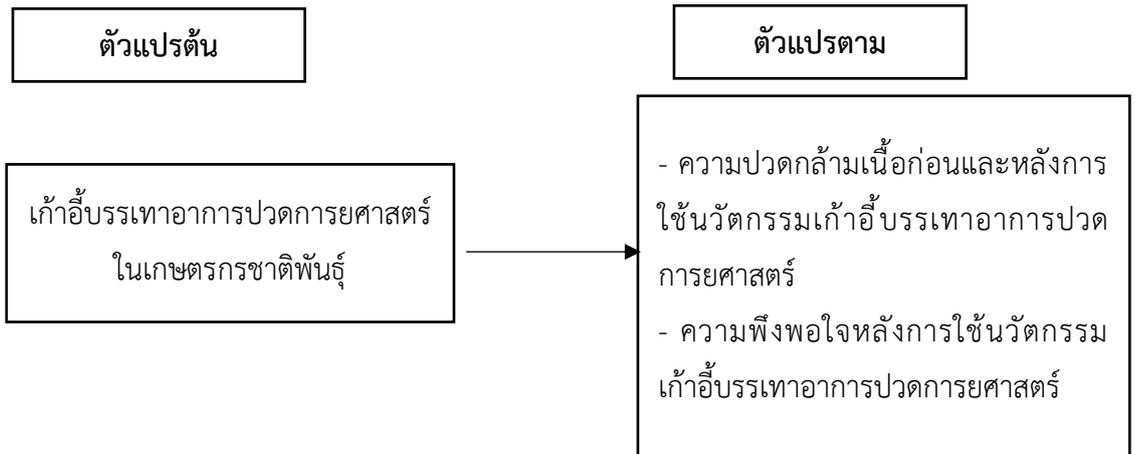
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษานวัตกรรมเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ รวมทั้งศึกษา ประสิทธิภาพของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ในเกษตรกรชาติพันธุ์ปกากะญอ เพื่อช่วยบรรเทา อาการปวดการยศาสตร์ของเกษตรกรและพัฒนาสุขภาพของเกษตรกรในพื้นที่ให้มีสุขภาพดี เข้าถึง นวัตกรรมที่ทำจากวัสดุจากในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ก่อนและหลังการใช้เก้าอี้ บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์

1.3.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจหลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบแผนการศึกษากลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชาชนกลุ่มเกษตรกรชาตัพันธ์ปกาศะญอที่ปลูกข้าวโพดเท่านั้น ในพื้นที่ หมู่ 8 ตำบลท่าผา อำเภอมะเฒ่าม จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวน 800 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง คือ กลุ่มเกษตรกรชาตัพันธ์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) จำนวน 30 ราย จากจำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ หมู่ 8 ตำบลท่าผา อำเภอมะเฒ่าม จังหวัดเชียงใหม่ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

1. กลุ่มทดลองต้องมีค่าคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 6-10 คะแนน
2. ระหว่างเข้าร่วมการทำวิจัยต้องไม่มีการทานยาบรรเทาอาการปวดหรือลดความปวดใดๆ
3. ต้องเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพปลูกข้าวโพดในพื้นที่ หมู่ 8 ตำบลท่าผา อำเภอมะเฒ่าม จังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มอาสาสมัครออกจากการศึกษาวิจัย

1. ได้รับการบาดเจ็บจากการเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการปวดมากขึ้น
2. ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือขอถอนตัวออกระหว่างการวิจัย
3. ย้ายออกจากพื้นที่ หมู่ 8 ตำบลท่าผา อำเภอมะเฒ่าม จังหวัดเชียงใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามที่ได้พัฒนาจากเครื่องมือ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามปลายปิดและเติมข้อความ (Open-ended) มีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวด (Pain score) ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales : NRS) จากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2560) แปลผลการให้คะแนนความเจ็บปวด ดังนี้

0-1 หมายถึง ยอมรับได้

2-3 หมายถึง ปวดนิดหน่อย

4-5 หมายถึง ปวดระดับปานกลาง

6-7 หมายถึง ปวดระดับปานกลาง - ปวดมาก

8-9 หมายถึง ปวดมากพอสมควร

10 หมายถึง ปวดมากจนไม่สามารถทนไหว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์จากไม้ไผ่ แปลผลการให้คะแนนระดับความพึงพอใจประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.2 นวัตกรรมเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์การทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณา ตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง เนื้อหา และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Congruence) ซึ่งมีความสอดคล้องทุกข้ออยู่ในช่วง 0.60 – 1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ รวมทั้งในส่วน

ของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ประเมินในส่วนของความเหมาะสมของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์จากไม้ไผ่ และปรับปรุง แก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำ

ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรตัวอย่าง คือ เกษตรกรชาตืพันธ์ุปลูกาเกอะญอที่ปลูกข้าวโพดเท่านั้น ในพื้นที่ หมู่ 1 ตำบลท่าผา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนแบบประเมินความปวดและแบบประเมินความพึงพอใจ คือ 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยปรับการใช้ภาษา ให้เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มเกษตรกรชาตืพันธ์ุ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาและออกแบบเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์จากไม้ไผ่
2. การประดิษฐ์เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์จากไม้ไผ่
3. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการวิจัย วิธีการดำเนินงานตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยได้ประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยแนะนำการใช้งานของเก้าอี้ฯ ดังนี้ 5.1 จัดทำนั่งให้อยู่ในท่านั่งที่เหมาะสมและถูกต้อง 5.2 ให้นั่งกึ่งกลางของเก้าอี้ จับราวจับด้านข้างทั้ง 2 ข้าง และวางขาไปที่บันไดจักรยาน ทั้ง 2 ข้าง 5.3 จากนั้นให้ทำการปั่นบันไดจักรยาน พร้อมกับทำการยืดเหยียดที่ราวจับขึ้น-ลง เพื่อเป็นการนวด/ออกกำลังกายบรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ โดยใช้เวลา 10 นาที





ภาพที่ 2 ภาพประกอบการใช้งานเก้าอี้บรรเทาอาการปวดทางการยศาสตร์

6. ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยจะมีการกำกับ ติดตาม การใช้งานและสอบถามปัญหา

อุปสรรคในการใช้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ประเมินความปวด และ ความพึงพอใจเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์จากไม้ไผ่ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analytical Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน คือและเปรียบเทียบคะแนนความปวด ก่อนและหลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวด การยศาสตร์ โดยใช้สถิติ Paired t-test ทั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ด้วยการ พิจารณาการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Komogorov-Sminov ผลการทดสอบมีการแจกแจงปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาและวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่มีส่วนร่วมใน การวิจัย โดยการนำโครงสร้างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด พิษณุโลก เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เอกสารการรับรองเลขที่ SCPHPL 2/2567.1.8 ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และดำเนินการยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลที่ได้ นั้นถือเป็นความลับส่วนบุคคล นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โดยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้น จะเก็บรักษาไว้ซึ่งถือว่าเป็นความลับ และไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองที่ใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ จำนวน 30 คน พบว่า เพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 และเพศชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 มีอายุระหว่าง 30-44 ปี ($\bar{x} = 41.03$, $SD = 8.87$) ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (สถานภาพคู่) จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ/สมส่วน (ค่า BMI ระหว่าง 18.50–22.90) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมาได้แก่ อยู่ในเกณฑ์อ้วน/โรคอ้วน ระดับ 2 (ค่า BMI ระหว่าง 25.00–29.90) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และอยู่ในเกณฑ์อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3 (ค่า BMI มากกว่า 30) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,001–6,000 บาท จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาได้แก่ ระหว่าง 1,001-3,000 บาท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 ระหว่าง 6,001-9,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 และมากกว่า 12,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความปวดกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 โดยการใช้สถิติทดสอบ Paired Sample T-test ($n = 30$)

ครั้งที่	ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ	Min	Max	\bar{x}	S.D.	t
1	ก่อนใช้นวัตกรรม	5	10	7.63	1.69	22.72
	หลังใช้นวัตกรรม	2	6	3.97	1.27	
2	ก่อนใช้นวัตกรรม	3	8	5.30	1.15	23.01
	หลังใช้นวัตกรรม	1	5	1.87	1.04	
3	ก่อนใช้นวัตกรรม	4	8	5.20	1.00	31.16
	หลังใช้นวัตกรรม	1	4	1.97	0.81	

4	ก่อนใช้ นวัตกรรม	3	6	4.30	0.88	39.53
	หลังใช้ นวัตกรรม	0	3	1.17	0.87	

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 1 พบว่าก่อนการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ เท่ากับ 7.63 ซึ่งอยู่ในระดับความปวดปานกลาง-ปวดมาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.69 ขณะที่หลังการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ เท่ากับ 3.97 ซึ่งอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.27 โดยมีค่าสถิติทดสอบ t เท่ากับ 22.72 และ p-value < 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่น คือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อหลังใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 1 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 2 พบว่าก่อนการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ เท่ากับ 5.30 ซึ่งอยู่ในระดับความปวดปานกลาง-ปวดมาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.15 ขณะที่หลังการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ เท่ากับ 1.18 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.04 โดยมีค่าสถิติทดสอบ t เท่ากับ 23.01 และ p-value < 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่น คือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อหลังใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 2 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 3 พบว่าก่อนการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อเท่ากับ 5.20 ซึ่งอยู่ในระดับความปวดปานกลาง-ปวดมาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.00 ขณะที่หลังการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ เท่ากับ 1.97 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.81 โดยมีค่าสถิติทดสอบ t เท่ากับ 31.16 และ p-value < 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่น คือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อหลังใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 3 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 4 พบว่าก่อนการใช้แก้อั้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อเท่ากับ 4.30 ซึ่งอยู่ในระดับความปวดปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

เท่ากับ 0.88 ขณะที่หลังการใช้แก้อับริรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อเท่ากับ 1.17 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.87 โดยมีค่าสถิติทดสอบ t เท่ากับ 39.53 และ p-value < 0.001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั้น คือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) และยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อหลังใช้แก้อับริรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ครั้งที่ 4 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การประเมินความพึงพอใจและความเหมาะสม

ความพึงพอใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการประเมินการใช้งานของเก้าอี้	4.21	0.21	มาก
ด้านความแข็งแรงคงทน ความปลอดภัยในการใช้เก้าอี้	4.53	0.31	มากที่สุด
ด้านความสวยงามของเก้าอี้	4.47	0.29	มาก
ด้านเอกสารคู่มือการใช้งานเก้าอี้	4.48	0.36	มาก
ด้านความสะดวกต่อการใช้งานของเก้าอี้	4.27	0.27	มาก
รวม	4.39	0.29	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจและความเหมาะสมหลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ จำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.39$, S.D.= 0.29) โดยด้านที่ได้รับความพึงพอใจระดับมากที่สุดเป็นลำดับแรก คือด้านความแข็งแรงคงทน ความปลอดภัยในการใช้เก้าอี้ อยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.53$, S.D.= 0.31) รองลงมาได้แก่ ด้านเอกสารคู่มือการใช้งานเก้าอี้ อยู่ระดับมาก ($\bar{x} = 4.48$, S.D.= 0.36) ด้านความสวยงามของเก้าอี้ อยู่ระดับมาก ($\bar{x} = 4.47$, S.D.= 0.29) ด้านความสะดวกต่อการใช้งานของเก้าอี้ อยู่ระดับมาก ($\bar{x} = 4.27$, S.D.= 0.27) และด้านการประเมินการใช้งานของเก้าอี้ อยู่ระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, S.D.= 0.21) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ของเกษตรกรชาติพันธุ์ ปกาเกอญอในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ในครั้งที่ 1 พบว่าก่อนการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดปานกลาง-ปวดมาก และหลังการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ครั้งที่ 2 พบว่าก่อนการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดปานกลาง

ขณะที่หลังการใช้แก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับยอมรับได้ ครั้งที่ 3 พบว่าก่อนการใช้แก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดปานกลาง ขณะที่หลังการใช้แก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับยอมรับได้ และในครั้งที่ 4 พบว่าก่อนการใช้แก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดปานกลาง ขณะที่หลังการใช้แก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับยอมรับได้

จากการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะจากอาการปวดทางการยศาสตร์เป็นกระบวนการปวดเมื่อยมักจะเป็นกันมากบริเวณ คอ หลัง แขนขาและข้อต่อต่าง ๆ อันเกิดจากกล้ามเนื้อที่ผ่อนคลาย ความยืดหยุ่นของข้อ เอ็นและกล้ามเนื้อจะลดลงซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการปวดเมื่อยจากเส้นยึด เส้นจมน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรชาติพันธุ์ที่ปลูกข้าวโพดเป็นอาชีพ ซึ่งท่าทางของการปฏิบัติงานแบบท่าเดิมซ้ำๆเป็นประจำทุกวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรภรณ์ จำเมือง, วีระพร ศุทธาภรณ์. (2562) พบว่าปัจจัยการยศาสตร์ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของกล้ามเนื้อ ได้แก่ ด้านท่าทางการทำงานซ้ำๆ ร้อยละ 92.2 ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 96.2 ด้านการออกแรงมาก ร้อยละ 96.6 และยังพบความชุกของอาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ ร้อยละ 72.5 และหลังส่วนล่าง ร้อยละ 58.9 อีกด้วย และด้วยแก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์ ช่วยสามารถทำให้ยืดเหยียดบริเวณส่วนต่างๆได้ อีกทั้งแก้อับริรเทาจากไม้น้ำมันมีคุณสมบัติ มีความแข็งและมีลักษณะทางกายภาพที่เหมาะสมกับการนำไปใช้เป็นวัสดุอุปกรณ์แปรรูปทำเป็นเฟอร์นิเจอร์ เช่น แก้อับริรเทา เป็นต้น ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษากุลธิดา บัวนอก และวาทีณี คำเต็ม (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้นวัตกรรมแก้อับริรเทาจากเมล็ดมะค่าโมงในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน พบว่าหลังจากการนวดด้วยนวัตกรรมแก้อับริรเทาจากเมล็ด มะค่าโมง ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ในการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของความปวด กล้ามเนื้อครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ลดลงเท่ากับ 2.53 และ 2.03 ตามลำดับ และพบอีกว่าผู้สูงอายุที่เป็น กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด อันดับแรกคือด้านความแข็งแรงคงทนเชิงโครงสร้าง และความปลอดภัยในการใช้งาน รองลงมาคือ ด้านความสะดวกต่อการใช้งาน และด้านความ สวยงาม ในการออกแบบ ตามลำดับ

2. จากการใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจและความเหมาะสมในการใช้งานของแก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์ มีความพึงพอใจ ดังนี้ ด้านการประเมินการใช้งานของแก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ด้านความแข็งแรงคงทนความปลอดภัยในการใช้งานโดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ด้านความสวยงามของแก้อับริรเทาอาการปวดการยศาสตร์โดยรวมแล้วอยู่ในระดับ

มากที่สุด ด้านเอกสารคู่มือการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ด้านความสะดวกต่อการใช้งานของเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก

การนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) สามารถนำเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ไปใช้ในแหล่งสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่มารับการบริการ
- 2) ประชาชนสามารถนำเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ไปใช้ในครัวเรือนของตนเอง เพื่อลดระดับอาการปวดเมื่อยเบื้องต้น ก่อนเข้ารับบริการสถานบริการสุขภาพ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ชุมชนที่มีไม้ไผ่ช่างหม่นซึ่งเป็นวัสดุจากธรรมชาติ สามารถนำไปประดิษฐ์เป็นเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ต่อไป
- 3) สามารถนำเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ไปใช้ร่วมกันยังจุดศูนย์รวมของหมู่บ้าน เช่น ศาลาเอนกประสงค์ของหมู่บ้าน ลานกิจกรรมของหมู่ เพื่อให้ประชาชนได้ใช้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการออกแบบเก้าอี้โดยการเพิ่มส่วนที่ประคองส่วนคอเพื่อความสะดวกสบายมากขึ้นในการนั่งเก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์
- 2) ช่วงตำแหน่งของพนักพิงส่วนหลังควรเพิ่มลูกเล่นในการนวดเพื่อเป็นการเพิ่มความผ่อนคลายของหลังส่วนล่าง
- 3) ทดลองทำเก้าอี้นวดจากวัสดุธรรมชาติประเภทอื่น เช่น ไม้สัก
- 4) เพิ่มการประดิษฐ์แผ่นนวดกับส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ตรงงานปั่นจักรยานให้มีลูกเล่นเวลาปั่น และที่จับมีลูกเล่นเพื่อเพิ่มการนวดมือเวลายืด
- 5) ควรออกแบบเก้าอี้ให้มีขนาดที่เหมาะสมเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนย้าย
- 6) ควรมีการศึกษาค่าผลของการใช้เก้าอี้ระหว่างสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่ได้ใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ กับกลุ่มที่ใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ หรือผลของการใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นผลแน่ชัด และนำผลที่ได้ไปพัฒนานวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น
- 7) ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลการนวดกล้ามเนื้อที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ส่วนของร่างกาย เช่น การนวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง กล้ามเนื้อหลังส่วนบน กล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อแขน เป็นต้น
- 8) ควรมีระยะเวลาในการทดลองใช้เก้าอี้บรรเทาอาการปวดการยศาสตร์ที่นานกว่านี้

9) ควรมีการปรับใช้กับกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ และกับอาชีพเกษตรกรที่ปลูกอย่างอื่น เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของเกษตรกรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2568). *การยศาสตร์ คืออะไร?*. ศูนย์ฝึกอบรมกรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร.
- กุลธิดา บ้วนนอก และวาทีณี คำเต็ม. (2565). ประสิทธิภาพของการใช้นวัตกรรมเก้าอี้นวดจากเมล็ดมะค่าโมงในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน. *วิจัยปริญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต*. พิษณุโลก: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก.
- ประกาศิต ทอนช่วย และภคินี สุตะ. (2563). ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพดของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 27(1), 27-37.
- พัชรารณณ์ จำเมือง และวีระพร ศุทธากรณ์. (2562). ปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 49(3):325-338.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. (2567). สถานการณ์โรคเกิดจากการประกอบอาชีพ. *รายงานประจำปี 2566*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2560). *คู่มือพัฒนาเครือข่ายการจัดการบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์*. กลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, นนทบุรี.
- Biswas G, Bhattacharya A, Bhattacharya R. (2017). Work-related musculoskeletal disorders: A case study among male molasses workers in Nadia district of West Bengal, India. *Int J Med Sci Public Health*; 6: 1706-12.
- Paul S, Mitra K, Chakrabarty A, Das DK. (2019). Prevalence of musculoskeletal disorders and its Correlates among agricultural workers in Bhatar Block of Purba Bardhaman District, West Bengal. *Journal of Dental and Medical Sciences*; 18: 22-8.
- U.S department of labor. (2024). *Work-related Musculoskeletal Disorders*. [online]. Retrieved April 16, 2024 from <https://www.osha.gov/etools/hospitals/hospital->



wide-hazards/work-related-musculoskeletal-disorders.

Yassi, A. (2000). Work-related musculoskeletal disorders. Current Opinion in Rheumatology, 12(2), 124-130. <https://doi.org/10.1097/00002281-200003000->

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง
อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Quality of Life among the elderly in Thung Song
Municipality, Thung Song district, Nakhon Si Thammarat Province

มาริสา แวกาจิจ^{1*}, อารีซา ยูโซ๊ะ¹, กวินธิดา จินเมือง¹, สุตตมา สุวรรณมณี¹, ศิระปรุพท์ ทองเทพ²
Marisa Waekajji¹, Areesa Yusoh¹, Kawintida Jeenmuang¹, Suttama Suwanmanee¹, Siraparulh Thongthep²

ส.บ. สาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง^{1*}

โรงพยาบาลทุ่งสง ชัยชุมพล จังหวัดนครศรีธรรมราช²

Bachelor of Public Health Program in Community Public Health,

Faculty of Public Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus^{1*}

Thung Song Chaichumpol Hospital²

(Recived: March 25, 2025; Revised: April 3, 2025; Accepted: April 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 388 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.85, 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ โดยองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($M=39.66$, $SD=7.88$) ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ($M=96.19$, $SD=14.25$) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($M=100.22$, $SD=15.50$) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว และรายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน ด้านการพูดคุย ปรึกษาหารือและตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ด้านการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรกัน ทั้งทางกาย วาจาและใจ และด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.137$, $p\text{-value}<0.01$) และปัจจัยความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.480$, $p\text{-value}<0.01$) และด้านสวัสดิการสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r_s=0.128$, $p\text{-value}<0.05$) และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษาที่ได้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาลเมืองทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง วางแผนจัดกิจกรรมการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ทั้งในบ้านและนอกบ้าน และให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ

คำสำคัญ : ปัจจัย, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: marisawaekajj@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 094-3172401)

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate factors associated with quality of life among the elderly residing in Thung Song Municipality, Thung Song District, Nakhon Si Thammarat Province. Participants were 388 elderly persons selected by simple random sampling. Research instruments included the Family Relationship Questionnaire, the Elderly Quality of Life Development Needs Questionnaire, and the Elderly Quality of Life Questionnaire. The indices of item-objective congruence for the instruments were 0.85, 0.97 and 0.96 respectively, while the Cronbach's alpha coefficients were 1.00 for all three instruments, as validated by the abbreviated Thai version of the World Health Organization (WHO) quality of life assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, median, maximum, minimum, standard deviation, and interquartile range, as well as inferential statistics, namely Chi-square tests and Spearman's rank-order correlation.

The results indicated that the family relationships were at a good level ($M = 39.66$, $SD = 7.88$), the needs for quality of life development were at a high level ($M = 96.19$, $SD = 14.25$), and the overall quality of life was at a good level ($M = 100.22$, $SD = 15.50$). Family relationship factors, including spending time together in both indoor and outdoor activities, engaging in communication, consultation, and decision-making regarding important matters, expressing love and compassion through physical, verbal, and emotional means, and fulfilling appropriate familial roles, were found to have a statistically significant positive correlation with quality of life ($r_s = 0.137$, $p < 0.01$). Furthermore, the quality of life development needs, particularly in the psychological and environmental domains, demonstrated significant positive correlations with quality of life ($r_s = 0.480$, $p < 0.01$). The social welfare domain also exhibited a significant positive correlation ($r_s = 0.128$, $p < 0.05$). In contrast, demographic characteristics, including gender, age, marital status, educational level, occupation, average monthly income, presence of chronic diseases, availability of a caregiver, and participation in social activities, were not significantly associated with quality of life ($p > 0.05$). The findings suggest that relevant agencies, such as Thung Song Municipality and Thung Song Hospital, should develop and implement programs that promote joint activities among family members both within and outside the home, and encourage family members to engage in communication, consultation, and decision-making on significant matters, thereby enhancing the quality of life of the elderly population.

Keywords: Factors, Quality of life, Elderly

บทนำ

โครงสร้างประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งสัดส่วนและขนาดของจำนวนประชากร โดยเฉพาะประชากรวัยสูงอายุ องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1.4 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และจะเพิ่มขึ้นอีกถึง 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (World health organization, 2022) สำหรับประเทศที่มีจำนวนประชากรวัยสูงอายุมากที่สุดในโลกในปี พ.ศ. 2566 คือ ประเทศจีน มีประชากรวัยสูงอายุ จำนวน 330 ล้านคน (MarketWatch, 2023) ส่วนประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก พ.ศ. 2567 คือ ประเทศโมนาโก มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36 ของประชากรทั้งหมด รองลงมาเป็นประเทศญี่ปุ่นคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (Times of India, 2024) ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยประชากรวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.17 ประเทศไทยจึงได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (ไทยพับลิก้า, 2567)

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย และมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลประชากรจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 มีประชากรวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.21, 19.92 และ 20.67 ตามลำดับ ทำให้โครงสร้างประชากรของจังหวัดนครศรีธรรมราชเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ในระดับอำเภอทุ่งสงมีประชากรวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.25, 18.00 และ 18.68 ตามลำดับ และตำบลปากแพรกมีประชากรวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.50, 17.08 และ 17.65 ตามลำดับ (กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย, 2567) และจากการทบทวนวรรณกรรมและในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยยังไม่พบการประเมินและการศึกษาในประเด็นสัมพันธภาพในครอบครัว ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตในพื้นที่เทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาวะสูงวัย จะมีความเปราะบางทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงต้องการพึ่งพาครอบครัว บุคคลรอบข้าง สังคม และภาครัฐต้องมาประคับประคองผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องใช้เวลา และทรัพยากรจำนวนมาก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) แม้ว่าผู้สูงอายุในประเทศจะมีรายได้จากภาครัฐอยู่หลายระบบ เช่น ระบบเงินช่วยเหลือ เป็นต้น (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2566) แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและอาจสร้างผลกระทบในระดับบุคคล โดยเฉพาะวัยแรงงาน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุในการได้รับการคุ้มครองและสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การบริการทางการแพทย์ การศึกษา การประกอบอาชีพ ความสะดวกในสถานที่สาธารณะ การช่วยเหลือทางการเงินและทางกฎหมาย รวมถึงการสงเคราะห์ตามความจำเป็น (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2546)

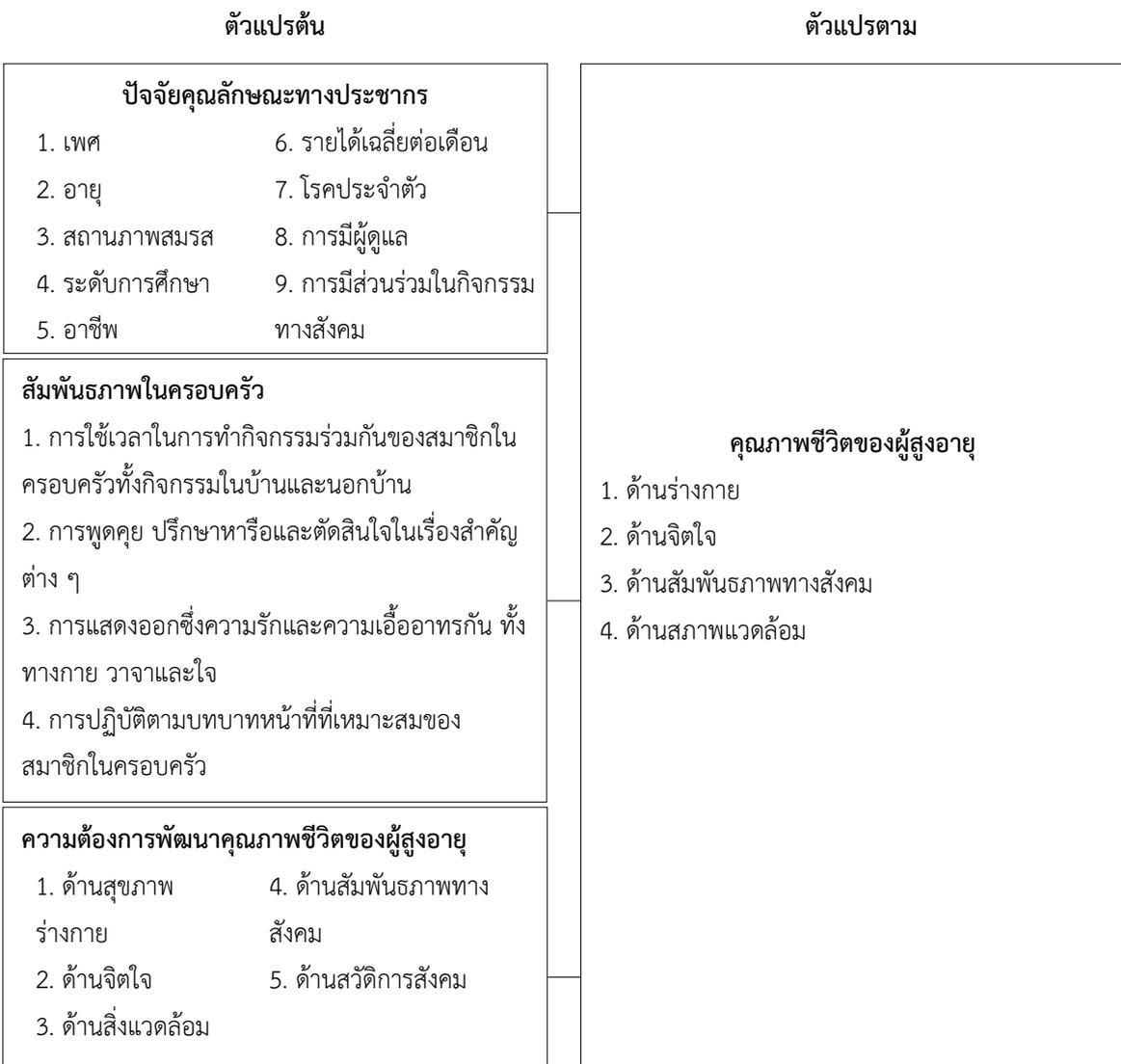
กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมในช่วงเวลาหนึ่งและคุณภาพชีวิตจะดีหมายถึง ครอบครัวหรือชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานครบถ้วนทุกประการ (พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2562)

หากได้มีการประเมินในประเด็นสัมพันธภาพในครอบครัว ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิต ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางให้กับพื้นที่ประกอบการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 4,167 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของบุญชม ศรีสะอาด (2535) เท่ากับ 352 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 388 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยการใส่รายชื่อของผู้สูงอายุ และให้โปรแกรมสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเลือก (1) ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (2) อาศัยอยู่เขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช (3) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยเข้าใจ (4) ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ และเกณฑ์การคัดออก (1) เสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูล (2) ย้ายภูมิลำเนาออกจากเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราชระหว่างดำเนินการวิจัย (3) มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถให้ข้อมูลด้วยสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วน (4) ขอดถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มี 4 แบบสอบถาม ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเติมคำตอบสั้น ๆ ในช่องว่าง (Short answer) และแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

2) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากวิจัยเรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวคนไทย (จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุขคนธ์, เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม และดุชนิ ดำมี, 2552) จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ข้อทางบวก ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) เป็นประจำ (2 คะแนน) และข้อทางลบ ไม่ได้ปฏิบัติ (2 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) เป็นประจำ (0 คะแนน) แปลผลโดยใช้เกณฑ์เปอร์เซ็นต์ไทล์ของจิราพร ชมพิกุล (จิราพร ชมพิกุล และคณะ, 2552) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี 0-12 คะแนน (ต่ำกว่า P_{25}) ปานกลาง 13-39 คะแนน (P_{25-75}) และดี 40-52 คะแนน (สูงกว่า P_{75})

3) แบบสอบถามความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากวิจัยเรื่อง ศึกษาความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชน ตำบลคลองแดน อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา (สุภัทชัย คำสีใหม่, 2565) จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

แปลผลโดยใช้เกณฑ์เปอร์เซ็นต์ไทล์ของจिरาพร ชมพิกุล (จिरาพร ชมพิกุล และคณะ, 2552) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด 0-24 คะแนน (ต่ำกว่า P_{20}) น้อย 25-50 คะแนน (P_{20-40}) ปานกลาง 51-75 คะแนน (P_{41-60}) มาก 76-100 คะแนน (P_{61-80}) และมากที่สุด 101-125 คะแนน (สูงกว่า P_{80})

4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) ซึ่งแปลและปรับปรุงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลโดยรวมคะแนนทุกข้อและเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี 26-60 คะแนน ปานกลาง 61-95 คะแนน และดี 96-130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยมีการปรับข้อคำถามให้มีความเจาะจงมากขึ้น และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence, IOC) ได้เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับและมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85, 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการประชุมชี้แจง อสม. โดยอธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม

2) แจกแบบสอบถามให้แก่ อสม. โดยผู้วิจัยกับ อสม. จะเก็บข้อมูลในชุมชน โดยการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ด้วยความสะดวกและความยินยอม หรืออาจปฏิเสธที่จะตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

3) ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งการตอบแบบสอบถาม ครั้งละ 2 ตอน เพื่อพักสายตาระหว่างการทำแบบสอบถาม ลดความเหนื่อยล้าและตาล้า และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย

4) ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะทางประชากรกับคุณภาพชีวิต สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลเชิงปริมาณ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 เลขที่ REC No.0753

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 71.39 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 52.58 มีสถานภาพสมรส จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 49.74 ศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 51.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 48.97 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 41.75 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 76.80 มีโรคประจำตัว จำนวน 1 โรค จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 32.22 มีผู้ดูแล จำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 90.46 และการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมบางกิจกรรม จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 66.24 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=388)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	111	28.61
หญิง	277	71.39
อายุ		
60-69 ปี	204	52.58
70-79 ปี	144	37.11
80 ปีขึ้นไป	40	10.31
M = 70.00, SD = 6.96, Max = 94, Min = 60		
สถานภาพสมรส		
โสด	43	11.08
สมรส	193	49.74
หม้าย	134	34.54
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	18	4.64
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	17	4.38
ประถมศึกษา	201	51.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	14.69
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	55	14.18
ปวส. หรือ อนุปริญญา	21	5.41
ปริญญาตรีขึ้นไป	37	9.54
อาชีพ		

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ทำงาน	190	48.97
ค้าขาย หรือ ธุรกิจส่วนตัว	103	26.54
ข้าราชการบำนาญ	45	11.60
รับจ้าง	40	10.31
เกษตรกรกรรม	10	2.58
อื่น ๆ	0	0.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน	162	41.75
2,000-4,000 บาท/เดือน	70	18.04
4,001-6,000 บาท/เดือน	46	11.86
6,001-8,000 บาท/เดือน	16	4.12
8,001-10,000 บาท/เดือน	29	7.48
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	65	16.75
Median = 3,000, IQR = 8,000, Max = 50,000, Min = 0		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	90	23.20
มีโรคประจำตัว	298	76.80
1 โรค	125	32.22
2 โรค	99	25.52
3 โรค	39	10.05
4 โรค	26	6.70
5 โรค	7	1.80
6 โรค	2	0.51
ผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	37	9.54
มีผู้ดูแล	351	90.46
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม		
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	30	7.73
เข้าร่วมบางกิจกรรม	257	66.24
เข้าร่วมทุกกิจกรรม	101	26.03

2. ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 39.66$, $SD = 7.88$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้านอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.45$, $SD = 2.16$) ด้านสมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปกป้องหาหรือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 14.90$, $SD = 3.44$) ด้านสมาชิกในครอบครัวแสดงออกซึ่งความรัก และความเอื้ออาทร

ต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจอยู่ในระดับดี ($M = 6.74, SD = 1.65$) และด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($M = 11.57, SD = 2.95$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ($n=388$)

สัมพันธภาพในครอบครัว	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว		
	M	SD	แปลผล
1. การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน	6.45	2.16	ปานกลาง
2. สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปรีกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ	14.90	3.44	ปานกลาง
3. สมาชิกในครอบครัวแสดงออกซึ่งความรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจ	6.74	1.65	ดี
4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว	11.57	2.95	ดี
รวม	39.66	7.88	ดี

3. ระดับความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 96.19, SD = 14.25$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับมาก ($M = 19.20, SD = 3.51$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ($M = 18.47, SD = 0.66$) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ($M = 20.24, SD = 3.23$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 18.81, SD = 3.29$) และด้านสวัสดิการทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 19.47, SD = 3.31$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน ($n=388$)

ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต	ระดับความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต		
	M	SD	แปลผล
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	19.20	3.51	มาก
2. ด้านจิตใจ	18.47	3.58	มาก
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	20.24	3.23	มาก
4. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	18.81	3.29	มาก
5. ด้านสวัสดิการทางสังคม	19.47	3.31	มาก
รวม	96.19	14.25	มาก

4. ระดับคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 100.22$, $SD = 15.50$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับดี ($M = 26.80$, $SD = 4.76$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($M = 23.49$, $SD = 4.11$) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี ($M = 11.64$, $SD = 1.98$) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($M = 30.46$, $SD = 5.14$) ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน ($n=388$)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		
	M	SD	แปลผล
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	26.80	4.76	ดี
2. ด้านจิตใจ	23.49	4.11	ดี
3. ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	11.64	1.98	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	30.46	5.14	ดี
รวม	100.22	15.50	ดี

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม) กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ($n=388$)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม		χ^2	p-value
	ต่ำ	สูง		
คุณลักษณะทางประชากร				
เพศ				
ชาย	14(12.61)	97(87.39)	0.036	0.849
หญิง	33(11.91)	244(88.09)		
สถานภาพสมรส				
ไม่มีคู่สมรส	7(16.28)	36(83.72)	0.788	0.375
สมรส	40(11.59)	305(88.41)		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	21(9.63)	197(90.37)	2.875	0.909
มัธยมศึกษาขึ้นไป	26(15.29)	144(84.71)		
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	18(9.42)	173(90.58)	2.556	0.110
ทำงาน	29(14.72)	168(85.28)		

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม		x ²	p-value
	ต่ำ	สูง		
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	12(13.33)	78(86.67)	0.164	0.686
มีโรคประจำตัว	35(11.74)	263(88.26)		
ผู้ดูแล				
ไม่มีผู้ดูแล	5(13.51)	32(86.49)	0.075	0.784
มีผู้ดูแล	42(11.97)	309(88.03)		
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม				
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	7(23.33)	23(76.67)	3.845	0.050
เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	40(11.17)	318(88.83)		

* หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ภาพรวมปัจจัยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.480$, $p\text{-value} < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน ($r_s = 0.318$, $p\text{-value} < 0.01$) ด้านสมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ($r_s = 0.376$, $p\text{-value} < 0.01$) ด้านสมาชิกในครอบครัวแสดงออกซึ่งความรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจ ($r_s = 0.325$, $p\text{-value} < 0.01$) และด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.447$, $p\text{-value} < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ภาพรวมความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.137$, $p\text{-value} < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม ($r_s = 0.274$, $p\text{-value} < 0.01$) และด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.172$, $p\text{-value} < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและต่ำมาก และด้านสวัสดิการทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.128$, $p\text{-value} < 0.05$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ดังตาราง 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร (อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=388)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม		r _s	p-value
	ต่ำ	สูง		
คุณลักษณะทางประชากร				
อายุ				
น้อยกว่า 70 ปีขึ้นไป	25(12.25)	179(87.75)	0.005	0.929
70 ปีขึ้นไป	22(11.96)	162(88.04)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน	17(10.49)	145(89.51)	-0.042	0.409
2,000 บาท/เดือนขึ้นไป	30(13.27)	196(86.73)		
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว				
ภาพรวมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว				
ต่ำ	22(61.11)	14(38.98)	0.480	<0.001**
สูง	25(7.10)	327(92.90)		
1. การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน				
ต่ำ	36(26.09)	102(73.91)	0.318	<0.001**
สูง	11(4.40)	239(95.60)		
2. สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ				
ต่ำ	23(42.59)	31(57.41)	0.376	<0.001**
สูง	24(7.19)	310(92.81)		
3. สมาชิกในครอบครัวแสดงออกซึ่งความรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจ				
ต่ำ	21(38.18)	34(61.82)	0.325	<0.001**
สูง	26(7.81)	307(92.19)		
4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว				
ต่ำ	28(45.90)	33(54.10)	0.447	<0.001**
สูง	19(5.81)	308(94.19)		
ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต				
ภาพรวมความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต				
ต่ำ	1(100.00)	0(0.00)	0.137	0.007**
สูง	46(11.89)	341(88.11)		
1. ด้านสุขภาพร่างกาย				
ต่ำ	2(22.22)	7(77.78)	0.048	0.348
สูง	45(11.87)	334(88.13)		
2. ด้านจิตใจ				
ต่ำ	7(36.84)	12(63.16)	0.172	0.001**

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม		r_s	p-value
	ต่ำ	สูง		
สูง	40(10.84)	329(89.16)		
3. ด้านสิ่งแวดล้อม				
ต่ำ	5(83.33)	1(16.67)	0.274	<0.001**
สูง	42(10.99)	340(89.01)		
4. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
ต่ำ	2(25.00)	6(75.00)	0.057	0.260
สูง	45(11.84)	335(88.16)		
5. ด้านสวัสดิการทางสังคม				
ต่ำ	3(42.86)	4(57.14)	0.128	0.012*
สูง	44(11.55)	337(88.45)		

* หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับดี ($M = 39.66$, $SD = 7.88$) อธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีความรัก ความเข้าใจกัน ความผูกพันที่สมาชิกในครอบครัวมีให้ต่อกัน ทำให้เกิดความเกื้อกูล และความช่วยเหลือซึ่งกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพิชญ์ จันทรานภรณ์ และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน (2562) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวณิชย์ ศรีโพธิ์ และกัญนิภา อยู่สำราญ (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมาก

ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับมาก ($M = 96.19$, $SD = 14.25$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และสวัสดิการทางสังคม ซึ่งควรพัฒนาในแต่ละด้านควบคู่กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทชัย คำสีใหม่ (2565) ศึกษาเรื่อง ศึกษาความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในหลายมิติ โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพกาย การดูแลตนเอง การพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิต การส่งเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีผ่านกิจกรรมภายในครอบครัวและสังคม ในด้านสวัสดิการทาง

สังคม พบว่าผู้สูงอายุต้องการข้อมูลและการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิตา หาญโสภา (2565) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความต้องการและแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลม่วงกลวง อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง พบว่าความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านรายได้หลังเกษียณปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ความไม่มั่นคงทางสังคมและการดูแลจากครอบครัว ตลอดจนความต้องการกิจกรรมนันทนาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิตใจ แม้ว่าด้านที่พักอาศัยและเครือข่ายการเกื้อหนุนจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังคงต้องได้รับการพัฒนาให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับที่ดี ($M = 100.22$, $SD = 15.50$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความรู้สึกดี บ้านมีความมั่นคงและชุมชนมีความปลอดภัย และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร โคประโคน และคณะ (2024) ศึกษาเรื่อง ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลเขาดินเหนียว อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าพบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.71$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นัสมล บุตรีวิเศษ และอุปรีฎฐา อินทรสาด (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.03$, $SD = 0.86$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรัฐ เกิดสวัสดิ์ และวันทนา เนาว์วัน (2567) ศึกษาเรื่องพบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $SD = 0.08$)

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากเทศบาลเมืองทุ่งสง เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชาชน มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยกระจายข้อมูลข่าวสารและให้คำแนะนำ ทำให้ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันไม่ได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ภาพรวมสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ หากสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและสามารถรับมือกับปัญหาชีวิตได้ดีขึ้น ในขณะเดียวกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวมีความตึงเครียด อาจนำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรธยา แป้นวงษา และคณะ (เพชรธยา แป้นวงษา, ไพฑูรย์ สอนทน และกมล อยู่สุข, 2565) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ เกษมณี นบน์อม และคณะ

(เกษมณี นบน์อม, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ภัทรพล โพนไพรสันต์ และสุวิทย์รินทร์ ศรีชัย, 2565) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอชูขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ภาพรวมความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อาจเนื่องมาจากความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นแรงขับเคลื่อนหรือความพยายามในการปรับปรุงปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จึงอาจมีการตอบสนองความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในภาพรวมในด้านสุขภาพร่างกายและในด้านสัมพันธภาพทางสังคมแล้ว แต่อาจยังไม่มีมีการตอบสนองความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสวัสดิการทางสังคมเพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ และคณะ (กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ, วรณิชา พัวไพโรจน์, สุจินตนา พันธุ์กล้า และรุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, 2563) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการศึกษาที่ได้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาลเมืองทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง เป็นต้น วางแผนจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว และจัดกิจกรรมให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองและนอกเขตเทศบาลเมือง

2) ควรมีการศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ, วรณิชา พัวไพโรจน์, สุจินตนา พันธุ์กล้า, และรุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์. (2563).

รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 28(2), 220–231.

กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย. (2567). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปี 2564-2567. สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2567, จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>

- เกษมณี นบน์อม, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ภัทรพล โพนไพรสันต์, และสุวิทย์รินทร์ ศรีชัย. (2565). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุนซันธุ์ จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสารการสาธารณสุขชุมชน, 8(4), 65–84.
- จิราพร ชมพิกุล, ปราณีย์ สุทธิสุคนธ์, เกียรติศักดิ์ ชื้อเลื่อน, และคุณณี คำมี. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัว ไทย. นครปฐม: แพนทงชินวัฒนาการพิมพ์.
- ไทยพับลิก้า. (2567). เมื่อไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ Aged Society ผู้สูงอายุไทยได้รับสวัสดิการ อะไรบ้าง. สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2568, จาก https://thaipublica.org/2024/02/thailand-become-s-aged-society/?utm_source=chatgpt.com
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- เพชรธยา เป้นวงษา, ไพฑูรย์ สอนทน, และกมล อยู่สุข. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 15(2), 41–56.
- พัชราภรณ์ พัฒนะ. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4. พุทธชินราชเวชสาร, 36(1), 21-33.
- เพ็ญพิชญ์ จันทรานภรณ์, และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน. (2563). ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความพึงพอใจ ในชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก, 6(2), 177-186.
- ลลิตา หาญโสตา, อัครศิริ ลาปือ, และสุพัฒพงศ์ แยมอิม. (2565). การศึกษาความต้องการและแนวทางใน การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลม่วงกลวง อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง. สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2567, จาก <http://www.ir.sru.ac.th:80/handle/123456789/947>
- วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2567). การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดียามชราภาพ โดยเน้นผู้สูงวัยเป็นศูนย์กลาง. สืบค้น เมื่อ 15 กรกฎาคม 2567, จาก <https://www.pier.or.th/abridged/2023/21/>
- วิลาวัลย์ ศรีโพธิ์, และกัญนิกา อยู่สำราญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารชัยพฤกษ์ ภิรมย์, 3(1), 108-122.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2567, จาก <https://krisdika.ocs.go.th/librarian/get?sysid=635171&ext=htm>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). การเผชิญหน้า ‘สังคมผู้สูงอายุ’ โจทย์ท้าทาย ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2567, จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/การเผชิญหน้า-สังคมผู้สูงอายุ-โจทย์ท้าทายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น>
- สุภัทชัย คำสีใหม่. (2565). ศึกษาความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนตำบลคลองแดน อำเภอ ระโนด จังหวัดสงขลา. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2567, จาก <https://e-thesis.mcu.ac.th/thesis/3712>

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, และคณะ. (2540). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2567, จาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- อภิรัฐ เกิดสวัสดิ์, และวันทนา เนาว์วัน. (2567). *การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลเสาเกา ล่ม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์, 26(03), 75-84
- MarketWatch. (2023). *China's economy is slowing, but its old-age market is booming*. Retrieved April 9, 2025, from <https://www.marketwatch.com/story/chinas-economy-is-slowing-but-its-old-age-market-is-booming-3051f28e>
- Times of India. (2024). *10 countries with highest percentage of population aged 65 and above*. Retrieved April 9, 2025, from <https://timesofindia.indiatimes.com/etimes/trending/10-countries-with-highest-percentage-of-population-aged-65-and-above/articleshow/116343887.cms>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. Revised July 12, 2024. From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL - Measuring Quality of Life*. Revised June 20, 2024. From <https://www.who.int/tools/whoqol>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน
กลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

Factors Associated with Coronavirus Disease 2019 Prevention among
the Ethnic Group (Karen-Pakoeyo) in Tha Song Yang District, Tak Province

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ^{1*}, พุดพิงศ์ มากมาย¹

Amornsak Poum^{1*}, Puttipong Makmai¹

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก^{1*}

Faculty of Allied Health Science, Northern College, Tak Province^{1*}

(Received: March 26, 2025; Revised: April 12, 2025; Accepted: April 29, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชากรคือประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรแดเนียลได้จำนวน 217 ราย การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับปานกลาง (68.66%) ทักษะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับระดับสูง (56.22%) แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (100%) และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับสูง (99.08%) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอญอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.155$, $P\text{-value}=0.022$) ทักษะการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.185$, $P\text{-value}=0.012$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.154$, $P\text{-value}=0.024$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ความรู้, ทักษะ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ไวรัสโคโรนา 2019

*ผู้ให้การติดต่อ : อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, e-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

Abstract

This descriptive research aimed to study knowledge, attitude, and social support factors associated with Coronavirus disease 2019 prevention. The population was the ethnic group (Karen-Pakoenyo) living in Tha Song Yang District, Tak Province. The sample consisted of 217 cases calculated using Daniel's formula and selected by systematic random sampling. Data were collected using questionnaires composed of 5 parts: characteristics, knowledge about COVID-19, attitude toward COVID-19, social support, and Coronavirus disease 2019 prevention. Additionally, validity was checked and reliability tested at 0.87. Association analysis used Pearson product-moment correlation coefficient. The results showed that knowledge of COVID-19 had a mean score at moderate level (68.66%), attitude toward COVID-19 had a mean score at high level (56.22%), social support had a mean score at high level (100%), and Coronavirus disease 2019 prevention had a mean score at high level (99.08%). Association analysis found that factors associated with Coronavirus disease 2019 prevention among the ethnic group (Karen-Pakoenyo) in Tha Song Yang District, Tak Province with statistical significance included: knowledge of COVID-19 ($r=0.155$, $P\text{-value}=0.022$), attitude toward COVID-19 ($r=0.185$, $P\text{-value}=0.012$), and social support ($r=0.154$, $P\text{-value}=0.024$).

Keywords: Knowledge, Attitude, Social support, Coronavirus disease 2019

บทนำ

สถานการณ์วิกฤตด้านโรคติดต่ออันตรายที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona virus 2019: COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่เนื่องจากการระบาดไปทั่วโลกทำให้มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ประเทศไทยพบว่ามี การระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยการระบาดระลอกแรกเกิดขึ้น เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2563 ซึ่งผู้ป่วยยืนยันรายแรกเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศจีน การระบาดระลอกที่สองเกิดขึ้น เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2563 ในจังหวัดสมุทรสาคร และการระบาดระลอกที่สามเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2564 ในกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันยังคงมีการระบาดไปทั่วทุกจังหวัด ช่องทางหลักในการติดต่อของโรคคือ จากคนสู่คนผ่านทางละอองเสมหะเมื่อได้รับเชื้อ ร้อยละ 80 (กรมควบคุมโรค, 2564)

จังหวัดตากเป็นจังหวัดชายแดนไทย-เมียนมา ทางภาคตะวันตกของประเทศไทย ซึ่งมีพื้นที่แบ่งเป็น 9 อำเภอ และมีอำเภอที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศเมียนมา โดยมีชาวเมียนมาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ใน 5 อำเภอชายแดน ได้แก่ อำเภอท่าสองยาง แม่ระมาด แม่สอด พบพระและอุ้มผาง มีอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม รับจ้างเกษตรกรรมในไร่ รับจ้างทั่วไป และในศูนย์พักพิงชั่วคราว ส่วนประเทศเมียนมาพบว่า ได้ให้ประเทศจีนเข้าพื้นที่ที่ติดชายแดนไทย-เมียนมา โดยอยู่ห่างจากอำเภอท่าสองยางไปทางเหนือ ประมาณ 30 กิโลเมตร เพื่อก่อสร้างเขตเศรษฐกิจ โดยในช่วงปี พ.ศ.2562 มีชาวจีนเข้ามาอยู่ในพื้นที่แล้วหลายหมื่นคน ซึ่งจำนวนไม่น้อยมาจากเมืองอุ๋นอันที่พบการระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งแรกของโลก โดยชาวจีนในพื้นที่ฝั่งเมียนมานี้เข้าออกประเทศเมียนมากับจีน โดยข้ามมาฝั่งไทยโดยสารเครื่องบินแม่สอด-ดอนเมือง แล้วเดินทางต่อไปประเทศจีน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะ

ฉุกเฉินระดับอำเภอและจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2565) อำเภอท่าสองยาง เป็นอำเภอที่พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพ.ศ.2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมจำนวน 4,549 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 33 ราย โดยผู้ป่วยจะกระจายครอบคลุมทุกตำบลในเขตอำเภอท่าสองยาง ซึ่งมีชนเผ่าชาติพันธุ์อาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอและจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2565) ชนเผ่าปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ถือได้ว่าเป็นชาวพื้นเมืองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มาเป็นระยะเวลานานหลายสิบปีแล้ว เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีลักษณะทางวัฒนธรรมเฉพาะ ใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสาร ครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่รวมกันหลายคน บ้านหรือที่พักอาศัยตั้งอยู่ติดกันแออัด ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หาของป่าและรับจ้าง (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดตาก, 2567) สถานการณ์การติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อกันเองภายในพื้นที่ และมีการกระจายตัวอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของประชาชนที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงยังไม่ดีพอ ประชาชนกลุ่มวัยทำงานและเยาวชนบางส่วนเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย จึงไม่ค่อยใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง และไม่กังวลกับความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจจะเกิดการระบาดขึ้นในชุมชน ทำให้การตระหนักรู้ถึงการป้องกันตนเองมีความสำคัญลดน้อยลงและเกิดการแพร่เชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2565)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน สำหรับระดับหมู่บ้าน กรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามาจากสาเหตุ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ประชาชนยังไม่เคยมีความรู้มาก่อน บุคลากรทางสุขภาพและผู้นำชุมชนให้ความรู้ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอ 2) ประชาชนขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จากการที่อยู่แต่บ้านเป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว เจ็บป่วยและการมุ่งทำงานหาเลี้ยงชีพ 3) ประชาชนมีพฤติกรรมกำบังโรคไม่เหมาะสม โดยไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เนื่องจากรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก เคยชินกับการที่ไม่ต้องสวม คิดว่าไม่จำเป็นต้องสวมเพราะอยู่ในหมู่บ้าน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ยุ่งยากในการใช้หน้ากากมีไม่เพียงพอและบางครั้งลืมใช้ ไม่เว้นระยะห่างทางสังคม ยังใช้ชีวิตตามปกติที่เคยทำมา มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน และ 4) ชุมชนขาดมาตรการป้องกันโรคที่จะนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน (กรมควบคุมโรค, 2564) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ปรีชา โนภาค และคณะ, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก เพื่อลดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้ และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์วิจัย

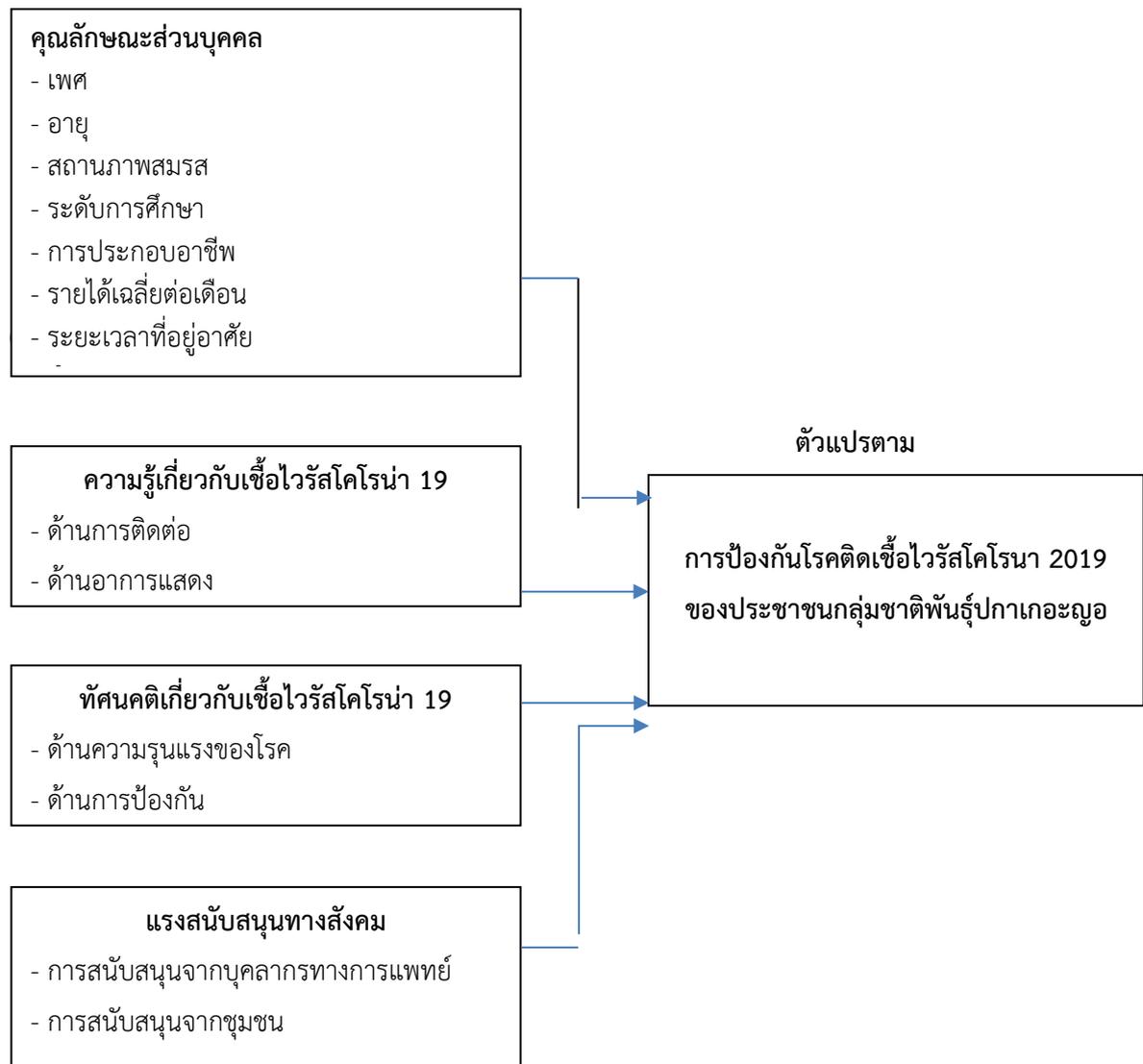
เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัยเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ.2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ ตำบลแม่หละ อำเภอสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 497 คน (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดตาก, 2567) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอที่รายชื่ออยู่ในทะเบียนเขตตำบลแม่หละ อำเภอสองยาง จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2567 มีสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 217 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อประชาชนตามทะเบียนราษฎร์ โดยนำรายชื่อของประชาชนมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ 217 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่อยู่อาศัย และจำนวนบุตร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ด้านการติดต่อ ด้านอาการแสดง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คือ ถูก ไม่แน่ใจ ไม่ถูก โดยตอบถูกมีค่าคะแนน เท่ากับ 1 ส่วนตอบไม่ถูก/ไม่แน่ใจ มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน $\geq 80\%$) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน $\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ทักษะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ด้านความรุนแรงของโรค ด้านการป้องกัน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากชุมชน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ตามการปฏิบัติ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 5 การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 3, 4, 5 กำหนดคะแนนคำตอบตั้งแต่ 1-5 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปในพื้นที่ตำบลแม่หละ อำเภอสองยาง จังหวัดตากซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.87 เมื่อจำแนกรายด้าน ได้แก่ ทศนคติในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (0.93) แรงสนับสนุนทางสังคม (0.92) และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (0.94) และใช้ KR-20 สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (0.89)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านมาอบรมและฝึกปฏิบัติวิธีการเก็บและอธิบายแบบสอบถาม เพื่อให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกัน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแล้วจะผ่านการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการลงรหัสแล้วบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment correlation coefficient และค่า P-value ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (Normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Multicollinearity)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0018/2568 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2458

ผลการวิจัย

ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์กาเกอญอ ตำบลแม่หละ อำเภอสองยาง จังหวัดตาก ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (47.47%) และอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (24.42%) โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 37.36 ปี (S.D.=15.266) อายุต่ำสุด 16 ปี และอายุสูงสุด 71 ปี สถานภาพสมรส คู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (73.27%) รองลงมาคือสถานภาพโสด (23.04%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษา (47.93%) มีผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (27.65%) มีเพียง 2 คน (0.92%) ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (43.78%) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป (29.03%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,000 บาท (64.06%)

รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท (27.65%) ระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก มากกว่า 4 ปีขึ้นไป (78.34%) และมีเพียง 9.22% ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี จำนวนการมีบุตรส่วนใหญ่มีบุตรน้อยกว่า 2 คน (51.15%) รองลงมาคือ จำนวน 2-5 คน (33.64%)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ ในภาพรวมมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=7.16$, S.D.=1.547) ทักษะคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมมีระดับทักษะคติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.73$, S.D.=0.461) และแรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (100%) ($\bar{X}=4.41$, S.D.=0.258) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทักษะคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก (n=217)

ความรู้และทักษะคติ	ระดับคะแนน						\bar{X}	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	21	9.68	149	68.66	47	21.66	7.16	1.547
1. ด้านการติดต่อ	68	31.34	106	48.85	43	19.82	4.01	0.945
2. ด้านอาการแสดง	15	6.91	61	28.11	141	64.98	3.14	0.998
ทักษะคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	122	56.22	95	43.78	-	-	3.73	0.461
1. ด้านความรุนแรงของโรค	55	25.35	158	72.81	4	1.84	3.35	0.606
2. ด้านการป้องกันโรค	140	64.52	75	34.56	2	0.92	3.99	0.474
แรงสนับสนุนทางสังคม	217	100.00	-	-	-	-	4.41	0.258
1. การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	215	99.08	2	0.92	-	-	4.46	0.371
2. การสนับสนุนจากชุมชน	215	99.08	2	0.92	-	-	4.38	0.249

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ภาพรวมมีคะแนนการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.32$, S.D.=0.258) เมื่อพิจารณาการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านมีการป้องกันตนเองทุกครั้งเวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ($\bar{X}=4.59$, S.D.=0.512) รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด และรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=4.54$, S.D.=0.585) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก (n=217)

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. มีการป้องกันตนเองทุกครั้งเวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	4.59	0.512	สูง
2. การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด และรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019	4.54	0.585	สูง
3. ทำนหลีกเลี่ยงการสัมผัส ตา จมูก และปาก	4.52	0.740	สูง
4. ทำนใช้แอลกอฮอล์ สบู่ หรือน้ำยาในการล้างมือทุกครั้ง หากมีการหยิบจับสิ่งต่างๆ	4.50	0.554	สูง
5. ทำนหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น	4.36	0.553	สูง
6. ทำนใส่หน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง	4.21	0.473	สูง
7. ทำนรับประทานอาหารที่ปรุงสุกแล้วเท่านั้น	4.21	0.473	สูง
8. ทำนปิดปาก และจมูกทุกครั้งเมื่อไอ หรือจามด้วยกระดาษทิชชู หรือข้อพับแขน	4.17	0.441	สูง
9. ทำนใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.15	0.404	สูง
10. ทำนหยิบอาหารเข้าปากโดยไม่ได้ล้างมือ	4.00	0.509	สูง
ภาพรวม	4.32	0.258	สูง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.155$, $p\text{-value}=0.022$) ทักษะการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.185$, $p\text{-value}=0.012$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.154$, $p\text{-value}=0.024$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปรอิสระ	การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)	p-value	ความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.155	0.022	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการติดต่อ	0.152	0.025	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านอาการแสดง	0.165	0.023	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทักษะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.185	0.012	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปรอิสระ	การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน(r)	p-value	ความสัมพันธ์
- ด้านความรุนแรงของโรค	0.159	0.019	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการป้องกันโรค	0.123	0.017	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.154	0.024	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	0.159	0.025	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากชุมชน	0.149	0.027	มีความสัมพันธ์ทางบวก

อภิปรายผล

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.32$, S.D.=0.258) โดยการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงสุด ได้แก่ มีการป้องกันตนเองทุกครั้งที่เวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ($\bar{X}=4.59$, S.D.=0.512) รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัดและรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=4.54$, S.D.=0.585) และการหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด และรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=4.52$, S.D.=0.740) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง (89.28%) ประกอบด้วย ลดสัมผัส เลี่ยงจุดเสี่ยง ดูแลสุขภาพตนเองและสังคม (อัจฉรา สุทธิธู และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, 2567)

ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน (p-value=0.022) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดมาจากประเทศจีน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการติดต่อที่ง่ายตายมาก รู้ถึงลักษณะของการแพร่ระบาด ลักษณะของอาการผู้ที่ติดเชื้อว่ามีอาการอย่างไร ควรที่จะได้รับการรักษาและรู้ว่าจะต้องมีการปฏิบัติตนอย่างไร ซึ่งบุคคลที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อมากที่สุดก็คือคนที่ทำงาน เพราะต้องออกจากบ้านไปเจอกับบุคคลอื่นที่ไม่รู้เลยว่าคนๆ นั้น เป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่ ดังนั้นจึงไม่สามารถปฏิเสธได้เลยว่า ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ออกไปจากบ้าน แต่ก็สามารถได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากประชาชนที่มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ทำให้มีทักษะการป้องกันโรคที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะการป้องกันโรคของประชาชนถือว่าเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen and Fishbein (1980) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของ ฮูตา แวะหะยี (2563)

ทำการศึกษารวบรวม การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษา พบว่า ปัจจุบันกิจกรรมที่ส่วนใหญ่อยู่บ้านลดเชื้อ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ความถี่ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ระดับมาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของโรค

ทัศนคติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ($p\text{-value}=0.012$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดี (เชิงบวก) หรือทัศนคติที่ไม่ดี (เชิงลบ) ซึ่งสอดคล้องกับ Thurstone (1970) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein (1980) กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรม หมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคดีย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติของ Roger (1978) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นมิติของการประเมิน เพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ($p\text{-value}=0.024$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในด้านการรักษาพยาบาล เงิน อาหาร วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น หน้ากากอนามัย ที่วัดอุณหภูมิ แอลกอฮอล์ เจลหรือสเปรย์ ฯลฯ และการประชาสัมพันธ์ให้รับทราบเกี่ยวกับการแพร่ระบาด การป้องกัน และการรักษาจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชน รวมไปถึงยังมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้น ให้บุคคลเกิดการกระทำหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรอื่นๆ ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินดีเตือน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก (อัจฉรา สุทธิธัญ, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, 2567) สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยเสริมคือ ผลสะท้อนที่บุคคลจะ

ได้รับคือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้นอาจช่วยสนับสนุนพฤติกรรมได้ซึ่งจะได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง รวมถึงอิทธิพลจากสังคม (เขาวลิต เลื่อนลอย, 2565) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และการสนับสนุนจากชุมชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอมีความรู้ในระดับปานกลาง และทัศนคติในระดับสูงในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ดังนั้น สถานบริการทางสาธารณสุขทุกระดับในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ควรให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีอันจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 โดยเน้นที่พฤติกรรมป้องกันตนเองทุกครั้งเวลาออกไปทำกิจกรรมหรือทำงานนอกบ้าน รวมทั้งให้การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และจากกลุ่มแกนนำต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ ได้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในระดับบุคคล เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือให้สะอาด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผสมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มแกนนำต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ จะทำให้ได้รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง*. จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
- เขาวลิต เลื่อนลอย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 2(1), 18-33.
- ปรีชา โนภาค และ ภาวิณี แพงสุข. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(2), 1-11.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอและจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2565). *ข้อมูลสถิติโรคโควิด 19 จังหวัดตาก*. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดตาก กระทรวงวัฒนธรรม. (2567). *วิถีวัฒนธรรมชนเผ่าปกากะญอ จังหวัดตาก*. ตาก: สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดตาก.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2565). *รายงานประจำปี 2565*. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- อัจฉรา สุทธิธัญ และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 11(1). 30-41.
- สุดา แวหะยี. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 158-168.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Best, J.W. (1977). *Research is Evaluation*. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Cronbach, L.J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of test*. *Psychometrika*; 16: 297-334.
- Daniel W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences*. (9thed). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L. W. and Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: and environmental approach*. Toronto: Mayfield Publishing.
- Rogers, E. (1978). *Mass Media and Interpersonal Communication*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Thurstone, L.L. (1970). *Reading in Attitude Theory and Measurement*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- World Health Organization. (2022). *Naming the coronavirus disease (COVID-2019) and the virus that causes it*. Revised on 22 January 2022. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). 2019.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลวังยาง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี
Effects of Health Promoting Program on Blood Sugar Levels of Uncontrolled Type-2
Diabetes Mellitus Patients, Wang Yang Sub-district, Si Prachan District,
SuphanBuri Province

น้ำทิพย์ แชมช้อย, จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย*, ทศพร ชูศักดิ์, กุสุมา รวมธรรม, อุมภาพร ปันมี,
พรชิตา สุเมร, วิทวัส ศรีอำพัน, ชนิษฐา นาคเกลี้ยง

Namthip Chaemchoi, Juntarat Jaricksakulchai*, Thassaporn Chusak, Kusuma Ruamthum,
Umaporn Panmee, Pornchita Sumen, Witthawat Sriamphan, Kanittha Nakkliang
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University
under the Royal Patronage

(Recived: 26 March 2025; Revised: 31 March 2025; Accepted: 29 April 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลวังยาง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 68 คน คัดเลือกผ่านการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะปฏิบัติ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดจากคลินิกเบาหวาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระและไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะปฏิบัติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) โดยค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.85 ± 0.98 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.14 ± 2.29 ทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองเท่ากับ 47.11 ± 2.47 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 23.52 ± 3.40 พฤติกรรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 121.67 ± 1.60 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 53.29 ± 3.48 นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 148.47 ± 25.29 และกลุ่มควบคุม 160.29 ± 14.93 สรุปได้ว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ ทักษะปฏิบัติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้ ทักษะปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยเน้นการให้ความรู้ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถเพิ่มทักษะปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลในเลือด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: juntarat.jaricksakulchai@gmail.com, จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a health promotion program on blood sugar levels of uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in Wang Yang sub-district, Si Prachan district, Suphan Buri province. The sample included 68 type 2 diabetes patients selected through multi-stage random sampling. The instruments included a health promotion program for blood sugar control and questionnaires measuring knowledge, attitudes, behaviors, and blood sugar levels from a diabetes clinic. Data analysis used descriptive statistics and comparisons of means using paired t-test and independent t-test.

The results showed that the experimental group had significantly higher scores of knowledge, attitude, and health behavior than the control group ($p < 0.05$). Knowledge mean scores of the experimental group was 13.85 ± 0.98 and that of the control group was 8.14 ± 2.29 . Attitude score of the experimental group was 47.11 ± 2.47 and control group was 23.52 ± 3.40 . Health behavior score of the experimental group was 121.67 ± 1.60 and control group was 53.29 ± 3.48 . In addition, the experimental group had significantly lower average blood sugar levels, with an average of 148.47 ± 25.29 compared to the control group's 160.29 ± 14.93 . The study concluded that the program was effective in improving blood sugar levels, knowledge, attitude, and behavior among diabetic patients. The research results demonstrated that promoting knowledge, attitudes, and health behaviors of uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients with emphasis on providing education about blood sugar control can increase positive attitudes toward appropriate behavioral changes and result in decreased average blood sugar levels.

Keywords: Health Promotion Program, Type 2 diabetic patients, Blood sugar

บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้น สมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่าในปี พ.ศ.2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุกๆ 1 นาที และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วย

รายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ เช่น อาการซีม สับสน หรือชักได้ และอาจจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังโดยเฉพาะที่หลอดเลือดแดง 1) โรคแทรกซ้อนที่ตา (Diabetic Retinopathy) 2) โรคแทรกซ้อนที่ไต (Diabetic Nephropathy) อาจจะทำให้มีอาการบวม ปัสสาวะเป็นฟองมากขึ้น หรือการทำงานของไตลดลง 3) โรคแทรกซ้อนที่ปลายประสาท (Diabetic Neuropathy) ผู้ป่วยอาจมีอาการขา ปวดตามเส้นประสาท บริเวณปลายมือปลายเท้าหรือเสี่ยงต่อการเป็นแผลง่ายขึ้น 4) โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ เช่น หลอดเลือดหัวใจหรือสมองตีบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดเจ็บแน่นหน้าอก หรือมีภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตเกิดขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาโรคเบาหวานให้มีสุขภาพที่ดีจะเน้นการให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (กานต์ชนก สุทธิผล, 2565) เน้นการให้ความรู้การเลือกรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยเบาหวาน ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินการวิ่งการปั่นจักรยาน ใช้เวลา 20-60 นาที 3-5 นาทีต่อสัปดาห์ การจัดการอารมณ์เพื่อลดความเครียดร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

จากการรายงานประชากรกลางปี พ.ศ.2566 ในเขตสุขภาพที่ 5 พบจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในลำดับที่ 5 จาก 12 เขตสุขภาพ และจังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 5 สอดคล้องกับรายงานสถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดสุพรรณบุรี พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปี 2566 จำนวน 13,080 รายปี 2565 พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12,463 ราย ปี 2564 พบผู้ป่วย จำนวน 11,235 ราย มีแนวโน้มเพิ่มอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ปี 2566 พบผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียง 28.98 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข, 2566)

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานว่า มีปัญหาในเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานและขาดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย (ซูโฮนี ดอเลาะ และ โนเยฮาฮี สาและ, 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลวังยาง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลวังยาง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น
2. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น
3. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น
4. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group per-test-posttest design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลวังยาง อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยการใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP) ผู้วิจัยใช้แนวคิดและทฤษฎีแบบจำลอง KAP model ที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ

กลุ่มควบคุม

- แจกแผ่นพับความรู้
- ทำแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ก่อนและหลัง
- แบบบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากคลินิกเบาหวานก่อนและหลัง

กลุ่มทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมความรู้

- การให้ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย
- ทำแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติ

- การแลกเปลี่ยนทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- การสาธิตการออกกำลังกายแบบผสมผสานให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย
- ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกปฏิบัติตาม

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และการนำไปใช้

- การให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนความรู้และประโยชน์ในการเข้าร่วมโปรแกรม
- ผู้เข้าร่วมโปรแกรมออกมาสาดิการออกกำลังกายแบบผสมผสาน

ตัวแปรตาม

K (Knowledge)

- ความรู้ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

A (Attitude)

- ทัศนคติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมต่อโรคเบาหวาน

P (Practice)

- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

ระดับน้ำตาลในเลือด

- Fasting Blood Sugar : FBS

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) 0.80 และ ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทำการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีจำนวนกลุ่มละ 34 คน รวมทั้งหมด 68 คน และทำการ

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-Probability sampling) แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มอำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ของแต่ละอำเภอที่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลาก หลังจากได้อำเภอที่เป็นตัวแทนจากจังหวัดสุพรรณบุรี โดยให้ทุกอำเภอภายในจังหวัดมีโอกาสถูกเลือกโดยเท่าเทียมกัน มา 1 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลาก หลังจากได้อำเภอที่เป็นตัวแทนจากจังหวัดสุพรรณบุรี โดยให้ทุกตำบลภายในอำเภอมีโอกาสถูกเลือกโดยเท่าเทียมกัน จำนวน 1 ตำบล (กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง)

ขั้นตอนที่ 4 การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง หลังจากได้ตำบลที่เป็นตัวแทนจากอำเภอ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อายุ 20 ปีขึ้นไป

2. สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือเป็นผลที่เท่า

4. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 2 ครั้ง

2. ขอลอนตัวไม่เข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้

กลุ่มควบคุม การดำเนินการวิจัยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการของงานวิจัยกิจกรรมแจกแผ่นพับความรู้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

แบบบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากคลินิกเบาหวานก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรม

แบบบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากคลินิกเบาหวานหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มทดลอง การดำเนินการวิจัยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง และอธิบายถึงโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ
- 2) ประเมินความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถาม
- 3) ผู้วิจัยบรรยายความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
- 4) ผู้วิจัยตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด บันทึกเป็นค่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองจากการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ที่ประสบความสำเร็จบุคคลที่เป็ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้เวลา 45 นาที

2) บรรยายภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลต่อระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายอย่างไรบ้าง โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง

3) ผู้วิจัยติดตามการดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยการพูดคุยสอบถาม โดยใช้เวลา 30 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (กายบริหาร 5 ท่า และ รำไม้พลอง 12 ท่า) โดยใช้เวลา 45 นาที

2) ผู้วิจัยบรรยายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้เวลา 30 นาที

3) ผู้วิจัยติดตามการดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยการพูดคุยสอบถาม โดยใช้เวลา 30 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และการนำไปดูแลสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (กายบริหาร 5 ท่า และ รำไม้พลอง 12 ท่า) โดยใช้เวลา 45 นาที

2) ผู้วิจัยบรรยายเรื่องอาหารที่ควบคุมระดับน้ำตาลให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน นับพลังงาน รู้เรื่องกลุ่มอาหารที่ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเฉียบพลัน กำหนดเมนูอาหารที่สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่โดยใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง

3) ผู้วิจัยติดตามการดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยการพูดคุยสอบถาม โดยใช้เวลา 30 ชั่วโมง

4) ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถาม

5) ผู้วิจัยตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด บันทึกเป็นค่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ที่พักอาศัย รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อน และคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบคือ ถูกได้ 1 คะแนน และ ผิดได้ 0 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว พิจารณาภาพรวมมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale)

การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตาม Bloom (1975) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 -100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60 -79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0 -59 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ (รวม 50 คะแนน) ประกอบด้วย ทัศนคติต่อหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์นั้นเป็นการวัดความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน

เห็นด้วย ได้ 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ จำนวน 30 ข้อ (รวม 150 คะแนน) ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการ ออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คำถามมีข้อความเชิงบวก ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน

เห็นด้วย ได้ 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน

5. เครื่องมือตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

แบบบันทึกผลของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.72 – 1.00 หลังจากนั้นจะนำเครื่องมือไป ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองเก็บข้อมูล (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน หาความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติ วิเคราะห์ผลการศึกษา ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแปรปรวน ในการอธิบาย/พรรณนาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานพฤติกรรมการควบคุมตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar : FBS) ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรม การควบคุมตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar : FBS) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ (Independent t-test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ COA. No.0057/2567 REC No. 0014/2567 เมื่อ 15 กรกฎาคม 2567 โดยยึดหลักการด้านจริยธรรมการวิจัย มีการขอความยินยอมตามแบบข้อมูลการรักษาความลับของข้อมูล และความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาและสิทธิของตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมโดยสมัครใจ และแนวทางในการถอนตัวจากการร่วมวิจัย ข้อมูลการวิจัยได้รับการจัดเก็บอย่างปลอดภัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.53 อายุอยู่ในช่วง 61-80 ปี ร้อยละ 67.65 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมหรือปริญญาตรี ร้อยละ 70.59 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 61.76 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.18 และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ≤ 6 ปี ร้อยละ 44.12 กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.65 อายุอยู่ในช่วง 61-80 ปี ร้อยละ 73.52 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมหรือปริญญาตรี ร้อยละ 61.76 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 58.82 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 7 – 13 ปี ร้อยละ 38.24 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 68)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มควบคุม (n=34)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	9	26.47	11	32.35	2.09	0.564
หญิง	25	73.53	23	67.65		
อายุ (ปี)						
≤ 60 ปี	11	32.35	9	26.47	1.97	0.854
61 – 80 ปี	23	67.65	25	73.52		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	10	29.41	13	38.23	2.95	0.763
มัธยมศึกษาหรือปริญญาตรี	24	70.59	21	61.76		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	7	20.59	5	14.71	2.43	0.754
5,001 – 10,000 บาท	21	61.76	20	58.82		
10,001 บาทขึ้นไป	6	17.65	9	26.47		

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มควบคุม (n=34)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประกอบอาชีพ						
รับจ้างทั่วไป	14	41.18	10	29.41	2.19	0.453
เกษตรกร	14	41.18	17	50.00		
รับราชการ/เอกชน	6	17.64	7	20.59		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
≤ 6 ปี	15	44.12	12	35.29	1.87	0.112
7 – 13 ปี	12	35.29	13	38.24		
> 13 ปี	7	20.59	9	26.47		

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลวังยาง อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลวังยาง อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า

1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.58 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.79 และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.85 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.14 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 34) และกลุ่มควบคุม (n = 34) และหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		M	SD.	t	df	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	7.58	1.98	0.52	33	0.605
	กลุ่มควบคุม	7.79	1.12			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	13.85	0.98	6.30	33	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	8.14	2.29			

* P-value < 0.01 หมายความว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าโปรแกรมภายในของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.58 และ 13.85 และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.79 และ 11.14 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ($n = 34$) และกลุ่มควบคุม ($n = 34$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		<i>M</i>	<i>SD.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i>
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าโปรแกรม	7.58	1.98	18.64	33	<0.001*
	หลังเข้าโปรแกรม	13.85	0.98			
กลุ่มควบคุม	ก่อนเข้าโปรแกรม	7.79	1.12	7.37	33	0.780
	หลังเข้าโปรแกรม	14.14	2.29			

* $p\text{-value} < 0.01$ หมายความว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.50 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.76 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.11 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.52 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 34$) และกลุ่มควบคุม ($n = 34$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน		<i>M</i>	<i>SD.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i>
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	22.50	2.71	2.05	33	0.650
	กลุ่มควบคุม	23.76	2.36			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	47.11	2.47	4.97	33	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	23.52	3.40			

* $P\text{-value} < 0.01$ หมายความว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าโปรแกรมภายในของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.50 และ 47.11 และคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าโปรแกรมภายในของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.76 และ 23.52 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ($n = 34$) และกลุ่มควบคุม ($n = 34$)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน		M	SD.	t	df	P-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าโปรแกรม	22.50	2.71	8.08	33	<0.001*
	หลังเข้าโปรแกรม	47.11	2.47			
กลุ่มควบคุม	ก่อนเข้าโปรแกรม	23.76	2.36	0.31	33	0.750
	หลังเข้าโปรแกรม	23.52	3.40			

* P-value < 0.01 หมายความว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.58 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.61 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 121.67 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.29 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 34$) และกลุ่มควบคุม ($n = 34$)

พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน		M	SD.	t	df	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	50.58	2.38	0.05	33	0.960
	กลุ่มควบคุม	52.61	2.37			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	121.67	1.60	15.76	33	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	53.29	3.48			

* p-value < 0.01 หมายความว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.58 และ 121.67 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.61 และ 53.29 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ($n = 34$) และกลุ่มควบคุม ($n = 34$)

พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน		<i>M</i>	<i>SD.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i>
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	50.58	2.38	32.84	33	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	121.67	1.60			
กลุ่มควบคุม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	52.61	2.37	-5.87	33	0.750
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	53.29	3.48			

* $p\text{-value} < 0.01$ หมายความว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 157.21 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 158.47 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 8

และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 157.21 หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 148.47 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 158.47 หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 160.29 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 34) และกลุ่มควบคุม (n = 34) และหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 34) และกลุ่มควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือด		M	SD.	t	df	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	157.21	26.77	-0.24	33	0.81
	กลุ่มควบคุม	158.47	14.54			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	148.47	25.29	-2.54	33	0.01*
	กลุ่มควบคุม	160.29	14.93			

ตารางที่ 9 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n = 34) และกลุ่มควบคุม (n = 34)

ระดับน้ำตาลในเลือด		M	SD.	t	df	P-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	157.21	26.77	5.56	33	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	148.47	25.29			
กลุ่มควบคุม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	158.47	14.54	5.83	33	0.867
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	160.29	14.93			

* P-value < 0.01 หมายความว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลวังยาง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า

1) ด้านความรู้ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สามารถเพิ่มความรู้อันเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา อารีรัตน์ แพงยอด (2567) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05)

2) ด้านทัศนคติ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สามารถเพิ่มและส่งเสริมทัศนคติ โดยการแลกเปลี่ยนทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัย โดยกิจกรรมได้เชิญบุคคลต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จากการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และความสามารถในการจัดการอารมณ์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยากร คล่องดี และคณะ (2562) ที่พัฒนาโปรแกรมโดยการจัดกิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลตัวอย่างที่ดูแลสุขภาพของตนเองจนสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีขึ้นจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3) ด้านพฤติกรรม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น จากการเข้าร่วมโปรแกรมที่มีกิจกรรม 4 กิจกรรมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สอดคล้องกับจากการศึกษาของ สุชาติ พวงจำปา (2561) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดินและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) สำหรับค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

4) ค่าน้ำตาลในเลือด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สามารถลดค่าน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นจากดำเนินเข้าร่วมโปรแกรมที่มีกิจกรรม 4 กิจกรรม ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ ด้วงกลัด และคณะ (2564) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ในโรคเบาหวานทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลง จากก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงเป็นบทบาทของผู้ป่วยที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงผลให้เห็นว่าการโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวต่อไป อย่างไรก็ตามการวิจัยในครั้งนี้พบข้อจำกัดของการวิจัยมีระยะเวลาสั้นในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด จึงควรศึกษาเพิ่มเติมโดยการเพิ่มระยะเวลาให้นาน

กว่า 6 เดือน หรือทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมระยะยาว เช่น การประเมินผลค่า HbA1c ร่วมด้วย เป็นต้น เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประกอบไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากครอบคลุมเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขอบเขตพื้นที่ที่กว้างขึ้น และตรวจสอบปัจจัยที่ครอบคลุมมากขึ้นที่ส่งผลต่อระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทดลองเปรียบเทียบโปรแกรมที่หลากหลาย ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาการเปรียบเทียบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพหลายรูปแบบ หรือการนำเสนอโปรแกรมที่ปรับเปลี่ยนไปตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การเน้นการควบคุมอาหารมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนี้ หรือการส่งเสริมการจัดการอารมณ์ในกลุ่มที่มีภาวะเครียดสูง เพื่อประเมินว่าโปรแกรมแบบใดมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. การศึกษาความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ โรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวาน การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ จะช่วยเพิ่มความสำเร็จของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- กมลวรรณ จักรแก้ว. (2561). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย.
- กนกวรรณ ดั่งกถิต, ปัญญรัตน์ ลากวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร.(2564). โปรแกรมการส่งเสริมการ
จัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1),
66-83.
- กรมควบคุมโรค. (2565). กองโรคไม่ติดต่อ /สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม
2567.จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). รายงานข้อมูลอำเภอศรีประจันต์. สืบค้น 6 กุมภาพันธ์ 2567. จาก
<https://3doctor.hss.moph.go.th>
- กานต์ชนก สุทธิผล. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์
สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. *นครศรีธรรมราชวารสาร*, 5, 1-11.
- กิตติยากร คล่องดี, ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, และธรรดล เก่งการพานิช. (2562). ผลของโปรแกรมฉลาด
บริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล*, 25(3). 326-339.

- จิตรา จันทร์เกตุ. (2562). ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านโภชนาการต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง.บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน
- ซูไฮน์ ดอเกาะ และ โนเยฮาฮี สาและ. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยะลา. *TUH Journal online*, 4, 28 – 30.
- ธัญลักษณ์ แสนบุตดา และ คณะ. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: ช่วงมาตรการผ่อนคลายโควิด-19. *วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 1(1), 531
- ณัฐพงศ์ เล่าห์ทวีรุ่งเรือง. (2563). *ประโยชน์การออกกำลังกาย*. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์.
- พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ. (2550). *โยคะเพื่อพัฒนาร่างกายและจิตใจ*. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ ฟรันทท์ จำกัด.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ.(2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. *วารสารพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี*, 54(4), 252-265.
- วรรณ เจริญศิริอุทัย. (2563). *ประเภทของโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: แผนกเบาหวานและต่อมไร้ท่อโรงพยาบาลวิภาวดี.
- มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์. (2567). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*. 34(2), 46-53.
- ยลวรรณภัทร์ จิรัชตกรณ์. (2566). การออกกำลังกายตามหลัก FITT. สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2567 จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1567>.
- ศุภกมลกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *ทำบริหารร่างกายเพื่อสุขภาพ*. นครปฐม: คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา พวงจำปา. (2561). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาพร คำสม, แสงทอง ชีระทองคำ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายแบบแกว่งแขนต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่2 ในชุมชน. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย*, 4(2), 46-60.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2566). *การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน*. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://www.dmthai.org/>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *ความหมายของโรคเบาหวาน*. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2567 จาก <https://www.dmthai.org/>
- อุระณี รัตนพิทักษ์. (2553). *การให้ความรู้จัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อารีรัตน์ แพงยอด. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 135-148.

Creer, L.T. (2000). *Self management at chronic illness. Handbook at self regulation*. California: Academic.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ซึ่งผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย 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. ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 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) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ 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
- รายการอ้างอิง

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
- Discussion
- Implication of the Results
- 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, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187



สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารสภาการสาธารณสุข
ชุมชน

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

ศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์
 นักวิชาการสาธารณสุข อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....
.....
.....

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

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ
.....
.....
.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ สถานที่ระบุข้างต้น ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....
.....

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

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

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

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ



ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health

จัดพิมพ์โดย

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ท่าบตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-591-9186

e-mail:the.jccph@gmail.com



วสช.