



วสช.

JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

Vol.7 no.2 May - August 2025

ISSN 2730-1729

ISSN ONLINE 2697-5653

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – เดือนสิงหาคม 2568

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการของสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ในด้านการสาธารณสุข ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน 2) ป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข 3) ตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ 4) อาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5) บริหารสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาล และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. เพื่อเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการของนักสาธารณสุขและบุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสาขาอื่นๆ

3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนและสถาบันการศึกษาทางวิชาชีพด้านสาธารณสุข และสถาบันอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขชุมชน

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-055-6585 กด 0 (ติดต่องานวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน)

E-mail: the.jccph@gmail.com

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

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด

67 อาคารท้อปส์ชูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน

แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal of Council of Community Public Health: JCCPH

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.สุศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล	ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมน พงศ์ภิญโญ	ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชครัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัทยพรต	ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล	รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา สังสิทธิ์สวัสดิ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายชำนาญ มีมูล	รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ดร.กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง	รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิระเดชาเทพ	มหาวิทยาลัยสยาม
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัททา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญาพัฒน์ ไชยเมธ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ	รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
สภาการสาธารณสุขชุมชน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธู แก้วสุทธา	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาวีสุวรรณ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
สถาบันพระบรมราชชนก	อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ	สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง	อาจารย์ ดร.อำพล บุญเพียร	สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก	อาจารย์ ดร.กนกพร สมพร	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สถาบันพระบรมราชชนก	อาจารย์ ภญ.ดร.ดาวรุ่ง คำวงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
อาจารย์ ดร.นพดล ทองอร่าม	อาจารย์ ทพ.ภาสกร ศรีไทย	สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก	พญ.กฤษณาพร เกื่อนโทสาร	โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
	พญ.ฐิตาภรณ์ ภูเขต	โรงพยาบาลแกด้า จังหวัดมหาสารคาม
กองจัดการ	ว่าที่ร้อยเอกวีระศักดิ์ เดชอรัญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
นางสาวภรภัทร แจ่มวงษ์	นายคณยศ ชัยอาจ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
สภาการสาธารณสุขชุมชน		

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลดตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ฉบับประจำปี 7 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2568 ถือเป็นฉบับปฐมฤกษ์ของคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน วาระที่ 3 ที่มีโอกาสได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวารสาร โดยมีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่เป็นประโยชน์และมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งผลงานทุกอย่างจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ในสาขานั้นๆ เรื่องละ 2-3 ท่าน ซึ่งการจัดทำวารสาร จะเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานวิชาการและเป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้รับการรับรองจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็นวารสารฯ กลุ่มที่ 2 โดยวารสารฯ ฉบับนี้ขอนำเสนอทั้งหมด จำนวน 15 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ รวมถึงผู้ติดตามอ่านวารสารฯ อย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาให้ข้อเสนอแนะ และกลั่นกรองคุณภาพบทความทำให้บทความของวารสารฯ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หากท่านมีความประสงค์ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ในวารสารฯ หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถส่งหรือให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาต่อกองบรรณาธิการได้ตลอดเวลา รวมถึงช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์บอกต่อกับผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังว่า เนื้อหาของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่วารสารฯ ได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านและผู้สนใจ รวมไปถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงการศึกษาสาธารณสุขและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ

บรรณาธิการ

สารบัญ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิชาการ (Academic Articles) :

ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข: ปัจจัย ผลกระทบ และแนวทางการจัดการ E-280176

Burnout in Healthcare Workers: Factors, Impacts, and Management Strategies

กฤตติกวิวัฒน์ พรหมชุมสา

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ใหญ่ที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนสมองจากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย..... E-279419

The Role of Family in Caring for Adults with Post-Concussion Syndrome Following Mild Traumatic Brain Injury

อุมากร สุวนันทวงศ์

บทความวิจัย (Original Article) :

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอมือง จังหวัดยโสธร E-279335

Development of Prevention Model of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province.

นันทิยา เสมียนกุล, สุ่มัทนา กลางคาร และเกษมา วงษ์ประชุม

การทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย E-279921

A Scoping Review of Models and Effectiveness of Long-Term Care Services for Dependent Older Adults in Thailand

วชิร ชนะบุตร, อลิสสา รัตนตะวัน และศรีเมือง พลังฤทธิ์

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

ประสิทธิผลของการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น
โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก E-279034

The Effectiveness of Using Educational Media to Prevent E-
cigarette Smoking among Early Adolescents at a School in Wang
Thong District,

Phitsanulok Province

ฉัตรรัตน์ ราศิริ, ธนัชญา ดีสุกใส และอรรณพร สุขเกิด

ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองใน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา E-278950

Effects of a Health Belief Model on Stroke Prevention Behaviors
and Perceptions among Uncontrolled Hypertension Patients at
Community Health Center of Khuan Niang Hospital, Khuan Niang
District, Songkhla Province

ธารรัตน์ ลูกเล็ก, พิชชาอร ลูกต้น, ดนิตา ชัยภัทรธนกุล และคณะ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี E-280197

Factors Affecting the Work Performance in Elderly Healthcare
of Village Health Volunteers in Kanchanaburi Province

สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ, อุกฤษฏ์ บุษบงศ์ และกาญจนา นิ่มสุนทร

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ E-277989

Transfer of Sub-District Health Promoting Hospital Functions to
Local Administrative Organizations: A Systematic Literature
Review

วีระศักดิ์ เดชอรัญ, ปุญญพัฒน์ ไชยเมษฐ์, สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษา
ภาคสนามเชิงปริมาณในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสีซัด อำเภอลือชัย จังหวัด

นครศรีธรรมราช E-279943

The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life
Among Older Adults: A Quantitative Field Study Conducted in
Ban Na Klang Village, Si Khit Sub-district, Sichon District, Nakhon
Si Thammarat Province

ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์, มาริศา ปูโรง, สุภัตรา แก้วผ่อง และคณะ

ผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานในอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอกะลันตา จังหวัดกระบี่

E-279868

Effectiveness of Activity-Based Dental Health Care Program
among Village Health Volunteers in Koh Lanta Noi Sub-district,
Koh Lanta District, Krabi Province

ลักขณา บ้านควน และภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอด
ในเขตอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

E-279730

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

นฤเกล้า ชิตตะสังคะ และธีรพล หล่อประดิษฐ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินใน

นักเรียนศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอสองยาง จังหวัดตาก E-279174

Factors Related to Soil-Transmitted Helminth Prevention
Behaviors in Students of Hill Tribe Community Learning Center in
Mae La Sub-district, Tha Song Yang District, Tak Province

เมธี สุทธิศิลป์ และสิริวิมล เกิดศรี

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร
70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 E-280437
Factors Influencing Competency of Caregivers Trained in 70-Hour
Program under Long-Term Care Policy in Health Region 4
พนิตเทพ ทัพพะรังสี และภัทรพล มากมี
- ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะการแปรงฟันและ
คราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน E-279206
Effectiveness of an Oral Health Promotion Program on
Knowledge, Toothbrushing Skills, and Dental Plaque among
Older Adults with Diabetes
มารุต ภูพะเนียด, สุนิสา จันทร์แสง และปัญญารัตน์ ไล่สุวรรณชาติ
- ผลการจัดการเรียนการสอนรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริงต่อการใช้เหตุผลเชิงคลินิกในการ
ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกที่มีภาวะหายใจล้มเหลวของนักศึกษาพยาบาล E-280068
The Results of Simulation-Base Learning Towards Critical
Reasoning about Respiratory Failure in Pediatric and Infants
Nursing Care in Nursing Students
กตกร ประสารวรรณ, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ และคณะ

คู่มือวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน



ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข:
ปัจจัย ผลกระทบ และแนวทางการจัดการ

Burnout in Healthcare Workers: Factors, Impacts, and Management Strategies

กฤตติกวินน์ พรหมชุมสา*

Krittikawin Promchumsa*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่อแล อำเภอมะแม่ง จังหวัดเชียงใหม่*

Ban Cho Lae Subdistrict Health Promoting Hospital, Mae Taeng, Chiang Mai*

(Receives: 10 June 2025; Revised: 14 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

ระบบสาธารณสุขไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายจากปัจจัยหลายประการ รวมถึงความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้บุคลากรต้องทำงานล่วงเวลาอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะหมดไฟ (burnout) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจที่เกิดจากความเครียดสะสมในที่ทำงาน ภาวะหมดไฟประกอบด้วยความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลและความสำเร็จส่วนบุคคล โดยภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการที่บุคลากรให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการรักษาและการลดประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและต้นทุนทางเศรษฐกิจขององค์กร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนนิยามและมิติของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขไทย และวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในด้านคุณภาพการบริการและสุขภาพจิตของบุคลากร โดยใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์สาระสำคัญจากเอกสารจำนวน 27 เรื่อง โดยอิงกรอบแนวคิด Job Demands–Resources

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยในบางพื้นที่ยังคงมีอัตราภาวะหมดไฟสูง เช่น ในช่วงวิกฤตโควิด-19 ที่อัตราภาวะหมดไฟของบุคลากรในโรงพยาบาลภาครัฐเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาภาระงานหนักและการขาดแคลนทรัพยากรที่เพียงพอ พร้อมทั้งสังเคราะห์แนวทางการจัดการภาวะหมดไฟในระดับบุคคล องค์กร และนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างความยั่งยืนในการให้บริการสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ, บุคลากรสาธารณสุข, ความเครียด, สุขภาพจิต

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding e-mail: nukkerkrittikawin@gmail.com , กฤตติกวินน์ พรหมชุมสา)

Abstract

Thailand's public health system is facing multiple challenges, including rapidly rising service demand, resulting in continuous overtime work that leads to burnout, a work-related syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced sense of personal accomplishment caused by chronic occupational stress. Burnout degrades care quality by increasing the risk of clinical error and lowering productivity, with downstream costs for both patients and organizations. This article reviews definitions and dimensions of burnout among Thai health-care workers and examines its effects on service quality and workers' mental health. Using a literature review and content analysis of 27 documents, guided by the Job Demands–Resources framework, we map antecedents and consequences across settings.

Evidence indicates that burnout remains urgent in Thailand; in some contexts especially during COVID-19 prevalence in public hospitals exceeded 30%, reflecting heavy workloads and inadequate resources. We synthesize multilevel responses: (i) individual resilience and stress-management skills and work–life-balance supports; (ii) organizational equitable workload and staffing, fair scheduling, streamlined administrative tasks, recognition systems, and psychosocial support; and (iii) policy workforce planning, resource investment, and national guidelines that institutionalize occupational well-being. Coordinated implementation across these levels is critical to sustaining a resilient workforce and ensuring high-quality, long-term service delivery.

Keywords: Burnout, Health-care personnel, Work-related stress, Mental health

บทนำ

ระบบสาธารณสุขไทยเผชิญแรงกดดันจากหลายปัจจัย ทั้งการระบาดของโรคอุบัติใหม่ ความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างกะทันหัน และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานล่วงเวลาอย่างต่อเนื่องจนขาดโอกาสพักผ่อน (กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565) ปรากฏการณ์นี้ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟ (burnout) ซึ่งเป็นสภาวะทางจิตใจที่สะสมจากความเครียดเรื้อรัง ภาวะหมดไฟประกอบด้วยความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล เมื่อเกิดขึ้นในบุคลากรสาธารณสุขย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทางการแพทย์ ลดระดับการสื่อสารที่เข้าอกเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งยังสร้างต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากอัตราการลาออกและการลาป่วยที่สูงขึ้น (พัชรภรณ์ สິณัตพัฒนะศุข และ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2565; นันทาวดี วรสุวิธ, 2563)

ในประเทศไทย การศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขมีความแปรผันตามบริบท ตั้งแต่ ร้อยละ 7.30 ในการศึกษาในโรงพยาบาลต่างๆ ไปจนถึงร้อยละ 25.90 ในบุคลากรวิชาชีพเขตเมือง และสูงถึงร้อยละ 48.10 ในแพทย์ใช้ทุนช่วงปีแรก ซึ่งสะท้อนภาระงานยาวนานและทรัพยากรจำกัดในบางบริบท (Chongchitpaisan & Bandhukul, 2025; Kunno et al., 2022; Surawattanasakul et al., 2025) ขณะเดียวกันในระดับนานาชาติ การศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มแพทย์ช่วงการระบาดของโควิด-19 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 54.60 และการศึกษาจากโรงพยาบาลทหาร พบว่าความชุกโดยรวมในปี 2566 อยู่ที่ร้อยละ 35.40 ลดลงเล็กน้อยจากปี 2565 ร้อยละ 39.80 (Macaron et al., 2023; Mohr et al., 2025) ผลกระทบของภาวะหมดไฟต่อคุณภาพการบริการและสุขภาพจิตของบุคลากรชัดเจน ทั้งการเพิ่มอัตราความผิดพลาดในการรักษา ลดระดับความเอาใจใส่ผู้ป่วย และสร้างพฤติกรรมถอนตัวทางอารมณ์ที่ลดทอนการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย (พัชรภรณ์ สິณัตพัฒนะศุข และ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2565) นอกจากนี้ อัตราการลาออกและการลาป่วยที่สูงขึ้นยังเป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่หน่วยงานต้องแบกรับทั้งการสรรหาและฝึกอบรมบุคลากรรายใหม่

ด้วยปัญหาที่แพร่หลายและรุนแรง บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนนิยาม มิติ และกรอบแนวคิดของภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขไทย วิเคราะห์ผลกระทบต่อคุณภาพบริการและสุขภาพจิตของบุคลากร โดยใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์สาระสำคัญจากเอกสารจำนวน 27 เรื่อง โดยอิงกรอบแนวคิด Job Demands–Resources พร้อมทั้งสังเคราะห์แนวทางจัดการในระดับบุคคล องค์กร และนโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นกรอบอ้างอิงในการวางมาตรการลดภาวะทางจิตใจและรักษาคุณภาพระบบสาธารณสุขให้ยั่งยืน

เนื้อเรื่อง

ภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟเป็นภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดจากการทำงานในลักษณะที่สะสมอย่างเรื้อรัง จนระบบรับมือทางร่างกายและจิตใจไม่สามารถฟื้นฟูได้ ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ

ครอบคลุมสามมิติหลักตามที่ Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) นิยามไว้ ได้แก่ 1. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าการพยาบาลทางอารมณ์ของตนเองถูกใช้จนหมดเกลี้ยง ไม่อาจรองรับความต้องการทางจิตใจหรืองานที่ต้องปฏิบัติได้อีกต่อไป อาการดังกล่าวสะท้อนผ่านความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยล้า เรือร้าง ไม่มีแรงจูงใจ และแม้จะได้พักผ่อนก็มักยังคงรู้สึกอ่อนเพลียและขาดพลัง

2. การลดความเป็นบุคคล หมายถึง ปรากฏการณ์ที่บุคคลเริ่มสร้างระยะห่างทางอารมณ์ต่อผู้อื่นและงานของตนเอง เพื่อปกป้องตัวเองจากความเครียดสะสม ลักษณะสำคัญได้แก่ การแสดงท่าทีเย็นชา เบื่อหน่าย หรือใช้ภาษาที่มีลักษณะไม่นุ่มนวลเมื่อต้องปฏิสัมพันธ์ การลดความเป็นบุคคลนี้อาจบรรเทาความรู้สึกอัดอั้นชั่วคราว แต่หากปล่อยทิ้งไว้จะส่งผลให้ความสัมพันธ์และคุณภาพการสื่อสารถดถอย

3. ความสำเร็จส่วนบุคคล หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถสร้างผลงานที่มีคุณค่าหรือตอบสนองเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างเต็มที่แม้จะพยายามอย่างเต็มที่ กำลัง บุคคลในภาวะนี้มักขาดแรงจูงใจ มีความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเองและหลีกเลี่ยงการตั้งเป้าหมายใหม่เพื่อป้องกันการผิดหวัง

สถานการณ์ปัจจุบันของบุคลากรสาธารณสุข

ในสถานการณ์ก่อนการระบาดของโควิด-19 การศึกษาของ กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์ (2565) สำรวจบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐจังหวัดชุมพร พบว่า อัตราภาวะหมดไฟ รวมทั้งสามมิติอยู่ที่ร้อยละ 12.80 โดยระบุว่ากลุ่มที่ทำงานเกิน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความเสี่ยงเกิดภาวะหมดไฟสูงชันกว่า 4 เท่า สะท้อนภาระงานหนักและสภาพแวดล้อมที่ยังไม่เอื้อต่อการพักผ่อนของบุคลากร ขณะที่สถานการณ์การแพร่ระบาดหนักของโควิด-19 ในปี 2563 พิไลภัสสร ฉัตรชัยกุลศิริ (2564) ศึกษาผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่สถาบันประสาทวิทยากรุงเทพฯ พบว่า ร้อยละ 29.50 ของบุคลากรมีอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงหลังผ่านช่วงวิกฤติ เนื่องจากต้องรับมือกับเคสผู้ป่วยโควิดและภาระงานติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด ส่งผลให้แรงกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด การศึกษาระบบบริการปฐมภูมิของ นิตยา เพ็ญศิริินภา (2566) พบว่า ในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนนทบุรี มีอัตราความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงถึงร้อยละ 59.00 โดยใช้ Copenhagen Burnout Inventory (แบบสอบถามมาตรฐานที่พัฒนาโดย Kristensen et al., (2005) เพื่อวัดระดับภาวะเหนื่อยล้าหรือหมดไฟในบริบทต่างๆ) การศึกษาแสดงให้เห็นว่าสถานบริการขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัดต้องรับภาระทุกด้านทั้งการให้บริการในสถานพยาบาลและงานชุมชนจึงเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟสูง แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 คลี่คลายในบางพื้นที่ ข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ในกลางปี 2565 รายงานว่า อัตราภาวะหมดไฟเฉลี่ยในบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศยังอยู่ที่ร้อยละ 18.40 แสดงให้เห็นว่าความเครียดสะสมยังไม่ถูกจัดการอย่างเพียงพอ การศึกษาในปี 2566 ของ โสภิตดา ตันธนาธิป และคณะ (2566) พบว่า ร้อยละ 30.00 ของบุคลากรสาธารณสุขมีภาวะหมดไฟร่วมกับความเครียดเฉียบพลันสูง การสะสมความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการจัดเวรในช่วงการระบาดซ้ำทำให้ระดับภาวะหมดไฟยังคงอยู่ในระดับสูง แม้สถานการณ์โควิดจะคลี่คลายลงบ้างแล้ว ในปี 2567 การศึกษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ เชียงราย พบว่า บุคลากรร้อยละ 16.90 อยู่ในกลุ่มหมดไฟสูงและตัวแปรสำคัญ คือ ความรู้สึกต่อภาระงานที่มากเกินไป การสนับสนุนจากผู้บริหารต่ำ ส่งผลโดยตรงต่อภาวะหมดไฟทั้งสามมิติ (หทัยรัตน์ ยาวิชัย และคณะ, 2567)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขไทยปรับตัวจากราวร้อยละ 12.80 ก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.00 ในช่วงวิกฤติ จากนั้นลดลงมาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20.00 เมื่อสถานการณ์คลี่คลายแต่ยังคงมีแนวโน้มเจตนาลาออกและความเครียดสูงสะท้อนปัญหาระบบสนับสนุนและการจัดการสุขภาพจิตของบุคลากรที่ยังไม่เพียงพอ

ปัจจัยและสาเหตุหลักของภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟเกิดจากหลายปัจจัยที่สะสมและไม่ได้ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันทั้งในระดับบุคคล องค์กรและสังคม การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทองค์กรและสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน

ภาระงานและปริมาณงาน บุคลากรถูกคาดหวังให้ทำงานในปริมาณที่สูงเกินไปหรือมีภาระงานที่ซับซ้อนเกินขีดจำกัดของตนเองจะเกิดความเครียดสะสมและรู้สึกไม่สามารถรับมือกับงานได้อีกต่อไป การทำงานที่ยาวนานโดยไม่มีเวลาพักผ่อนหรือเวลาในการฟื้นฟูจิตใจจะทำให้บุคลากรมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหมดไฟ การทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือการทำงานแบบเวรยาวทำให้ร่างกายและจิตใจไม่สามารถฟื้นตัวได้เต็มที่ (Maslach et al., 2001) ในการศึกษาของ กชามา ส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และปกกมล เหล่ารักษาวงษ์ (2565) พบว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานเกิน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่ทำงานในชั่วโมงปกติถึง 4 เท่า ในการศึกษาของ ทิพรรัตน์ บำรุงพินิจถาวร และคณะ (2565) พบว่า ภาระงานที่มากเกินไปเนื่องจากการต้องให้บริการ กับผู้รับบริการและการขึ้นเวรนอกเวลา และลักษณะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขเป็นการทำงานแบบเน้นปริมาณที่อยู่ภายใต้ความกดดันของเวลา เนื่องจากต้องรักษาชีวิตของผู้รับบริการและปริมาณที่มีแต่จะเพิ่มขึ้นทุกวัน ทำให้บุคลากรต้องทำงานหนักเพื่อให้ทันต่อเวลาในการรักษาชีวิตผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ง่าย

ความขาดแคลนทรัพยากร การทำงานในสภาพแวดล้อมที่ขาดทรัพยากร เช่น ขาดเครื่องมือที่จำเป็นหรือบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรต้องรับภาระงานที่สูงขึ้น โดยไม่มีการสนับสนุนที่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะหมดไฟตามมา การศึกษาของ กช พัทธกษัตริย์โรจน์ และคณะ (2567) พบว่า บุคลากรมีจำนวนเพียงพอกับงานมีโอกาสเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่รู้สึกว่าการไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญ บุคลากรที่ไม่เพียงพอเพิ่มภาวะหมดไฟ 2.97 เท่า (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2564)

การขาดอำนาจในการตัดสินใจ บุคลากรที่ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมอย่างเข้มงวดหรือไม่ได้รับโอกาสในการตัดสินใจในงานที่ทำอาจรู้สึกที่ตนเองไม่มีบทบาทหรืออำนาจในการกำหนดทิศทางงาน ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะหมดไฟ (Hakanen et al., 2006) บุคลากรไม่มีสิทธิตัดสินใจหรือกำหนดแนวทางการทำงานที่เหมาะสมยิ่งทำให้รู้สึกเข้าสู่ภาวะหมดไฟได้เร็วขึ้น (ทิพรรัตน์ บำรุงพินิจถาวร และคณะ, 2565)

ความไม่สมดุลของผลตอบแทนและความก้าวหน้า ในบางครั้งความก้าวหน้าอาจไม่ได้รับดูแลที่ดีพอ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรือผลตอบแทนที่เพียงพอจากองค์กร บุคลากรอาจรู้สึกที่ตนเองได้รับการงานที่หนักขึ้นโดยไม่ได้รับการยอมรับหรือผลตอบแทนที่เหมาะสม สิ่งนี้สามารถสร้างความเครียดสะสมและนำไปสู่ ภาวะหมดไฟ (กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565) การศึกษาของ ทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร และคณะ (2565) พบว่า ภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการขาดผลตอบแทนที่เหมาะสม โดยการได้รับผลตอบแทนที่ไม่ตรงกับความคิดหวัง หรือไม่เพียงพอ ส่งผลให้บุคลากรรู้สึกท้อแท้และขาดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในที่สุด และการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ใจบุญ (2567) พบว่า มิติคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความก้าวหน้าและความมั่นคง ถูกจัดเป็นองค์ประกอบหลัก เมื่อคะแนนคุณภาพชีวิตในการทำงานต่ำ ส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น 6 เท่า

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล

บุคลิกภาพและความสามารถในการรับมือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพหรือทักษะในการรับมือกับความเครียดที่ไม่ดี เช่น การมองโลกในแง่ลบ ความวิตกกังวล หรือการยึดมั่นในความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) มักมีโอกาสูงที่จะเกิดภาวะหมดไฟ (Maslach et al., 2001) การศึกษาของ ทิพรัตน์ ยาวิชัย และคณะ (2567) ศึกษาบุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านมีกำลังใจต่ำกว่าปกติ มีความเสี่ยงเกิดภาวะหมดไฟระดับสูงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทัศนคติต่อการทำงาน การที่บุคลากรมีทัศนคติในแง่ลบต่อตนเองหรือองค์กร เช่น มองงานเป็นภาระที่ไม่มีความหมายหรือมีความรู้สึกไม่พอใจกับงานที่ทำ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานระยะยาว (นิตยา เพ็ญศิริณา, 2566) เมื่อบุคลากรไม่มีความพึงพอใจในงาน จะเกิดความเครียดสะสมและมีอารมณ์ทางลบต่อการทำงานมากขึ้น การศึกษาของ สิริยากร เดชมณีธร (2562) พบว่า กลุ่มอาการที่มีความเหนื่อยล้า ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดทัศนคติลบต่อตัวเอง งาน และ ผู้เกี่ยวข้องในการทำงาน รวมทั้งรู้สึกไร้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายและความเจ็บป่วยต่างๆ อันมีสาเหตุมาจากความเครียดที่สะสมเป็นเวลานาน และไม่สามารถจัดการกับความเครียดนี้ได้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทองค์กรและสังคม

วัฒนธรรมองค์กร องค์กรที่เน้นการบรรลุผลลัพธ์และเป้าหมายทางธุรกิจโดยไม่สนใจสุขภาพจิตของบุคลากร มักทำให้เกิดภาวะหมดไฟได้ง่ายขึ้น องค์กรที่ไม่มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตภายในหรือไม่สนับสนุนความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานจะเพิ่มความเสี่ยงให้บุคลากรประสบภาวะหมดไฟ (กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565)

การขาดการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ในด้านการให้คำปรึกษาหรือการสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้บุคลากรต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันจากงานโดยไม่มีทางออกหรือช่องทางในการบรรเทาความเครียด (พัชรภรณ์ สนิตพัฒนาศุข และ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2565) การศึกษาของ ทิพรัตน์ ยาวิชัย และคณะ (2567) พบว่า บุคลากรที่มีความรู้สึกที่ผู้บริหารสนับสนุนน้อย เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรถึง 6.46 เท่า บุคลากรที่ไม่ได้รับการยอมรับในความสำเร็จ หรือไม่ได้รับรางวัล

หรือคำชมที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชาจะรู้สึกว่ามีค่าในงานที่ทำ การขาดการยอมรับนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความรู้สึกหมดพลังใจและความเครียดสะสม (Maslach et al., 2001)

การขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน หากบุคลากรไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งจากเพื่อนร่วมงานในด้านอารมณ์หรือการแบ่งปันภาระงาน ความรู้สึกหมดกำลังใจและการสูญเสียแรงจูงใจในงานสามารถเกิดขึ้นได้ การมีเครือข่ายการสนับสนุนภายในองค์กรที่ดีช่วยลดความเครียดและการเกิดภาวะหมดไฟได้ (Hakanen et al., 2006) การศึกษาของ Ujjan et al. (2022) ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเกิดจากงานประจำที่ไม่เสถียรรวมถึงมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ซึ่งการทำงานมากเกินไปจนไม่มีเวลาที่เพียงพอในการพักผ่อนและสังสรรค์กับเพื่อนหรือเข้าสังคม การขาดสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดและการสนับสนุนจากผู้อื่น การมีความรับผิดชอบที่มากเกินไปแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากผู้อื่นอย่างเพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะหมดไฟ ในการศึกษาของ กรรภิรมย์ สุบรรณ, มลีนี สมภพเจริญ และ ปิยะธิดา ขจรชัยกุล (2567) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานที่น้อยย่อมจะส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงขึ้น การขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในบางองค์กรที่การสื่อสารภายในไม่ดีหรือการขาดการทำงานเป็นทีม บุคลากรอาจรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้เกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่ภาวะหมดไฟได้ง่ายขึ้น (กขามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565)

ความคาดหวังจากสังคม โดยเฉพาะในอาชีพที่ต้องให้บริการ เช่น การดูแลผู้ป่วยหรือการให้คำปรึกษา ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าตนเองต้องทำงานหนักและไม่สามารถหยุดพักได้ ทำให้ความเครียดสะสมจนเกิดภาวะหมดไฟ (Hakanen et al., 2006) ผู้รับบริการบางรายอาจมีความคาดหวังที่ไม่สมจริงจากบุคลากร เช่น การคาดหวังให้บริการในระดับที่สูงมากเกินไปหรือการร้องขอในสิ่งที่ไม่สามารถให้ได้ สิ่งนี้จะทำให้บุคลากรรู้สึกกดดันและไม่ได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าจะทำงานอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ความกดดัน ความเครียด เกิดความเหนื่อยล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟ (ศุภลักษณ์ ใจบุญ, 2567) และการศึกษาของ เต็มสิริ ป.ปาน (2564) ศึกษาเกี่ยวกับการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันสูงและการเผชิญหน้ากับความเครียดในระยะยาวของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ภาวะหมดไฟและความเครียดส่งผลกระทบต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่ต้องทำงานกับผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์แปรปรวน

ผลกระทบต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรต่อคุณภาพบริการและสุขภาพจิต

ภาวะหมดไฟเป็นภาวะที่เกิดจากความเครียดสะสมในที่ทำงาน ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งคุณภาพของบริการที่บุคลากรให้กับผู้รับบริการ และสุขภาพจิตของบุคลากร การไม่สามารถจัดการกับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การเสื่อมคุณภาพทั้งในด้านการงานและการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากร

ผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

การลดลงของคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ บุคลากรที่มีภาวะหมดไฟมักจะขาดความกระตือรือร้นในการให้บริการและไม่สามารถให้ความสนใจในรายละเอียดในการดูแลผู้รับบริการได้เต็มที่ อาจส่งผลให้การ

ตัดสินใจผิดพลาด เช่น การให้ยาไม่ถูกต้อง การจัดการกับผู้รับบริการผิดวิธี หรือการพลาดโอกาสในการสื่อสารกับผู้รับบริการ ส่งผลให้การดูแลไม่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการและอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อผู้รับบริการ (Maslach et al., 2001) การศึกษาของ Popa F et al. (2010) พบว่า ภาวะการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในบุคลากรที่จำกัด นำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจรวมถึงกะการทำงานที่ยาวนาน การทำงานให้เสร็จสิ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความข้อผิดพลาดทางการแพทย์ได้

การเพิ่มต้นทุนในระบบสุขภาพ ความผิดพลาดที่เกิดจากการดูแลที่ไม่ดีหรือไม่ครบถ้วนเนื่องจากบุคลากรหมดไฟในการทำงาน อาจทำให้เกิดต้นทุนที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาลซ้ำซ้อน การฟ้องร้องจากผู้รับบริการ หรือการเกิดการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นภาระเพิ่มขึ้นสำหรับระบบสุขภาพ และต้องใช้ทรัพยากรในการจัดการปัญหาดังกล่าว (Maslach et al., 2001) การลาออกของบุคลากรที่เกิดจากภาวะหมดไฟก็เป็นต้นทุนทางเศรษฐกิจที่องค์กรต้องรับมือ

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากร

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ในบุคลากรที่เผชิญกับภาวะหมดไฟ มักมีความรู้สึกอ่อนล้าและหมดพลังทางอารมณ์ บุคลากรเหล่านี้มักรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือความผิดหวังในที่ทำงานได้ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการรับมือกับงานที่หนักหน่วงจนทำให้ความรู้สึกท้อแท้และเครียดมากขึ้น บุคลากรในภาคสาธารณสุขที่ประสบปัญหาความเครียดจากการทำงานมักมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวลและความเหงา ซึ่งส่งผลต่อการทำงานร่วมกับคนอื่น และการประสานงานภายในองค์กร (โสภิชตา ตันธนาธิป และคณะ, 2566) เมื่อภาวะหมดไฟพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า บุคลากรอาจขาดแรงจูงใจในการทำงานและไม่สามารถฟื้นตัวจากความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือไม่มีความสำคัญในองค์กร (Maslach et al., 2001) การไม่สามารถฟื้นตัวจากภาวะหมดไฟและซึมเศร้าอาจนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรงต่อทั้งบุคลากรและองค์กรในระยะยาว โดยเฉพาะการสูญเสียแรงจูงใจในการทำงานและความสามารถในการให้บริการที่มีคุณภาพในภาคสาธารณสุข การศึกษาของ กช พิทักษ์วงศ์โรจน์ และคณะ (2567) ทำการสำรวจบุคลากรปฐมภูมิในอำเภอพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไปมีโอกาสเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าคนปกติถึง 7 เท่า

ความเสี่ยงต่อโรคทางกายจากความเครียดสะสมส่งผลกระทบบต่อร่างกายทำให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อโรคทางกายหลายประเภท เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน (Kristensen et al., 2005) ความเครียดเรื้อรังจากภาวะหมดไฟจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง และเพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องเผชิญกับความกดดันในการทำงานที่สูง และการสะสมของความเครียดในระยะยาวสามารถเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคต่างๆ ทำให้บุคลากรไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพในที่สุด (โสภิชตา ตันธนาธิป และคณะ, 2566)

ผลกระทบต่อการทำงาน

การทำงานร่วมกันในทีม บุคลากรที่มีภาวะหมดไฟมักจะไม่สามารถทำงานร่วมกับทีมได้อย่างเต็มที่ อาจแสดงท่าทีเย็นชาและลดการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งทำให้บรรยากาศในทีมลดลงและ

ความสามารถในการทำงานร่วมกันลดลง (Hakanen et al., 2006) ผลกระทบจากการไม่สามารถทำงานร่วมกับทีมได้ดีจะส่งผลให้การทำงานในองค์กรล่าช้าและขาดประสิทธิภาพ การศึกษาของ ทิพรรัตน์ บำรุงพนิชถาวร และคณะ (2565) ทำการศึกษาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ปัจจัยความขัดแย้งระหว่างคนกับงานที่สะท้อนถึงการทำงานและบรรยากาศที่ถดถอยยิ่งเกิดความขัดแย้งในทีมมาก ระดับภาวะหมดไฟยิ่งสูง และส่งผลให้คุณภาพการทำงานร่วมกันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การขาดแรงจูงใจในการช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน บุคลากรที่มีภาวะหมดไฟอาจไม่มีแรงจูงใจในการช่วยเหลือหรือสนับสนุนเพื่อนร่วมงาน ทำให้การทำงานเป็นทีมมีปัญหาเกี่ยวกับการแบ่งปันข้อมูล การสนับสนุนการตัดสินใจ หรือการร่วมมือกันในการแก้ปัญหาต่างๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Maslach et al., 2001)

การลดโอกาสในการพัฒนา บุคลากรที่ประสบกับภาวะหมดไฟมักจะไม่มีแรงจูงใจในการเรียนรู้หรือพัฒนาทักษะใหม่ๆ สิ่งนี้ส่งผลให้โอกาสในการพัฒนาอาชีพของบุคลากรลดลง บุคลากรที่ไม่ได้รับการสนับสนุนในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ หรือการฝึกอบรมมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการพัฒนา ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจในงานลดลง และความเสี่ยงต่อการลาออกจากงานสูงขึ้น (Maslach et al., 2001) การศึกษาของกรรภิรมย์ สุบรรณ, มลินี สมภพเจริญ และ ปิยะธิดา ขจรชัยกุล (2567) พบว่า แรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพหรือการเรียนรู้สิ่งใหม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ เมื่อระดับหมดไฟสูงขึ้น บุคลากรจะยิ่งรู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ ไม่อยากพัฒนาทักษะใหม่ๆ ส่งผลให้กระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาขาดประสิทธิภาพ

การลาออกจากงาน เมื่อบุคลากรมีภาวะหมดไฟและไม่สามารถจัดการกับความเครียดในที่ทำงานได้ จะเริ่มมีความคิดเกี่ยวกับการลาออกจากงานเพื่อหางานที่ไม่กดดันหรือต้องเผชิญกับความเครียดสะสมมากเกินไป การลาออกจากงานเนื่องจากภาวะหมดไฟเป็นหนึ่งในปัญหาที่องค์กรต้องเผชิญ โดยเฉพาะในภาคสาธารณสุขที่ต้องการบุคลากรที่มีทักษะและความรู้สูง (Maslach et al., 2001) การศึกษาของ ศุภลักษณ์ ใจบุญ (2567) พบว่า ภาวะหมดไฟเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการสูญเสียกำลังคนเพราะผู้ที่มีระดับหมดไฟสูงมักเกิดความตั้งใจลาออกที่สูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ผลกระทบต่อการรักษาความเสถียรของทีม การลาออกจากงานจากภาวะหมดไฟ ทำให้องค์กรสูญเสียบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนบุคลากรในระยะยาว และต้องใช้ทรัพยากรในการฝึกอบรมบุคลากรใหม่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายและเวลาในการหาผู้ทดแทน (Hakanen et al., 2006)

แนวทางการจัดการกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

การจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรต้องให้ความสนใจ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีภาระงานสูงหรือมีความเครียดสะสมจากหลายปัจจัย เช่น การขาดทรัพยากร การขาดการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา หรือความคาดหวังที่สูงเกินไปจากผู้รับบริการ แนวทางการจัดการจะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟและมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขและลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน

การจัดสรรภาระงานอย่างสมดุลและยุติธรรมเป็นสิ่งสำคัญ องค์กรควรประเมินภาระงานที่เหมาะสมและสามารถทำได้ในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่ให้บุคลากรต้องทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และมีเวลาใน

การพักผ่อน (Maslach et al., 2001) การศึกษาของ กช พิทักษ์วงศ์โรจน์ และคณะ (2567) พบว่า การจัดสรรบุคลากรและภาระงานอย่างเหมาะสมช่วยลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันภาวะหมดไฟในระบบสาธารณสุขไทย การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม เช่น การเพิ่มบุคลากรในพื้นที่ที่มีภาระงานสูง การจัดหาเครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่ช่วยลดภาระงาน และการให้การสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเครียดสะสมได้ (กษามา ส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565)

การมอบอำนาจในการตัดสินใจให้บุคลากรสามารถจัดการกับงานได้อย่างอิสระจะช่วยให้พวกเขา รู้สึกมีบทบาทในงานที่ทำ เพิ่มความรู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในองค์กร การฝึกทักษะการตัดสินใจและการสร้างพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยลดภาวะหมดไฟได้ (Hakanen et al., 2006) การศึกษาของ กรรภิรมย์ สุบรรณ, มลินี สมภพเจริญ และ ปิยะธิดา ขจรชัยกุล (2567) พบว่า นโยบายขององค์กรที่เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจ เช่น การกำหนดแนวทางงานและจัดลำดับความสำคัญ เมื่อบุคลากรรู้สึกว่ามีอำนาจกำกับงานของตนเอง ความอ่อนล้าทางอารมณ์และความรู้สึกด้อยค่าจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การเสริมสร้างพลังอำนาจกับบุคลากรที่เป็นการสนับสนุนหรือวิธีการต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถเพิ่มมากขึ้น การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้นำ จะทำให้บุคลากรกล้าคิด กล้าทำ มั่นใจในการทำงานได้ (หทัยรัตน์ ยาวิชัย และคณะ, 2567)

ผลตอบแทนและความก้าวหน้าที่เหมาะสมของบุคลากร เช่น การให้คำชมเชย การให้รางวัล การเพิ่มค่าตอบแทนและการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงานและลดความรู้สึกรู้สึกหมดพลังใจ (กษามา ส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565) การศึกษาของ ศุภลักษณ์ ใจบุญ (2567) พบว่า การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม การสร้างขวัญกำลังใจ การพัฒนาส่งเสริมการใช้ความสามารถ จะทำให้บุคคลรู้สึกได้รับ การยอมรับ มีความภาคภูมิใจ การสนับสนุนความก้าวหน้าในอาชีพ เช่น เลื่อนตำแหน่ง ที่สูงขึ้น ทำให้ลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญ (กช พิทักษ์วงศ์โรจน์ และคณะ, 2567) การศึกษาในโรงพยาบาลผาง พบว่า ความก้าวหน้า ความมั่นคง และการพัฒนาศักยภาพ ถูกจัดเป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น (ศุภลักษณ์ ใจบุญ, 2567)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล

การฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถรับมือกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเรียนรู้วิธีการจัดการกับความวิตกกังวล การฝึกสมาธิ หรือการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อเสริมสร้างทักษะในการรับมือกับความเครียดจะช่วยลดความเสี่ยงของการหมดไฟในการทำงาน (Maslach et al., 2001)

การส่งเสริมทัศนคติที่ดีในงาน เช่น การสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนการทำงานเป็นทีม และการสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรจะช่วยให้บุคลากรมีมุมมองที่ดีต่อองค์กรและงานที่ทำ ลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานที่เกิดจากทัศนคติในเชิงลบ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2566)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทองค์กรและสังคม

การสนับสนุนความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว เช่น การสนับสนุนการใช้เวลาพักผ่อนตามความเหมาะสม หรือการตั้งเป้าหมายงานที่สามารถทำได้ในช่วงเวลาทำงานปกติจะช่วยลดความเสี่ยงของ

การหมดไฟในการทำงาน (Maslach et al., 2001) การกำหนดนโยบายการทำงานที่ยืดหยุ่น และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากร โดยการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของบุคลากรภายในองค์กรจะช่วยลดความเสี่ยงของการหมดไฟ (กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565) การดูแลสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต เช่น ลดภาระงานที่เกินและจัดวันหยุดพักที่เหมาะสม จะช่วยลดความอ่อนล้าทางอารมณ์ให้บุคลากรได้อย่างชัดเจน (ศุภลักษณ์ ใจบุญ, 2567)

การส่งเสริมให้ผู้บังคับบัญชาเข้าใจถึงความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางอารมณ์และการให้คำปรึกษาต่อบุคลากร จะช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการรับมือกับความท้าทายที่เกิดขึ้นในที่ทำงาน (พัชรภรณ์ สนิตพัฒนาศุข และ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2565) ผู้บังคับบัญชาที่เป็นผู้รอบรู้และทันต่อเหตุการณ์ต่างๆ และรับฟังความคิดเห็น ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจ เชื่อถือในคำสั่งของผู้บังคับบัญชาและกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนางานให้ดีขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้บังคับบัญชายกย่องชมเชยผลงานที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจและเกิดความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น (พชรอร วรรณภีระ และ ปวีณา สนธิสมบัติ, 2566)

การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนภายในองค์กร เช่น การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การสร้างกิจกรรมการร่วมมือกันหรือการตั้งกลุ่มสนับสนุนที่ช่วยเหลือกันจะช่วยให้บุคลากรรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและลดความเครียด (Hakanen et al., 2006) การศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2566) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีส่งผลให้ความสำเร็จส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมในการวางแผน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนางาน รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสารใกล้ชิดเป็นกันเองกับผู้บริหารและผู้ร่วมงานจะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีส่วนสำคัญในงานและองค์กร ทำให้รับรู้ถึงความสำเร็จในงานมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้ การสร้างระบบการยอมรับและการให้รางวัลที่มีความยุติธรรมและโปร่งใส เช่น การให้รางวัลสำหรับการทำงานที่ดี หรือการแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของบุคลากร จะช่วยเพิ่มความรู้สึกว่าความพยายามของบุคลากรได้รับการยอมรับและลดภาวะหมดไฟที่เกิดจากการขาดการยอมรับ (Maslach et al., 2001) การพัฒนาระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและความโปร่งใสภายในองค์กร เช่น การประชุมสม่ำเสมอ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายองค์กร จะช่วยให้บุคลากรรู้สึกมั่นใจในทิศทางขององค์กร และลดความรู้สึกเครียดจากการไม่เข้าใจสถานการณ์ (กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565)

สรุป

ในระบบสาธารณสุขไทยภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย รวมถึงภาระงานที่สูงเกินขีดจำกัด การทำงานที่ยาวนานโดยไม่สามารถพักผ่อนหรือฟื้นฟูตัวเองได้ การขาดทรัพยากร และการขาดการสนับสนุนที่เพียงพอจากทั้งผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้บุคลากรในระบบสุขภาพมีความเครียดสะสมและสามารถนำไปสู่ภาวะหมดไฟได้

ผลกระทบจากภาวะหมดไฟที่สำคัญ คือ การลดลงของคุณภาพการบริการผู้ป่วย เช่น ความผิดพลาดในการรักษาและการลดประสิทธิภาพในการให้บริการ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากร เพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคทางกายต่างๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และปัญหา

ทางเดินหายใจ การลดลงของแรงจูงใจในการทำงานและการลาออกจากงานยังเป็นผลที่พบได้บ่อยในบุคลากรที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน

สำหรับแนวทางการจัดการภาวะหมดไฟนั้น มีหลายกลยุทธ์ที่สามารถนำมาใช้ในระดับบุคคล องค์กร และนโยบายสาธารณะ เช่น การปรับภาระงานให้เหมาะสมกับบุคลากร การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การให้การฝึกอบรมการรับมือกับความเครียด และการสร้างระบบการสนับสนุนทั้งในองค์กรและจากเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งการส่งเสริมการพักผ่อนและการปรับสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟในระยะยาว

ทั้งนี้ภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขมีผลกระทบที่สำคัญต่อทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ โดยแนวทางเหล่านี้สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและหน่วยงานกำกับ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ฯลฯ ดังนั้นการจัดการภาวะนี้ได้อย่างเหมาะสมจะช่วยรักษาคุณภาพของบริการสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การจัดการภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาคุณภาพการให้บริการและสุขภาพจิตของบุคลากร ดังนี้

1. ควรปรับภาระงานให้เหมาะสมกับความสามารถของบุคลากรโดยลดการทำงานล่วงเวลาและให้เวลาพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ องค์กรควรสนับสนุนการทำงานที่มีความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว เพื่อป้องกันความเครียดสะสมและภาวะหมดไฟในการทำงาน
2. ผู้บังคับบัญชาควรให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจแก่บุคลากร รวมถึงมอบอำนาจในการตัดสินใจให้บุคลากรรู้สึกมีบทบาทในการทำงาน องค์กรควรสร้างวัฒนธรรมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตและการทำงานเป็นทีม จะช่วยให้บุคลากรรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ลดความเครียด และสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีซึ่งจะช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกสมาธิหรือการใช้เทคนิคการผ่อนคลายจะช่วยให้บุคลากรรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การให้ผลตอบแทนที่เหมาะสมและการยอมรับผลงานจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความพึงพอใจในงาน

รายการอ้างอิง

กช พัทธ์พงษ์โรจน์, ธาตรี โปสทธิพิเชษฐ์, ศรีณย์ ศรีคำ, และ ธนภมณ ลีศรี. (2567). ภาวะหมดไฟจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 839-850.

กขมาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย, และ ปกมล เหล่ารักษาวงษ์. (2565). ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 30(3), 211-221.

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงสูงสุด “ภาวะหมดไฟ”*. HFfocus. <https://www.hfocus.org/content/2022/11/26365>
- กรรณิรมย์ สุบรรณ, มลีนี สมภพเจริญ, และ ปิยะธิดา ขจรชัยกุล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 4(3), 63-76.
- เต็มสิริ ป.ปาน. (2564). ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลจังหวัดสงขลา. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 26, 24-36.
- ทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร, วัลลภ ใจดี, เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์, และ นิภา มหารัชพงษ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(1), 100-110.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2566). ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 84-96.
- นันทาวดี วรสุวิธ. (2563). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 603-613.
- พิไลภัสตร์ ฉัตรชัยกุลศิริ. (2564). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์สถาบันประสาทวิทยาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(4), 439-454.
- พชรอร วรณภีระ, และ ปวีณา สนธิสมบัติ. (2566). ภาวะหมดไฟในการทำงานและความพึงพอใจในการทำงานของเภสัชกรประจำโรงพยาบาล. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 16(2), 308-322.
- พัชรภรณ์ สิ้นดีพัฒนะสุข, และ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2565). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 154-163.
- ภัญญวิทย์ อนันต์ดีลฤทธิ, และ วรพงษ์ สายโสภณ. (2568). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 19(2), 568-586.
- ศุภลักษณ์ ใจบุญ. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 12(2), 301-322.
- โสภิตา ตันธนาธิป, เกษตรชัย และหิม, ปัจฉิมา บัวยอม, วีรยา ขวัญทอง, และ เฉลิมพล โอสถพรพมา. (2566). ความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 17(3), 138-148.
- สิริยากร เดชมณีธร. (2562). *ภาวะเหนื่อยหน่าย (Burnout) ของพนักงานเจเนอเรชันวายที่ทำงานในธนาคาร กรณีศึกษาเปรียบเทียบธนาคารของรัฐและเอกชน*. [สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หทัยรัตน์ ยาวิชัย, พลากร มูลไว, กรรณิกา กาวีวงศ์, และ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*, 5(1), 187-203.

อมรรัตน์ จันโยธา, สุทธินันท์ ฉันท์ธนกุล, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, และ สุคนธา ศิริ. (2560). ศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน ของพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 166-174.

Chongchitpaisan, W., & Bandhukul, A. (2025). The prevalence of burnout and the COVID-19 risk exposure control measure among health workers during pandemic in hospitals in Thailand. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 32(1), 172–185.

Kristensen, Thomas S., Borritz, Marianne, Villadsen, Eva, & Christensen, Karl B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Working & Stress*, 19(3), 192–207.

Kunno, J., Supawattanabodee, B., Sumanasrethakul, C., Wiriyasirivaj, B., & Yubonpant, P. (2022). Burnout prevalence and contributing factors among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey study in an urban community in Thailand. *PLOS ONE*, 17(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269421>.

Macaron, M. M., Segun-Omosehin, O. A., Matar, R. H., et al. (2023). A systematic review and meta-analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1071397.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1071397>.

Maslach, Christina, Schaufeli, Wilmar B., & Leiter, Michael P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

Mohr, D. C., Young-Xu, Y., Armaganian, S., Lall, R., & Meterko, M. (2025). Burnout trends among US health care workers, 2018–2023. *JAMA Network Open*, 8(4), e25833027.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40257797/>

Popa F, Arafat R, Purcărea V, Lală A, Popa-Velea O, & Bobirnac G. (2010). Occupational Burnout levels in Emergency Medicine—a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*, 3(4), 449–53.

Surawattanasakul, V., Siviroj, P., Kiratipaisarl, W., Sirikul, W., Phetsayanavin, V., Pholvivat, C., & Lamlert, C. (2025). Physician burnout, associated factors, and their effects on work performance throughout first-year internships during the COVID-19 pandemic in Thailand: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25, 1967.

Ujjan BU, Hussain F, Nathani KR, Farhad A, & Chaurasia B. (2022). Factors associated with risk of burnout in neurosurgeons: current status and risk factors. *Acta Neurol Belg*, 122(5), 1163-1168. <https://doi.org/10.1007/s13760-022-02072-2>.

World Health Organization. (2019, May 28). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>



บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ใหญ่ที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนสมอง
จากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย

The Role of Family in Caring for Adults with Post-Concussion Syndrome
Following Mild Traumatic Brain Injury

อุมากร สุวนันทวงศ์*

Umakorn Suwananthawong*

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ*

North Bangkok University*

(Receives: 10 May 2025; Revised: 27 May 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ใหญ่ที่มีอาการหลังการกระทบกระเทือน (Post-Concussion Syndrome: PCS) จากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury; mTBI) โดยมุ่งเน้นไปที่ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การสนับสนุนด้านการรักษาและฟื้นฟู ตลอดจนการให้กำลังใจทางจิตใจและสังคม อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ใหญ่จากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยที่มีอาการเรื้อรังมักมาพร้อมกับความท้าทาย เช่น การขาดข้อมูลการดูแลผู้ใหญ่ที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนที่ถูกต้อง การขาดการประสานงานจากระบบสุขภาพ ภาระและความเครียดของผู้ดูแล รวมถึงช่องว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ใหญ่ที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนสมองจากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยในสังคมไทย บทความนี้สรุปแนวทางการสนับสนุนผู้ดูแล เช่น การจัดให้ความรู้ที่ถูกต้อง การติดตามช่วยเหลือหลังออกจากโรงพยาบาล การสนับสนุนด้านจิตใจและการพัฒนาฝีมือหรือโปรแกรมเฉพาะทางที่เหมาะสมกับบริบทไทยเพื่อเสริมสร้างการดูแลที่มีประสิทธิภาพและลดผลกระทบระยะยาวของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การบาดเจ็บสมองเล็กน้อย, อาการหลังการกระทบกระเทือน, บทบาทครอบครัว, ผู้ดูแล, การฟื้นฟูสมรรถภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding e-mail: umakorn.su@northbkk.ac.th_อุมากร สุวนันทวงศ์)

Abstract

This academic article aims to present the role of families in caring for adults with Post-Concussion Syndrome (PCS) following Mild Traumatic Brain Injury (mTBI), with a focus on studies and perspectives from the past decade. Families or caregivers play a crucial role in observing symptoms and behavioral changes, arranging suitable living environments, supporting medical treatment and rehabilitation, and providing emotional and social encouragement. However, caring for adults with persistent symptoms after mTBI often involves challenges such as a lack of accurate information about PCS management, limited coordination within healthcare systems, caregiver burden and stress, and knowledge gaps regarding the care of adults with PCS in Thai society. This article summarizes approaches to support caregivers, including the provision of accurate information, post-discharge follow-up support, psychological assistance, and the development of tailored guidelines or programs appropriate to the Thai context, to enhance effective caregiving and reduce long-term impacts on patients.

Keywords: Mild traumatic brain injury, Post-concussion syndrome, Family role, Caregiver, Rehabilitation

บทนำ

ภาวะสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (mild traumatic brain injury - mTBI) หรือที่เรียกว่า การกระทบกระเทือนของสมอง (concussion) เป็นการบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่พบได้บ่อยที่สุด โดยคิดเป็นประมาณ 80% ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งหมด (Jian He et al., 2024) แม้ว่าจะเรียกว่า “เล็กน้อย” แต่การบาดเจ็บชนิดนี้สามารถก่อให้เกิดความผิดปกติของการทำงานสมองและอาการหลากหลาย เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย มีปัญหาความจำ อารมณ์แปรปรวน หรือการนอนหลับผิดปกติ โดยอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน และโดยทั่วไปจะทุเลาลงเองภายใน 7-14 วัน หลังการบาดเจ็บในผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ในบางรายอาการอาจมีอาการต่อเนื่องเป็นเดือนหรือเป็นปี ซึ่งเราเรียกภาวะนี้ว่า กลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนของสมอง (post-concussion syndrome – PCS) (Emeot, 2020) สาเหตุที่บางคนยังคงมีอาการ PCS นานขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ หรือประวัติการกระทบกระเทือนสมองซ้ำๆ เป็นต้น งานวิจัยบางชิ้นรายงานว่าผู้ป่วย mTBI จำนวนไม่น้อยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่นานเกิน 3 เดือนหลังการบาดเจ็บ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า PCS อาจพบมากกว่าที่เคยคาดคิดไว้ และภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไม่น้อยเลย (Gamgee et al., 2023)

บทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนสมอง (Post-Concussion Syndrome: PCS) จากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (mild

traumatic brain injury: mTBI) เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวกลายเป็นผู้เฝ้าสังเกตอาการและให้การดูแลในชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิด การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้มุ่งเน้นงานวิจัยและแนวทางเวชปฏิบัติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทั้งในประเทศไทย เอเชีย และระดับสากล เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ใหญ่ที่มี PCS รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลมักเผชิญ

แม้จะมีงานศึกษาจำนวนหนึ่งที่กล่าวถึงการฟื้นฟูผู้ป่วย mTBI แต่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นที่การดูแลทางการแพทย์โดยตรง ขณะที่ บทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลซึ่งมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยยังถูกกล่าวถึงอย่างจำกัดและกระจัดกระจาย โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีโครงสร้างครอบครัวและระบบสนับสนุนแตกต่างจากประเทศตะวันตก การทบทวนนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อ เติมเต็มช่องว่างความรู้ ด้วยการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางปฏิบัติ และข้อเสนอแนะสำหรับการเสริมสร้างบทบาทครอบครัวเพื่อพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทไทย และสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วย mTBI ที่มีอาการ PCS

เนื้อเรื่อง

ปัญหาและความท้าทายที่ครอบครัวและผู้ดูแลเผชิญ

แม้ว่าครอบครัวหรือผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญดังกล่าว แต่การดูแลผู้ป่วย mTBI ที่มี PCS ก็มาพร้อมกับความท้าทายหลายประการ ที่พบได้ทั้งในประเทศไทย เอเชียและในต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปประเด็นปัญหาหลักๆ ได้ดังนี้

ข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอหรือขัดแย้งกัน: ปัญหาที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลมักประสบอันดับต้นๆ คือ การขาดข้อมูลและความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ผู้ดูแลหลายคนรู้สึกที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน หรือข้อมูลไม่ชัดเจนพอที่จะเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวหลังกลับบ้าน (Siripituphum et al., 2020) ยิ่งไปกว่านั้น บางครั้งข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (แพทย์ พยาบาล เอกสารให้ความรู้ หรือ อินเทอร์เน็ต) ยังมีความขัดแย้งกัน ทำให้ครอบครัวสับสนว่าจะเชื่อถือแนวทางใด เช่น งานวิจัยเชิงคุณภาพในสหราชอาณาจักรโดย Gamgee และคณะ (2023) รายงานว่าผู้ป่วย mTBI และครอบครัวได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งและสับสนจากบริการสุขภาพ ส่งผลให้ครอบครัวไม่เข้าใจสภาพผู้ป่วยและเกิดความรู้สึกสูญเสียอย่างไม่ชัดเจนต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ในประเทศไทย การศึกษาเชิงคุณภาพโดย สิริพิฑูพุม และคณะ (2020) ที่สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย TBI ในภาคใต้ก็พบว่า “ข้อมูลการสอนหลังจำหน่ายที่ไม่เพียงพอ” เป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญของระบบการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ผู้ดูแลจำนวนมากจึงรู้สึกไม่มั่นใจเพราะไม่เข้าใจอาการและแนวทางการดูแลอย่างถ่องแท้

การประสานงานและติดตามดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล: ปัญหาต่อมาคือ ระบบสนับสนุนหลังการรักษาที่ยังขาดความต่อเนื่อง และชัดเจน ผู้ดูแลบางรายระบุว่าหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ตนเองได้รับ การติดตามหรือคำแนะนำเพิ่มเติมน้อย ไม่มีการประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง (Siripituphum et al., 2020) เช่น อาจไม่มีเจ้าหน้าที่โทรสอบถามอาการ หรือไม่มีคลินิกเฉพาะทางสำหรับ

PCS ให้ปรึกษา ส่งผลให้ครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหานี้พบได้ในบริบทไทยจากงานของ สิริพิฑูพุม และคณะ (2020) ซึ่งชี้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วย TBI ช่วงกลับสู่บ้านมี “การประสานงานและการติดตามต่อเนื่องที่ขาดความต่อเนื่อง” รวมถึงผู้ดูแลมี “เวลาและทรัพยากรจำกัดในการขอคำปรึกษา” จากบุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแลหลายคนจึงขาดที่พึ่งหรือแหล่งความรู้ที่จะสอบถามเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาใหม่ๆ เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน

ภาระบทบาทและความเครียดของผู้ดูแล: การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังย่อมเพิ่มภาระ (burden) ให้ครอบครัว ทั้งด้านเวลา กิจวัตรประจำวัน และอารมณ์จิตใจ งานวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (โดยเฉพาะรายที่อาการมาก) มักรู้สึกว่า ชีวิตตนเองหยุดชะงัก ต้องเสียสละเวลาส่วนตัว ไม่มีเวลาพักผ่อน รู้สึกบทบาทความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนไป และมีอารมณ์ด้านลบสะสม เช่น โกรธ รู้สึกผิดวิตกกังวลและเศร้าใจ (Kratz et al., 2017) แม้การศึกษาดังกล่าวจะเน้น TBI ระดับปานกลาง-รุนแรง แต่ กรณี mTBI ที่มี PCS นานๆ ครอบครัวก็อาจประสบภาวะคล้ายคลึงกัน เพียงแต่ความรุนแรงอาจน้อยกว่า เช่น งานวิจัยของ Gamgee และคณะ (2023) รายงานว่าครอบครัวผู้ป่วย mTBI ที่มีอาการ >3 เดือนยังพบความท้าทายหลายด้านคล้ายครอบครัว TBI รุนแรง ไม่ว่าจะเป็น ความยากลำบากในการทำความเข้าใจอาการผู้ป่วย (เพราะภายนอกดูปกติแต่ภายในไม่เหมือนเดิม) และความรู้สึกที่ว่าบทบาทและอัตลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไป มาเป็นผู้ดูแลเต็มตัว นอกจากนี้ ครอบครัว mTBI อาจเผชิญปัญหาเฉพาะบางอย่าง เช่น ผู้ป่วยดูเหมือนไม่เป็นอะไรจนครอบครัว (รวมถึงญาติบางคน) ไม่เข้าใจความรุนแรงของอาการ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดแรงสนับสนุนหรือถูกลดทอนความสำคัญของบทบาทลง

ช่องว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ mTBI ในสังคม: ในบริบทสังคมเอเชีย มีการศึกษาที่บ่งชี้ว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวยังมี ความเข้าใจผิดหรือความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับ mTBI อยู่มาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลตัวเองและการตัดสินใจขอความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น การศึกษาภาคตัดขวางในจีนโดย He et al. (2024) ที่สำรวจผู้ป่วย mTBI และครอบครัว 573 คน พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับ mTBI ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (11 จาก 20 คะแนน) และมีช่องว่างความรู้ อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ระดับการศึกษาหรือตัวแปรเศรษฐกิจสังคมต่ำกว่า นอกจากนี้ ทัศนคติต่อ mTBI ก็แตกต่างกันตามประสบการณ์ส่วนตัว (เช่น ครอบครัวที่เคยเห็นผู้ป่วยตกจากที่สูงจะมีทัศนคติที่จริงจังกว่า) (He et al., 2024) ผลการศึกษานี้เน้นย้ำว่า “มีช่องว่างสำคัญในความรู้และทัศนคติเรื่อง mTBI ในหมู่ผู้ป่วยและครอบครัว” และช่องว่างดังกล่าวอาจส่งผลทำให้การจัดการดูแลไม่เหมาะสมเท่าที่ควร จึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้ที่ตรงจุดแก่กลุ่มเหล่านี้

กล่าวโดยสรุปแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วย mTBI ที่มีอาการหลงเหลือ (PCS) ต้องเผชิญทั้งความสับสนจากข้อมูลที่จำกัด/ขัดแย้ง ความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแล การขาดการสนับสนุนเนื่องจากระบบสุขภาพ ตลอดจนภาระและความเครียดส่วนตัว ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นในหลายประเทศคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม บริบทวัฒนธรรมและระบบสุขภาพในแต่ละแห่งอาจซ้ำเติมบางประเด็นให้ต่างกันไป เช่น ในประเทศไทยครอบครัวมีบทบาทสูงในการดูแลญาติผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ระบบสนับสนุนผู้ดูแลที่เป็นทางการยังพัฒนาน้อย ผู้ดูแลจึงอาจแบกรับภาระมากกว่า ในขณะที่บางประเทศตะวันตกอาจมีเครือข่ายสนับสนุนหรือคู่มือความรู้มากกว่า แต่ผู้ดูแลก็ยังรู้สึกถึงความเครียดและความไม่เข้าใจจากสังคมเช่นกัน

บทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย mTBI ที่มี PCS

บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น mTBI และกลับบ้าน ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทเป็นด่านหน้าสำคัญ ในการฟื้นฟูผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวต้องทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ฝ้าสังเกตอาการและความเปลี่ยนแปลง: ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วง 24–72 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บ ตามคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติ ผู้ดูแลควรปลุกผู้ป่วยทุก 2–4 ชั่วโมงเพื่อตรวจสอบความรู้สึกตัว หากพบอาการผิดปกติรุนแรงต้องรีบพาผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ทันที โดย แนวทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ประสาทแห่งประเทศไทย (Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019) กำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องกลับมาพบแพทย์ 11 ประการ ได้แก่

1. ง่วงซึมผิดปกติหรือปลุกไม่ตื่น
2. กระสับกระส่ายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างมาก
3. พูดไม่ชัดหรือสับสน
4. แขนหรือขาอ่อนแรง
5. ชักเกร็ง
6. อาเจียนพุ่งหรืออาเจียนซ้ำๆ
7. ปวดศีรษะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ
8. ตามัวหรือการมองเห็นผิดปกติ
9. มีน้ำหรือเลือดไหลออกจากหูหรือจมูก
10. มีอาการเดินเซหรือเสียการทรงตัว
11. มีบาดแผลศีรษะที่บวมโตหรือกดเจ็บมากขึ้น

การฝ้าสังเกตเหล่านี้เป็น หน้าที่พื้นฐานที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย mTBI ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังกลับบ้าน

2. จัดสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมการพักผ่อน: ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (mTBI) ควรได้รับการพักทั้งทางร่างกายและสมอง (physical and cognitive rest) อย่างน้อย 24–48 ชั่วโมงแรก เพื่อลดภาระการทำงานของสมองและป้องกันการกระแทกกระเทือนซ้ำ (Emeot, 2020) ในระยะนี้ ครอบครัวหรือผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมที่สงบเงียบ ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนสมอง เช่น แสงสว่างจ้า เสียงดัง หรือการใช้หน้าจอเป็นเวลานาน รวมทั้งงดกิจกรรมที่ต้องใช้แรงกายหรือใช้ความคิดหนัก หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ส่งเสริมการกลับไปทำกิจกรรมตามลำดับขั้นภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด เช่น การกลับไปทำงานหรือไปโรงเรียนแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้ร่างกายและสมองมีเวลาปรับตัวอย่างเหมาะสม ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมจังหวะและกำกับการกลับเข้าสู่กิจกรรมเหล่านี้ ไม่ให้เร่งรีบเกินไปจนเสี่ยงต่อการทำให้อาการกำเริบ

3. สนับสนุนด้านการรักษาและฟื้นฟู: ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการไปพบแพทย์ตามนัด ติดตามการทำหัตถการตรวจวินิจฉัย (เช่น พาไปทำ CT Scan ตามความจำเป็น) และ ช่วยเตือน/จัดยา

ตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังอาจต้องสนับสนุนผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพอื่นๆ ที่บ้าน เทียบได้กับการที่แนวทางเวชปฏิบัติในต่างประเทศส่งเสริมให้ผู้ดูแล ร่วมมือกับทีมรักษาในการวางแผนการดูแล ผู้ป่วย (patient-centered care ร่วมกับครอบครัว) (U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021) ตัวอย่างเช่น ในบางกรณีผู้ดูแลอาจเข้าร่วมในการฝึกความจำหรือพฤติกรรมบำบัดร่วมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวและปรับตัวของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวเอง

4. ให้การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม: ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นแหล่งพลังใจสำคัญสำหรับผู้ป่วย mTBI ที่มีอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจรู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลจากอาการเรื้อรังและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น การมีครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยรับฟัง ปลอดภัย และสร้างความเข้าใจว่าอาการเหล่านี้เป็นผลจากการบาดเจ็บจริงๆ (แม้ภายนอกผู้ป่วยจะดูปกติ) จะช่วยลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยได้ งานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าครอบครัวเองก็ต้องปรับตัวด้านอารมณ์ ต่อความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น มีความรู้สึกสูญเสียบุคคลเดิม (ambiguous loss) และต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วย (Gamgee et al., 2023) การสื่อสารในครอบครัวอย่างเปิดใจและการร่วมมือกันปรับตัวจึงเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ดูแลบางคนเลือกหา กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (caregiver support groups) หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อเรียนรู้วิธีจัดการความเครียดของตนเองควบคู่ไปด้วย

แนวทางการสนับสนุนและคำแนะนำสำหรับผู้ดูแล

เพื่อช่วยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนสมอง (PCS) จากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (mTBI) ได้อย่างเหมาะสม วรรณกรรมในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้เสนอแนวทางการสนับสนุนที่ชัดเจนมากขึ้น ทั้งจากงานวิจัยเชิงประจักษ์และคำแนะนำจากองค์กรวิชาชีพ โดยสามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

การให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องต่อครอบครัว

แหล่งข้อมูลจำนวนมากยืนยันว่า การให้ความรู้ที่เพียงพอ ชัดเจน และสมจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลที่บ้านมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล แนวทางเวชปฏิบัติทั้งในไทยและสากลต่างระบุให้บุคลากรทางการแพทย์ อธิบายอาการและแนวทางการดูแลแก่ญาติอย่างละเอียด ตั้งแต่ในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย (Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019) ตัวอย่างเช่น แนวทางสมองบาดเจ็บของไทย พ.ศ.2562 แนะนำว่าในกรณีแพทย์วินิจฉัยให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ต้องแน่ใจว่าผู้ดูแลเข้าใจวิธีสังเกตอาการและวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง และสามารถพาผู้ป่วยมาตรวจซ้ำตามนัดได้ หากผู้ดูแลไม่มีความพร้อม ควรพิจารณาให้อนส่งอาการในโรงพยาบาลต่อ นอกจากนี้ควรมีเอกสารหรือคู่มือสั้นๆ ให้ผู้ป่วย/ญาติถือกลับบ้านเพื่อทบทวนภายหลัง (ในต่างประเทศ มีแผ่นพับ "concussion discharge instructions" แจกแก่ญาติผู้ป่วยเสมอ)

การสื่อสารข้อมูลต้องมีความสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน จากงานวิจัยของ Gamgee et al. (2023) ที่เน้นย้ำว่าหน่วยบริการสุขภาพควรให้ข้อมูลที่ สอดคล้องต้องกัน (consistent) และ โปร่งใสตามความเป็นจริง (realistic) แก่ครอบครัว เพื่อป้องกันความรู้สึกสับสนและช่วยในการปรับตัวของครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลง

ของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ส่วน He et al. (2024) ก็สรุปในทำนองเดียวกันว่า “ควรมีการจัดโปรแกรมให้ความรู้ที่ตรงเป้าหมายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว” เพื่อเปิดช่องว่างความรู้และปรับทัศนคติ ให้ทุกคนเข้าใจ mTBI และ PCS อย่างถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว

แนวทางระดับสากลอย่าง Ontario Neurotrauma Foundation (2018) ของแคนาดาแนะนำให้แพทย์ผู้รักษา ให้คำแนะนำล่วงหน้าที่เป็นรูปธรรมแก่ครอบครัว เกี่ยวกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการกระทบกระเทือน เพื่อให้ครอบครัวเตรียมพร้อมและป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ ตัวอย่างเช่น แนะนำให้แพทย์ “จัดเตรียมคำแนะนำเชิงคาดการณ์ที่เหมาะสมและสมจริงแก่ครอบครัว” (realistic and appropriate anticipatory guidance) เพื่อช่วยหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนซ้ำและลดความถี่/ความรุนแรงของอาการเรื้อรังที่จะเกิดขึ้น การให้ความรู้ล่วงหน้าเช่นนี้ช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและความคาดหวังที่เป็นจริง (appropriate expectations) ในหมู่ครอบครัว

โปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลและการติดตามต่อเนื่อง

การจัดระบบติดตามอาการและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย เป็นแนวทางที่ช่วยเสริมความมั่นใจแก่ผู้ดูแลอย่างมาก ในบริบทไทย สิริทิพพุม และคณะ (2020) ได้เสนอแนะให้พัฒนา “โปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลผ่านทางโทรศัพท์หรือระบบทางไกล (tele-nursing caregiver support)” สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บหลังจำหน่าย โดยโปรแกรมหวังจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรึกษาพยาบาลหรือทีมสุขภาพได้เมื่อมีปัญหา ได้รับข้อมูลทบทวนความรู้ และรู้สึกว่าการดูแลไม่ได้ถูกทิ้งให้อยู่ลำพัง โปรแกรมลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิด case management ในต่างประเทศ ที่มักจัดให้ผู้ป่วย TBI โดยเฉพาะทหารผ่านศึกมีผู้ประสานงานคอยติดตาม (เช่น case manager ในระบบทหารผ่านศึกสหรัฐฯ มีการโทรติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะ และช่วยแก้ปัญหาประสานงานทรัพยากรต่างๆ ให้ครอบครัว) (Ontario Neurotrauma Foundation, 2018)

นอกจากนี้ การจัดคลินิกเฉพาะทางหรือทีมสหวิชาชีพสำหรับ PCS ก็เป็นแนวทางที่บางประเทศดำเนินการ เช่น ในระบบทหารผ่านศึกสหรัฐฯ มีศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บสมอง (TBI CoE) ที่มีทรัพยากรออนไลน์นี้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยเข้าไปศึกษาหาความรู้เองได้ และมีบริการให้คำปรึกษาครอบครัว ในด้านปัญหาจิตสังคมที่อาจเกิดจากการบาดเจ็บสมอง สำหรับประเทศไทย แม้ยังไม่มีคลินิกเฉพาะของ PCS อย่างแพร่หลาย แต่โรงพยาบาลใหญ่บางแห่งเริ่มให้บริการ คลินิกเวชศาสตร์การกีฬา/การเจ็บศีรษะ สำหรับนักกีฬาที่มี concussion และบางแห่งมีการจัด ทีมสหวิชาชีพ (หมอประสาทวิทยา, หมอเวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพ, นักจิตวิทยา ฯลฯ) ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลังการบาดเจ็บสมองหลายมิติ ซึ่งหากครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ก็จะได้รับคำแนะนำที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

การจัดการด้านจิตใจและสังคมสำหรับครอบครัว

แนวทางการดูแลในระยะยาวไม่ควรมุ่งแค่ตัวผู้ป่วย แต่ควรครอบคลุมถึงสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ของครอบครัวและผู้ดูแลด้วย องค์กรวิชาชีพหลายแห่ง เช่น สมาคมการแพทย์สหรัฐฯ (AMA) และ สมาคมเวชศาสตร์ทางปัญญา แนะนำให้ทีมสุขภาพ ประเมินปัจจัยทางจิตสังคมของครอบครัว ร่วมด้วย เช่น ภาระการเงิน ความเครียดในครอบครัว ความพร้อมในการกลับไปทำงาน/โรงเรียนของผู้ป่วย และจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเท่าที่ทำได้ (Ontario Neurotrauma Foundation, 2018) ในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังนานเกิน 3–6 เดือน

ควรพิจารณา ส่งปรึกษานักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยครอบครัวรับมือกับความเครียดและปรับตัว เช่น การจัดการพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วยที่อาจกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือการวางแผนช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่บทบาททางสังคมที่ละน้อยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ในต่างประเทศมีทรัพยากรออนไลน์จำนวนมากสำหรับผู้ดูแล เช่น เว็บไซต์ของ กรมกิจการทหารผ่านศึก สหรัฐฯ ที่มีหัวข้อ “ผลกระทบของ PTSD ต่อครอบครัว” และคู่มือให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพต่างๆ หรือองค์กรไม่แสวงผลกำไรอย่าง PsychArmor ที่ทำคอร์สออนไลน์ฟรีให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอาการเรื้อรังได้เรียนรู้ทักษะการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย แม้องค์กรเหล่านี้จะอยู่ต่างประเทศ แต่บางเนื้อหาที่ปรับใช้กับบริบทไทยได้เช่นกัน หน่วยงานไทยอาจพิจารณาจัดทำ คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อย ที่มีเนื้อหาเฉพาะทางและเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย เพื่อให้ครอบครัวใช้เป็นแหล่งอ้างอิงได้ตลอดการดูแล

การเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วย mTBI ที่มี PCS: บริบทประเทศไทยและแนวทางระดับโลก เมื่อพิจารณาภาพรวมของแนวทางเวชปฏิบัติและคำแนะนำในประเทศไทย/เอเชียเทียบกับแนวทางสากล พบว่ามี ความสอดคล้องกันในหลักการสำคัญ หลายประการ เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การเน้นการติดตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านจิตสังคม อย่างไรก็ตาม ยังมี จุดเน้นที่แตกต่างกันตามบริบท ดังนี้

ประเทศไทยและเอเชีย: ครอบครัวถูกคาดหวังให้มีบทบาทสูงในการดูแลผู้ป่วย แนวทางของสถาบันประสาทวิทยาและราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ประสาทแห่งประเทศไทย (2562) เน้นย้ำการสังเกตอาการที่บ้าน และการกลับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงการปรับวิธีการดูแลตามทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ งานวิจัยในไทยยังสะท้อนอุปสรรคเชิงระบบ โดยเฉพาะความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย ซึ่งอาจแก้ไขได้ด้วยการนำเทคโนโลยี เช่น telehealth มาใช้ (Siripituphum et al., 2020) ขณะเดียวกัน ประเทศเพื่อนบ้านในเอเชีย เช่น จีน มีงานศึกษาที่ชี้ว่าประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่อง mTBI และควรเร่งสร้างความตระหนักในวงกว้าง (He et al., 2024) ประเด็นท้าทายในภูมิภาคนี้จึงอยู่ที่การเสริมสร้างระบบสนับสนุนผู้ดูแล และการกระจายความรู้ที่เข้าถึงได้

แนวทางสากล (ตะวันตก): หลายประเทศได้พัฒนาแนวทางที่ครอบคลุมการดูแล mTBI ในระยะยาว เช่น VA/DoD CPG (2021), Ontario Neurotrauma (2018), และ CDC Pediatric mTBI (2018) ซึ่งต่างเน้นการสื่อสารอย่างใกล้ชิดกับครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการฟื้นฟู (เช่น การทำกายภาพบำบัดร่วมกับผู้ป่วย) ด้านการสนับสนุนข้อมูล ประเทศตะวันตกมีแหล่งข้อมูลออนไลน์จำนวนมาก เช่น เว็บไซต์ CDC “Heads Up” ที่ให้คู่มือผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลหลัง concussion อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเชิงคุณภาพก็พบปัญหาคล้ายไทย คือ ครอบครัวยังรู้สึก “ขาดข้อมูลต่อเนื่อง” หลายระบบสุขภาพจึงตอบสนองด้วยการจัด ผู้ประสานงานเคส (case manager) หรือ คลินิกเฉพาะทาง PCS เพื่อให้ครอบครัวเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

สรุป

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังการกระทบกระเทือนสมอง (Post-Concussion Syndrome: PCS) จากการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (mTBI) เป็นประเด็นที่ท้าทายและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่

ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านภายหลังการรักษา ทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลต้องมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าสังเกตอาการ ดูแลกิจวัตรประจำวัน และสนับสนุนด้านจิตใจ วรรณกรรมในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้ย้ำชัดถึงความสำคัญของบทบาทครอบครัว แต่ในขณะเดียวกันก็สะท้อนข้อจำกัดที่พบได้บ่อย ได้แก่ การขาดความรู้และข้อมูลที่ต้องการ ภาระและความเครียดของผู้ดูแล ตลอดจนช่องว่างของระบบสนับสนุนด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย mTBI ที่มี PCS จึงควรให้ความสำคัญกับการดำเนินการใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การจัดการความรู้และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนแก่ครอบครัวผู้ดูแล
2. การพัฒนาระบบติดตามและสนับสนุนหลังออกจากโรงพยาบาล เช่น โปรแกรมติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ
3. การจัดบริการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมแก่ครอบครัว เช่น กลุ่มสนับสนุนหรือบริการให้คำปรึกษา
4. การพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม สำหรับประเทศไทย แนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดทำคู่มือความรู้สำหรับผู้ดูแลในภาษาไทย การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telehealth) เพื่อการติดตามอาการ และการจัดตั้งคลินิกหรือเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง PCS ในระดับภูมิภาค ทั้งนี้ การเรียนรู้จากแนวทางสากลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยนานาชาติจะช่วยสนับสนุนให้ประเทศไทยสามารถปรับใช้มาตรการที่พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับบริบทจริง

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมทั้งด้านข้อมูล ความรู้ และการดูแลด้านจิตใจ จะเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วย mTBI ที่มี PCS ฟื้นตัวได้อย่างเต็มศักยภาพ ลดผลกระทบระยะยาว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวในที่สุด

รายการอ้างอิง

- Brain Injury Association of America. (2011). BIAA Adopts New TBI Definition [Online]. Retrieved from <https://www.biausa.org/> (cited in Siripituphum et al., 2020).
- Gamgee, J., Runacres, J., Norman, A., & Pradhan, P. (2023). The Secondary Impact of Mild Traumatic Brain Injury: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experiences of Family Members. *The Family Journal*, 31(4), 433–442. <https://doi.org/10.1177/10664807231164421>
- He, J., Chen, Z., Zhang, J., & Liu, X. (2024). Knowledge and attitudes toward mild traumatic brain injury among patients and family members. *Frontiers in Public Health*, 12, 1349169. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1349169>

- Kratz, A. L., Sander, A. M., Brickell, T. A., Lange, R. T., & Carlozzi, N. E. (2017). Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation, 27*(1), 16–37.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1051056>
- Ontario Neurotrauma Foundation. (2018). Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury & Persistent Symptoms (for Adults). Toronto: Ontario Neurotrauma Foundation. (Available from <https://braininjuryguidelines.org>)
- Royal College of Neurological Surgeons of Thailand (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย). (2019). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ พ.ศ.2562 [Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury 2019, in Thai]. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (Retrieved from RCNST website: <https://www.rcnst.or.th/>)
- Siripituphum, D., Songwathana, P., Khupantavee, N., & Williams, I. (2020). Caring for Thai traumatic brain injury survivors in a transitional period: What are the barriers? *Journal of Health Science and Medical Research, 38*(1), 43–52.
<https://doi.org/10.31584/jhsmr.202076>
- Yaowarat Emeot. (2020). การฟื้นฟูกลุ่มอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือนในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย: บทบาทพยาบาล [Rehabilitation of post-concussion syndrome in mild TBI patients: Nurse's role]. *วารสารกองการพยาบาล, 47*(1), 1–10. (ภาษาไทย)
- สมพร อินทะกนก. (2548). การพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนทักษะการเขียนภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ด้วยกระบวนการสอนของเฮวินส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี]. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน

อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Development of Prevention Model of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province.

นันทิยา เสมียนกุล¹, สุมัตนา กลางคร² และกษมา วงษ์ประชุม^{2*}

Nanthiya Samiankun¹, Sumattana Glangkarn² and Kasama Wongprachum^{2*}

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม¹

อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²

Graduate students, Master Degree of Public Health Program, Faculty of Public Health¹ Mahasarakham University

Lecturer, Faculty of Public Health Mahasarakham University²

(Receives: 14 May 2025; Revised: 27 July 2025; Accepted: 5 August 2025)

บทคัดย่อ

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เพื่อให้ประเทศไทยปลอดจากโรคตับอักเสบบีที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งนี้ จังหวัดยโสธร พบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ดำเนินการในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประชาชนในพื้นที่ตำบลชุมเงิน จำนวน 2,315 คน การดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ วางแผนปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และสะท้อนข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 25 คน และประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 71 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1. การคัดกรองด้วยแบบสอบถามและการตรวจเลือดที่ปลายนิ้ว 2. การจัดระบบการดูแลรักษาและส่งต่อ 3. จัดระบบการเข้าถึงวัคซีน 4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน หลังดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการตรวจคัดกรองพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.23 เกิดระบบในการจัดการของชุมชนสำหรับการป้องกันโรคตับอักเสบบี ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นระบบนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน และสามารถนำรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลสู่พื้นที่ใกล้เคียงได้

คำสำคัญ: ไวรัสตับอักเสบบี, การป้องกันโรค, การมีส่วนร่วม, การเฝ้าระวัง, การจัดการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kasama.w@msu.ac.th, กษมา วงษ์ประชุม)

Abstract

Viral hepatitis is a significant public health problem. The Ministry of Public Health has established a policy to eliminate hepatitis B and C viruses to make Thailand free from liver diseases that threaten public health. Yasothon Province has found that the prevalence of viral hepatitis continues to increase. This participatory action research aimed to develop an operational model for hepatitis B prevention in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province. The study was conducted among stakeholder groups and residents of Khum Ngern Subdistrict, totaling 2,315 individuals and community members over a period months from June to October 2024. The research comprised four phases: planning, implementation, observation, and reflection. The sample group included 25 stakeholders and 71 individuals born before 1992. Both quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, and mean, while inferential statistics included Paired Sample t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research developed an operational model for the prevention of hepatitis B in Khum Ngern Subdistrict, consisting of four main activities: 1. screening through questionnaires and fingertip blood testing, 2. establishing a care and referral system, 3. organizing a vaccine access system, and 4. community participation in prevention. After implementation, the mean knowledge scores regarding hepatitis B significantly increased ($p < .01$). Screening identified 3 cases of hepatitis B infection, representing 4.32 percent. A community management system for hepatitis prevention was established. The success factor of the implementation was the participation of network partners and the community, resulting in systematic operations and sustainable development, and the potential for expansion to nearby areas.

Keywords: Hepatitis B, Disease prevention, Community participation, Disease surveillance, Healthcare management

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก สถานการณ์ปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบในระดับโลกพบประชากรโลกมากกว่า 350 ล้านคน มีภาวะตับอักเสบเรื้อรังจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งนำไปสู่ภาวะตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับได้ โดยในปี 2019 ประชากรทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน (เฉลี่ย 1.1–2.6 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในปีนี้ประมาณ 820,000 คน (เฉลี่ย 450,000–950,000 คน) ต่อปี (WHO, 2021) โดยโรคไวรัสตับอักเสบ มี 5 ชนิดประกอบด้วย ไวรัสตับอักเสบบี เอ ซี ดี และอี (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, 2565) โดยโรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นปัญหา ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งเมื่อเชื้ออยู่ในร่างกายมีอาการต่างๆได้แก่ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ และดีซ่าน สำหรับหลายคนโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นอาการป่วยระยะสั้นๆ แต่ถ้าเชื้ออยู่ในร่างกายนานอาจทำให้เป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรังและทำให้กลายเป็นตับแข็งและมะเร็งตับในที่สุด นอกจากนี้ยังสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ โดยมี 3 ทางคือ 1. จากแม่ไปสู่ลูก ทารกที่ติดเชื้อจากมารดาตั้งแต่แรกเกิดมีโอกาสเกิดตับอักเสบบีเรื้อรังร้อยละ 90.00 (CDC, 2024) 2. ติดต่อทางเลือด เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การสัก/เจาะหู และ 3. ทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบมากในอาชีพพิเศษ และชายรักร่วมเพศ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระดับที่สูง มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2–3 ล้านคน มีความชุกประมาณร้อยละ 4–5 ของประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทำให้ปัจจุบันพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังส่วนประชาชนที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 พบว่าปัญหานี้มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากได้มีการบรรจุวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนแก่เด็กแรกเกิดของประเทศ

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี 5 ปี ย้อนหลัง ของจังหวัดยโสธร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561-2565 พบผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี มีอัตราป่วย 13.17, 14.31, 18.17, 20.79 และ 30.18 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เมื่อจำแนกรายตำบล พบว่าตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้รับรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวนผู้ป่วย 2, 0, 0, 1 และ 1 คนตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ของตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร มีผู้ป่วยจำนวนน้อย เนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการใดๆ ในช่วงแรกๆ หรืออาจไม่แสดงอาการเลย บางรายอาจมีไข้ หรือปวดเมื่อยเนื้อตัวซึ่งทำให้เข้าใจผิดไปได้ว่าเป็นเพียงไข้หวัดธรรมดา (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ทำให้ไม่ได้เข้ารับการรักษาตรวจคัดกรอง ซึ่งคาดว่าจะยังมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวอีกเป็นจำนวนมาก (กัญญาภัค ศิลารักษ์ และ ถนอม นามวงศ์, 2560) ทั้งนี้ สาเหตุหลักของการเกิดโรคมามากจากการที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยได้รับเลือดหรือปลูกถ่ายอวัยวะก่อนพ.ศ. 2535 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานที่ให้บริการทางเพศทั้งชายและหญิง บุคลากรสาธารณสุขที่สัมผัสสารคัดหลั่ง

ผู้ป่วย ผู้ที่เคຍสั้ก เจาะตามร่างกาย หรือผ่าตดัด้วยแพทย์พื้นบ้าน และกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมบ้านหรือผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, 2565)

สำหรับการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย พบว่ามีแนวทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565–2573 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน ภายใน พ.ศ. 2573 และมีเป้าหมายเพื่อ 1. ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 95.00 ภายใน พ.ศ. 2573 2. ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 80 ภายใน พ.ศ. 2573 และ 3. ลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ร้อยละ 65.00 ภายใน พ.ศ. 2573 เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย โดยใช้กระบวนการจัดทำที่เป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีกรอบและทิศทางสอดคล้องกับหลักสากล โดยเน้นที่หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ การยกระดับบริการ (Leverage) และการบูรณาการ (Integrate) มีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 95.0 และลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 65.00 ภายใน พ.ศ. 2573 โดยเน้นการได้รับวัคซีนป้องกันในเด็กทารกแรกเกิดทุกคน มีความครอบคลุมร้อยละ 100.00 และให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.00 (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, 2565)

โรคไวรัสตับอักเสบบี ถึงแม้จะมีแนวทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน ประชาชนที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข และในพื้นที่ตำบลชุมชนเองมีประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 จำนวนมากที่ยังไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการดำเนินงานในระดับพื้นที่ตำบลชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ทั้งการดำเนินงานตรวจคัดกรองและการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการดูแลรักษาที่ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ซึ่งผลกระทบที่สำคัญของโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งตับ การค้นหาผู้ติดเชื้อให้ได้ในระยะเริ่มแรก เพื่อส่งต่อเข้าสู่การรักษา จะช่วยป้องกันการกลายเป็นตับอักเสบบีเรื้อรัง และมะเร็งตับ นอกจากนี้ยังจะช่วยป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ การดำเนินการที่ผ่านมาที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิด แต่ข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี ในพ.ศ. 2565 จังหวัดยโสธร พบเพียงร้อยละ 69.57 ส่วนในพื้นที่ตำบลชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร พบร้อยละ 92.31 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565) จะเห็นได้ว่าการได้รับวัคซีนยังไม่มี ความครอบคลุม จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

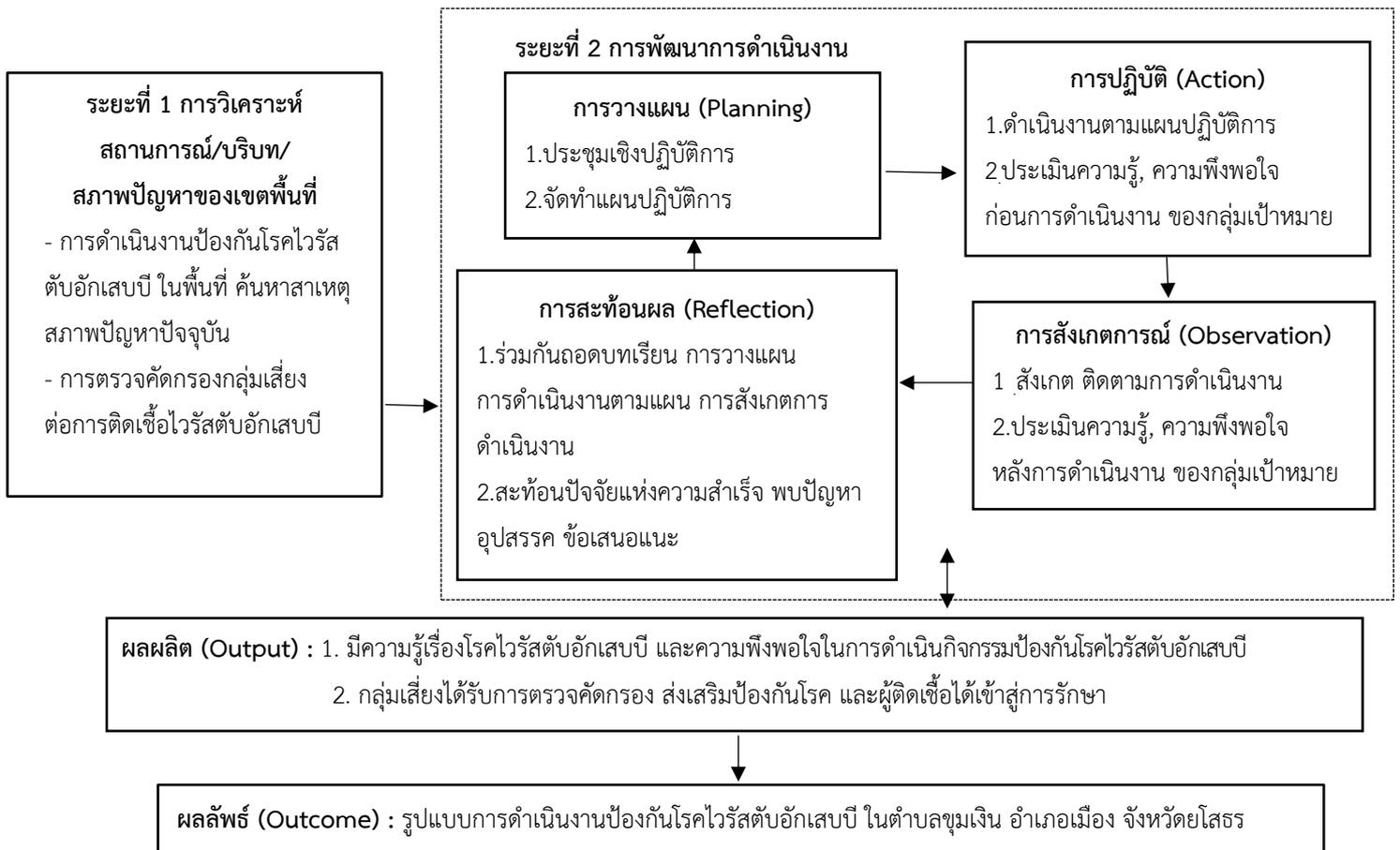
1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

2) เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) รายละเอียดการดำเนินงาน มี 2 ระยะ ได้แก่ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร และการคัดกรองด้วยแบบสอบถามและการตรวจเลือดจากปลายนิ้ว ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานหรือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค โรงพยาบาลยโสธร ,บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษา โรงพยาบาลยโสธร, บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร, บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ตำบลชุมเงิน, บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ตำบลชุมเงิน, ตัวแทนผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน), แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลชุมเงิน (ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุข) และแกนนำผู้ติดเชื้อ (ผู้ที่รักษาหาย) รวมทั้งหมด 25 คน

2. ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทุกคนในพื้นที่ตำบลชุมเงิน จำนวน 2,315 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565) ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Wayne W.D. (1995) ได้จำนวน 71 คน และคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากทำการเขียนชื่อหมู่บ้านแล้วหยิบให้ครบตามจำนวน ไม่มีการใส่คืน ดังนี้บ้านชุมเงินหมู่ที่ 1 จำนวน 9 คน บ้านสะแนนหมู่ที่ 2 จำนวน 9 คน บ้านเหลื่อมหมู่ที่ 3 จำนวน 9 คน บ้านท่าค้อหมู่ที่ 4 จำนวน 9 คน บ้านคุยดับเต่าหมู่ 5 จำนวน 8 คน บ้านหนองบัวหมู่ 6 จำนวน 9 คน บ้านชุมเงินหมู่ 7 จำนวน 9 คน และบ้านสะแนนหมู่ 8 จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (ศุณย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, 2565 ; ถนอม นามคัง, 2563) จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น สภาพปัญหา ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มตัวอย่างในชุมชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 12 ข้อ กำหนดคำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หรือ “เคย” และ “ไม่เคย” โดยตอบใช่หรือเคยให้ 1 คะแนน ไม่ใช่หรือไม่เคยให้ 0 คะแนน การแปลความหมาย หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน ต้องส่งต่อเพื่อตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test kit)

โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 13 ข้อ กำหนดคำตอบได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามเกณฑ์ของ (Bloom at al., 1971) ดังนี้ ได้คะแนนร้อยละ 80.00-100.00 (11-13 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับมาก ได้คะแนน ร้อยละ 60.00-79.00 (8-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และได้คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60.00 (0-7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of concurrence ; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข ,2564) มีค่าระหว่าง 0.9-1.00 และประเมินหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson Formula 20 หรือ KR-20) (มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข ,2564) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลรวมทั้งประสานกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเข้าร่วมตอบแบบสอบถามและตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอมือทอง จังหวัดยโสธร

1. ลงพื้นที่สำรวจสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอมือทอง จังหวัดยโสธร ด้วยแบบคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 จำนวน 2,315 คน แล้วคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 71 คน

2. ผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ตำบลชุมเงิน อำเภอมือทอง จังหวัดยโสธร โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากการสุ่มอย่างง่าย ได้ดังนี้ บ้านชุมเงินหมู่ที่ 1 บ้านสะแนนหมู่ที่ 2 เหลื่อมหมู่ที่ 3 ท่าค้อหมู่ที่ 4 บ้านหนองบัวหมู่ 6 บ้านชุมเงินหมู่ 7 บ้านสะแนนหมู่ 8 จำนวนหมู่บ้านละ 9 คน และบ้านคุยดับเต่าหมู่ 5 จำนวน 8 คน ผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จะได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว

2.2 ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

1. ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) จัดทำแผนปฏิบัติการและวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายวันเวลาที่ดำเนินการ ทรัพยากรที่ต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการสร้างความร่วมมือในชุมชน

2. ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) การดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย

3. ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) สังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัยเข้าไปสังเกตร่วมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยทำการสังเกตพฤติกรรม กิจกรรมของบุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลในเหตุการณ์ที่เลือกสังเกต

4. ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflection) ร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน ตามแผน การสังเกตการดำเนินงานรวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงาน สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินโครงการ ข้อเสนอแนะที่ได้จากแผนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้สะท้อนผลการดำเนินการตามแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

3. ระยะเวลาสรุปผล สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระยะสิ้นสุดโครงการวิจัย โดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตพฤติกรรม เขียนรายงานเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้สำหรับวิเคราะห์ทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม ก่อนและหลังการวิจัย ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 310-053/2567 วันที่รับรอง 23 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอมือทอง จังหวัดยโสธร

บริบทของการดำเนินงานป้องกันไวรัสตับอักเสบบี การดำเนินงานป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในระดับพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอมือทอง จังหวัดยโสธร ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ดังกล่าว ผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ในด้านการป้องกันโรค คือ 1. การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กทุกคน ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่ได้บรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ.2535 2. การรณรงค์การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านในการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนการดำเนินงานป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีแผนงานโครงการหรือกิจกรรมดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งในระดับพื้นที่ยังขาดระบบติดตามการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งขาดการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อเฝ้าระวังภาวะตับแข็งหรือโรคมะเร็งตับ ก็ยังไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม มีเพียงการให้บริการเชิงรับ เป็นการรับข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลโยธธ

1. ข้อมูลทั่วไป

จากกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ทั้งหมด 71 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน ร้อยละ 66.20 มีอายุเฉลี่ย 54.82 ปี ($SD. = 11.77$) ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 55 ปี ช่วงอายุตั้งแต่ 34–80 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41–50 ปี ร้อยละ 31.00 ด้านการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าร้อยละ 97.20 ไม่เคยตรวจเลย และไม่มีผู้ใดเคยตรวจแล้วพบเชื้อ ขณะที่ร้อยละ 74.60 ไม่ทราบว่ามารดาเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 90.10 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=71)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	33.80
หญิง	47	66.20
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	6	8.40
41 – 50 ปี	22	31.00
51 – 60 ปี	19	26.80
61 – 70 ปี	16	22.50
70 ปี ขึ้นไป	8	11.30
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.82 (11.77)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	55 (34 : 80)	
อาชีพ		
เกษตรกร	51	71.80
รับจ้าง	10	14.10
รับราชการ	3	4.20
ค้าขาย	7	9.90
สถานภาพ		
โสด	14	19.70
สมรส	47	66.20
หม้าย	8	11.30
หย่า/แยกกันอยู่	2	2.80
ระดับการศึกษา		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=71)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	51	71.80
มัธยมศึกษา	16	22.60
อนุปริญญา/ปวส.	4	5.60
โรคประจำตัว		
ไม่มี	55	77.50
มี	16	22.50
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	50	70.40
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	12	16.90
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	9	12.70
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	61	85.90
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	9.90
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	3	4.20
การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
ไม่เคยตรวจเลย	69	97.20
เคยตรวจแต่ไม่พบเชื้อ	2	2.80
เคยตรวจและพบเชื้อ	0	0.00
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ของมารดา		
ไม่มีการติดเชื้อ	17	24.00
ติดเชื้อ	1	1.40
ไม่ทราบ	53	74.60
การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี		
เคย	1	1.40
ไม่เคย	64	90.10
ไม่ทราบ	6	8.50
ครอบครัวของมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคตับแข็ง		
ตับอักเสบบี หรือมะเร็งตับ		
มี	0	0.00
ไม่มี	52	73.20
ไม่ทราบ	19	26.80

2. ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.00 เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกร ตัดเล็บ หรือเข็มฉีดยา รองลงมาคืออาการเคยสักหรือเจาะร่างกาย เช่น สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ หรือเจาะลิ้น ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 57.70 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดและของเหลวในร่างกายที่อาจมีเชื้อไวรัสได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (แยกรายข้อความเสี่ยง)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน	ร้อยละ
1. เคยใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	0	0.00
2. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0	0.00
3. เคยได้รับเลือด หรือเคยผ่าตัด	0	0.00
4. เคยฟอกไต	0	0.00
5. เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	0	0.00
6. คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	2	2.80
7. คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร เป็นโรคตับอักเสบบี ตับแข็ง มะเร็งตับ	0	0.00
8. เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น	41	57.70
9. เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	3	4.20
10. เคยมีประวัติเคยถูกคุมขังในเรือนจำ	1	1.40
11. เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เคยถูกเข็มตำขณะปฏิบัติหน้าที่ หรือสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง	0	0.00
12. เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา)	66	93.00

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดการประสานงานหรือการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งควรมีการพัฒนา รูปแบบหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อควรได้รับการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง การจัดหาวัคซีนป้องกันลงสู่ชุมชน และได้รับการส่งเสริมสุขภาพองค์ความรู้ในการป้องกันโรค

2. ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

เป็นขั้นตอนการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลโสธร บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษา โรงพยาบาลโสธร บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก สสอ.เมืองยโสธร รพ.สต. อบต. ในพื้น ตัวแทนผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) แกนนำ อสม. (ประธาน อสม.) และแกนนำผู้ติดเชื้อ (ผู้ที่รักษาหาย) รายละเอียดดังนี้

2.1 ชั้นการวางแผน (Planning)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชน ตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งมีความเหมาะสมและเป็นศูนย์กลางในการเดินทางที่สะดวก เพื่อระดมความคิด และกำหนดแผนงาน/กิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจ นำความคิดที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนกัน ในขั้นตอนนี้จะนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพิจารณาร่วมด้วย โดยการประชุมจะเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อกำหนดวิธีการ/กิจกรรม ให้บรรลุผลในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และเกิดการยอมรับของชุมชน

2. วางแผนกิจกรรม/การดำเนินงาน โดยนำแนวคิดและศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละคนช่วยกันกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันกำหนดไว้ให้บรรลุผล โดยเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยที่กิจกรรมที่คล้ายคลึงกันแยกเป็นหมวดหมู่ไว้ และลำดับความสำคัญของกิจกรรม ตามความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาตามพื้นที่จริง และเกิดการยอมรับของชุมชน จึงได้กระบวนการดำเนินงาน 4 กิจกรรมประกอบด้วย

1. การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถามและการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว

2. การจัดให้มีระบบการดูแลรักษา และระบบการส่งต่อ

3. การเข้าถึงวัคซีน

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ
ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้วางแผนการทำงาน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในตำบลชุมชน

กิจกรรม/ การดำเนินงาน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	- ไม่มีการดำเนินการ	- ตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถาม 12 ข้อ - ลงพื้นที่เชิงรุก ในพื้นที่ตำบลชุมชน เพื่อคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เบื้องต้น
การจัดให้มีระบบการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อ	- ไม่มีระบบการติดตามผู้ติดเชื้อ	- มีการวางแผนร่วมกันกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการส่งต่อผู้ติดเชื้อ และรับรายงานผู้ป่วยยืนยัน เพื่อป้องกันการขาดนัด - มีการติดตามผู้ป่วย โดย อสม.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
การเข้าถึงวัคซีน	- ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีตามโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และดูแลสุขภาพครอบคลุมของวัคซีนเด็กทุกวันๆ 10 ของเดือน	- ให้ อสม. ในพื้นที่สำรวจการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ทุกราย ในเขตรับผิดชอบตัวเอง - ทำการประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำทะเบียนนัดหมาย เพื่อให้ผู้ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกัน ไปตรวจหาภูมิคุ้มกันโรคและรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

กิจกรรม/ การดำเนินงาน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การมีส่วนร่วมของ ชุมชน	- ให้ความรู้รายบุคคลเมื่อมี การเข้ารับบริการ	- ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน พระครูในวัดประชาสัมพันธ์ผ่านหอ กระจายข่าว เพื่อตระหนักถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคตับ อักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับในอนาคต

3. จัดทำแผนปฏิบัติการและวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่และกลุ่มคน เป้าหมายวันเวลาที่
จะดำเนินการ ทรัพยากรที่ต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการสร้างความ
ร่วมมือในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่ตำบลชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร
ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ลำดับ	กิจกรรม/การดำเนินงาน	รายละเอียด	ผู้ดูแล
1	การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ ป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อไปยังครอบครัวและคนในชุมชน	โรงพยาบาล, รพ.สต., อบต., ผู้ใหญ่บ้าน, อสม.
2	การจัดให้มีระบบการดูแลรักษา และระบบการส่งต่อ	เพื่อเป็นการส่งต่อ ให้ได้รับการรักษาที่ รวดเร็ว เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และไม่มีขาด นัด	โรงพยาบาล, รพ.สต., อสม.
3	การเข้าถึงวัคซีน	เพื่อเพิ่มการป้องกันโรค	โรงพยาบาล, สสอ., รพ. สต., อสม.
4	การมีส่วนร่วมของชุมชน	เพื่อเป็นการสื่อสารความเสี่ยง ให้ชุมชนได้ เข้าถึงข่าวสาร สร้างความตระหนักในการ ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี	ผู้ใหญ่บ้าน, รพ.สต., อบต., อสม

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

นำกิจกรรมที่ระดมความคิดมาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่างๆ และแจกแจงกิจกรรมตามบทบาท
หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัวและคนในชุมชน
ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 12 ข้อ ในประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของ
กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการสนับสนุนสิ่งตรวจ รพ.สต.
มีหน้าที่ในการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ในส่วนของอบต. ผู้ใหญ่บ้าน และอสม. มีหน้าที่ในการนำกลุ่มเสี่ยงมา
เข้ารับการตรวจคัดกรองในผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จะได้รับการ
ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test kit) และการเจาะ
เลือดที่ปลายนิ้ว โดยบุคลากรทางการแพทย์ของรพ.สต. มีขั้นตอน ดังนี้ เชื้อบริเวณที่ปลายนิ้วด้วยแผ่นชุบ

แอลกอฮอล์ ใช้เข็มสำหรับเจาะเลือดปลายนิ้ว และเก็บเลือดด้วยหลอดหยด นำเลือดหยดลงหลุมหยดตัวอย่าง จำนวน 2 หยด ปีบน้ำยาบัฟเฟอร์ 1 หยด และรออ่านผลการทดสอบ 20 นาที

หากผลเลือดเป็นบวก (HBsAg Positive) จะได้รับคำปรึกษา ก่อนแจ้งผลเลือดให้กับเจ้าตัวทราบ ให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว แนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมและมีการติดตามต่อไป

หากผลเลือดเป็นลบ (HBsAg Negative) ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจคัดกรอง แนะนำถึงความเสี่ยงเรื่องตับแข็งและมะเร็งตับ แนะนำให้ไปรับการตรวจ Anti-HBs และรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีที่โรงพยาบาลโยธธ

2. จัดให้มีระบบการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อ โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ รพ.สต.ชุมเงิน มีการส่งต่อผู้ติดเชื้อ ให้เข้าสู่การรักษาของแพทย์ที่โรงพยาบาลโยธธ จากการศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมา คือ ผู้ติดเชื้อบางส่วนยังเข้าไม่ถึงการรักษา หรือไม่ได้รับการส่งต่อให้เข้าถึงระบบและต่อเนื่อง ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขาดการติดตาม ผู้วิจัยจึงได้มีการประสานงานกับโรงพยาบาล ห้อง Lab เพื่อทำทะเบียนกำหนดวันพบแพทย์ อำนวยความสะดวกให้ผู้ติดเชื้อ และมีอสม. ช่วยติดตามผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและต่อเนื่อง

3. การเข้าถึงวัคซีน โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ อสม. มีหน้าที่ในการสำรวจประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. มีหน้าที่ทำการนัดหมายประชาชนในการตรวจหาภูมิคุ้มกัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำการประสานกับโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนได้ง่ายขึ้น และรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างครบถ้วน

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ ผู้ใหญ่บ้านมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน อบต. มีบทบาทหน้าที่ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้นำท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส และครู ทั้งยังมีการใช้กลุ่มอสม. ช่วยในการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ประชาชนในระดับครัวเรือน รวมถึงติดตามสถานการณ์ของผู้ที่มีความเสี่ยงและสนับสนุนการปฏิบัติการเชิงรุกในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

ในขั้นตอนนี้เป็นการติดตาม ติดตามการมีส่วนร่วม และประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. กิจกรรมวางแผน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 25 คน ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี แสดงความคิดเห็นเกือบทุกคน จากการสังเกตพบปัญหา คือ ตอนแรกผู้ดูแลกิจกรรมไม่ทราบหน้าที่ของตนเองว่ามีหน้าที่อย่างไรบ้างในการดำเนินงานครั้งนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปัญหาโดยการจัดแบ่งหน้าที่การดำเนินงานให้ชัดเจนแต่ละขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

2. กิจกรรมการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ในการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว โดยบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการสังเกตติดตามปัญหาที่พบ คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นเพื่อหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

(Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว และทราบผลทันที ทำให้กลุ่มเสี่ยงที่เหลืองต้องการตรวจคัดกรองร่วมด้วย ทางผู้วิจัยจึงได้มีการแก้ไขปัญหาโดยการขอเบิกชุดตรวจเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลโสธร เพื่อทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยงที่เหลืองหลังจากการสรุปผลการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้เสร็จสิ้นแล้ว

3. กิจกรรมการจัดให้มีระบบการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อ พบว่า ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน และเข้าสู่การรักษา จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยผลตรวจยืนยันที่โรงพยาบาลโสธร พบว่าทั้ง 2 ราย ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อีก 1 ราย ผลการตรวจยืนยันไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทางโรงพยาบาลโสธร จึงได้มีการนัดติดตามผลทุก 6 เดือน จากการติดตาม ในกิจกรรมนี้ปัญหาที่พบ คือ ในผู้ติดเชื้อได้มีการลืมนัดตัวเอง จากการที่ผู้วิจัยได้มีการจัดระบบการส่งต่อที่ดีกับโรงพยาบาล มีการประสานงานเลยทำให้มีการติดตามกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าระบบตามนัดได้ทัน เพราะถ้าเลยเวลา 12.00 น.ของวันนัด ทางโรงพยาบาลจะประสานกลับมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ก็จะมีการประสานลงไปกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมถึงตัวผู้ติดเชื้อเองเพื่อเข้ารับการรักษาตามนัดทุกราย

4. กิจกรรมการเข้าถึงวัคซีน จากการเก็บข้อมูลประชาชนที่ยังไม่ได้รับวัคซีน เพื่อเข้ารับการตรวจหาภูมิคุ้มกันและรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีนั้น ปัญหาที่พบคือ ประชาชนในชุมชนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว หรือผู้สูงอายุ เดินทางลำบากในการไปที่โรงพยาบาล จึงได้มีการแก้ไขปัญหาโดยการประสานกับอบต.เพื่อขอสนับสนุนรถกู้ชีพในการพากลุ่มเสี่ยงเข้ารับวัคซีนป้องกันโรค และใช้ระบบการติดตามข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่ามีจำนวนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับวัคซีนเพิ่มขึ้นหรือไม่

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ ผู้ใหญ่บ้านและอสม. ได้มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและเผยแพร่ข้อมูลการตรวจคัดกรอง การฉีดวัคซีนป้องกันรวมทั้งการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมและการฉีดวัคซีนมีความครอบคลุมมากขึ้น ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การติดตาม สังเกต การดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง 71 คน วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

2.3.1 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุด จำนวน 6 ข้อ คือ การเจาะสัปดาห์หนึ่งมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ถ้าใช้เข็มร่วมกัน เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การสัมผัสเลือดของผู้ป่วยโดยตรงมีโอกาสดูติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรังและมะเร็งตับได้ หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการ

ดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ระดับมาก ทุกข้อ ก่อนกิจกรรมมีร้อยละของผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่า ร้อยละ 80.00 แต่หลังดำเนินกิจกรรมมีการปรับตัวขึ้นเกือบหรือถึง ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี (n=71)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี	ระดับความรู้ก่อน		ระดับความรู้หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ	37	52.10	71	100.00
2. การสัมผัสเลือดของผู้ป่วยโดยตรง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	65	91.50	71	100.00
3. การสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน	67	94.40	65	91.50
4. เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด	61	85.90	71	100.00
5. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มิใช่โดยมิใช่ ถุงยางอนามัย	65	92.50	71	100.00
6. การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบี	68	95.80	70	98.60
7. การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรงมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเส บบี	63	88.70	71	100.00
8. บุคคลที่ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือรับการ รักษา	60	84.50	71	100.00
9. หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้คนอื่นๆ มีโอกาสได้รับเชื้อไปด้วย	64	90.10	67	94.40
10. ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสติด เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	67	94.40	69	97.20
11. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรังและมะเร็งตับได้	42	59.20	71	100.00
12. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยงต่อ การได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	59	83.10	70	98.60
13. การล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ทันทีสามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้	61	85.90	70	98.60

2.3.1 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบบี ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.93 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.99 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี (n = 71)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	39	54.93	71	100.00
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79)	22	30.99	0	0.00
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59)	10	14.08	0	0.00

2.3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนดำเนินการ เท่ากับ 10.14 และหลังดำเนินการ เท่ากับ 12.78 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=71)

คะแนนความรู้	M	SD.	t	P-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	10.14	2.14	10.63	<0.001*	1.98	3.30
หลัง	12.78	0.44				

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

2.4 ชั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยได้สะท้อนผลการดำเนินการตามแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล โดยได้นำเสนอข้อมูล สรุปผลและรูปแบบที่ได้มีการพัฒนาขึ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทราบ และได้ร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนในการดำเนินงาน และจุดแข็ง

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีรูปแบบดังนี้

1. การตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรอง 12 ข้อ โดยเน้นการคัดกรองประชาชนที่เกิดก่อนพ.ศ.2535 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขจะมีการบรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน จะได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ซึ่งดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

2. หลักจากที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแล้ว เมื่อผลบวก (HBsAg+) จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลโยธธร เพื่อตรวจยืนยันด้วยวิธี Polymerase chain reaction และเข้าสู่กระบวนการรักษาของแพทย์ โดยผ่านคลินิกโรคไวรัสตับอักเสบบี ทุกวันพุธ และมีการนัดหมายผู้ติดเชื้อให้มาตรวจตามนัดเป็นระยะๆ และโรงพยาบาลจะทำทะเบียนนัดหมายและส่งต่อผู้ติดเชื้อมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

3. การเข้าถึงวัคซีน เพิ่มการสำรวจกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับวัคซีน โดยการทำทะเบียนและนัดหมายกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้ารับบริการตามวันของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดทางการเดินทาง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทำให้การขับเคลื่อนงานมีประสิทธิภาพ โดยผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลและกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยให้ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส และครู อสม. ช่วยในการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ประชาชนในระดับครัวเรือน รวมถึงติดตามสถานการณ์ของผู้ที่มีความเสี่ยงและสนับสนุนการปฏิบัติการเชิงรุกในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งการอภิปรายไปตามขั้นตอนของการศึกษา ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหา

เป็นการสำรวจสภาพปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อที่จะนำไปวางแผนในการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม พบว่าในตำบลชุมเงินมีประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 จำนวน 2,315 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง และยังไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Leroi et al., 2016) ที่กล่าวถึงขนาดปัญหา และบ่งชี้ว่าปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบียังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง และพบแนวโน้มลดลงของความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มประชากรที่เกิดหลังพ.ศ.2535 ประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลชุมเงิน มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น แปรงประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลชุมเงิน มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บและมีดโกน การสักหรือเจาะร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ถนอม นามวงศ์, 2563) ที่กล่าวถึงว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มาจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่ขาดความรู้ จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมต่างๆที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และนำไปสู่การติดเชื้อโรคในที่สุด และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 ซึ่งมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนในโปรแกรมภูมิคุ้มกันของกระทรวงสาธารณสุข และยังพบว่ารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่ตำบลชุมเงินยังไม่เป็นระบบ ขาดการประสานงานหรือการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งควรมีการพัฒนาหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย (อรุณี พรหมชัย, 2560) ที่ได้กล่าวถึง การดำเนินงานป้องกันโรคในชุมชน ที่ต้องมีการอาศัยความร่วมมือควบคู่กับการมี

ส่วนร่วมจากอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันและการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่เพียงพอ ยังขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันโรค โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เคยตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี งานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ (นรินทร์ ก. และคณะ ,2562) ที่กล่าวถึงการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีผ่านการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนในชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง เช่น ตับอักเสบริื้อรังและมะเร็งตับ รวมถึงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี นอกจากนี้ การเข้าถึงวัคซีนยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านการกระจายวัคซีนสู่ชุมชน การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ยังมีความจำเป็นในการจัดหาวัคซีนให้เพียงพอ การเพิ่มความรู้และการรับรู้ของประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ (วิไลลักษณ์ สุขใจ, 2558) ที่ระบุว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องและการสร้างความตระหนักในชุมชนสามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ (สุทธิชัย บุญดี ,2560) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและไม่เคยได้รับวัคซีนมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี งานวิจัยนี้ยืนยันถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ตำบลชุมเงินโดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว เพื่อนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคตับอักเสบบี และมะเร็งตับในอนาคต ผลการศึกษาในตำบลชุมเงินก็แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมรณรงค์มีผลดีต่อการเพิ่มการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี อย่างชัดเจน ในด้านของการฉีดเข้าถึงวัคซีน การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนพบว่ามีความตระหนักสูงและสอดคล้องกับงานวิจัยของ (สุทธิชัย บุญดี ,2560) ที่แสดงให้เห็นว่าการฉีดวัคซีนเป็นวิธีการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพสูง การดำเนินการในชุมชนตำบลชุมเงินก็ได้แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงวัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน การให้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันโรค ช่วยให้การสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ ที่ทำให้การดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ประสบความสำเร็จ ได้แก่

1. การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองที่แม่นยำ
2. มีการประสานงานการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและระบบการรักษา
3. การเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนอย่างทั่วถึง
4. การมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือในชุมชน ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน
5. การสื่อสารและให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ
6. การสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาสิ่งตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

เพื่อลดการเดินทางไปโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการการวิจัยนี้ไปใช้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังเข้าไม่ถึงวัคซีนและการตรวจคัดกรอง ผลการดำเนินงานสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการจัดกิจกรรมเชิงรุก การสร้างระบบส่งต่อและการรักษา ตลอดจนการประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีมีประสิทธิภาพ และลดภาระทางสาธารณสุขในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1.1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยแบบสอบถามและทำการตรวจเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว ด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะช่วยให้ตรวจตรวจพบกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รวดเร็วและครอบคลุมสามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา และลดผลกระทบภาวะตับอักเสบบี และมะเร็งตับในอนาคต

1.2 การเพิ่มการรณรงค์และการให้ความรู้ในชุมชน ควรจัดทำแผนการรณรงค์โดยใช้สื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น Social Line แผ่นพับ วิทยุชุมชน หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในพื้นที่

1.3 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพชุมชนและสถานการณ์ของโรคที่อาจเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

1.4 การพัฒนาระบบการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรอง หน่วยงานท้องถิ่นควรจัดหางบประมาณ และทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการให้บริการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่น เพื่อขยายผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และนำไปขยายผลสู่ตำบลอื่นหรือจังหวัดใกล้เคียง

2.2 ควรมีการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรท้องถิ่น และกลุ่มชุมชน เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2560). *กรอบแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560* (กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (ed.)). กรมควบคุมโรค.
<http://plan.ddc.moph.go.th>
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย*. หจก.แคนนา กราฟฟิค. 190-191.
- กัญญาภัค ศิลารักษ์ และ ถนอม นามวงศ์. (2560). *การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2557-2559*. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์.
- ถนอม นามวงศ์. (2563). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนจังหวัด ยโสธร*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นรินทร์ ก. และคณะ. (2562). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน*. *วารสารวิจัยสุขภาพ*, 35(3), 45-60.
- มนิรัศมี พัฒนสมบัติสุข. (2564). *การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์และสังคมศาสตร์*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 329-343.
- วิไลลักษณ์ สุขใจ. (2558). *การศึกษาความรู้และการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรตำบลขุมเงิน*. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 40(1), 45-50.
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาด้านไวรัส*. เอส บี เค การพิมพ์.
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565-2573*. เอส บี เค การพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2565). *ระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506)*. [ออนไลน์].
ได้จาก: <http://203.157.181.13/cdyaso>.
- สุทธิชัย บุญดี. (2560). *การพัฒนาแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนชนบท*. *วารสารวิจัยการแพทย์และสาธารณสุข*, 45(3), 123-130.
- อรุณี พรหมชัย. (2560). *รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อในชุมชน: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 66-78.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Hepatitis B information. Retrieved 6 April 2024, <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/hbvfaq.htm#overview>
- Leroi, C., Adam, P., Khamduang, W., Kawilapat, S., Ngo-Giang-Huong, N., Ongwadee, S., Jiamsiri, S., & Jourdain, G. (2016). Prevalence of chronic hepatitis B virus infection in Thailand: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 51, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.08.017>
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley and Sons.

World Health Organization. (2022). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Geneva: World Health Organization.

การทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

A Scoping Review of Models and Effectiveness of Long-Term Care Services
for Dependent Older Adults in Thailand

วชิร ชนะบุตร^{1*}, อลิสสา รัตนตะวัน², ศรีเมือง พลังฤทธิ์²

Wachira Chanabutr^{1*}, Alissa Ratanatawan², Srimuang Paluangrit²

นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์^{1*}

สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์²

Doctoral student, Community Medicine and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University^{1*}

Department of Community and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University²

(Receives: 29 May 2025; Revised: 30 June 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบแบบมีขอบเขตนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต (Scoping review) ตามแนวทางของ Arksey และ O'Malley และแนวปฏิบัติ PRISMA-ScR จากการสืบค้นงานวิจัยภาษาไทยในช่วงปี พ.ศ. 2558–2568 จากฐานข้อมูล Thai jo และ Google scholar พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 32 บทความ จากทั้งหมด 3,890 บทความ

ผลการวิเคราะห์พบว่าจำแนกรูปแบบบริการออกเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่ 1. การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน 2. การบูรณาการภาคีเครือข่าย 3. การพัฒนาระบบและกลไก และ 4. กาประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และการสังเคราะห์ข้อมูลด้วย Donabedian model พบว่า ด้านโครงสร้าง ระบบมีความหลากหลายในการบริหารจัดการและพัฒนาทรัพยากร รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี ด้านกระบวนการเน้นการวางแผนรายบุคคล การประสานงาน และการเสริมศักยภาพผู้ดูแล ส่วนด้านผลลัพธ์พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และผู้ดูแลมีทักษะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อท้าทายด้านความยั่งยืนทางการเงินและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

การศึกษานี้เสนอแนวทางการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวแบบชุมชนเป็นฐานควบคู่กับการสนับสนุนเชิงนโยบาย การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ และการพัฒนาระบบประเมินคุณภาพและประสิทธิผลที่ได้มาตรฐาน เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในบริบทประเทศไทย

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, รูปแบบการดูแล, ประสิทธิภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wachira.ch@msu.ac.th, วชิร ชนะบุตร)

Abstract

This study aimed to explore and synthesize knowledge on the models and effectiveness of long-term care (LTC) services for dependent older adults in Thailand. A scoping review was conducted based on the methodological framework proposed by Arksey and O'Malley, and guided by the PRISMA-ScR reporting standards. Thai-language studies published between 2015 and 2025 were systematically searched through Thai jo and Google Scholar databases. A total of 3,890 records were identified, of which 32 studies met the inclusion criteria.

The analysis classified LTC service models into four main categories: 1. family and community-based care; 2. integrated partnership networks; 3. system and mechanism development; and 4. technology application. Data were synthesized using the Donabedian Model indicating that, regarding the structure domain, the system exhibited notable variability in resource management and development, particularly concerning technological infrastructure. Within the process domain, it emphasized on personalized care planning, interprofessional collaboration, and caregiver empowerment. Relating to the outcome domain, quality of life improvement of older adults and caregivers' skill and competency enhancement were observed. Nonetheless, persistent challenges were noted in terms of financial sustainability and disparities in service accessibility.

This study advocates for the development of a community-based LTC system supported by robust policy frameworks, localized capacity-building initiatives, and the implementation of standardized quality and performance evaluation systems. These strategies are essential for ensuring sustainable and equitable long-term care for older adults within the context of Thailand.

Keywords: Long-term care, Dependent elderly, Care models, Effectiveness

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และระบบสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรสูงอายุทั่วโลกมากกว่า 1 พันล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization, 2023) โดยประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุสูงมากเป็นที่ 2 รองจากประเทศ สิงคโปร์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อพิจารณาประเทศไทยในรายภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรสูงอายุมากที่สุด คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 3.5 ล้านคน (Janpol, 2023) ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) อย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2564 มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.80 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 31.4 ในปี พ.ศ. 2583 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI], 2022) แนวโน้มดังกล่าวอาจส่งผลให้โดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent elderly) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดเป็น 438,812 คน ในปี พ.ศ. 2567 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567; เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ชาสวรรณ, 2567) ปรากฏการณ์นี้ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC) ที่เพิ่มสูงขึ้น (Ministry of public health, Thailand, 2021; World health organization, 2022) เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยจึงได้ริเริ่มระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2559 โดยมีเป้าหมายไปยังกลุ่มที่มีคะแนนดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เธล (Barthel ADL Index) ไม่เกิน 11 คะแนน (Prasert et al., 2022) ระบบดังกล่าวเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งครอบคลุมการดูแลทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Chanthana et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังคงเป็นความท้าทายทั้งในด้านการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การเข้าถึงบริการ และการติดตามประเมินผล (Yang et al., 2021) องค์การอนามัยโลกระบุว่า การดูแลระยะยาวมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษา ระดับความสามารถในการทำงานของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ให้สอดคล้องกับสิทธิขั้นพื้นฐาน เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (World health organization, 2015) ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลทางการแพทย์และไม่ใช่ทางการแพทย์ (Larizgoitia, 2003) แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่แสดงถึงประสิทธิผลของวิธีการดูแลระยะยาวในรูปแบบต่างๆ (Abbott et al., 2013; Cao et al., 2018; Frost et al., 2017; Giné-Garriga et al., 2014) แต่ผลการศึกษาที่ปรากฏมักมีความขัดแย้งกัน และมีการศึกษาเพียงจำนวนน้อยที่ได้จัดทำแผนที่ลักษณะของการให้บริการดูแลระยะยาว (Arias-Casais et al., 2022; Bayly et al., 2021) ซึ่งรูปแบบระบบบริการดูแลระยะยาว

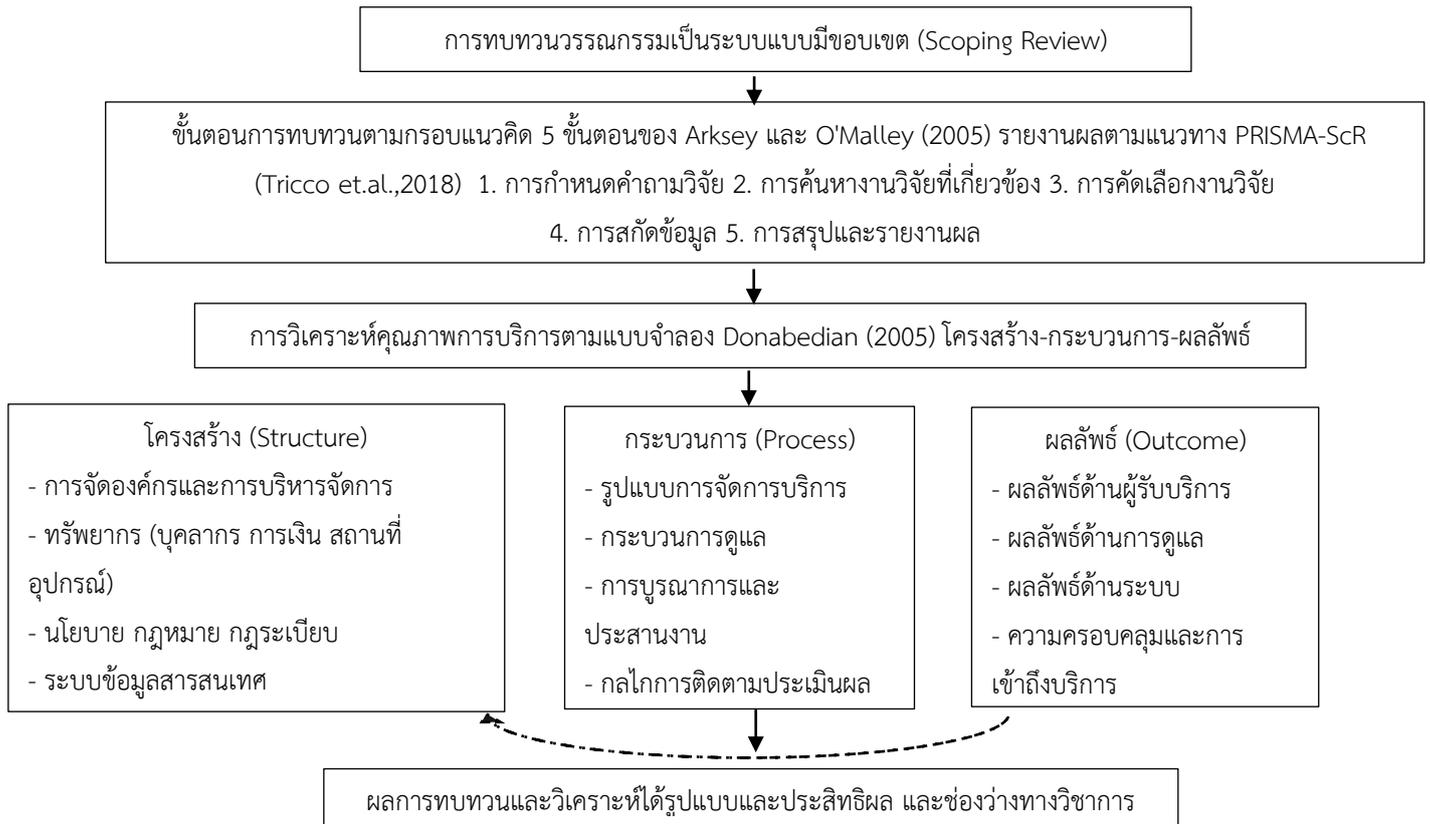
(Long-term care: LTC) ในประเทศไทยจำแนกได้ 3 รูปแบบหลักตามสถานที่ให้บริการ ได้แก่ การดูแลในสถานบริการ (Institutional-based care) การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) และการดูแลที่บ้าน (Home-based care) (พิชญาวพร พีรพันธุ์ และประสพชัย พสุนนท์, 2563) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อรักษาระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระผู้ดูแล (Caregiver burden) และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามแม้มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของบริการแต่ละรูปแบบผลการศึกษาก็มีความหลากหลายและบางครั้งขัดแย้งกัน อันเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบท ความเข้มข้นของบริการ และกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาสังเคราะห์ภาพรวมเชิงระบบเกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของบริการ LTC ในบริบทประเทศไทย ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญต่อการพัฒนานโยบายและระบบบริการต่อไป

ด้วยเหตุนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต (Scoping review) จึงมีความสำคัญเพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามการวิจัยหลักสองประการคือ 1. รูปแบบและประสิทธิผลของระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยมีลักษณะเป็นอย่างไร และ 2. ช่องว่างองค์ความรู้และทิศทางการวิจัยในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้คืออะไร ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลและมีความยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนแบบกำหนดขอบเขต (Scoping review) ดำเนินการตามแนวทางของ Arksey และ O'Malley (2005) และประกอบด้วย 5 ขั้นตอน และปฏิบัติตามหลักของ The preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018) โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนวิธีการทบทวนขอบเขตงานวิจัย

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนมาตรฐาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดคำถามวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดคำถามวิจัยตามหลัก PCC (Population, concept, context) ของ Joanna briggs institute (Peters et al., 2020) ดังนี้

P (Population) คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

C (Concept) คือ รูปแบบและประสิทธิผลของระบบบริการดูแลระยะยาว (ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทาย)

C (Context) คือ บริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ทั้งในระดับชาติ จังหวัด และชุมชน คำถามการวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบและประสิทธิผลของระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยเป็นอย่างไร 2) ช่องว่างองค์ความรู้และทิศทางการวิจัยในอนาคตในประเด็นดังกล่าวคืออะไร

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสืบค้นงานวิจัยดำเนินการผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Thai jo และ Google Scholar งานวิจัยในประเทศไทย โดยใช้คำค้นหลักทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ "ผู้สูงอายุ" OR "elderly" OR "older adults" AND "ภาวะพึ่งพิง", "dependent" OR "dependency" AND "การดูแลระยะยาว" OR "long term care" OR "LTC" AND "ประเทศไทย" OR "Thailand"

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกงานวิจัย

ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มบทความที่ (issue) ของแต่ละวารสารในแต่ละปีโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย 1. เป็นบทความวิจัยฉบับเต็มทีตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ 2. ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2015-2025) 3. ต้องเป็นบทความวิชาการหรือวิจัยและเป็นภาษาไทยเท่านั้น 4. เนื้อหาสาระเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับรูปแบบ ประสิทธิภาพ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ LTC สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย 5. มีการระบุระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจนและสามารถประเมินคุณภาพได้ เกณฑ์คัดออก ประกอบด้วย 1. บทความที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2. ไม่ได้ทำการศึกษาในบริบทประเทศไทย 3. เป็นบทความย่อจากการประชุมวิชาการ บทบรรณาธิการ บทความแสดงความคิดเห็น หรือจดหมายถึงบรรณาธิการและวิทยานิพนธ์หรือ Gray literature และ 4. ไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาบทความฉบับเต็มได้

การประเมินคุณภาพงานวิจัยที่คัดเลือกดำเนินการโดยผู้ประเมินอิสระสองท่าน โดยใช้เครื่องมือ Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist (The Joanna Briggs Institute, 2021) สำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ และ Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018) สำหรับงานวิจัยแบบผสมวิธี กรณีมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน จะมีการปรึกษาหารือหรือขอความเห็นจากผู้ประเมินท่านที่สามเพื่อหาข้อสรุป ทั้งนี้หากพบบทความซ้ำกันจากฐานข้อมูล Thai jo และ Google scholar จะพิจารณานับเป็นบทความเดียว และผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมจัดการบรรณานุกรม (Endnote) ในการคัดออกเบื้องต้น จากนั้นจึงทำการตรวจสอบด้วยตนเองอีกครั้งเพื่อคัดบทความที่ซ้ำกันออกทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 4 การสกัดข้อมูล

ข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละบทความถูกสกัดและบันทึกในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นด้วยโปรแกรม Microsoft Excel โดยมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ข้อมูลบรรณานุกรม (ผู้นิพนธ์, ปีที่พิมพ์, ชื่อเรื่อง), วัตถุประสงค์การวิจัย, รูปแบบการวิจัย, ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง, รูปแบบบริการดูแลระยะยาวที่ศึกษา (โครงสร้าง, กระบวนการ), ผลลัพธ์/ประสิทธิผลของบริการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและรายงานผล

ข้อมูลที่สกัดได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสังเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive synthesis) เพื่อตอบคำถามการวิจัย การวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ของ Donabedian (2005) เพื่อจำแนกและทำความเข้าใจองค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบบริการ LTC ที่พบ และเขียนสรุปรายงานผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองงานวิจัย พัฒนาตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกที่กำหนด ประกอบด้วยชุดคำถามสำหรับคัดกรองเบื้องต้นจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ และการคัดกรองจากเนื้อหาบทความฉบับเต็ม
2. แบบบันทึกการสกัดข้อมูลพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1
3. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) เพื่อประเมินคุณภาพของบทความวิจัยตามแบบการวิจัยประเภทต่างๆ ของ Joanna briggs institute (JBI Appraisal Checklist) (2020) ยกเว้นงานวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) ใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยผสมวิธี (Mixed methods appraisal tool: MMAT) ของมหาวิทยาลัยแมกกิล (Hong et al., 2018) โดยหากพบว่าบทความวิจัยแสดงข้อมูลตรงตามข้อคำถามที่ประเมินให้ 1 คะแนน ไม่มีข้อมูลหรือไม่ชัดเจน ให้ 0 คะแนน และหากไม่เกี่ยวข้อง ไม่คิดคะแนนข้อนั้น นำคะแนนรวมที่ได้มาคำนวณเป็นค่าร้อยละ และแปลผลดังนี้ คะแนนเท่ากับและมากกว่าร้อยละ 75.00 คุณภาพระดับสูงคะแนนร้อยละ 50.00-74.99 คุณภาพระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50.00 คุณภาพระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยใช้ฉันทามติของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2 ท่าน และอาจารย์ทางสาธารณสุขที่เป็นนักวิจัย 1 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องระหว่างผู้บันทึกข้อมูล (interrater reliability) โดยมีการควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูลและทดสอบความเที่ยง โดยมีการประชุมให้ความรู้ทีมผู้วิจัยเพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนต่างๆ ของการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทุกคนฝึกบันทึกข้อมูล คนละ 5 เรื่องนำมาประชุมคำปรึกษาจนเข้าใจตรงกันแล้วจึงดำเนินการทดสอบความเที่ยงโดยผู้วิจัยจับคู่อ่านบทความ และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลรวมทั้งหมด 32 บทความ และผลการวิเคราะห์พบว่าค่าร้อยละของความสอดคล้องเท่ากับ 83.40 และค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องแคปปา (Kappa coefficient) เท่ากับ 0.79 ซึ่งจัดว่ามีความสอดคล้องในระดับดี (strong) (McHugh, 2012)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กรอบการทบทวนขอบเขตงานวิจัย คือ รวบรวมข้อมูลจากบทความวิชาการและวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และบันทึกผลการสกัดข้อมูลใน Excel

การวิเคราะห์ข้อมูล

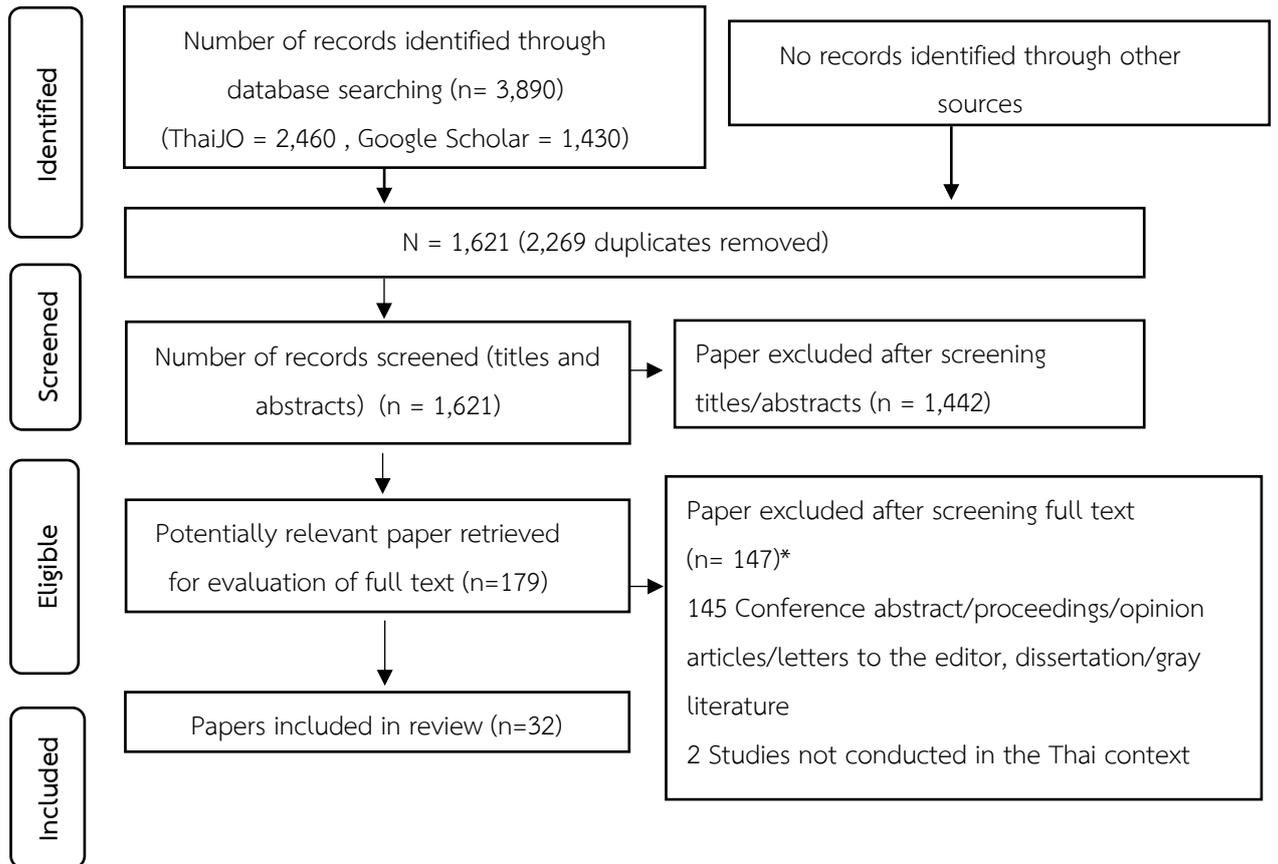
ผู้วิจัยนำข้อมูลจากรายงานการวิจัยมาสังเคราะห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา จากนั้นจึงนำเสนอผลการสังเคราะห์ทั้งหมดในรูปแบบการพรรณนา (Descriptive synthesis) เพื่อให้เห็นภาพรวมขององค์ความรู้ที่ได้

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาทบทวนขอบเขตงานวิจัยนี้ไม่ต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เนื่องจากเป็นการศึกษาจากเอกสารบทความวิจัยที่มีการเผยแพร่เป็นสาธารณะ ที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลของการวิจัยในบทความวิจัยนั้นๆ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการวิจัยเพื่อคงไว้ซึ่งความถูกต้องด้านวิชาการ (Scientific integrity) ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การคัดเลือกแหล่งข้อมูลหลักฐาน (Selection of sources of evidence) การทบทวนกระบวนการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยเป็นไปตามแผนผัง PRISMA-ScR (รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2 การสืบค้นเบื้องต้นจากฐานข้อมูลที่กำหนดให้ผลลัพธ์ จำนวน 3,890 บทความ หลังจากการคัดกรองบทความซ้ำซ้อนออก 1,621 บทความ เหลือบทความสำหรับการคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จำนวน 1,442 บทความ จากจำนวนนี้ มีบทความ 179 บทความที่ได้รับการประเมินฉบับเต็ม และงานวิจัยภาษาไทย จำนวน 32 บทความ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดและถูกนำมาใช้ในการทบทวนครั้งนี้



ภาพที่ 2 Flow of studies through review of PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018)

2. คุณลักษณะของแหล่งข้อมูลหลักฐาน (Characteristics of sources of evidence)

จากงานวิจัยทั้ง 32 บทความ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 รูปแบบการวิจัยที่พบมากที่สุด คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) คิดเป็นร้อยละ 46.88 (15 บทความ) รองลงมาคือ การวิจัยและพัฒนา (Research and development) คิดเป็นร้อยละ 25.00 (8 บทความ) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) คิดเป็นร้อยละ 15.63 (5 บทความ) การกระจายตัวของพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 74.07 (20 บทความ) รองลงมาคือ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 14.81 (4 บทความ) กลุ่มตัวอย่างหลักในงานวิจัยทุกบทความ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่มักจะรวมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

3. การประเมินคุณภาพของแหล่งข้อมูลหลักฐาน (Critical appraisal within sources of evidence)

ผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัยด้วย JBI และ MMAT พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ จำนวน 25 บทความ มีคุณภาพสูง คิดเป็นร้อยละ 78.10 และอีก 7 บทความ (ร้อยละ 21.90) มีคุณภาพระดับปานกลาง ประเด็นที่งานวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่ามีคุณภาพสูง ได้แก่ การระบุคำถามวิจัยที่ชัดเจน การออกแบบการศึกษาที่เหมาะสมกับคำถามวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ขณะที่ประเด็นที่ยังสามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้ในบางงานวิจัยคือ การอภิปรายข้อจำกัดของการศึกษาอย่างครอบคลุม และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ลึกซึ้งเพียงพอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยจำแนกตามเครื่องมือประเมินคุณภาพ

ระดับคุณภาพ	JB1 (n=26)	MMAT (n=6)	รวม (n=32)	ร้อยละ (%)
สูง (คะแนน >70%)	20	5	25	78.10
ปานกลาง (คะแนน 50-70%)	6	1	7	21.90
ต่ำ (คะแนน < 50%)	0	0	0	0.00

4. ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย (Synthesis of care models for dependent older adults in Thailand)

จากการสังเคราะห์งานวิจัย 32 บทความ พบว่ารูปแบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย สามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่

4.1 รูปแบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and community-based care) พบจำนวน 15 บทความ เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและเสริมศักยภาพครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแล (Caregiver/อสม.). มีการสนับสนุนผู้ดูแลผ่านรูปแบบที่ชัดเจน เช่น CARE Model, ACICC Model, PKESCV Model เป็นต้น และการประเมินผลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มักเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพในชุมชน

4.2 รูปแบบการบูรณาการภาคีเครือข่าย (Network integration model) พบจำนวน 7 บทความ เป็นรูปแบบที่เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย เช่น โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรภาคประชาชน เพื่อพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงกัน ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงาน มีการดำเนินงานที่เป็นระบบ ตั้งแต่การตั้งคณะทำงาน การวางแผนร่วมกัน การใช้เครื่องมืออย่างแผนการดูแล (Care plan) ไปจนถึงการประเมินผล

4.3 รูปแบบที่เน้นการพัฒนาระบบและกลไก (System and mechanism development model) พบจำนวน 7 บทความ เป็นรูปแบบที่มุ่งพัฒนาระบบการดูแลในภาพรวม โดยใช้กลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจน เช่น การขับเคลื่อนผ่านองค์ประกอบหลัก 3 ประการ หรือ “3C” เป็นต้น และมีการใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ เช่น PIRAB มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าแผนการดูแล (Care plan) ที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้

4.4 รูปแบบที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Technology-enhanced model) พบจำนวน 3 บทความ เป็นรูปแบบที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เทคโนโลยีถูกนำมาใช้เพื่อการติดตามและให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง เช่น การดูแลแผลกดทับ นอกจากนี้ยังใช้ในการประเมินและวางแผนการดูแล

แบบองค์รวมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางสรุปการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในประเทศไทย (n=32)

ผู้พิมพ์/ปี	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	พื้นที่	จุดเด่นสาระสำคัญ
1. รูปแบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and community-based care) (n=15)				
Puangniyom et al., (2019)	Research and Development	331	Rural	มุ่งเน้นการจัดการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิง โดยจัดให้ มีระบบการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ
วรางคณา ศรีภูวงษ์, (2563)	Action Research	75	Rural	5 P Model ประกอบด้วย P: Prepare, P: Participation P: Process, P: Policy/project และ P: Patronage
บุหพันธ์ สุขเกษม และคณะ, (2565)	Action Research	100	Urban	PKESCV Model ประกอบด้วย P: Policy ,K: Knowledge and Skill, E: Empowerment, S: Social support, C: collaboration และ V: Value
ปิยนันท์ โออ้วน, (2565)	Action Research	55	Rural	ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัว และส่งเสริมการเข้าถึงบริการ
Decharatanachart, Y., & Kochakote, Y. (2022)	Mixed Method	250	Rural	รูปแบบการดูแลระยะยาวๆ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (1) นโยบาย: กำหนดนโยบายการดูแลที่ชัดเจนในทุกระดับ (2) การจัดการ: ใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน โดยมีหน่วยบริการสุขภาพสนับสนุน (3) การวางแผน: วางแผนดูแลแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน (4) การมีส่วนร่วม: ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนร่วมดูแลอย่างยั่งยืน
บุญเลิศ นิลละออง, (2023)	Research and Development	247	Rural	รูปแบบการมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนที่ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของทุกภาคส่วน, การดำเนินงานดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย, และการติดตามประเมินผลเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
Ninlaong, B., (2023)	Research and Development	247	Rural	รูปแบบที่พัฒนา (1) การเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกภาคส่วน (2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีการประสานความร่วมมือของครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และทุกภาคส่วน และ (3) การให้คำปรึกษาและควบคุม กำกับ ติดตามสรุปและประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ผู้พิมพ์/ปี	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	พื้นที่	จุดเด่นสาระสำคัญ
ไกรศร สุขนา, (2567)	Action Research	151	Rural	การมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างและพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลในชุมชน (อสม./CG)
จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์, (2567)	Quasi – Experimental Research	108	Rural	อสม. เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างครบวงจร ตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือทำ และประเมินผล เพื่อให้การดูแลมีความยั่งยืนและตรงกับความต้องการของคนในพื้นที่อย่างแท้จริง
ณิชภาพร นุสนทรา, (2567)	Research and Development	95	Rural	รูปแบบที่พัฒนา (1) Care plan (2) การบันทึกสุขภาพ (3) กิจกรรมการเยี่ยมครั้งละ 2 ชม. เดือนละ 4 ครั้ง การดูแลจนกว่าผู้สูงอายุจะเสียชีวิต (4) การประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและ(5)การนัดประชุมCGเดือนละ1ครั้ง
นภานุช บุญศิริมงคล, (2567)	Quasi Experimental Research	30	Rural	พัฒนาทักษะผู้ดูแล โปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะของ ผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
ปรัชญา สุณาและอารี บุตรสอน, (2567)	Action Research	62	Rural	ACICC Model ประกอบด้วย (1) Accessibility (2) Continuity of care (3) Integrated care (4) Coordination of care (5) Community empowerment
Kabmanee, N., et al. (2024)	Research and Development	90	Rural	พัฒนาศักยภาพ CG ยุคใหม่ โมเดลเสริมสมรรถนะผู้ดูแลในยุค New Normal (ให้ความรู้, ฝึกปฏิบัติ, ติดตามผล)
จุฬารัตน์ จิตพิลา ,(2568)	Quasi- Experimental Research	60	Rural	โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
นฤมล ไสรัจจ์, (2568)	Mixed Method	219	Urban	CARE Model C: Caregiver support (การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว), A: Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม), R: Resource Integration (การประสานงานกับหน่วยงานอื่น) และ E: Empowerment (การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุผู้ดูแล และครอบครัว)
2. รูปแบบการบูรณาการภาคีเครือข่าย (Network Integration Model) (n=7)				
นงคราญ สุระพินิจ และศรีณรัตน์ ศิลปศึกษา, (2565)	Participatory Action Research	327	Rural	การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนเป็นเครื่องมือสำคัญ

ผู้พิมพ์/ปี	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	พื้นที่	จุดเด่นสาระสำคัญ
ปาริชาติ แก้วคำ , (2567)	Action Research	75	Rural	รูปแบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ดำเนินกิจกรรม และทบทวน ผลประเมิน ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ
พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ และคณะ, (2024)	Action Research	313	Urban	กระบวนการจัดบริการมี 6 ขั้นตอน 1) ตั้งคณะทำงาน 2) ทำแผนร่วมกัน 3) คัดกรองและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ 4) วางแผนการดูแลรายบุคคล 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 6) ประเมินผลการดูแล
วิไลพร แก้วฝ่าย , สมถวิล ศรีสวัสดิ์, & พรรณีภา ไชยรัตน์. (2024)	Participatory Action Research : PAR	96	Rural	โปรแกรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานตำบลพระธาตุบังพวน (Prathat Primary Digital Health : PPDH) แบ่งเป็น 2 ประเด็น (1) ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (2) ทีมบริการสุขภาพชุมชน ตาม Care Plan
สมภาพ เมืองชื่น และมนัสขกรณ์ พิชัยจุมพล, (2567)	Action research	60	Rural	SKILL model (1) แรงสนับสนุนทางสังคม (2) ความเมตตาในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (3) การบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และเอกชน (4) การประเมินและประสานเรื่องที่อยู่อาศัยเพื่อส่งเสริมในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับสุขภาพ ปลอดภัย มั่นคง และ (5) การเรียนรู้ พื้นฟูทักษะของผู้ดูแล
อะนุตย์ ปุริสังข์ และคณะ (2567)	Action Research	109	Rural	4Cs Model (Collaboration, Consciousness, Center of working, Coverage of management) เกิดจากความร่วมมือ ร่วมใจกันของ 3 ภาคี คือ โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรภาคประชาชน
ชัยณรงค์ สังข์จ่าง และคณะ (2568)	Mixed Method	550	Rural	บูรณาการบริการปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและปรับปรุงระบบบริการให้เชื่อมโยงกัน
3. รูปแบบที่เน้นการพัฒนากระบวนการและกลไก (System and Mechanism Development Model) (n=7)				
ยศ วัชรคุปต์ และคณะ (2561)	Cohort Study	405	Urban & Rural	ประสิทธิผลของ Care Plan ประเมินพบว่า แผนการดูแลในระบบ LTC ช่วยเพิ่ม ADL และลดค่าใช้จ่าย
Prasert et al., (2022)	Research and Development	6,391	Rural	กรอบ PIRAB (P-Partner I-Invest R- Regulate and Legislate A- Advocate B-Build Capacity) พัฒนา ระบบ LTC ผ่านกลไกท้องถิ่น, การบริการ และระบบที่เลี้ยง

ผู้พิมพ์/ปี	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	พื้นที่	จุดเด่นสาระสำคัญ
ศตวรรษ ศรีพรหม และคณะ, (2566)	Participatory Action Research : PAR	156	Rural	HAS-MAP-ID ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ HAS= (H : Health Promotion Database System), (A : Access and use applications), และ (S : Social Activity Grouping) MAP= (M : Monitoring and Evaluation), (A : Age - Friendly Communities/Cities) และ (P : Participatory Action Plan) ID= (I : Integrate Network Cooperation) และ (D : Develop Potential and Review Guidelines)
อรุณ บุญสร้าง และคณะ, (2566)	Action Research	100	Rural	รูปแบบ CARE TOEI Model (C = Co-planning ,A = Aims, R = Responsibility Leadership, E = Empowerment, T = Team work, O = Organizing, E = Evaluation และ I = Information)
ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ, (2567)	Research and Development	1,437	Rural	การขับเคลื่อนระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ต้องอาศัย 3 องค์ประกอบหลัก หรือ “3C” ได้แก่ ผู้จัดการดูแล (Care Manager), ผู้ดูแล (Care Giver) และแผนการดูแล (Care Plan) โดยทั้งหมดดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
ปรียาดี บุญไชโย, (2567)	Research and Development	388	Urban & Rural	พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม 12 ด้าน โดยเน้นการคัดกรองและวางแผนดูแล ส่งเสริมสุขภาพกายใจและอาชีพ จัดการสิ่งแวดล้อม และบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
อภิรักษ์ วัฒนวิกิจ, (2024)	Action Research	200	Urban	รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวภิบาลที่เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้ทั้งเครื่องมือที่เป็นแบบฟอร์ม (D-METHOD), ระบบดิจิทัล (Online Program), และเครื่องมือสื่อสาร (สมุดบันทึก) เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่อง
4. รูปแบบที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Technology-enhanced Model) (n=3)				
กษิพัฒน์ เขียงแรง, และพัชราภรณ์ ปินตา, (2024)	Quasi-experimental research	45	Urban	ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสหวิชาชีพ และผู้ดูแล (Caregiver) ในระบบ Long Term Care จะร่วมกันประเมินและแก้ปัญหาแบบองค์รวมเป็นรายบุคคลและครอบครัว โดยเน้นการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)

ผู้พิมพ์/ปี	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	พื้นที่	จุดเด่นสาระสำคัญ
พัชราภรณ์ ปิ่นตา และกษิพัฒน์ เชียงใหม่, (2025)	Quasi- experimental research	30	Urban	Telemedicine ดูแลแผลกดทับ ใช้การแพทย์ทางไกล ติดตามและให้คำปรึกษาการดูแลแผลในชุมชน
ปรีชา ถิ่นนัยธร และคณะ (2568)	Action Research	35	Urban	PCT Model ผสานกระบวนการ (Process), การจัดการ ดูแล (Care Management) และเทคโนโลยี (Technology)

5. การสังเคราะห์ผลการวิจัย (Synthesis of results) การบูรณาการกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (2005) ประกอบด้วย โครงสร้าง, กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งเข้ากับขอบเขตการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในด้านการประสานงานและการบูรณาการการดูแล พบว่า มีโครงสร้างการจัดการที่หลากหลาย (นฤมล โสรัจจ์, 2568; ปรัชญา สุนา และอารี บุตรสอน, 2567) โดยมีคณะกรรมการ LTC ดำบลเป็นกลไกขับเคลื่อน และมีกระบวนการที่เน้นแผนดูแลรายบุคคล (Individual care plan) และการประสานเครือข่าย (ปาริชาติ แก้วคำ, 2567; นงคราญ สุระพินิจ และศรีธนรัตน์ ศิลปึกษา, 2565) ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านความครอบคลุมเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีความท้าทายในการบูรณาการบริการและความเหลื่อมล้ำ (ยศ วัชรระคุปต์ และคณะ, 2561) สำหรับการพัฒนาและจัดการกำลังคน มีโครงสร้างกำลังคนที่ประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัว, อสม. และผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) (นภานุช บุญศิริมงคล, 2567) ซึ่งต้องพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง (Kabmanee et al., 2024) ผ่านกระบวนการฝึกอบรมและติดตาม (จุฬารัตน์ จิตพิลา, 2568) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนน ADL ดีขึ้นและผู้ดูแลมีทักษะเพิ่มขึ้น (ณิชภาพร นุสนทนา, 2567; นภานุช บุญศิริมงคล, 2567) ขณะที่มิติทรัพยากรการเงินและความยั่งยืน มีโครงสร้างการเงินหลักจากกองทุน สปสช. (ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ, 2567) แต่ยังคงเผชิญความท้าทายด้านความยั่งยืน (อรุณ บุญสร้าง และคณะ, 2566) ส่วนนโยบายและกรอบกฎระเบียบ ได้รับการผลักดันจากหน่วยงานระดับภูมิภาค (Puangniyom et al., 2019) และนำไปสู่ผลลัพธ์ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (จุฬารัตน์ ศิริพัฒน์, 2567) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนถูกบูรณาการผ่านโครงสร้างและกระบวนการที่หลากหลาย (วรางคณา ศรีภูวงษ์, 2563; ไกรสร สุชุนา, 2567) ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนในพื้นที่ (อะนุดย์ ปุริสังข์ และคณะ, 2567) สุดท้ายคือ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ซึ่งเริ่มมีโครงสร้างพื้นฐานที่ชัดเจนขึ้น (ศตวรรษ ศรีพรหม และคณะ, 2566) และมีผลลัพธ์ในการช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาระผู้ดูแล (พัชราภรณ์ ปิ่นตา และกษิพัฒน์ เชียงใหม่, 2025) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การสังเคราะห์ผลการวิจัยตามกรอบแนวคิด Donabedian และขอบเขตการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

ขอบเขตการดูแล ที่เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง	Donabedian Framework of Quality		
	โครงสร้าง (Structure)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์ (Outcome)
การประสานงาน และการบูรณา การการดูแล	รูปแบบการบริหารจัดการ หลากหลายปรับตามบริบท ท้องถิ่น (เช่น CARE, ACICC, PCT); คณะกรรมการ LTC ระดับ ตำบล; การบูรณาการข้อมูล ระหว่างองค์กร (นฤมล โสรัจจ์, 2568; ปรัชญา สุนา, และ อารี บุตรสอน, 2567.; ปรีชา ถิ่น นัยธร และคณะ, 2568)	การบูรณาการบริการสุขภาพ และสังคมผ่าน 4 รูปแบบการ จัดส่งบริการ (ชุมชน, ที่บ้าน, สถาบัน, ผสมผสาน); การ วางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (ปารีชาติ แก้วคำ, 2567)	ระบบ LTC ครอบคลุมขึ้น แต่ ยังคงมีข้อจำกัดในการบูรณา การสุขภาพ-สังคม และความ เหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ใน การเข้าถึงบริการ (ยศ วัชระ คุปต์ และคณะ, 2561)
การพัฒนาและ จัดการกำลังคน	อาสาสมัครและผู้ดูแลใน ครอบครัวเป็นกำลังหลัก (นภานุช บุญสิริมงคล, 2567)สนับสนุนโดย ผู้จัดการดูแล (Care Manager) บุคลากรสุขภาพ จำนวนจำกัด (พยาบาล, นักกายภาพฯ มีบทบาท ประสานงาน)	กระบวนการประเมินและวาง แผนการดูแล รวมถึงการเยี่ยม บ้าน การติดตามอาการ การใช้ เทคโนโลยีสนับสนุนการเฝ้า ระวัง และการเสริมสร้าง ศักยภาพผู้ดูแล (Kabmanee, N., et al., 2024)	คะแนน ADL ผู้สูงอายุดีขึ้น และภาวะแทรกซ้อนลดลง (ปรัชญา สุนา, และ อารี บุตร สอน, 2567) ผู้ดูแลมีทักษะ เพิ่มขึ้นแต่ยังคงเผชิญ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะการดูแลสูง
ทรัพยากรการเงิน และความยั่งยืน	งบประมาณหลักจาก กองทุนสุขภาพท้องถิ่นและ กองทุน LTC ของ สปสช. (ศิริณี ศรีหาคาด และ คณะ, 2567)ค่าใช้จ่ายที่ เพิ่มขึ้นและความท้าทาย ด้านความยั่งยืน	ระบบติดตามประเมินผลและ ประเมินคุณภาพยังไม่เป็น มาตรฐาน เน้นการวัดเชิง ปริมาณ (Prasert et al., 2022) ความพยายามบูรณา การทรัพยากรหลายภาคส่วน	การดูแลที่บ้านและชุมชน คุ้มค่ากว่าในสถาบัน (ยศ วัชระคุปต์ และคณะ, 2561) ความยั่งยืนทางการเงินยังเป็น ความท้าทายแม้การมีส่วนร่วม ของชุมชนจะเพิ่มขึ้น
นโยบายและ กรอบกฎระเบียบ	การพัฒนานโยบาย LTC เพิ่มขึ้น โดยการผลักดันของ หน่วยงานสุขภาพระดับ ภูมิภาค (Puangniyom et al., 2019) ข้อจำกัดด้าน	การประยุกต์ใช้ในระดับภูมิภาค สำหรับการติดตามดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้น แต่มีข้อจำกัดด้าน การเชื่อมต่อและการ	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น เพิ่ม ศักยภาพในกิจวัตรประจำวัน ลดการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล และลด

ขอบเขตการดูแล ที่เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง	Donabedian Framework of Quality		
	โครงสร้าง (Structure)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์ (Outcome)
การมีส่วนร่วม ของชุมชนและ การเสริมพลัง	กฎระเบียบและอุปสรรค การเบิกจ่ายงบประมาณ ชุมชนถูกบูรณาการเข้าสู่ โครงสร้างการดูแลผ่าน รูปแบบการมีส่วนร่วมต่างๆ (เช่น 5P Model, PKESCV Model) โดยใช้ทุนทาง สังคมท้องถิ่น	ดำเนินการที่หลากหลายตาม บริบทท้องถิ่น กระบวนการแบบมีส่วนร่วมใน การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผล การระดม ทรัพยากร และการแลกเปลี่ยน ความรู้ (ไกรศร สุขุณา, 2568)	ภาวะแทรกซ้อน (จุฑารัตน์ ศิ ริพัฒน์, 2567) เพิ่มความเป็นเจ้าของและ ความยั่งยืนของระบบ (อะ นุชย์ ปุริสังข์ และคณะ, 2567) เพิ่มศักยภาพชุมชนใน การดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนา นวัตกรรมการดูแลที่เหมาะสม กับบริบท
เทคโนโลยีและ นวัตกรรม	การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ผู้สูงอายุ โครงสร้างพื้นฐาน ทางเทคโนโลยี และแอป พลิเคชันดิจิทัล (ศตวรรษ ศรีพรหม และคณะ, 2566)	การใช้ Telemedicine การ ติดตามด้วยเทคโนโลยี และ นวัตกรรมการดูแลเฉพาะทาง เช่น การดูแลแผลกดทับ, การ ฟื้นฟูสภาพ (พัชราภรณ์ ปินตา และกษิพัฒน์ เชียงแรง, 2025)	ปรับปรุงการเข้าถึงบริการใน พื้นที่ห่างไกล เพิ่ม ประสิทธิภาพการติดตาม อาการและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน และลดภาระ ผู้ดูแล

อภิปรายผล

การทบทวนขอบเขตองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย จากงานวิจัย 32 บทความ นำไปสู่ข้อค้นพบที่สำคัญหลายประการ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based long-term care) เป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในช่วงที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ระบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีบทบาทสำคัญเพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินงานการดูแลระยะยาวโดยชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทย เช่น โมเดล Community-integrated intermediary care (CIIC) จังหวัดเชียงใหม่ ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการผสมผสานความร่วมมือระหว่างชุมชน รัฐ และอาสาสมัคร โดยรูปแบบนี้ไม่เพียงลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายในชุมชน (Aung et al., 2022) ขณะที่รายงานจากธนาคารโลก (World Bank, 2021) ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวโดยชุมชนเป็นฐาน ได้ดี เมื่อมีการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ และการจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ รายงานจาก Asian development bank (2020) และ Economic research institute for ASEAN and east

asia (2021) พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวโดยชุมชนเป็นฐาน เป็นแนวทางที่ยั่งยืนในระดับชาติหากมีการประสานเชิงนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากร และการสร้างศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาว พบว่า บริการการดูแลระยะยาว (Long-term care) พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในการบริการ LTC มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในบริบทไทยที่พบว่าพัฒนาระบบ LTC ช่วยให้ผู้สูงอายุมีระดับคะแนน ADL และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Muangsri, 2023 ; Sereethammaphithak, 2023; Ninlaong, 2023) ส่วนผลกระทบต่อผู้ดูแลในการบริการ LTC ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยมิติด้านเชิงบวกช่วยพัฒนาทักษะและความพึงพอใจผ่านการฝึกอบรมและระบบสนับสนุน (Silprasert, 2022) แต่อีกมิติด้านเชิงลบ ผู้ดูแลยังคงต้องเผชิญกับภาระการดูแลที่สูง (caregiver burden) และปัญหาสุขภาพจิต (Boonchaiyo, 2024) และผลกระทบและความท้าทายเชิงระบบในภาพรวม บริการ LTC ยังคงเผชิญกับปัญหาเชิงโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความยั่งยืนทางการเงินของระบบ และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล (Boonchaiyo, 2024) ซึ่งให้เห็นว่า ระบบการดูแลระยะยาวของไทยมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ยังมีปัญหาความท้าทายสำคัญที่กระทบต่อความยั่งยืน คือ ภาระของผู้ดูแลและข้อจำกัดทางการเงิน ดังนั้น นโยบายจึงต้องมุ่งสนับสนุนผู้ดูแลและสร้างความมั่นคงให้แก่วาระอย่างเร่งด่วน

3. ช่องว่างองค์ความรู้และทิศทางการวิจัยของการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายและข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการขาดระบบการดูแลที่ครอบคลุมทั่วถึง ทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐาน บริการ และบุคลากร จากการศึกษาของ Chuaytem, (2023) พบว่า ควรพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาว เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยควรวางแผนขับเคลื่อนการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบูรณาการการดูแลแบบองค์รวม และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับทุกภาคส่วน และพบว่างานวิจัยของ Maluangnon et al. (2023) ยังขาดระบบการประเมินความต้องการที่เป็นมาตรฐาน และไม่มีระบบการประเมินความต้องการด้านการดูแลระยะยาว ที่เป็นมาตรฐานและครอบคลุม ทำให้การจัดสรรทรัพยากร และการวางแผนบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังพบว่าการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทางเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพของการดูแล (World Bank, 2021) และทิศทางการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย การพัฒนาระบบการดูแลในชุมชน การศึกษาของ Onla, (2022) และ Warasan, (2024) พบว่า ความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการเยี่ยมบ้านโดยผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรม งานวิจัยของ Ruangsoon, (2020) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของสถานบริการดูแลระยะยาวผ่านการเสริมสร้างนวัตกรรมบริการ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ และการศึกษาของ Lapsomboondee et al. (2020) การศึกษา

เปรียบเทียบกับประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ยังเสนอแนวทางที่ประเทศไทยสามารถปรับใช้ได้ เช่น การพัฒนาแผนประกันสุขภาพสำหรับ Long-term care และการมีนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัว การวิจัยและการพัฒนาในประเทศไทยควรมุ่งเน้นการลดช่องว่างทางองค์ความรู้ และการเข้าถึงบริการ เสริมสร้างศักยภาพบุคลากร และพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ยึด บริบทของชุมชนและครอบครัวเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขตเกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของบริการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย สามารถสรุปแนวทางการประยุกต์ใช้ได้ ดังนี้

1. ควรส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ (Health information technology) เพื่อสนับสนุนระบบการเฝ้าระวังทางไกล และสร้างแพลตฟอร์มข้อมูลกลางที่สามารถ เชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาล ทีมหมอครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน เพื่อให้เกิดการบูรณาการบริการ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นมาตรฐานระดับประเทศสำหรับผู้ดูแลใน ครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน ควบคู่กับการสร้างกลไกการให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางวิชาชีพ (Mentoring system) โดยผู้จัดการการดูแล (Care manager) เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและสร้าง ความมั่นคงในระบบ
3. กำหนดชุดตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลระยะยาว (Long-term care quality indicators) ที่เป็น มาตรฐานระดับชาติ และวางระบบการประเมินผลที่บูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการ พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม
4. ส่งเสริมให้เกิดการใช้แผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สร้างฐานข้อมูลจากการ ประเมินสภาวะผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (Comprehensive geriatric assessment) และเน้นการมีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ เพื่อให้การดูแลตอบสนองต่อ ความต้องการที่แท้จริงและจำเพาะของแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขาดเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมทุกมิติ และผ่าน การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการ วางแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) ให้ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการวิจัยเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพของ เครื่องมือดังกล่าวสำหรับบริบทประเทศไทยโดยเฉพาะ

2. แม้จะมีรูปแบบการดูแลระยะยาวที่หลากหลาย แต่ยังคงขาดการประเมินประสิทธิผลและต้นทุน อย่างเป็นระบบ จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative effectiveness research) เพื่อ

วิเคราะห์ความแตกต่างของแต่ละรูปแบบ โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ทางสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และภาระของผู้ดูแล เพื่อค้นหารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืนที่สุดสำหรับบริบทของประเทศไทย

3. แม้จะมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังคงจำกั้อยู่ในวงแคบและขาดการประเมินผลกระทบอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบการติดตามแพทย์ทางไกลต่อคุณภาพการดูแล การเข้าถึงบริการ และการลดภาระของบุคลากรและผู้ดูแลอย่างจริงจัง

4. รูปแบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย ควรได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบกับรูปแบบของต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งจะนำไปสู่การสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อพัฒนานโยบายและบริการที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

5. แม้ว่า การดูแลระยะยาวในชุมชนจะเป็นรูปแบบที่เด่นชัดที่สุดในบริบทของประเทศไทย แต่ยังคงขาดการพัฒนาารูปแบบและนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทที่หลากหลาย ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของพื้นที่อย่างแท้จริง

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C)*. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2567, จาก <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
- กชพัฒนา เชียงแรงและพัชรภรณ์ ปินตา. (2024). ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(5), 187-194.
- ไกรสร สุขนา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 54-65.
- จตุรัตน์ ศิริพัฒน์. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 39(1), 77-87.
- จุฬารณ จิตพิลา. (2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบึงไผ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ชุมชน*, 10(1), 671-679.

- ชัยณรงค์ สังข์จำง, โกเมนทร์ ทิวทอง, & อมรศรี ยอดคำ. (2568). การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสื่อมถอย ศักยภาพภายใน. *วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ*, 1(1), 1–22.
- ณิชาพร นุสนทรา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ*, 9(3), 133–142.
- นงคราญ สุระพินิจ, & ศรีณรัตน์ ศิลปศึกษา. (2565). การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงาน จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(3), 70–81.
- นภานุช บุญศิริมงคล. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย*, 1(3), 24–36.
- นฤมล ไสรัจจ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข*, 1(1), 1–18.
- เนตรนภา พันเล็ก, & กฤติยา ชาสวรรณ. (2567). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 7(2), 21–33.
- บุญเลิศ นิลละออง. (2023). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ*, 8(1), 281–292.
- บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ, & ศรียา ศิริปุ. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 1(1), 71–81.
- ปรัชญา สุณา, & อารี บุตรสอน. (2567). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(3), 273–282.
- ปรีชา ถิ่นนัยธร, และคณะ. (2568). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 5(1), Article e272242.
- ปรียาวดี บุญไชโย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพศึกษาและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 9(1), 831–838.
- ปาริชาติ แก้วคำ. (2567). รูปแบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 117–127.

- ปิยนันท์ โอบอ้วน. (2565). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยผู้ดูแลหลักในครอบครัว ใน เครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธารอง. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(2), 96–107.
- พัชราภรณ์ ปินตาและกษิพัฒน์ เชียงแรง. (2025). ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชน สำหรับผู้ป่วยติดเตียงโดยคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 10(1), 611-618.
- พิชญาพร พิรพันธุ์, และ ประสพชัย พสุนนท์. (2563). การวิจัยเชิงเอกสารเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการ บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารร่วมพฤษภา สาขามนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์*, 38(3), 51–64.
- พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์, นันทิยา นนเลาพล, มนัญญา มณีปกรณ์, ปรีชาติ แพนพา, พรสวรรค์ นาวงค์หา, และ ขวัญยืน กมลเรือง. (2024). ผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง จังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(4), 559-566.
- ยศ วัชรคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พลธิษฐ์ พัฒนา, & สาวินี สุริยันรัตกร. (2561). ประสิทธิภาพของ บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข*, 12(4), 608–624.
- วางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, & สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะฟุ้งฟิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 13–28.
- วิไลพร แก้วฝ่าย, สมถวิล ศรีสวัสดิ์, & พรรณิภา ไชยรัตน์. (2024). การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมี่ ภาวะฟุ้งฟิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน จังหวัด หนองคาย. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(4), 125-133.
- ศตวรรษ ศรีพรหม, วรณภา อินตะราชา, & วรุณสิริ ทางทอง. (2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรือใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ*, 8(1), 378– 391.
- ศิราณี ศรีหาภาค, และคณะ. (2567). ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงภายใต้กองทุน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(3), Article e266528.
- สมภพ เมืองชื่น, & มนัสขจรณ์ พิชัยจุมพล. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงใน พื้นที่ จังหวัดพะเยา. *เชิงรายเวชสาร*, 16(3), 143–154.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, & ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine*, 1(2), 22–31.

- อภิรักษ์ วัฒนวิภกิจ. (2024). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขต
อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(3),
49-58.
- อรุณ บุญสร้าง, อารี บุตรสอน, & กิตติ เหลาสภาพ. (2566). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน
การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบล
เตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(3), 130-
148.
- อะนุตย์ ปุริสังข์, กรรณิการ์ ตานา, พรทิพย์ คุณวงศ์, & อรพรรณ ไทยวงษ์. (2567). การพัฒนาระบบ
บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(ฉบับพิเศษ), 108-123.
- Abbott, R. A., Whear, R., Thompson-Coon, J., Ukoumunne, O. C., Rogers, M., Bethel, A.,
Hemsley, A., & Stein, K. (2013). Effectiveness of mealtime interventions on
nutritional outcomes for the elderly living in residential care: A systematic review
and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 967-981. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2013.06.002>
- Arias-Casais, N., Thiyagarajan, J. A., Perracini, M. R., Park, E., Van den Block, L., Sumi, Y.,
Woo, J., & Leung, E. (2022). What long-term care interventions have been
published between 2010 and 2020? Results of a WHO scoping review identifying
long-term care interventions for older people around the world. *BMJ Open*, 12(1),
Article e054492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054492>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework.
International Journal of Social Research Methodology, 8(1), 19-32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI manual for
evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Asian Development Bank. (2020). *Thailand's national community-based long-term care
model*. <https://www.adb.org/publications/thailand-long-term-care-older-persons>
- Aung, M. N., Moolphate, S., Aung, T. N. N., Katonyoo, C., Nanthamongkolchai, S.,
Supakankunti, S., Patcharanarumol, W., Kengganpanich, M., Vapattanawong, P.,
Chaiyasong, S., Vorasiramon, P., & Tangcharoensathien, V. (2022). Effectiveness of
a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-
based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: A cluster-

- randomized controlled trial TCTR20190412004. *Health Research Policy and Systems*, 20(Suppl 1), Article 110. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00911-5>
- Bayly, J., Bone, A. E., Ellis-Smith, C., Yaqub, S., Yi, D., Nkhoma, K. B., Combes, S., Fyvie, J., Walshe, C., Rafferty, A. M., Evans, C. J., & Murtagh, F. E. M. (2021). Common elements of service delivery models that optimise quality of life and health service use among older people with advanced progressive conditions: A tertiary systematic review. *BMJ Open*, 11(12), Article e048417. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048417>
- Boonchaiyo, P. (2024). Development of long-term care model for the elderly with dependency, Namon Hospital, Kalasin Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 2(1), 13–24. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3724>
- Cao, P. Y., Zhao, Q. H., Xiao, M. Z., Kong, L. N., & Xiao, L. (2018). The effectiveness of exercise for fall prevention in nursing home residents: A systematic review meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), 2511–2522. <https://doi.org/10.1111/jan.13814>
- Chanthana, S., Wongchan, C., & Klahan, S. (2021). Public health long term care services and related factors to the role-based performance of dependent elderly care managers. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(4), 132–141.
- Chuaytem, B. (2023). Long term care utilization and social support related to quality of life among dependent elderly in Chaiya District, Surat Thani Province. *Journal of Health Science*, 32(Supplement 2).
- Decharatanachart, Y., & Kochakote, Y. (2022). Long-term care model for the elderly with dependency. *Dhammathas Academic Journal*, 22(3), 63-80.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Economic Research Institute for ASEAN and East Asia. (2021). *Long-term care model: Review of population ageing practices and policies*. https://www.eria.org/uploads/media/Research-Project-Report/2021-06/Vol-2_00-Long-term-Care-Model_Review-of-Population-Ageing-Practices-and-Policies.pdf
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2022). *Situation of the Thai elderly, 2021*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2023). *Situation of the Thai elderly 2022*. Amarin Printing & Publishing.
- Frost, R., Belk, C., Jovicic, A., Ricciardi, F., Kharicha, K., Gardner, B., Iliffe, S., Goodman, C., Manthorpe, J., Drennan, V. M., & Walters, K. (2017). Health promotion interventions for community-dwelling older people with mild or pre-frailty: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, *17*, Article 155. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0547-8>
- Giné-Garriga, M., Roqué-Fíguls, M., Coll-Planas, L., Sitjà-Rabert, M., & Salvà, A. (2014). Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *95*(4), 753–769.e3. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.11.007>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M. C., & Vedel, I. (2018). *Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018*. Registration of Copyright.
- Janpol, K., Faikaow, A., & Chanahan, P. (2023). Result of Developing Desired Health Literacy of the Elderly in Elderly Clubs: Health Area Region 7Health Area Region 7. *Journal of Nursing and Health Sciences Nakhon Phanom University*, *1*(2), 52-62.
- Kabmanee, N., Khoyun, S., & Phisaiphant, S. (2024). The development model for enhancing capabilities of caregivers for dependent elderly in the new normal era. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, *27*(3), 57–69. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JSakonNakHosp/article/view/3430>
- Lapsomboondee, A., Putthinun, P., Charernjiratrakul, W., & Limwattananon, C. (2020). A comparative study of long-term care for elderly in Germany, Japan, Singapore and Thailand. *Journal of Business, Innovation and Sustainability*, *15*(1), 74–86. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/BECJournal/article/view/196036>
- Larizgoitia, I. (2003). Approaches to evaluating LTC systems. In J. Brodsky, J. Habib, & M. Hirschfeld (Eds.), *Key policy issues in long-term care* (pp. 227–242). World Health Organization.
- Maluangnon, K., Phanphet, S., Thongpan, A., & Bunpitakchai, W. (2023). A continuity long-term care system for elderly: Scoping reviews. *Journal of Health Science Research*, *17*(1), 149–162.

- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282.
- Ministry of Public Health, Thailand. (2021). *Caregiver training manual*. Ministry of Public Health.
- Muang Sri, N., & Sereethammaphak, P. (2023). Evaluation of long-term care services in dependent elderly in Nakhon Phanom. *Health Environment Journal*, 24(2), 89–102. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265723>
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, Article 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Ninlaong, B. (2023). The development of a care model for the dependent elderly of the long term care fund in local government organization at Nong Song Hong District, Khon Kaen Province. *Health Environment Journal*, 24(1), 11–26. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262113>
- Onla, D. (2022). The development of long-term care system for the dependent elderly in community of Muang District at Phetchabun Province. *Journal of Disease Preventive and Control: DPC.2 Phitsanulok*, 9(1), 1. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/255577>
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Prasert, K., Janpanit, M., & Klikorn, W. (2022). Development of a long term care system and access to service for dependent elderly in Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 140–155.
- Puangniyom, S., Rungnoi, N., & Boontae, U. (2019). Development of Integrated Healthcare Model for the Dependent Elderly in the Pilot Areas, Phetchaburi Province. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(3), 178–195. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/217956>
- Ruanggoon, J. (2020). Guideline for the development of service innovation capabilities for the elderly: A case study of institutional long-term care in Bangkok. *Journal of Management and Development Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 7(2), 163–179.

- Silprasert, T. (2022). Effect of the caregiver skills development program on the ability to perform daily activities of the dependent elderly in Mueang District, Ang Thong Province. *Singburi Hospital Journal*, 3(2), 29–41. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/260308>
- The Joanna Briggs Institute. (2021). The Critical Appraisal Tool. Retrieved on 5 January 2025. *from* <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Warasan, S. (2024). Development of long term care model for elderly people in Nakhu Subdistrict, Nakhu District, Kalasin Province. *Research and Development Health System Journal*, 17(1), 281–295.
- World Bank. (2021). *Caring for Thailand's aging population*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/249641622725700707/pdf/Labor-Markets-and-Social-Policy-in-a-Rapidly-Transforming-Caring-for-Thailand-s-Aging-Population.pdf>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2023). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
- Yang, W., Wu, B., Tan, S. Y., Li, B., Lou, V. W. Q., Chen, Z. A., Chen, X., Fletcher, J. R., Carrino, L., Hu, B., Zhang, A., Hu, M., & Wang, Y. (2021). Understanding health and social challenges for aging and long-term care in China. *Research on Aging*, 43(3-4), 127–135. <https://doi.org/10.1177/0164027520938764>

ประสิทธิผลของการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น
โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

The Effectiveness of Using Educational Media to Prevent E-cigarette Smoking
among Early Adolescents at a School in Wang Thong District,
Phitsanulok Province

อิติรัตน์ ราศิริ^{1*}, ธนัชญา ดีสุกใส¹, อรรถพร สุขเกิด¹

Thitirat Rasiri^{1*}, Tanatchaya Deesuksai¹, Atthaporn Sukkerd¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹

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

Praboromarajchanok Institute¹

(Receives: 24 April 2025; Revised: 28 May 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดศึกษากลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นตอนต้น จำนวน 40 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้สื่อ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้สื่อ โดยก่อนการใช้สื่อค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.35$, $SD. = 1.05$) และหลังการใช้สื่อให้อยู่ในระดับสูง ($M = 8.28$, $SD. = 0.93$) การรับรู้ก่อนการใช้สื่ออยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.55$, $SD. = 1.18$) หลังการใช้สื่ออยู่ในระดับสูง ($M = 2.38$, $SD. = 3.45$) ทศนคติการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนการใช้สื่อในอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.86$, $SD. = 0.27$) และหลังการใช้สื่อให้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.98$, $SD. = 0.89$) และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนการใช้สื่ออยู่ในระดับพฤติกรรมปานกลาง ($M = 1.76$, $SD. = 1.41$) หลังการใช้สื่อให้อยู่ในระดับพฤติกรรมสูง ($M = 2.47$, $SD. = 2.20$) แสดงให้เห็นว่าสื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้นมีประสิทธิผลในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้นได้ ดังนั้นจึงควรนำสื่อให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อรณรงค์ในการป้องกันการเกิดนักสูบบุหรี่ไฟฟ้าหน้าใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า, สื่อให้ความรู้, ป้องกันการสูบบุหรี่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Panda_19jung@hotmail.com, อิติรัตน์ ราศิริ)

Abstract

This quasi-experimental research, using a one-group pretest-posttest design, aimed to study the effectiveness of using educational media to prevent e-cigarette smoking among early adolescents at a school in Wang Thong District, Phitsanulok Province. The sample group consisted of 40 early adolescents engaging in activities involving educational media designed to prevent e-cigarette smoking. Data were collected using questionnaires and analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test.

The results revealed that after using the media, the sample showed higher mean scores in knowledge, perceptions, attitudes, and behaviors related to prevention of e-cigarette smoking compared to before intervention. Specifically, the average knowledge score increased from a moderate level ($M = 6.35$, $SD. = 1.05$) to a high level ($M = 8.28$, $SD. = 0.93$). Perceptions increased from a low level ($M = 1.55$, $SD. = 1.18$) to a high level ($M = 2.38$, $SD. = 3.45$). Attitudes towards prevention improved slightly, remaining at a moderate level but with a higher mean score ($M = 1.86$, $SD. = 0.27$ and $M = 1.98$, $SD. = 0.89$ respectively). Preventive behaviors increased from a moderate level ($M = 1.76$, $SD. = 1.41$) to a high level ($M = 2.47$, $SD. = 2.20$). These findings demonstrate that the use of educational media is effective in preventing e-cigarette smoking among early adolescents. Therefore, educational media should be applied in other areas to prevent the emergence of new e-cigarette users.

Keywords: E-cigarette, Educational media, Prevention of smoking

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นนวัตกรรมของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการส่งมอบนิโคตินด้วยไฟฟ้า (Electronic nicotine delivery system, ENDS) โดยให้ความร้อนแก่สารละลายที่มีนิโคติน (E-liquid) เพื่อสร้างละออง และมักจะละลายในสารโพรพิลีนไกลคอล และ/หรือกลีเซอริน (ตัวพานิโคติน) เมื่อศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าจะมีนิโคติน ซึ่งเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์เสพติดสูงสุด เช่นเดียวกับที่มีในบุหรี่ธรรมดา (วศิน พิพัฒน์ฉัตร และคณะ, 2566) การได้รับสารนิโคตินในช่วงวัยรุ่นส่งผลต่อการพัฒนาของสมองและมีผลในระยะยาว เช่น การขาดสติและทำให้อารมณ์แปรปรวน สมาธิสั้น ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ บุหรี่ไฟฟ้ามีสารที่ทำให้เกิดอาการไอ ระคายเคืองปอด เพิ่มความเสี่ยงต่ออาการหอบหืดและทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายน้อยลง นอกจากนี้ไอระเหยจากบุหรี่ไฟฟ้ายังกระตุ้นให้ร่างกายผลิต hemoglobin มาเพื่อช่วยจับออกซิเจน ส่งผลให้มีสถานะเลือดข้นและหนืดจับตัวเป็นก้อนได้ง่าย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ กลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตและพิการได้ (กมลภู ถนอมสัตย์ และคณะ, 2567) จากการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2565 ภายใต้โครงการขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปลอดบุหรี่ของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยมีขนาดตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 85,887 คน ใน 32 จังหวัด และเมื่อคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักเพื่อประมาณค่าข้อมูล พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 1.21 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% ค่าต่ำสุด 1.13 ค่าสูง 1.30) หรือ 709,677 คน โดยเพศชายสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศหญิง และกลุ่มอายุ 20-24 ปี มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด ประเทศไทยจึงมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งหมด 3 ฉบับ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการห้ามนำเข้า ห้ามขายหรือให้บริการและห้ามครอบครอง ดังนั้นบุหรี่ไฟฟ้าที่พบในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งผิดกฎหมายทั้งสิ้น สำหรับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 นั้นมีประกาศเกี่ยวกับเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายซึ่งจะครอบคลุมถึงบุหรี่ซิการ์แต่ไม่ได้รวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าเป็นของต้องห้ามนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพราะฉะนั้นเมื่อเป็นของต้องห้ามนำเข้าก็ถือว่าผิดกฎหมายไม่ว่าจะมีบุหรี่ไฟฟ้าไว้เพื่อครอบครองเพื่อขายหรือใช้เพื่อสูบ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2567)

สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันมีการแพร่หลายเป็นอย่างมาก ทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนกำลังเป็นปัญหาใหม่และส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้นทั่วโลก ดังจะเห็นได้จากการสำรวจยาสูบเยาวชนแห่งชาติ ในสหรัฐอเมริกาประจำปี พ.ศ. 2554-2561 พบว่ามีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันของนักเรียนมัธยมปลายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 20.80 ในปีพ.ศ. 2561 จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในเด็กนักเรียนในไอร์แลนด์ปี พ.ศ. 2561 พบว่าร้อยละ 22 ของเด็กอายุ 12-17 ปี เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า และร้อยละ 9.00 ของ เด็กอายุ 12-17 ปี เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าในช่วง 30 วัน ก่อนการสำรวจ (O'Brien et al., 2021) จากการสำรวจข้อมูลในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 พบคนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า 78,742 คน เป็นผู้ที่มิใช่อายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 24,050 คน เนื่องจากมีการโฆษณาชวนเชื่อว่ายานี้มีความปลอดภัยมากกว่าบุหรี่ธรรมดาและทำให้เกิดสารเสพติดน้อยกว่า ทั้งยังสามารถช่วยเลิกบุหรี่ธรรมดาได้ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์

ชนิดใหม่ที่ได้รับการนิยมน้อยกว่าในปัจจุบัน เพราะเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีจำหน่ายบนโลกออนไลน์ มีการออกแบบรูปลักษณ์ สี และกลิ่น เป็นสิ่งดึงดูดเด็กและเยาวชนให้มีมุมมองที่ดีต่อสินค้า ทำให้เด็กและเยาวชนมีการทดลองสูบบ่อยขึ้น (กิติพงษ์ เรือนเพชร, 2564)

สื่อการสอนเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้และเนื้อหาต่างๆ ซึ่งรวมถึงทักษะและประสบการณ์ไปยังผู้เรียน นอกจากคำว่า “สื่อการสอน” แล้วเรายังอาจใช้คำที่สื่อถึงตัวกลางการถ่ายทอดความรู้ที่ว่าสื่อการเรียน สื่อการเรียนการสอน สื่อการศึกษาหรือสื่อการเรียนรู้ได้อีกด้วย ทั้งนี้ คำศัพท์เหล่านี้มีความหมายเดียวกับเพื่อแสดงถึงบทบาทการถ่ายทอดความรู้ เพื่อช่วยให้บรรลุจุดประสงค์การเรียนรู้ที่ต้องการ รวมทั้งใช้เพื่อสนับสนุนกระบวนการการสอนและการเรียนรู้โดยครอบคลุมถึงสื่อหลากหลายประเภทไม่ว่าจะเป็น เลคเชอร์หรือการบรรยาย หนังสือ เอกสารความรู้ ตำรา สื่อประเภทต่างๆ และอื่นๆอีกมากมาย (Jai jirakasem, 2023) ซึ่งสื่อการเรียนรู้เป็นเครื่องมือและเทคนิควิธีการชนิดต่างๆ ที่บรรจุเนื้อหา หรือสาระการเรียนรู้ที่ผู้สอนสามารถนำเป็นเครื่องมือใช้ประกอบการเรียนการสอนเพื่อถ่ายทอดความรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ (สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ทัศนคติมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยกล่าวว่าเยาวชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูงจะมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเยาวชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับต่ำ เนื่องจากทัศนคติเป็นส่วนสำคัญที่ ก่อให้เกิดการตัดสินใจและแสดงออก การหากเยาวชนมีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เช่น โก่แก่ ทันสมัย เนื่องจากรูปลักษณ์สวยงาม ราคาแพง ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและไม่เป็นที่รังเกียจของครอบครัว เยาวชนเหล่านั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ไฟฟ้า (พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ, 2565) และความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้านั้นเลือกที่จะรับรู้ข่าวสารหรือข้อมูลเฉพาะที่ตนเองนั้นสนใจ ทางกลับกันหากเนื้อหาข่าวสารนั้นไม่ตรงกับที่ตนเองสนใจก็ไม่เปิดรับข้อมูลการรับรู้ทันที ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ที่แสดงออกมาเป็นการประเมินค่าการบอกความรู้สึก ดี-ไม่ดี ชอบ-ไม่ชอบ และส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมต่อไป ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าว่าเพื่อสุขภาพที่ดีกว่า เมื่อเทียบกับการสูบบุหรี่มวน ส่วนใหญ่มีแนวโน้มพฤติกรรมที่จะสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อไป (ณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย, 2560)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 โดยจังหวัดพิษณุโลก มีอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 12.20 จะเห็นได้ว่าช่วงอายุเฉลี่ยที่สูบบุหรี่ครั้งแรกเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน หรือช่วงวัยรุ่นตอนต้น วัยนี้เป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากรทดลอง และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงถูกชักจูงจากเพื่อนได้ง่าย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และจะเห็นได้ว่านักสูบหน้าใหม่เริ่มมีอายุน้อยลง ทำให้ยากต่อการเลิกสูบและมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนที่สูบในวัยผู้ใหญ่ (ภัทรรินทร์ ศิริทรากุล, 2567) และจากสถิติของโรงพยาบาลวังทอง มีจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง มีทั้งหมด 9,142 คน ผู้ที่สูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว 696 คน ไม่สูบบุหรี่ 7,353 คน จำนวนผู้สูบบุหรี่ 1,091 คน คิดเป็นร้อยละ 11.93 ได้รับการบำบัด 968 คน คิดเป็นร้อยละ 88.73 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567)

ดังนั้นจากสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นตอนต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อให้รู้ถึงโทษ ผลกระทบและการป้องกันไม่ให้นักสูบบุหรี่ไฟฟ้าหน้าใหม่เพิ่มขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น ก่อนและหลังการทดลอง

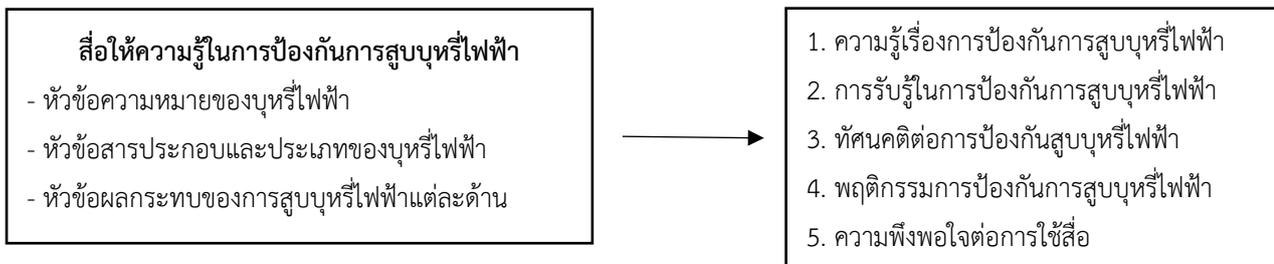
วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง (One-Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชายและหญิง ที่มีอายุ 13-15 ปี ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 72 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายและหญิง ที่มีอายุ 13-15 ปี ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power analysis (Faul & et al., 2007) กำหนดค่า (Mean difference) เท่ากับ 1 (SD of differences) เท่ากับ 2 (Alpha two-sided) เท่ากับ 0.05 (Power) เท่ากับ 0.8 (ยุรนนท์ เทพา, 2567)

จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20 % จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน และต้องมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้า-การคัดออก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1. เป็นนักเรียนชายและหญิง ที่มีอายุ 13-15 ปี ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ที่ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าและที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2. สามารถ ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยเข้าใจ และ 3. เต็มใจและสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด และ 2. ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น ประวัติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประวัติการสูบบุหรี่คนในครอบครัว รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นชนิดให้เลือกถูกหรือผิด จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบคำถามถูกได้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน ผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ Bloom (1964) ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนน 5 คะแนนลงไป ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 6-7 คะแนน ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประยุกต์มาจากมาตราวัดแบบ Likert's Scale แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal Scale) 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็นดังนี้ ช่วงคะแนน 2.34-3.00 หมายถึง การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อยู่ในระดับสูง ช่วงคะแนน 1.67-

2.33 หมายถึง การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อยู่ในระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 1.00-1.66
หมายถึง การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประยুক্তมาจากมาตราวัดแบบ Likert's scale แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย คำถามจะมีความหมายทางบวก (Positive) และทางลบ (Negative) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ระดับความคิดเห็น เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย คำถามเชิงบวก ได้คะแนน 3 ถึง 1 ส่วนคำถามเชิงลบ ได้คะแนน 1 ถึง 3 การแปลผลคะแนน ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็นดังนี้ ช่วงคะแนน 2.34-3.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูง ช่วงคะแนน 1.67-2.33 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 1.00-1.66 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประยুক্তมาจากมาตราวัดแบบ Likert's scale แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน ส่วนการแปลผลคะแนน พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็นดังนี้ ช่วงคะแนน 2.34-3.00 หมายถึง ระดับมาก ช่วงคะแนน 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 1.00-1.66 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามวิธีของ Likert ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และ พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน 5 ระดับ (Rating scale) ผู้ศึกษาใช้หลักเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว (2545) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง น้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย ความหมายของบุหรี่ไฟฟ้า สารประกอบ ประเภท ผลกระทบและกฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้า



ภาพที่ 2 สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนี Index of item objective congruence (IOC) โดยเลือกข้อความของแบบสอบถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 หากค่า IOC ของคำถามข้อใดมีค่าต่ำกว่า 0.5 จะต้องนำแบบสอบถามข้อนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะหรือตัดทิ้ง (Rovinelli & Hambleton, 1977)

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่อำเภอวัดโบสถ์ ซึ่งมีบริบทพื้นที่คล้ายๆ กัน จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นโดยจากสูตร KR-20 ในส่วนของความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของการรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, 0.83, 0.85 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการขอพิจารณาจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยื่นแบบเสนอถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับทางวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และก่อนเก็บข้อมูลได้ชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ถึงโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลกเขต 2 เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับครูและผู้แทนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล และแผนการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นตอนต้น
4. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยขั้นทดลอง
5. หลังจากได้ดำเนินการตามขั้นเตรียมการเรียบร้อยแล้วนั้น ผู้วิจัยได้อธิบายอย่างละเอียดกับกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) ก่อนการฝึกอบรม
7. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้โดยการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ตามหัวข้อดังนี้
 - หัวข้อความหมายของบุหรี่ไฟฟ้า
 - หัวข้อสารประกอบและประเภทของบุหรี่ไฟฟ้า
 - หัวข้อผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแต่ละด้านขั้นหลังทดลอง
8. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) หลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้ทันทีเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้
9. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยในลำดับต่อไป พร้อมทั้งคืนข้อมูลการวิจัยให้โรงเรียน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในส่วนของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ประวัติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประวัติการสูบบุหรี่คนในครอบครัวและรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

สถิติเชิงเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองแบบกลุ่มเดียว ซึ่งได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบความเป็นปกติ (Normality test) โดยใช้วิธีการทดสอบของ Kolmogorov-smirnov ผลการทดสอบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนและหลังทดลอง มีค่า P-value เท่ากับ 0.821 และ 0.897 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนและหลังทดลอง มีค่า P-value เท่ากับ 0.832 และ 0.917 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนและหลังทดลอง มีค่า P-value เท่ากับ 0.761 และ 0.898 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนและหลังทดลอง มีค่า P-value เท่ากับ 0.776 และ 0.845 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.05 แปลว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หมายเลขโครงการ SCPHPL 3/2567.1.5 รับรองเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จำแนกตามเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 57.50 ช่วงอายุ 13 ปี ร้อยละ 35.00 รองลงมาช่วงอายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 และอันดับสุดท้ายช่วงอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 42.50 รองลงมาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 30.00 และอันดับสุดท้ายระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 27.50 ประวัติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัวร้อยละ 80.00 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 60.00 รองลงมา 10,001-25,000 บาท ร้อยละ 37.50 และอันดับสุดท้าย 25,001-40,000 บาท ร้อยละ 2.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	57.50
หญิง	17	42.50
อายุ		
13 ปี	17	42.50
14 ปี	11	27.50
15 ปี	12	30.00
<i>M = 13.80, SD. = 0.97, Max=15, Min = 12</i>		
ระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	17	42.50
มัธยมศึกษาปีที่ 2	12	30.00
มัธยมศึกษาปีที่ 3	11	27.50
ประวัติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า	-	-
ไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า	40	100.00

ประวัติการสูบบุหรี่คนในครอบครัว

มี	32	80.00
ไม่มี	8	20.00
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	24	60.00
10,001-25,000 บาท	15	37.50
25,001-40,000 บาท	1	2.50
40,001 บาท ขึ้นไป	-	-
<i>M = 10.37, SD. = 0.549, Max = 30,000, Min = 5,000</i>		

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น

ประสิทธิภาพของการใช้สื่อให้ความรู้ ก่อนและหลังการใช้สื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้สื่อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา (n=40)

ตัวแปร	M	SD.	t	P-value
ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ก่อนใช้	6.35	1.05	-5.0	0.001*
หลังใช้	8.28	0.93		
การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ก่อนใช้	1.55	1.18	-5.67	0.012**
หลังใช้	2.38	3.45		
ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ก่อนใช้	1.86	0.27	-2.70	0.041**
หลังใช้	1.98	0.89		
พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ก่อนใช้	1.76	1.41	-6.31	0.032**
หลังใช้	2.47	2.20		

*P-value < 0.01 ** P-value < 0.05

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยภาพรวมของสื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (*M = 4.56, SD. = 1.17*) เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่ 1.5 องค์ประกอบแต่ละชั้น สามารถแยกชิ้นส่วนเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนย้าย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (*M = 4.93, SD.=1.07*) รองลงมา ข้อที่ 2.1

มีความสะดวก ง่ายต่อการนำไปใช้ เป็นสื่อให้ความรู้ ($M = 4.89, SD. = 1.32$) และน้อยสุด ข้อที่ 1.2 สีสันของสื่อให้ความรู้มีความสวยงาม น่าใช้งาน ($M = 3.90, SD. = 1.10$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความพึงพอใจต่อการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น ($n=40$)

รายการประเมิน	M	SD.	ระดับ
1. ด้านการออกแบบ			
1.1 รูปแบบของสื่อให้ความรู้ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน	4.56	1.03	มากที่สุด
1.2 สีสันของสื่อให้ความรู้มีความสวยงาม น่าใช้งาน	3.90	1.10	มาก
1.3 มีความคงทน สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก	3.95	1.08	มาก
1.4 มีการปรับปรุงจากแนวคิดเดิมและนำมาพัฒนาใหม่	4.43	1.16	มาก
1.5 องค์ประกอบแต่ละชิ้น สามารถแยกชิ้นส่วนเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนย้าย	4.93	1.07	มากที่สุด
2. ด้านการนำไปใช้			
2.1 มีความสะดวก ง่ายต่อการนำไปใช้ เป็นสื่อให้ความรู้	4.89	1.32	มากที่สุด
2.2 มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.76	0.97	มากที่สุด
2.3 สามารถนำนวัตกรรมไปเผยแพร่/ถ่ายทอดให้กับคนอื่น ๆ ได้	4.78	1.00	มากที่สุด
2.4 เป็นสื่อที่มีการประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม	4.69	0.98	มากที่สุด
2.5 ส่งเสริมให้เกิดการแสวงหาความรู้	4.67	0.97	มากที่สุด
ภาพรวม	4.56	1.17	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก สามารถอภิปรายผลตามประเด็นการวิจัยได้ ดังนี้

จากการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และหลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับศิริพร พูลรักษ์ (2565) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ที่มีต่อความรู้ทัศนคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Electronic network cessation Program: ENCP) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าให้แก่วัยรุ่นที่ศึกษาในระดับปริญญาตรี

ในมหาวิทยาลัยเอกชนนี้ได้ จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 12.20$, $SD. = 5.16$) แต่เมื่อเข้าร่วมการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($M = 16.03$, $SD. = 6.98$) เพราะ ENCP เป็นโปรแกรมออนไลน์ที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นสิ่งเร้าที่มีทั้งภาพและเสียง และข้อมูลที่ทันสมัยทั้งเนื้อหาภาพ และข่าวเกี่ยวกับอันตรายและผลของการ สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือรวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และวัยรุ่นระดับมหาวิทยาลัยสามารถเข้าถึงโปรแกรมนี้ได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ชารสินธุ์ และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์ (2567) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาสื่อการ์ตูนให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยเรียนตอนต้น พบว่า หลังการใช้สื่อนักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนดูสื่ออย่างมีนัยสำคัญ สื่อช่วยส่งเสริมให้เด็กมีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น สื่อที่เป็นรูปธรรมจะทำให้เด็กวัยเรียนมีความคิด ความเข้าใจที่ดีขึ้น

การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จากการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ก่อนการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และหลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า คะแนนการรับรู้หลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อความรู้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับที่ดีขึ้น จึงทำให้ส่งผลต่อมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์ และคณะ (2566) กล่าวว่า การออกแบบโปรแกรมป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า ที่มีความชัดเจน สามารถสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าได้เป็นอย่างดีอันจะส่งผลต่อการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเรื่องโทษ พิษภัยของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz, N.K., Becker M.H., 1984) ที่กล่าวไว้ว่าที่ว่ามนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนทัศนคติหลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จากการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับ Dray et al. (2017) ที่กล่าวว่าปัจจัยป้องกันด้านบุคคลสามารถสร้างและพัฒนาได้ด้วยรูปแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา สุรังษี, บุศยรินทร์ และคณะ (2567) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมให้ความรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อความรู้และทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ภายหลังจากได้รับความรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้และทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างก่อนและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.001$ และ Azagba, Shan, & Latham (2019) กล่าวว่า การส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ในวัยรุ่นจะลดการสูบบุหรี่ในอนาคตได้ ($P\text{-value} < 0.001$) พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า หลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น

พบว่า คะแนนพฤติกรรมหลังการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) อาจเนื่องมาจากสื่อให้ความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ทศนคติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุรนนท์ เทพา (2567) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ เป็นการปฏิบัติตนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่แสดงถึงการที่จะไม่ไปเกี่ยวข้องกับหรือหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การเลือกคบเพื่อน การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และ การปฏิเสธ พบว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P -value < 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ จิตวิวัฒนากุล (2562) พบว่า นวัตกรรมสื่อการสอนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบให้ความรู้เรื่องโทษภัยของการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนตระหนักถึงโทษภัยของการสูบบุหรี่เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทำให้มีทัศนคติที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น สามารถนำความรู้ไปปรับพฤติกรรมการลด ละเลิก หรือป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ในระยะยาวได้

จากการศึกษา พบว่าตัวแปรความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหลังการใช้สื่อสูงขึ้นไปมากกว่า ก่อนการใช้สื่อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น มีประสิทธิผลในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นตอนต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ ความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า ระดับพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและเห็นด้วยหรือชื่นชอบต่อการใช้สื่อให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้นของงานวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นนี้ต่อไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาสื่อและจัดทำแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต
2. สื่อสามารถนำไปขยายผลใช้ในในกลุ่มสถานศึกษาพื้นที่อื่นๆได้
3. ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการสร้างรูปแบบในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรให้ความสำคัญของสถานศึกษาและสถาบันครอบครัวมีบทบาทสามารถช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน เช่น การให้ความรู้และกิจกรรมป้องกันในสถานศึกษา รวมทั้งแรงสนับสนุนจากครอบครัว
2. ควรมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้ในการป้องกันให้มีความน่าสนใจ เห็นถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ขั้นตอนในการใช้สื่อไม่ซับซ้อน ใช้ได้กับเด็กวัยรุ่นและทุกกลุ่มอายุ ทำให้เข้าใจง่ายต่อการนำไปป้องกันทั้งตนเองและผู้อื่น
3. ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 13-15 ปีเท่านั้น การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษากับกลุ่มวัยที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- กมลฤ ถนอมสัจดิ์, พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม, และพุทธพร อ่อนคำสี. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้
บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. *วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์
สุขภาพ*, 16(1), 1-10.
- กิติพงษ์ เรือนเพชร. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา
จังหวัดบุรีรัมย์* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2567, 26 กันยายน). *ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า*.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf>
- ณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย. (2560). *การรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า* [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. (2545). *การวิจัยเบื้องต้นฉบับปรับปรุงใหม่*. กรุงเทพฯ:วัฒนาพานิชย์. 73
- พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, ชนุดา พาโพนงาม และนฤมล ลาวน้อย. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบ
บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 197-205.
- ภัทรินทร์ ศิริทรากุล. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน
ปลาย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 11(1), 1-18.
- ยุรนันท์ เทพา. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบ
บุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอแวง จังหวัดลำปาง. *วารสาร
สาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 34(2), 1-15.
- วศิน พิพัฒน์ฉัตร, เนาวรัตน์ เจริญคำ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และวิรัช เกษมทรัพย์. (2566). กรณีศึกษา
มาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของต่างประเทศและเหตุผลที่ไทยควรคงไว้ซึ่งมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า.
วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 9(3), 1-14.
- ศิริพร พูลรักษ์. (2565). ผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ที่มีต่อความรู้ ทัศนคติ และ
ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
คริสเตียน*, 9(1), 20-30.
- สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์. (2553). *การจัดการความรู้กับนวัตกรรม*. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- สุกัญญา ขารสินธุ์ และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์. (2567). การพัฒนาสื่อการ์ตูนให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่
ในเด็กวัยเรียนตอนต้น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(2), 433-445.
- สุกัญญา สุรังษี, บุศยรินทร์ เอกมันเศรษฐ์ และปิยธิดา โพธิ์ดง. (2567). ผลของโปรแกรมให้ความรู้อิเล็กทรอนิกส์
ด้านสุขภาพต่อความรู้และทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น.
วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา, 7(2), 55-66.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2567, 27 กันยายน). *การคัดกรองและการบำบัดผู้ติดยาเสพติด (workload specialpp) จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2567*. <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-report-detail/072b2ab64052ed0d3be3e452d8a4beb3>
- อุไรวรรณ วิถีวัฒนากุล. (2562). นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วย “ขวดดักควัน”. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1-10.
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, พัชรินทร์ อัจฉนาภิตติ, รัชยา รัตนะถาวร. (2566). การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(2), 269-278.
- Azagba, S., Shan, L., & Latham, K. (2019). Adolescent Dual Use Classification and Its Association With Nicotine Dependence and Quit Intentions. *Journal of Adolescent Health*, 65(2), 195-201. DOI:10.1016/j.jadohealth.2019.04.009
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Engle Clift, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education objectives, Handbook 1: Cognitive domain*. New York: David Mekey
- Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813-824.
- 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.
- Janz, N.K., Becker M.H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health EducQ.*, 11(1), 1-47.
- Jai jirakasem. (2023, 27 กันยายน). *ทำความรู้จักกับ "สื่อการสอน" สื่อการสอนคืออะไรและมีกี่ประเภท*. <https://www.twinkl.co.th/blog/teaching-resources-thai>.
- O'Brien, D., Long, J., Quigley, J., Lee, C., McCarthy, A., & Kavanagh, P. (2021). Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 21:954
- Rovinelli, R.J., & Hambleton, R.K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, (2), 49-60.

ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและการรับรู้
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา
Effects of a Health Belief Model on Stroke Prevention Behaviors and
Perceptions among Uncontrolled Hypertension Patients at Community Health
Center of Khuan Niang Hospital, Khuan Niang District, Songkhla Province

ธารารัตน์ ลูกเล็ก¹, พิชชาอร ลูกตัน¹, ดนิตา ชัยภัทรธนกุล², ชิตกมล ศรีชมพู่¹ และณัฐกานต์ นิลอ่อน^{1*}

Tararat Looklek¹, Pitchaon Looktan¹, Danita Chaiyaphatthanakul²

Chitkamon Srichomphoo¹ and Nattakan Nin-on^{1*}

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ¹, โรงพยาบาลควนเนียง²

Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University¹, Khuan Niang Hospital²

(Receives: 22 April 2025; Revised: 29 May 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตำบลรัษฎามิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 37 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ การดำเนินวิจัย 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันและการรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon matched pairs sign rank test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตค่าบนดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีระดับความดันโลหิตค่าล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงลดลง

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้, ความเชื่อด้านสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nattakan.n@tsu.ac.th, ณัฐกานต์ นิลอ่อน)

Abstract

This research was a quasi-experimental study with a one-group pre-test and post-test design. The objectives were to compare the levels of stroke prevention behaviors, stroke awareness, and blood pressure. The sample consisted of 37 patients diagnosed with uncontrolled hypertension from Ratphum Sub-district, Kuan Niang District, Songkhla Province, who received a health belief model program. The research was conducted over 6 weeks. Research instruments included questionnaires on general information, stroke prevention behaviors, and stroke awareness. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the Wilcoxon matched pairs signed rank test.

The study found that after participating in the program, participants showed significantly improved stroke prevention behaviors, stroke awareness, and systolic blood pressure levels compared to baseline (P -value < 0.05). However, diastolic blood pressure levels before and after the program showed no statistically significant difference.

This indicates that the health belief model program helped patients with uncontrolled hypertension develop better stroke awareness, leading to improved stroke prevention behaviors and reduced blood pressure levels.

Keywords: Stroke prevention behaviors, Uncontrolled hypertension, Health belief model

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke หรือ Cerebrovascular Accident) เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญ จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน หรือทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน รายงานของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย (กรมควบคุมโรค, 2566)

จากการศึกษาสถานการณ์ในจังหวัดสงขลา พบร้อยละผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 1.50 ลดลงในปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 1.49 และพบร้อยละการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 7.68 และปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 7.46 ถึงแม้ร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง แต่ในทางกลับกันพบร้อยละการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกินเป้าหมาย 7.00 ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ โดยในพื้นที่อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา พบร้อยละผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 1.46 ลดลงในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 1.33 ในขณะที่ร้อยละการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 2.17 เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 6.06 แสดงให้เห็นถึงร้อยละการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2567) ขณะที่สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย กล่าวว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 mmHg ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์จากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและโรคหลอดเลือดในสมองแตกได้ (กรรณิการ์ เงินดี, 2564) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และส่งผลให้เกิดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 4.49 (ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด และคณะ, 2564) เนื่องจากหัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้นจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Cerebrovascular Disease) ผนังหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นส่งผลให้ลิ่มเลือด และไขมันที่ไหลไปตามกระแสเลือดเกิดการเกาะตัวตามผนังหลอดเลือด เมื่อเกิดการสะสมขยายขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง ทำให้หลอดเลือดสมองตีบแคบและมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง จึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic cerebrovascular disease) จากการทบทวนวรรณกรรมในพื้นที่อำเภอควนเนียงพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.00 (ดนิตา ชัยภัทรธนกุล, 2567)

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Irwin M. Rosenstock (1974) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและมีแนวโน้มเกิดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมระดับการรับรู้และระดับความดันโลหิต โดยใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในช่วงอายุ 35-59 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับความดันโลหิตลดลงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

<p style="text-align: center;">โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรม Stroke คืออะไร 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรม Stroke น่ากลัวกว่าที่คิด 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กิจกรรมรู้ทันป้องกันได้ 4. การรับรู้อุปสรรค กิจกรรมอุปสรรคมีอะไรบ้าง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง <ul style="list-style-type: none"> - การรับประทานยา - การบริโภคอาหาร - การออกกำลังกาย - การจัดการอารมณ์ - การงดสูบบุหรี่ - การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2. การรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. ระดับความดันโลหิต
---	---

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (One-group pretest posttest design) โดยระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลควนเนียง ตำบลรัตภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 37 คน ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน และรักษาโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป
2. อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) 140-179 mmHg และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) 90-100 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
4. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสารภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้
5. มีความสามารถในการใช้โทรศัพท์ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้และมี Line application
6. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูตรของ (Levy, P.S. & Lemeshow, S, 1991 อ้างถึงใน อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2548)

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{\Delta^2}$$

- เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_\alpha = 1.64$)
 Z_β = อำนาจการทดสอบ 80% ($Z_\beta = 0.84$)
 σ_d^2 = ความแปรปรวนของผลต่าง
 Δ^2 = ผลต่างของค่าเฉลี่ย

สำหรับการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ ศุภณัฐกรณ์ มุลพู (2565) เรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมก่อนทดลองเท่ากับ 2.12 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมหลังทดลองเท่ากับ 2.50 ค่าความแปรปรวนของผลต่างเท่ากับ 0.81 จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาแทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย ดังนี้

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 20.00 (วารรัตน์ เหล่าสูง, 2562) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มาจับฉลากหยิบขึ้นมา 1 ใบ โดยไม่มีการแทนที่หรือใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ และแบบบันทึกระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

การแปลผล พิจารณาจากการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมาย โดยการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ สำหรับการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เงินดี, 2564) โดยการแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยใช้พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระยะเวลา 6 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สื่อวีดิทัศน์ สื่ออินโฟกราฟิก สื่อรูปภาพ สื่อภาพพลิก และสื่อโปรแกรม Thai CV risk score ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ด้านสถิติและด้านเวชกัญฉุณ ในส่วนแบบสอบถามครั้งนี้มาจากงานวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) ผ่านการตรวจสอบความตรง โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ 3 ท่าน จากงานวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.66-1 การตรวจสอบความเชื่อมั่นนำไปทดสอบ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85, 0.76, 0.74, 0.72 และ 0.76 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เมื่อได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เพื่อขออนุญาตจัดกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้และประเมินความดันโลหิต (Pretest)

ขั้นทดลอง

3. ดำเนินตามโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 0 เริ่มต้นโปรแกรมด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ จากนั้นให้ความรู้ใน กิจกรรม “Stroke คืออะไร” โรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบตันด้วยโปรแกรม Thai CV risk score และกิจกรรม “Stroke นำมากกว่าที่คิด” สัญญาณเตือนอาการโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และภาพประกอบ

สัปดาห์ที่ 1-2 ส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้ข้อมูลผ่านอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (BEFAST)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “รู้ทันป้องกันได้” ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกินยา การควบคุมอารมณ์ การเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ สอนเรื่องโภชนาการแบบ DASH Diet งานอาหาร 2:1:1 และ

ออกกำลังกาย ด้วยท่ามวยจีน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และภาพประกอบ และกิจกรรม “อุปสรรคมีมัยนะ” ระดมความคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและวิถีแก้ไข

สัปดาห์ที่ 4-5 ส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยใช้สื่ออินโฟกราฟิกเรื่องอาหาร DASH Diet และทำบริหารสำหรับผู้มีความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 6 กล่าวสรุป พร้อมทั้งกล่าวคำชมเชยให้กำลังใจและมอบของตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้และประเมินความดันโลหิต (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรม ระดับการรับรู้และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test โดยผู้วิจัยทดสอบแจกแจงปกติของข้อมูล (Normality test) โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test เพื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ผลการทดสอบแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (Nonparametric)

จริยธรรมการวิจัย

โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของมหาวิทยาลัยทักษิณ โดยผ่านการอนุมัติตามเลข COA No.TSU 2025_009 REC No.0017 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และเมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยขอนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนดำเนินการเสร็จสิ้นจำนวนกลุ่มอย่าง 37 คน พบว่ามีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.16 อายุอยู่ในช่วง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.43 อายุเฉลี่ย 49.73 ปี ($SD. = 5.61$) ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.90 kg/m^2 (โรคอ้วนระดับ 2) และมากกว่า 30 kg/m^2 (โรคอ้วนระดับ 3) คิดเป็นร้อยละ 32.43 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.07 kg/m^2 ($SD. = 5.08$) สถานภาพสมรสพบว่าสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.08 ระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษามากที่สุด คิด

เป็นร้อยละ 51.35 อาชีพที่พบมากที่สุดคือ รับจ้างและเกษตรกรรม/ประมง/ปศุสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 37.84 รายได้พบว่ามีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.57 รายได้เฉลี่ย 8,598.88 บาทต่อเดือน ($SD. = 7,938.04$) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในชว่นน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.08 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.22 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.51 ปี ($SD. = 2.68$) ประวัติหลอดเลือดสมองในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 70.27 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว พบว่ามีประวัติมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.85 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร ($n = 37$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	37.84
หญิง	23	62.16
อายุ (ปี)		
35 - 39	2	5.41
40 - 44	6	16.22
45 - 49	9	24.32
50 - 54	12	32.43
55 - 59	8	21.62
$(M = 49.73, SD. = 5.61, Min = 37, Max = 58)$		
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
<18.50 (น้ำหนักน้อยหรือผอม)	2	5.41
18.50 - 22.90 (ปกติ)	6	16.22
23 - 24.90 (โรคอ้วนระดับ 1)	5	13.51
25 - 29.90 (โรคอ้วนระดับ 2)	12	32.43
≥ 30 (โรคอ้วนระดับ 3)	12	32.43
$(M = 27.07, SD. = 5.08, Min = 17.07, Max = 37.34)$		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	5.41
สมรส	30	81.08
หม้าย	3	8.10
หย่า/แยกกันอยู่	2	5.41
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	51.35
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	13.51

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จากการใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.35 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.35 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.58 คะแนน ค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นเป็น 2.65 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.27 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test (n = 37)

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	M	Median	IQR	Z-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.29	2.35	0.35	-5.10	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.58	2.65	0.27		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001)

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.63 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.39 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.90 ค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นเป็น 2.92 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.10 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test (n = 37)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	M	Median	IQR	Z-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.57	2.63	0.39	-5.18	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.90	2.92	0.10		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001)

4. ระดับค่าความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test พบว่าค่าระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 150.97 mmHg ค่ามัธยฐานเท่ากับ 149.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 13 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 144.54 mmHg ค่ามัธยฐานลดลงเป็น 145.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 11 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.05) และพบว่าค่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.03 mmHg ค่ามัธยฐานเท่ากับ 87.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 17 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 82.86 mmHg ค่ามัธยฐานลดลงเป็น 84.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 14 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value >0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test (n = 37)

ระดับความดันโลหิต	M	Median	IQR	Z-test	P-value
ค่าระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	150.97	149.00	13	-5.00	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	144.54	145.00	11		
ค่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	86.03	87.00	17	-1.82	0.068
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	82.86	84.00	14		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001)

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) หลังเข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 และมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.58 หลังการเข้าร่วม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งผลให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค รวมถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและแรงผลักดันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงหลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งผลเสียต่อ

สุขภาพ โดยภายในโปรแกรมยังมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งข้อความเตือน ทบทวนความรู้ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยหรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) หลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิเศษฐ์ ปาละเชียว (2566) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) เนื่องจากผู้เข้าร่วมตระหนักถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค รวมทั้งได้ฝึกทักษะและรับความรู้ที่เอื้อต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างเหมาะสม

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากโปรแกรมได้รับการออกแบบตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผลการประเมินพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 2.57 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.90 แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ภายใต้โปรแกรมส่งผลต่อการพัฒนาการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการตระหนักถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้จำนวน 4 กิจกรรม โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการส่งข้อมูลทบทวนความรู้ต่างๆ เพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่กลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นในทุกด้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนจิตร แซ่รัง (2564) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) เช่นเดียวกัน

3. ระดับความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 150.97 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 144.54 เนื่องมาจากโปรแกรมมีการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ส่งผลกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาหาร ยา และการออกกำลังกาย ซึ่งช่วยเสริมสร้างสุขภาพหัวใจ ทำให้หัวใจสามารถไหลเวียนเลือดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ช่วยลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ลดระดับสารเรตินและอะดรีนาลีนควบคุมและปรับอินซูลินในเลือดให้เหมาะสม ไชมันที่สะสมในร่างกายลดลงจึงส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อค่าความดันโลหิตลดลงจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาขึ้น ส่งผลให้กระแสเลือดไหลเวียนได้ไม่ดี หากความดันโลหิตลดลงหลอดเลือดจะได้รับความเสียหายน้อยลง ลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก หากความดันโลหิตลดลงจะช่วยลดแรงดันในหลอดเลือด ทำให้ความเสี่ยงต่อการแตกของหลอดเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนา ธรรมาทอง (2565) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร พบว่าหลังการทดลองระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และหลังทดลองระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างทางสถิติแต่กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของค่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.03 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 82.86 mmHg เนื่องมาจากระยะเวลาการวิจัยของโปรแกรมเพียง 6 สัปดาห์ ทำให้มีความแตกต่างของความดันโลหิตค่าล่างเพียงเล็กน้อย ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจ การบีบตัวของหัวใจ (Systolic) หากหัวใจมีการบีบตัวที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือมีการลดลงของแรงบีบตัวของหัวใจหลังการทดลองจะส่งผลให้ความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ลดลงได้แต่ค่าล่าง (Diastolic) อาจยังคงที่หรือลดลงเล็กน้อย เนื่องจากการคลายตัวของหัวใจ (Diastolic) อาจไม่เปลี่ยนแปลงและการที่หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดีขึ้นอาจช่วยลดความดันโลหิตค่าบน (Systolic) แต่ไม่ส่งผลต่อความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) และปัจจัยด้านฮอร์โมนคือฮอร์โมนแอนติไดยูเรติกมีผลต่อการเก็บน้ำในร่างกายและอาจทำให้การไหลเวียนของเลือดเปลี่ยนแปลง หากการหลังของฮอร์โมนนี้เพิ่มขึ้นอาจทำให้ความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) คงที่หรือไม่ลดลงมาก แม้ว่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic) จะลดลง และฮอร์โมนระบบ

เรติน-แองจิโอเทนซิน การกระตุ้นระบบนี้จะทำให้เกิดการเก็บน้ำและเกลือในร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลให้ความดันโลหิตค่าล่างยังคงที่แม้ว่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic) จะลดลง และฮอริโมนอะดรีนาลีน ฮอริโมนนี้มีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจและการหดตัวของหลอดเลือด หากระดับอะดรีนาลีนยังคงสูง อาจทำให้ความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) คงที่หรือไม่ลดลงแม้จะมีการลดลงของความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ สุวรรณทิพย์ ชูทัพ (2567) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าหลังการเข้าร่วมการทดลอง 6 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งก่อนทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 89.10 mmHg และหลังทดลองค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 76.16 mmHg เกิดจากการให้ความรู้และส่งเสริมการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่เหมาะสม การลดการบริโภคโซเดียม จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง

ข้อจำกัดการวิจัยคือกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถแยกแยะผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมการศึกษาออกจากผลของยาที่ได้รับได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้หากมีการปรับเปลี่ยนชนิดหรือขนาดของยาในระหว่างการดำเนินการวิจัย อาจส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตจากปัจจัยภายนอกที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำคู่มือในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการควบคุมกำกับตนเองที่บ้านในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมหรือหลังจบโปรแกรมในการรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้
2. โปรแกรมควรติดตามการปฏิบัติตามของกลุ่มตัวอย่างในลักษณะการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนร่วมด้วย ได้แก่ การประเมินคุณภาพชีวิต และการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นหลอดเลือดสมองตีบตัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมโดยการติดตามที่ระยะในช่วง 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน เพื่อติดตามผลความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและเพื่อประเมินความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในระยะยาว
2. ควรทำการศึกษาแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3. ควรขยายผลโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการวิจัยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคไต เป็นต้น

4. ควรมีการประเมินผลกลุ่มตัวอย่างหลังการจัดกิจกรรมในทุกกิจกรรม โดยการใช้แบบสอบถามหรือแบบทดสอบ เพื่อประเมินการรับรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถอธิบายหรือตอบวัตถุประสงค์ของกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566, 29 ตุลาคม). *วันหลอดเลือดสมองโลก ร่วมมือกันป้องกัน ลดเสี่ยงอัมพฤกษ์ อัมพาต*.
<https://ddc.moph.go.th/odpc11//news=38037&deptcode=odpc11>
- กรรณิการ์ เงินดี. (2564). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา*. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา]. มหาวิทยาลัยพะเยา
- ดนิตา ซัยภัทรธนกุล. (2567). *ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา*. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 55(7), 1-16.
<https://doi.org/10.59096/wesr.v55i7.3091>
- เดือนจิตร แชร้ง. (2566). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้*. *วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก*, 3(1), 1-14.
- ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, ไพฑูรย์ วุฒิโส, และเมวดี ศรีมงคล. (2564). *ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตรับผิดชอบโรคพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 478-487.
- ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง*. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 42-60.
- พิศิษฐ์ ปาละเขียว. (2566). *ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง*. *วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน*, 1(1), 16-25.
- รัตนา ธรรมทาทอง. (2565). *ผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับ การวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวานรนิวาส อำเภอกวนรนิวาส จังหวัดสกลนคร*. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 7(3), 88-99.

- วรรัตน์ เหล่าสูง. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(4), 32-45.
- ศุภณัฐกรณ์ มูลฟู. (2565). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง [Online]. สืบค้นจาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/shj/article/view/257857> [31 กรกฎาคม 2567].
- สุวรรณทิพย์ ชูทัพ. (2567, 31 กรกฎาคม). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. https://srth.go.th/research/file/20240328135948-17_2567%20สุวรรณทิพย์%20ชูทัพ.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2567, 7 พฤษภาคม). *งานศูนย์ข้อมูล (HDC)*. <https://hdc.moph.go.th/ska/public/standardsubcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b>
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2548). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี

Factors Affecting the Work Performance in Elderly Healthcare
of Village Health Volunteers in Kanchanaburi Province

สันณภณ ตะพังพินิจการ^{1*}, อุกฤษฏ์ บุษบงศ์² และ กาญจนา นิมสุนทร¹

Sunnphon Taphangphinijkarn^{1*}, Ukrit Bussabong² and Kanchana Nimsuntorn¹

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี²

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health

Sciences Praboromarajchanok Institute¹, Kanchanaburi Public Health Office²

(Receives: 11 June 2025; Revised: 13 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 375 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาคของแบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่ากับ 0.971 และ 0.973 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับของปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพการสมรส การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 59.30

หน่วยงานควรมีนโยบายให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมในชุมชน การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม.

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, การปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sunnphon.ta@kmpht.ac.th, สันณภณ ตะพังพินิจการ)

Abstract

This research aimed to examine the factors affecting work performance in elderly healthcare among village health volunteers. The sample consisted of 375 village health volunteers selected through stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire with content validity indices ranging from 0.67 to 1.00. The Cronbach's alpha reliability coefficients of the social support factors questionnaire and the work performance assessment in elderly healthcare among village health volunteers were 0.971 and 0.973, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results found that the overall level of social support factors was high. Emotional support, esteem support, and informational support were at the highest levels, while tangible support was at a high level. Furthermore, the overall level of work performance in elderly healthcare was high. Factors that significantly affected work performance in elderly healthcare ($p < 0.05$) included marital status, social belongingness support, tangible support, and informational support. These factors explained 59.30 % of the variance in work performance.

It is recommended that relevant agencies implement policies that emphasize social belongingness support in the community, tangible resources or services, and informational support, as these are essential for improving the work performance of village health volunteers in elderly healthcare services.

Keywords: Efficiency, Performance, Village health volunteers, Elderly healthcare

บทนำ

ภาวะประชากรสูงอายุเป็นแนวโน้มสำคัญระดับโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงสังคมทั่วโลก ปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่า 75 ปี ในครึ่งหนึ่งของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งยาวนานกว่าปี พ.ศ. 2493 ถึง 25 ปี คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเยาวชนทั่วโลก โดยเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา การเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์นี้ได้เปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ของการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อประชากรมีอายุมากขึ้น ความต้องการบริการด้านสุขภาพ การดูแล และบริการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะต่าง ๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อม (สหประชาชาติ, 2567) จากการคาดการณ์ล่าสุดขององค์การสหประชาชาติ จำนวนผู้สูงอายุ (หมายถึงผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นสามเท่า จากประมาณ 260 ล้านคนในปี พ.ศ. 2523 เป็น 761 ล้านคนในปี พ.ศ. 2564 คาดการณ์ว่าระหว่างปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2593 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 10.00 เป็นร้อยละ 17.00 นอกจากนี้ ยังมีการคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 จำนวนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะสูงกว่าจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงสองเท่า และเกือบจะเท่ากับจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เนื่องจากผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจึงมีจำนวนมากกว่าผู้ชายในวัยสูงอายุ (องค์การอนามัยโลก, 2567)

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุนวัยต้นช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุนวัยกลางช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 และผู้สูงอายุนวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750 และจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.40 จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านสุขภาพความเจ็บป่วยและความบกพร่องในการทำงานของร่างกายในทุกๆ ด้าน รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับสภาพจิตใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดรายจ่ายจำนวนมากของประเทศ ดังนั้นเพื่อป้องกันและรับมือแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในการป้องกันความเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงวัยเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีศักยภาพและมีสุขภาวะที่ดี การดูแลและการรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสถานการณ์และทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากไม่มีการเตรียมการรองรับหรือการวางแผนที่ดี จะนำมาสู่การเกิดปัญหาหรือวิกฤติในการดูแลผู้สูงอายุได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567)

องค์การอนามัยโลก ต้องการผลักดันให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประเทศไทยได้ลงนามยอมรับกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพเมื่อ พ.ศ. 2523 เพื่อใช้เป็นแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยภายใต้แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีแนวคิด “ทฤษฎี 3 ก.” เป็นรากฐานในการพัฒนา ซึ่งระบุว่า ความเข้มแข็งของชุมชนที่เป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ กรรมการ กองทุน และกำลังคนที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ซึ่งก็คือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เน้นการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและ

ความเป็นธรรมในการได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพในระยะยาว (พิมลกันต์ ตี๋บุญศรี และวิราสิริ วสิริสิริ, 2566) ในปี พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการส่งเสริม อสม. เจริญรุ่งเรืองเพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น ดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วย และเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน นักวิชาการผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันพัฒนา และหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชาวบ้านด้านสุขภาพให้ดีขึ้น และยั่งยืน (วิเชียร มุจจิตร, 2564)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนที่กำหนดจำนวน อสม. โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) บทบาทภาระหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบาง เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น กลวิธีของภาครัฐที่นำมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนคือ กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งให้ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยชุมชนเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืน ซึ่งกำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคือ อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการให้บริการ เป็นผู้นำการสร้างสุขภาพเชิงรุก เป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนเพื่อพาชุมชนไปสู่เป้าหมายสุขภาพะเป็นสังคมอยู่ดีมีสุข (ชลียา ศิริกาล และคณะ, 2564) ซึ่งปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พบในระหว่างปฏิบัติงานในภาพรวมพบว่ามีปัญหาในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด จำนวน 10 รายการจาก 15 รายการ ปัญหาที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกและอยู่ในระดับปานกลางคือ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานเพราะขาดความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 58.20) ขาดที่ปรึกษาเมื่อพบปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ (ร้อยละ 56.20) และ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานเพราะไม่มีทีมสุขภาพร่วมปฏิบัติงานด้วย (ร้อยละ 55.10) ปัญหาที่พบน้อยที่สุดในสามอันดับสุดท้ายคือผู้สูงอายุและญาติไม่ให้ความร่วมมือ มีความขัดแย้งกันเองภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาการทำงานและขาดยานพาหนะในการเดินทางทำให้ไม่ได้รับความสะดวก (ร้อยละ 37.60, 36.20 และ 31.60 ตามลำดับ) (ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และคณะ, 2562)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นปีสุขภาพผู้สูงอายุไทย และมอบเป็นของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2566 โดยมุ่งเน้นให้ อสม. หมอคนที่ 1 เป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพในระดับชุมชน ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นตัวเชื่อมประสานการดูแล ร่วมกับ อสค. และช่วยเหลือส่งต่อ หมอคนที่ 2 และ 3 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและเข้าถึงระบบบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า มีการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 7,085,919 คน คิดเป็นร้อยละ 68.82 โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีความผิดปกติด้านการมองเห็นมากที่สุดร้อยละ 22.25 รองลงมา เป็นต้นสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 20.83 และการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 16.08 ตามลำดับ ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่อง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงยังมีการให้ อสม. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567)

จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดชายแดนติดกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ตั้งอยู่ในภาคกลางด้านตะวันตกของประเทศไทย ระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามเส้นทางสายเพชรเกษม ประมาณ 129 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 19,483 ตารางกิโลเมตร สภาพพื้นที่ทางทิศเหนือและทิศตะวันตกมีลักษณะเป็นป่าไม้และภูเขา พื้นที่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือและบางส่วนของทิศเหนือเป็นที่ราบกว้างใหญ่สลับกับเนินเขาเตี้ย ๆ แต่แห้งแล้ง พื้นที่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้และตอนกลางของจังหวัดเป็นบริเวณที่ราบมีความอุดมสมบูรณ์ แบ่งการปกครองส่วนภูมิภาคเป็น 13 อำเภอ 98 ตำบล และ 959 หมู่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลเมือง 3 แห่ง เทศบาลตำบล 46 แห่ง และ อบต. 72 แห่ง จากสถิติกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยเมื่อสิ้นปี 2566 จังหวัดกาญจนบุรี มีประชากรทั้งสิ้น 895,281 คน เป็นชาย 447,878 คน เป็นหญิง 447,403 คน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 164,398 คน ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีเพียงร้อยละ 25.00 นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 75.0 ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยทั้งจังหวัด 45.9 คนต่อตารางกิโลเมตร ด้านการสาธารณสุข มีโรงพยาบาล 21 แห่ง (รัฐบาล 17 แห่ง เอกชน 4 แห่ง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 144 แห่ง มีคลินิกทุกประเภท 234 แห่ง (สำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี, 2567) โดยในปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งสิ้นจำนวน 14,602 คน ซึ่งกระจายอยู่พื้นที่ครอบคลุมทั้ง 13 อำเภอ 98 ตำบล 959 หมู่บ้าน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน, 2567)

จากการศึกษาถึงประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความสัมพันธ์ระหว่างหลักการปฏิบัติงานของ อสม. และสังคหวัตถุธรรม 4 กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างสูง แนวทางการพัฒนาประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า หลักการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้ง 6 ประการ ควรอบรมพัฒนาความรู้สุขภาพพื้นฐาน ประยุกต์หลักสังคหวัตถุ 4 เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ อสม. นำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ สื่อสารสู่ประชาชน (วัชรวิ วัฒนาสุทธิวงศ์ และคณะ, 2564) จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใน

กลุ่มตัวแทนอสม. อำเภอเมืองกาญจนบุรี จำนวน 6 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 6 คน เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า อสม. ยังขาดแคลนในเรื่องของวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความเค็ม ยังขาดทักษะความชำนาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งในแต่ละเดือนจะมีการลงชุมชนเพื่อไปเยี่ยมผู้สูงอายุ และแต่ละปีจะมีการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน เป็นประจำ และอสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและขาดความพร้อมในการใช้เทคโนโลยี ทำให้การปฏิบัติงานของอสม. ในจังหวัดกาญจนบุรีเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น

จากข้อมูลสถานการณ์สภาพปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งนี้เพื่อจะได้เป็นข้อมูลที่สามารถนำมากำหนดรูปแบบ และแนวทางการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐานวิจัย

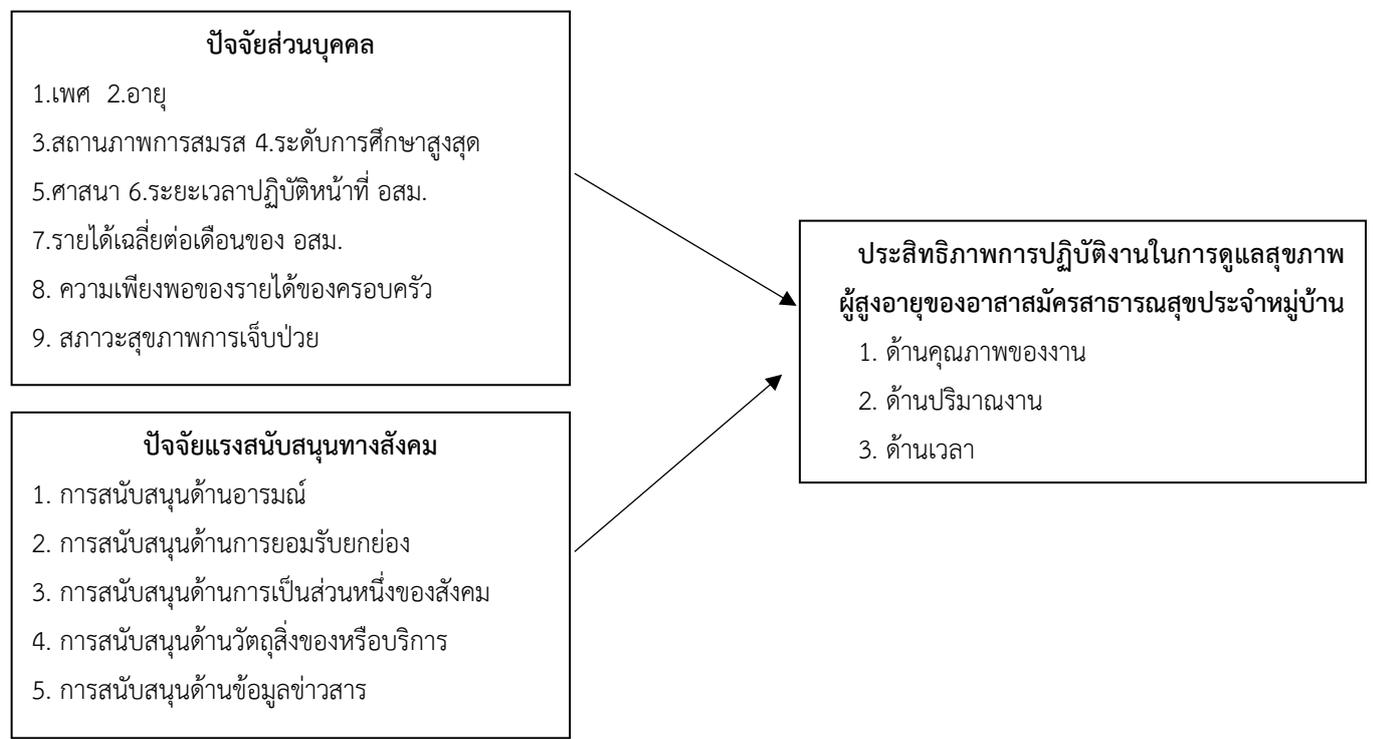
1. ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี
2. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระจำนวน 1 กลุ่ม คือ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer & et al., (1981) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4. การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ และ 5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและเพื่อความสอดคล้องและเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม 5 องค์ประกอบ และตัวแปรตาม 1 กลุ่ม คือ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1. ด้านคุณภาพของงาน 2.ด้านปริมาณงาน 3.ด้านเวลา (อมรรวรรณ ใบเงิน, 2565) ทั้งนี้จะทำการทดสอบในลักษณะตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม โดยสามารถอธิบายตามกรอบแนวความคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อสม.ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 14,602 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อสม. ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 375 คน ที่ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ เครซีและมอร์แกน (Krejcie & D.W. Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่างร้อยละ 5 โดยใช้สูตร ดังนี้ เนื่องจากจังหวัดกาญจนบุรี มี 13 อำเภอ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบบสัดส่วนประชากรรายอำเภอ หลังจากนั้นได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้เข้าร่วมด้วยความเต็มใจและให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกคือเป็นผู้ที่ไม่เต็มใจ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)} = \frac{(3.841)(14,602)(0.5)(1-0.5)}{0.05^2 (14,602-1) + (3.841)(0.5)(1-0.5)} = 374.28$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95%

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด P-value = 0.5)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) สร้างจาก Google Form ให้ตอบแบบออนไลน์ จำนวน 1 ชุด มี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว และสภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบเติมข้อความ (Open-ended)

ส่วนที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดทฤษฎีของ เรนซีส ลิเคิร์ท (Likert R., 1932) โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มาก 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง น้อย และ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้ (Best, 1997)

ค่าเฉลี่ย ระดับการเห็นด้วยกับแรงสนับสนุนทางสังคม

4.21-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.41-4.20	หมายถึง	มาก
2.61-3.40	หมายถึง	ปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง	น้อย
1.00-1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ด้านคุณภาพของงาน ด้านปริมาณงาน และด้านเวลา จำนวน 20 ข้อ เป็นลักษณะแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ ตามแนวคิดทฤษฎีของ เรนซีส ลิเคิร์ต (Likert R., 1932) เกณฑ์การให้คะแนนหากเห็นด้วย และปฏิบัติให้ 5 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ(มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน) 4 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง(4 ครั้งต่อเดือน) 3 คะแนน หมายถึง บางครั้ง(3 ครั้งต่อเดือน) 2 คะแนน หมายถึง น้อยครั้ง(1-2 ครั้ง ต่อเดือน) 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้ (Best, 1997)

ค่าเฉลี่ยระดับการเห็นด้วยและปฏิบัติ

4.21-5.00	หมายถึง	ระดับสูงมาก
3.41-4.20	หมายถึง	ระดับสูง
2.61-3.40	หมายถึง	ระดับปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง	ระดับต่ำ
1.00-1.80	หมายถึง	ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยการทดสอบตามเทคนิค index of item objective congruence (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านสาธารณสุข ด้านการพยาบาล และด้านวิจัย ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถาม มีค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่ม อสม.ในจังหวัดกาญจนบุรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.971 แบบประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.973

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามยินยอมให้ข้อมูลจากแบบสอบถามใน Google form โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ Online Survey โดยการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลออนไลน์ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามทางออนไลน์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์

ของแบบสอบถาม เมื่อได้จำนวนแบบสอบถามครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถาม จากการตรวจสอบพบว่าได้รับแบบสอบถามออนไลน์ที่สมบูรณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 375 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว และสภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD .)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามการเลือกตัวแปรโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter regression analysis) ทำการทดสอบข้อมูลพบว่า ตัวแปรตามและตัวแปรต้นแต่ละตัวควรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงต่อกัน ค่าความคลาดเคลื่อน (error) ไม่มีความสัมพันธ์กัน ความแปรปรวนสม่ำเสมอ ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ และตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันไม่สูงเกินไป

การกำหนดค่าและจัดการตัวแปรดังนี้ ตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้ ตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. GENDER (ชาย=1, หญิง=0)
 2. MARITAL_SINGLE (โสด=1, อื่นๆ=0)
 3. MARITAL_DIVORCE (หย่าร้าง=1, อื่นๆ=0)
 4. MARITAL_WIDOW (ม่าย=1, อื่นๆ=0) [Reference: สมรส]
 5. EDU_P-VALUERIMARY (ป.6=1, อื่นๆ=0)
 6. EDU_LOWER_SEC (ม.3=1, อื่นๆ=0)
 7. EDU_UP-VALUEP-VALUEER_SEC (ม.6=1, อื่นๆ=0)
 8. EDU_HIGHER (อุดมศึกษา=1, อื่นๆ=0) [Reference: ไม่ได้เรียน]
 9. RELIGION_NONBUDDHIST (ไม่ใช่พุทธ=1, พุทธ=0)
 10. INCOME_ENOUGH (พอใช้=1, อื่นๆ=0)
 11. INCOME_ADEQUATE (เพียงพอ=1, อื่นๆ=0)
 12. INCOME_SURP-VALUELUS (เหลือเก็บ=1, อื่นๆ=0) [Reference: ไม่เพียงพอ]
 13. HEALTH_CONTROLLED (โรคควบคุมได้=1, อื่นๆ=0)
 14. HEALTH_UNCONTROLLED (โรคควบคุมไม่ได้=1, อื่นๆ=0)
 15. HEALTH_SERIOUS (ปัญหาร้ายแรง=1, อื่นๆ=0) [Reference: แข็งแรงดี]
- Binary Variables: มี 2 ค่า เช่น ใช่/ไม่ใช่, ชาย/หญิง

จริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรอง KMPHT-67010018 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2567 ถึง 16 ธันวาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาตามเอกสาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ (Information consent form) มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ

การเข้าร่วมโครงการวิจัย ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์หรืออีเมลที่แจ้งไว้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม จำนวน 375 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ 82.93 มีอายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 61.07 สถานภาพการสมรสเป็นสมรส จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 35.47 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 370 คน คิดเป็นร้อยละ 98.67 ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. น้อยกว่า 11 ปี จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 38.93 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 5,000-10,000 บาท จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 45.33 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 44.27 และสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 56.27

1. การวิเคราะห์ระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.19, SD. = 0.54$) โดยรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.30, SD. = 0.59$) รองลงมาคือการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.26, SD. = 0.59$) และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.26, SD. = 0.59$) ส่วนการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของหรือบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M = 3.93, SD. = 0.78$)

ระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 4.09, SD. = 0.69$) โดยรายด้านพบว่า ด้านปริมาณงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับสูง ($M = 4.11, SD. = 0.68$) รองลงมาคือด้านเวลาที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=4.09, SD.=0.69$) และด้านคุณภาพของงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 4.09, SD. = 0.66$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD.*) และระดับของปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (*n* = 375)

ปัจจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	<i>M</i>	<i>SD.</i>	แปลผล
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม			
1. การสนับสนุนด้านอารมณ์	4.30	0.59	มากที่สุด
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง	4.26	0.59	มากที่สุด
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.20	0.62	มาก
4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของหรือบริการ	3.93	0.78	มาก
5. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร	4.26	0.59	มากที่สุด
รวม	4.19	0.54	มาก
ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน			
1. ด้านคุณภาพของงาน	4.09	0.66	ระดับสูง
2. ด้านปริมาณงาน	4.11	0.68	ระดับสูง
3. ด้านเวลา	4.09	0.69	ระดับสูง
รวม	4.09	0.64	ระดับสูง

2. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สถานภาพการสมรส (*Beta*= -.108, *t*= -3.035, *P*-value <0.05) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (*Beta*= .138, *t*= 2.520, *P*-value<.05) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของหรือบริการ (*Beta*= .257, *t*= 5.489, *P*-value<.05) และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (*Beta*= .455, *t*= 8.535, *P*-value <0.05) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 59.30 *adj.R*²= .578, *P*-value<.05 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\text{ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.} = 21.033 - 2.662(\text{สถานภาพการสมรส}) + 0.661(\text{การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม}) + 0.981(\text{การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของหรือบริการ}) + 2.255(\text{การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. = -0.108 (สถานภาพการสมรส) + 0.138 (การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม) + 0.257 (การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ) + 0.455 (การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร)
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบปกติของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรี

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	B	SE	Beta	t	P- value
ค่าคงที่	21.033	6.829		3.080	0.002*
1. เพศ	.518	1.376	.013	.376	.707
2. อายุ	-.258	1.013	-.011	-.255	.799
3. สถานภาพการสมรส	-2.662	.877	-.108	-3.035	.003*
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	.752	.431	.067	1.747	.082
5. ศาสนา	-.627	2.211	-.010	-.284	.777
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.	.270	.653	.016	.414	.679
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.281	.770	.014	.365	.715
8. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว	1.329	.766	.062	1.735	.084
9. สภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย	1.424	1.126	.048	1.264	.207
10. การสนับสนุนด้านอารมณ์	.114	.274	.023	.417	.677
11. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง	-.139	.306	-.028	-.454	.650
12. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.661	.262	.138	2.520	.012*
13. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ	.981	.179	.257	5.489	.000*
14. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร	2.255	.264	.455	8.535	.000*

R= .770 R²= .593 adj. R²= .578 df= 374 SE_{est}= 9.659 P- value < .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติงานจากหน่วยงานและเพื่อนร่วมงาน ได้รับการยอมรับในความสามรถจากเพื่อนร่วมงานในการ

ปฏิบัติงาน ได้เป็นส่วนหนึ่งในการทำประโยชน์แก่ส่วนรวม สามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพที่จำเป็นได้ง่าย และได้รับการประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอ จึงส่งผลให้ระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยพบว่าด้านปริมาณงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือด้านเวลา และด้านคุณภาพของงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิชาภรณ์ กำนันตน และโชติ บดีรัฐ (2564) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ที่พบว่าผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรวิ วัฒนาสุทธิวงศ์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่าประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2566) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงใต้ศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ที่พบว่าสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วิระดา เสือมาก และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2566) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาล ตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ที่พบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลกานต์ ดีบุญยศรี และวิราสิริ วสีวีร์สิวี (2566) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ที่พบว่าร้อยละ 49.50 ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากเกิดจากมีแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพการสมรส และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ร้อยละ 59.30 (Adjusted $R^2 = 0.578$, $P\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่าการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากที่สุด (Beta= 0.455, $t = 8.535$, $P\text{-value} < .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนจะมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น เพราะรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีบทบาทสำคัญซึ่งช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ การมีวัตถุประสงค์ของการแพทย์ที่พร้อม เช่น เครื่องวัดความดัน ปรอทวัด

ใช้ อุปกรณ์ทำแผล ฯลฯ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่างๆ แนวทางการรักษาใหม่ๆ และนโยบายด้านสุขภาพ ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลกานต์ ตี๋บุญศรี และวิราสิริ วสีวีรสิวี (2566) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ที่พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้ร้อยละ 68.9 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก เกิดจากมีแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สนั่น แดงบัว และคณะ (2567) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม อาทิเช่น ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยในทีมหมอครอบครัว ซึ่งจากการศึกษานี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการชี้แจง แนวทางปฏิบัติ รับคำแนะนำ การช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหา จากเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทีมหมอครอบครัวเพิ่มเติม เป็นระยะจนทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวงศ์ (2566) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่อำเภอรอยต่อเขตชายแดน จังหวัดสระแก้ว ที่พบว่า สถานภาพการสมรสไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดเป็นนโยบายและวางแผนในการส่งเสริมสนับสนุนและให้ความสำคัญเกี่ยวกับสถานภาพการสมรส และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร พัฒนาแนวทางการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ทันสมัยและครบถ้วน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ และเชิงนวัตกรรม เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถสะท้อนภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ควรศึกษาถึงปัจจัยกำหนดหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยในปัจจุบันที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม.ยุคใหม่. พิมพ์ที่ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.*
https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-09-07-11-21-93471516.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). *แนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานของ อสม. ในผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์.* https://osm.hss.moph.go.th/uploads/OIT/O10_2.pdf
- ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน และธนะวัฒน์รวมสุข. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง อําเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. *วารสารสาธารณสุขและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(3), 27-28.
- ชลिया ศิริกาล, แจ่มนภา ไขคำ, แก้วใจ มาลีสัย และณอมศักดิ์ บุญสุ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อําเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 176-189.
- ธิดาภรณ์ กำนันตน และโชติ บดีรัฐ. (2564). การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอําเภอสอง จังหวัดแพร่. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(3), 237-238.
- ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ และรวีวรรณ ศรีเพ็ญ. (2562). ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม. *วารสารการพยาบาล*, 21(2), 23-33
- พิมลกันต์ ดีบุญศรี และวิราสิริ วีวีร์สิวี. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อําเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3), 113-124.
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2567, 14 กันยายน 2567). *รายงาน อสม.จังหวัดกาญจนบุรี.* <http://www.thaiiphc.net/new2020/content/1>
- วิระดา เสือมาก และประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2566). ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาล ตำบลวิชิต อําเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 4(2), 14-31

- วิเชียร มุลจิตร์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอตอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(1), 36-50.
- วัชรวิ วัฒนาสุทธิวงศ์, รัฐพล เย็นใจมา และพงศ์พัฒน์ จิตตานุรักษ์. (2564). ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 11(4), 273-274.
- สนั่น แดงบัว, ธัญวรรณ เกิดคอนทราย, นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส และวีระพงศ์ อุมัด. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสหวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(4), 118-130.
- สุ่มทนา คลังแสง. (2564). *การศึกษาปัจจัยแรงจูงใจในการ work from home ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. สถาบันพระปกเกล้า. ห้องสมุดสถาบันพระปกเกล้า. <https://kpi-lib.com/elib/cgi-bin/opacexe.exe?op=mmvw&db=Main&skin=s&mmid=12290&bid=29928>*
- สลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวงศ์. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่อำเภอรอยต่อเขตชายแดน จังหวัดสระแก้ว. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 6(2), 71-89.
- สหประชาชาติ. (2567). วันผู้สูงอายุสากล 1 ตุลาคม หัวข้อปี 2024: สูงวัยอย่างมีศักดิ์ศรี: ความสำคัญของการเสริมสร้างระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วโลก. <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>
- องค์การอนามัยโลก. (2567). วันผู้สูงอายุสากล 2567: การสูงวัยอย่างมีศักดิ์ศรี: ความสำคัญของการเสริมสร้างระบบการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วโลก. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/01-10-2024-ageing-with-dignity--the-importance-of-strengthening-care-and-support-systems-for-older-persons-worldwide>
- อมรรรณ ไบเงิน. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบริษัทแห่งหนึ่ง [การศึกษารายบุคคลปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderated of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*. 38 (September-October).
- Krejcie, & D. W. Morgan, (1970). Determination sample size for research activities. *Education and Psychology Measurement*. 30(3). 607-610.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1-55.

Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The Health-Related functions of social support Journal of Behavioral Medicine.

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Transfer of Sub-District Health Promoting Hospital Functions to Local
Administrative Organizations: A Systematic Literature Review

วีระศักดิ์ เดชอรณ^{1*}, ปุญญพัฒน์ ไชยเมส¹, สมเกียรติยศ วรเดช¹ และ วัลลภา เชยบัวแก้ว¹

Virasakdi DechAran^{1*}, Bhunyabhadh Chaimay¹, Somkiattiyos Woradet¹ and Wallapa Choeibuakaew¹

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง¹

Doctor of Philosophy Program in Health Science, Faculty of Health Science and Sports, Thaksin University,

Phatthalung Campus¹

(Receives: 18 June 2025; Revised: 14 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นนโยบายสำคัญของการกระจายอำนาจไทย แต่การดำเนินการประสบปัญหาความซับซ้อนและความท้าทายหลายประการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบ โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทาง PRISMA 2020 Statement ค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลสากล (PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library) และฐานข้อมูลภาษาไทย (Thai jo, ThaiLIS, TDC) สำหรับงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2556-2567 ใช้กรอบ PICOS Framework ในการกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ประเมินคุณภาพการศึกษาด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Narrative synthesis

ผลการศึกษา จากการค้นหาเบื้องต้น 856 รายการ คัดเลือกได้ 42 การศึกษา (งานวิจัยในประเทศไทย 36 เรื่อง และต่างประเทศ 6 เรื่อง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 โดยพบปัญหาหลักในด้านบุคลากรที่ขาดความรู้เฉพาะทาง ร้อยละ 76.20 งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.00 และโครงสร้างองค์กรที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 83.30 ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากส่วนกลาง การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ กลไกการกำกับดูแลที่ชัดเจน และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง

ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยกำหนดหลักของความสำเร็จการถ่ายโอน การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง และการสร้างกลไกการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินนโยบายที่ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,

การกระจายอำนาจ, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vee7117@gmail.com, วีระศักดิ์ เดชอรณ)

Abstract

The transfer of Sub-district Health Promoting Hospital (SHPH) functions to Local Administrative Organizations (LAOs) is a key policy of Thailand's decentralization strategy. However, the implementation faces complex challenges and difficulties. This study aimed to systematically review and synthesize empirical evidence on LAOs readiness for receiving SHPH function transfers. This systematic literature review followed PRISMA 2020 Statement guidelines, searching international databases (PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library) and Thai databases (Thai jo, ThaiLIS, TDC) for the studies published between 2013-2024. PICOS Framework was used to define selection criteria. Study quality was assessed using standard tools, and data synthesis was conducted through narrative synthesis methods.

The results revealed that from 856 initial records, 42 studies were selected (36 Thai studies and 6 international studies). Most LAOs demonstrated moderate readiness levels 66.70%, with major challenges in lack of personnel with specialized expertise 76.20%, insufficient budget allocation 70.00%, and inappropriate organizational structures 83.30%. Success factors included strong leadership, stakeholder network participation, central government support, systematic preparation, clear governance mechanisms, and continuous knowledge management.

LAOs readiness serves as the primary determinant of transfer success. Systematic preparation, continuous central support, and establishing effective governance mechanisms are essential for successful policy implementation.

Keywords: Function transfer, Health promoting hospital, Local Administrative Organizations, Decentralization, Systematic literature review

บทนำ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ประเทศต่างๆ ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพและยกระดับการตอบสนองความต้องการประชาชนระดับท้องถิ่น (World Health Organization, 2020; Mills et al., 2019) องค์การอนามัยโลกนิยามการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นกระบวนการถ่ายโอนอำนาจตัดสินใจ ทรัพยากร และความรับผิดชอบจากรัฐบาลกลางสู่หน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนมากขึ้น (World Health Organization, 2018) ประสบการณ์หลายประเทศแสดงว่าการกระจายอำนาจที่เหมาะสมปรับปรุงการเข้าถึงบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และสร้างความยุติธรรมในการกระจายบริการอย่างมีนัยสำคัญ (Bossert & Mitchell, 2021; Khaleghian & Das Gupta, 2019)

ในประเทศไทย การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นส่วนสำคัญของแผนปฏิรูประบบการปกครองตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565) นโยบายนี้มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการสุขภาพแนวหน้าที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบล ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น พึ่งพสุขภาพ และจัดการปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อม (สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขภาคพื้นดิน, 2563) ปัจจุบันมี รพ.สต. จำนวน 9,768 แห่งให้บริการประชาชนประมาณ 60 ล้านคน แต่ละแห่งรับผิดชอบพื้นที่เฉลี่ย 3,000-5,000 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) การถ่ายโอนจึงมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและเชื่อมโยงเป้าหมายสำคัญหลายมิติ ได้แก่ การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในบริบทสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ปี 2578 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจำแนกได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การกระจายหน้าที่ (deconcentration) การมอบหมายอำนาจ (Delegation) ไปจนถึงการถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) ในประเทศไทย การถ่ายโอน รพ.สต. มีลักษณะ Devolution ที่ถ่ายโอนทั้งอำนาจและความรับผิดชอบไปยัง อปท. ซึ่งต้องการความพร้อมและศักยภาพรับมือภารกิจใหม่ ประสบการณ์จากฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย แสดงทั้งโอกาสและความท้าทายของการถ่ายโอนรูปแบบนี้ โดยเฉพาะความสำคัญของการเตรียมความพร้อมและสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการถ่ายโอนเผชิญความซับซ้อนและความท้าทายหลายประการ งานวิจัยช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแสดงผลกระทบหลากหลายและบางครั้งขัดแย้งกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ เช่น ระดับความพร้อมของ อปท. ลักษณะบริบทพื้นที่ การสนับสนุนจากส่วนกลาง และกระบวนการเตรียมความพร้อม (พิชิต ปิตยานนท์, 2562; สุริรัตน์ ศิริไพบุลย์ และคณะ, 2563) การศึกษาของธนวัฒน์ มัทธนะสาร และคณะ (2021) พบความสำเร็จของการถ่ายโอนสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพร้อมทั้งสามมิติ ได้แก่ ความพร้อมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพื้นที่เฉพาะหรือประเด็นเฉพาะด้าน ขาดการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อความเข้าใจครอบคลุมและลึกซึ้งเกี่ยวกับปรากฏการณ์การถ่ายโอนในภาพรวม การทบทวนอย่างเป็นระบบที่มีอยู่ยังมีขอบเขตจำกัดและไม่อัปเดตข้อมูลล่าสุด (รุ่งโรจน์ เหล่าสุนทร และคณะ, 2561) ขณะที่ประสบการณ์การถ่ายโอนระดับนานาชาติมีบทเรียนสำคัญที่ประยุกต์ใช้ในบริบทไทยได้ (Saltman et al., 2021) โดยเฉพาะความพร้อมของ อปท. ถือเป็นปัจจัยกำหนดหลักของความสำเร็จ แต่ยังคงขาดการศึกษาสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบเพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบของความพร้อม ปัจจัยที่มีผล และแนวทางการพัฒนาความพร้อมที่มีประสิทธิภาพ

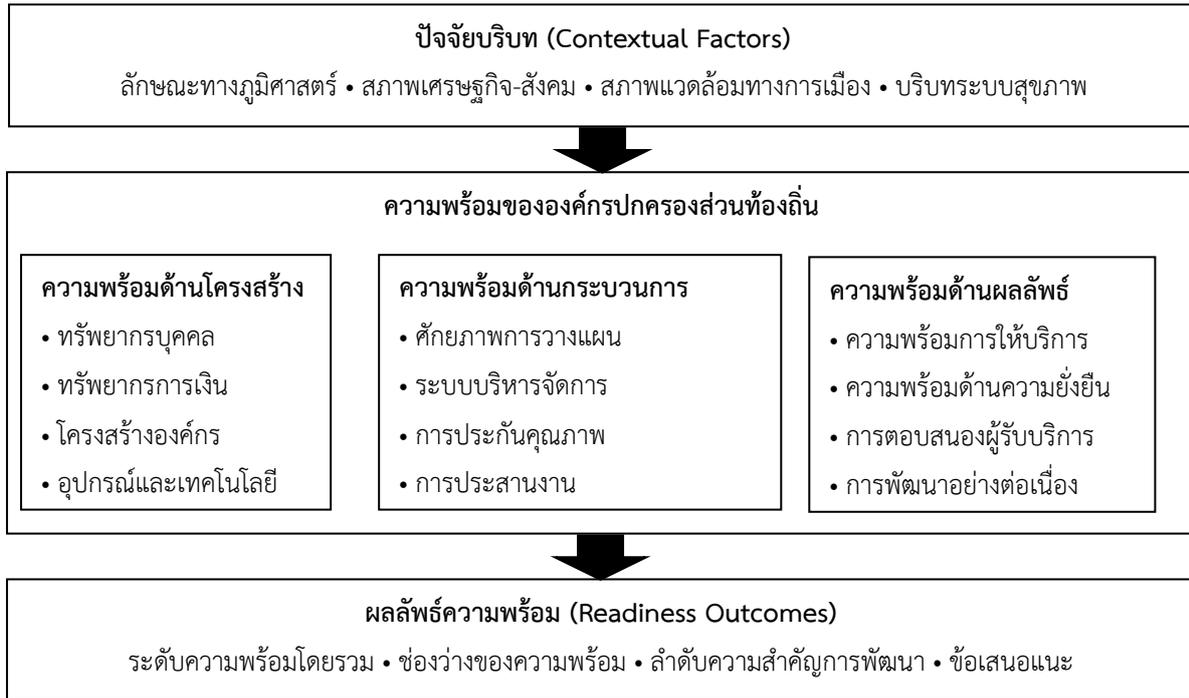
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความพร้อมของ อปท. ในการรับโอนภารกิจ รพ.สต. จึงมีความจำเป็นเร่งด่วน การศึกษานี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการมีความเข้าใจชัดเจนและครอบคลุมเกี่ยวกับองค์ประกอบของความพร้อม ปัจจัยที่มีผล และแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสม ผลการศึกษาจะเป็นฐานความรู้สำคัญสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการออกแบบกลไกการเตรียมความพร้อม การกำหนดเกณฑ์ประเมิน และการพัฒนาแนวทางสนับสนุน อปท. ให้รับมือกับภารกิจใหม่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจ (Decentralization Framework) ของ Rondinelli และ Nellis (1986) ร่วมกับแนวคิด Decision Space ของ Bossert (1998) เป็นกรอบในการวิเคราะห์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีองค์ประกอบหลัก 5 ด้านที่เชื่อมโยงกัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ตามแนวทาง PRISMA 2020 Statement เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ PICOS Framework ในการกำหนดคำถามการวิจัยและกลยุทธ์การค้นหา ดังนี้

P (Population): องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต. อบจ.) และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

I (Intervention/Exposure): การประเมิน/พัฒนาความพร้อมของ อปท. ในการรับโอนภารกิจ รพ.

สต. ครอบคลุม 3 มิติ (โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์)

C (Comparison): การเปรียบเทียบระดับความพร้อมระหว่าง อปท. หรือก่อน-หลังการพัฒนา

O (Outcomes): ระดับความพร้อม คะแนน ปัจจัยที่มีผล และข้อเสนอแนะการพัฒนา

S (Study Design): การศึกษาเชิงประจักษ์ทุกรูปแบบ

คำถามการวิจัยหลัก (Research Questions)

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระดับความพร้อมในการรับโอนภารกิจ รพ.สต. อย่างไร?
2. ปัจจัยใดที่มีผลต่อความพร้อมของ อปท. ในการรับโอนภารกิจ รพ.สต.?
3. แนวทางใดที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาความพร้อมของ อปท.?

เกณฑ์การคัดเลือกการศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า 1) การศึกษาเกี่ยวกับ อปท. ในไทยหรือประเทศที่มีบริบทคล้ายคลึง 2) มีข้อมูลความพร้อมการรับโอนภารกิจสุขภาพปฐมภูมิตั้งน้อย 1 มิติ 3) มีข้อมูลระดับความพร้อมหรือปัจจัยที่มีผล 4) การศึกษาเชิงประจักษ์ทุกรูปแบบ 5) ตีพิมพ์ พ.ศ. 2556-2567 6) ภาษาไทย-อังกฤษ 7) ข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์

เกณฑ์คัดออก 1) บทความความเห็น บทความปริทัศน์ที่ไม่เป็นระบบ 2) รายงานกรณีศึกษาเดี่ยว 3) การศึกษาเทคนิคการแพทย์เฉพาะ 4) การกระจายอำนาจด้านอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 5) ไม่สามารถแยกข้อมูล อปท. ได้ 6) คุณภาพต่ำ (คะแนน <3/10) 7) เข้าถึงบทความฉบับเต็มไม่ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการค้นหา ประกอบด้วย 1) ฐานข้อมูลสากล ได้แก่ PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library 2) ฐานข้อมูลภาษาไทย ได้แก่ ThaiJO (Thai Journals Online), ThaiLIS (Thai Library Integrated System), TDC (Thai Digital Collection) ระบุคำสำคัญที่ใช้ในการค้นหา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คำสำคัญที่ใช้ในการค้นหา

องค์ประกอบ	คำค้นภาษาไทย	คำค้นภาษาอังกฤษ
Input Factors	"ความพร้อม" OR "ศักยภาพ" OR "ทรัพยากร"	"readiness" OR "capacity" OR "resources"
Process Factors	"กระบวนการ" OR "ขั้นตอน" OR "การดำเนินงาน"	"process" OR "implementation" OR "procedure"
Context Factors	"บริบท" OR "สิ่งแวดล้อม" OR "ปัจจัยพื้นที่"	"context" OR "environment" OR "setting"
Outputs	"คุณภาพบริการ" OR "การเข้าถึง" OR "ประสิทธิภาพ"	"service quality" OR "access" OR "efficiency"
Outcomes	"ผลลัพธ์" OR "สถานภาพสุขภาพ" OR "ความยั่งยืน"	"outcomes" OR "health status" OR "sustainability"

การค้นหาเพิ่มเติม

ตรวจสอบรายการอ้างอิงของการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือก ค้นหาใน Google Scholar สำหรับวรรณกรรมสีเทา (Grey literature) ติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอแนะนำการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการคัดเลือกการศึกษา

1. การคัดเลือกขั้นต้น โดยผู้วิจัย 2 คนทำการคัดเลือกตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อแบบอิสระ ใช้โปรแกรม Rayyan QCRI ในการจัดการและคัดเลือก กรณีมีความเห็นไม่ตรงกัน นำมาหารือร่วมกันหรือปรึกษานักวิจัยคนที่ 3

2. การคัดเลือกขั้นสุดท้าย อ่านบทความฉบับเต็มและประเมินตามเกณฑ์การคัดเลือก บันทึกเหตุผลของการคัดออกอย่างละเอียด จัดทำ PRISMA Flow Diagram

การจัดทำแผนภูมิ PRISMA

ผลการคัดเลือกการศึกษาจะถูกนำเสนอในรูปแบบแผนภูมิ PRISMA 2020 โดยแสดงจำนวนรายการที่ค้นพบจากฐานข้อมูลต่างๆ จำนวนรายการหลังการตัดรายการซ้ำ จำนวนรายการที่ผ่านการคัดเลือกตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จำนวนบทความฉบับเต็มที่ได้รับการประเมิน จำนวนการศึกษาที่รวมในการวิเคราะห์สุดท้าย เหตุผลของการคัดออกในแต่ละขั้นตอน การคัดเลือกจะดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระ และกรณีมีความเห็นไม่ตรงกัน จะหารือร่วมกันหรือปรึกษาผู้วิจัยคนที่ 3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบฟอร์มการสกัดข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ประเทศ วัตถุประสงค์การศึกษา และรูปแบบการศึกษา
2. ข้อมูลประชากรและตัวอย่าง ประเภทและขนาดของ อปท. จำนวนตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง และลักษณะพื้นที่ศึกษา

3. ข้อมูลความพร้อม เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ระดับความพร้อมโดยรวม (สูง/ปานกลาง/ต่ำ) และคะแนนความพร้อมใน 3 มิติ ได้แก่ ความพร้อมด้านโครงสร้าง (บุคลากร งบประมาณ โครงสร้างองค์กร) ความพร้อมด้านกระบวนการ (การวางแผน การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ) และความพร้อมด้านผลลัพธ์ (การให้บริการ ความยั่งยืน)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ปัจจัยที่ส่งเสริม อุปสรรค และข้อเสนอแนะการพัฒนาความพร้อมกระบวนการสกัดข้อมูล

การสกัดข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระ กรณีมีความเห็นไม่ตรงกันจะหารือร่วมกันหรือปรึกษาผู้วิจัยคนที่ 3 หากข้อมูลไม่สมบูรณ์จะติดต่อผู้แต่งต้นฉบับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม การสกัดข้อมูลจะบันทึกในแบบฟอร์มมาตรฐานและตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์

การจัดการข้อมูลที่หายไป

หากการศึกษาใดไม่รายงานข้อมูลความพร้อมในมิติใดมิติหนึ่ง จะบันทึกเป็น "ไม่ระบุ" และไม่รวมมิติดังกล่าวในการวิเคราะห์ หากข้อมูลความพร้อมโดยรวมหายไปมากกว่า ร้อยละ 50.0 จะพิจารณาตัดการศึกษานั้นออกจากการวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบฟอร์มการสกัดข้อมูลและแบบประเมินคุณภาพได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1. ผู้เชี่ยวชาญด้านการทบทวนอย่างเป็นระบบ 2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการกระจายอำนาจและการบริหารสาธารณสุข 3. ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพปฐมภูมิและการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คำนวณค่า Content Validity Index (CVI) ได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ทำการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัย 2 คน โดยการสกัดข้อมูลและประเมินคุณภาพจากการศึกษา 10 เรื่องแบบอิสระ จากนั้นคำนวณค่า Cohen's Kappa การคัดเลือกการศึกษา $K = 0.92$ การสกัดข้อมูล $K = 0.87$ การประเมินคุณภาพ $K = 0.84$

3. การทดสอบเครื่องมือ (Pilot Testing) ทำการทดสอบเครื่องมือกับการศึกษา 5 เรื่องก่อนการใช้งานจริง และปรับปรุงแบบฟอร์มตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงบรรยาย

วิเคราะห์ลักษณะการศึกษาที่คัดเลือก ได้แก่ การกระจายตามปีที่ดีพิมพ์ ประเทศ รูปแบบการศึกษา ขนาดตัวอย่าง ประเภท อปท. และเครื่องมือประเมินความพร้อม นำเสนอในรูปแบบตารางและแผนภูมิ

การสังเคราะห์เชิงเนื้อหา

ใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (narrative synthesis) จัดหมวดหมู่ผลการศึกษามากกว่า 3 มิติ คือ ความพร้อมด้านโครงสร้าง (ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรการเงิน โครงสร้างองค์กร) ความพร้อมด้านกระบวนการ (การวางแผน การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ) และความพร้อมด้านผลลัพธ์ (การให้บริการ ความยั่งยืน) โดยสรุประดับความพร้อม เปรียบเทียบความแตกต่าง และระบุปัจจัยที่มีผลในแต่ละมิติ

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

คำนวณสัดส่วนของ อปท. ในแต่ละระดับความพร้อม (สูง/ปานกลาง/ต่ำ) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ อปท. กับระดับความพร้อม และเปรียบเทียบความพร้อมระหว่างประเภท อปท. และภูมิภาคต่างๆ

การประเมินความแน่นอนของหลักฐาน

ใช้แนวทาง GRADE ปรับประยุกต์สำหรับการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความเสี่ยงต่อความเอนเอียง ความสอดคล้องของผลการศึกษา ความตรงไปตรงมาของหลักฐาน ความแม่นยำ และความเป็นไปได้ของความเอนเอียงในการตีพิมพ์ จัดระดับหลักฐานเป็น สูง ปานกลาง ต่ำ หรือต่ำมาก

เครื่องมือการจัดการข้อมูล

ใช้ Microsoft Excel 2019 สำหรับการจัดระเบียบข้อมูล ATLAS.ti 9 สำหรับการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา และ EndNote 20 สำหรับการจัดการรายการอ้างอิง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง หมายเลขอนุมัติ: TSU 2025_184 วันที่ 30 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการคัดเลือกการศึกษา

จากการค้นหาข้อมูลในฐานข้อมูลต่างๆ ในเดือนมิถุนายน 2568 ได้รายการทั้งหมด 856 รายการ ประกอบด้วย PubMed/MEDLINE (n=234), Scopus (n=187), Web of Science (n=156), Cochrane Library (n=89), ThaiJO (n=112), ThaiLIS (n=78) และการค้นหาเพิ่มเติม (n=15)

หลังจากตัดรายการซ้ำ เหลือ 612 รายการ ผ่านการคัดเลือกตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อ เหลือ 127 รายการ นำมาประเมินบทความฉบับเต็ม จำนวน 85 รายการ และคัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์สุดท้าย จำนวน 42 การศึกษา เหตุผลการคัดออกหลัก ได้แก่ ไม่มีข้อมูลความพร้อมของ อปท. (n=18), ไม่เป็นการศึกษาเชิงประจักษ์ (n=12), คุณภาพการศึกษาต่ำ (n=8), และไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (n=5)

2. ลักษณะการศึกษา

การกระจายตามปีที่ตีพิมพ์ พบว่า ปี พ.ศ.2556-2560 จำนวน 3 การศึกษา (ร้อยละ 7.10) พ.ศ.2561-2565 จำนวน 18 การศึกษา (ร้อยละ 42.90) ปี พ.ศ.2566-2567 จำนวน 21 การศึกษา (ร้อยละ 50.00)

การกระจายตามพื้นที่ศึกษา พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 15 การศึกษา (ร้อยละ 41.7) ภาคกลาง 8 การศึกษา (ร้อยละ 22.20) ภาคเหนือ 6 การศึกษา (ร้อยละ 16.70) ภาคใต้ 3 การศึกษา (ร้อยละ 8.30) ทั่วประเทศ 4 การศึกษา (ร้อยละ 11.10)

ขนาดตัวอย่าง พบว่าน้อยกว่า 100 คน 16 การศึกษา (ร้อยละ 44.40) 100-300 คน 14 การศึกษา (ร้อยละ 38.9) และมากกว่า 300 คน 6 การศึกษา (ร้อยละ 16.70)

3. การประเมินคุณภาพการศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณ (n=18) พบว่า คุณภาพสูง (NOS ≥ 7) 6 การศึกษา (ร้อยละ 33.30) คุณภาพปานกลาง (NOS 4-6) 10 การศึกษา (ร้อยละ 55.60) คุณภาพต่ำ (NOS < 4) 2 การศึกษา (ร้อยละ 11.10)

การศึกษาเชิงคุณภาพ (n=15) พบว่าคุณภาพสูง (CASP ≥ 8) 9 การศึกษา (ร้อยละ 60.00) คุณภาพปานกลาง (CASP 5-7) 5 การศึกษา (ร้อยละ 33.30) คุณภาพต่ำ (CASP < 5) 1 การศึกษา (ร้อยละ 6.7)

ปัญหาคุณภาพที่พบบ่อย ขนาดตัวอย่างเล็ก (ร้อยละ 61.10) การสุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 50.0) การควบคุมตัวแปรกวน (confounding variables) ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 38.90) ระยะเวลาการติดตามสั้น (ร้อยละ 33.30)

4. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.1 ระดับความพร้อมโดยรวม

จากการสังเคราะห์ข้อมูล 42 การศึกษา สามารถจัดหมวดหมู่ระดับความพร้อมของ อปท. ได้ 3 หมวด ดังนี้

ความพร้อมระดับสูง (7 การศึกษา, ร้อยละ 16.70) มีลักษณะเด่น คือ มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้เฉพาะทาง งบประมาณเพียงพอ ส่วนใหญ่เป็นเทศบาลเมือง อบต.ขนาดใหญ่ และ อบจ. ในพื้นที่เมืองหลักและพื้นที่เศรษฐกิจดี

ความพร้อมระดับปานกลาง (28 การศึกษา, ร้อยละ 66.70) มีความพร้อมบางด้านแต่ยังขาดในบางมิติ ส่วนใหญ่เป็น อบต.ขนาดกลางและเทศบาลตำบล ในพื้นที่ชานเมืองและตำบลขนาดกลาง

ความพร้อมระดับต่ำ (7 การศึกษา, ร้อยละ 16.70) ขาดความพร้อมในหลายมิติ ส่วนใหญ่เป็น อบต.ขนาดเล็กในพื้นที่ชนบท ชายแดน และเกาะ

4.2 ความพร้อมตามมิติต่างๆ

มิติที่ 1 ความพร้อมด้านโครงสร้าง

การวิเคราะห์จาก 42 การศึกษาพบว่า อปท.ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในสามด้านหลัก

ด้านบุคลากร การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาหลัก โดย 32 การศึกษา (ร้อยละ 76.20) รายงานข้อจำกัดด้านนี้ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบย่อย พบว่า บุคลากรขาดคุณสมบัติที่เหมาะสมด้านสาธารณสุข 28 การศึกษา (ร้อยละ 66.70) มีทักษะการบริหารจัดการที่ไม่เพียงพอ 25 การศึกษา (ร้อยละ 59.50) และมีความต้องการการพัฒนาศักยภาพอย่างเร่งด่วน 30 การศึกษา (ร้อยละ 71.40) (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565)

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็กที่มีบุคลากรไม่เกิน 20 คน มีข้อจำกัดด้านบุคลากรมากกว่าองค์กรอื่น 15 การศึกษา (ร้อยละ 35.70) ขณะที่เทศบาลเมืองที่มีขนาดใหญ่กว่ามีความพร้อมด้านบุคลากรในระดับที่ดีกว่า 8 การศึกษา (ร้อยละ 19.00)

ด้านงบประมาณ การศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.00) รายงานว่า การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินภารกิจสุขภาพที่ถ่ายโอนมา โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร การบำรุงรักษาอุปกรณ์ และการพัฒนาระบบ ความซับซ้อนของระบบการเบิกจ่าย (ร้อยละ 58.30 ของการศึกษา) และการขาดความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณ (ร้อยละ 50.00 ของการศึกษา) ยิ่งทำให้ อปท. ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว

ด้านโครงสร้างองค์กร การขาดแคลนหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพ (ร้อยละ 83.30 ของการศึกษา) ภายใน อปท. เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การบริหารจัดการภารกิจสุขภาพขาดประสิทธิภาพ โดยงานสุขภาพมักถูกรวมไว้กับหน่วยงานอื่น ทำให้ขาดการมุ่งเน้นเฉพาะด้าน ระบบการประสานงานที่ไม่ชัดเจน (ร้อยละ 66.70 ของการศึกษา) และโครงสร้างการรายงานที่ไม่สมบูรณ์ (ร้อยละ 58.30 ของการศึกษา) ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อน ความล่าช้าในการตัดสินใจ และการขาดการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

มิติที่ 2 ความพร้อมด้านกระบวนการ

ประกอบด้วยการวางแผน การบริหารจัดการ และการประกันคุณภาพ พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดกระบวนการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง

มิติที่ 3 ความพร้อมด้านผลลัพธ์

ครอบคลุมการให้บริการและความยั่งยืน พบความแตกต่างตามระดับความพร้อมของแต่ละพื้นที่

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม

5.1 ปัจจัยส่งเสริม

จากการจัดหมวดหมู่การศึกษาเชิงคุณภาพ 15 เรื่อง ระบุปัจจัยแห่งความสำเร็จ 6 ด้านหลัก ได้แก่

1. ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่น (10 การศึกษา) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง (8 การศึกษา) และมีความต่อเนื่องของนโยบายข้ามยุคการบริหาร (6 การศึกษา)

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (12 การศึกษา) การมีส่วนร่วมของประชาชน (9 การศึกษา) และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (7 การศึกษา) เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ

3. การสนับสนุนจากส่วนกลาง การให้คำปรึกษาทางเทคนิค (11 การศึกษา) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน (9 การศึกษา) และการกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจน (8 การศึกษา) ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจแก่ท้องถิ่น

4. การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ การประเมินความพร้อมก่อนถ่ายโอน (10 การศึกษา) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (12 การศึกษา) และการวางแผนที่ชัดเจน (8 การศึกษา) มีบทบาทสำคัญต่อการลดความเสี่ยง

5. กลไกการกำกับดูแลที่ชัดเจน การจัดระบบติดตามและประเมินผล (9 การศึกษา) การสร้างความปลอดภัย (7 การศึกษา) และกลไกการตรวจสอบและถ่วงดุล (6 การศึกษา) ช่วยสร้างความน่าเชื่อถือ

6. การจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ (8 การศึกษา) การจัดทำคู่มือปฏิบัติ (7 การศึกษา) และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (10 การศึกษา) ส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน

5.2 ปัจจัยขัดขวาง

ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก

1. ความไม่ชัดเจนของกฎหมาย หลายการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องของกฎหมายและระเบียบ (11 การศึกษา) ขอบเขตอำนาจหน้าที่ยังไม่ชัดเจน (9 การศึกษา) และขั้นตอนการดำเนินงานที่ซับซ้อน (7 การศึกษา)

2. การขาดแคลนทรัพยากร งบประมาณที่จัดสรรไม่เพียงพอ (13 การศึกษา) บุคลากรมีจำนวนจำกัด และขาดความเชี่ยวชาญ (11 การศึกษา) รวมถึงอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ล้าสมัย (8 การศึกษา)

3. ความไม่พร้อมของโครงสร้างองค์กร ขาดหน่วยงานเฉพาะทางในการรองรับภารกิจ (12 การศึกษา) ระบบบริหารจัดการยังไม่เหมาะสม (10 การศึกษา) และขาดระบบสารสนเทศที่รองรับการดำเนินงาน (7 การศึกษา)

4. ความต้านทานจากผู้มีส่วนได้เสีย พบความกังวลจากบุคลากรในระบบ (9 การศึกษา) การขาดความเข้าใจของประชาชน (6 การศึกษา) และความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (5 การศึกษา)

6. ผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ

ผลกระทบจากการถ่ายโอนต่อคุณภาพการให้บริการมีลักษณะแบบผสม โดยขึ้นอยู่กับระดับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ การวิเคราะห์จาก 14 การศึกษาแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างปัจจัยความพร้อมกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

6.1 ผลกระทบเชิงบวก

ในพื้นที่ที่มีความพร้อมดี การศึกษา 8 เรื่อง รายงานผลกระทบเชิงบวกที่สำคัญ โดยเฉพาะการปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ซึ่งสะท้อนจุดแข็งของการกระจายอำนาจในการตอบสนองความต้องการระดับท้องถิ่น การที่ อปท. สามารถเพิ่มชั่วโมงการให้บริการ (3 การศึกษา) และขยายบริการไปยังพื้นที่ห่างไกล (4 การศึกษา) แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นและการตอบสนองที่รวดเร็วกว่าระบบรวมศูนย์

การตอบสนองต่อความต้องการท้องถิ่นเป็นจุดเด่นที่ชัดเจนของการถ่ายโอน โดย อปท. สามารถปรับบริการตามบริบทท้องถิ่น (5 การศึกษา) เพิ่มโปรแกรมสุขภาพเฉพาะ (3 การศึกษา) และบูรณาการกับบริการท้องถิ่นอื่นๆ (4 การศึกษา) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ดีขึ้นสะท้อนผ่านการตัดสินใจที่รวดเร็วขึ้น (4 การศึกษา) และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (3 การศึกษา) เนื่องจากการลดขั้นตอนการอนุมัติและความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ

6.2 ผลกระทบเชิงลบ

ในทางตรงกันข้าม พื้นที่ที่มีความพร้อมไม่เพียงพอ การศึกษา 6 เรื่อง รายงานผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากข้อจำกัดด้านปัจจัยนำเข้า การลดลงของคุณภาพบริการเป็นผลโดยตรงจากการขาดความพร้อมด้านโครงสร้างและบุคลากร ทำให้เกิดมาตรฐานการให้บริการที่ไม่สม่ำเสมอ (4 การศึกษา) การขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ (3 การศึกษา) และความสามารถในการรักษาที่ลดลง (2 การศึกษา)

ปัญหาด้านบุคลากรสะท้อนความกังวลที่เกิดจากความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ความพึงพอใจของบุคลากรลดลง (5 การศึกษา) การลาออกเพิ่มขึ้น (3 การศึกษา) และขวัญกำลังใจต่ำ (4 การศึกษา) ซึ่งกลับกลายเป็นวงจรที่ทำให้ความพร้อมด้านบุคลากรลดลงต่อไป

ปัญหาการเชื่อมโยงระบบเป็นความท้าทายสำคัญที่เกิดจากการขาดโครงสร้างที่เหมาะสม ทำให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยที่ล่าช้า (3 การศึกษา) การประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ลดลง (4 การศึกษา) และระบบข้อมูลที่ไม่เชื่อมต่อ (2 การศึกษา)

7. ความเชื่อมั่นของหลักฐาน

การประเมินความเชื่อมั่นของหลักฐานใช้แนวทาง GRADE ที่ปรับประยุกต์สำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบแบบเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความเสี่ยงต่อความเอนเอียง ความสอดคล้องของผลการศึกษาคงตรงไปตรงมาของหลักฐาน ความแม่นยำ และความเป็นไปได้ของความเอนเอียงในการตีพิมพ์

1. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ระดับปานกลาง หลักฐานมีความเชื่อมั่นปานกลางจากการศึกษาหลายรูปแบบที่ให้ผลลัพธ์สอดคล้องกัน ขนาดตัวอย่างรวมขนาดใหญ่ (กว่า 15,000 ตัวอย่างจาก 42 การศึกษา) และครอบคลุมพื้นที่หลากหลายทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม การศึกษาบางชิ้นมีคุณภาพปานกลาง (ร้อยละ 45.20) และเครื่องมือประเมินความพร้อมไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ผลกระทบต่อคุณภาพบริการ: ระดับต่ำ หลักฐานมีความเชื่อมั่นต่ำ เนื่องจากผลการศึกษาคงสอดคล้องกัน ($I^2 = 73\%$) ตัวอย่างส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก (ร้อยละ 61.10 มีตัวอย่างน้อยกว่า 100) ระยะเวลาการติดตามสั้น (เฉลี่ย 18 เดือน) และขาดกลุ่มเปรียบเทียบที่เหมาะสม ความไม่แน่นอนที่สำคัญรวมถึงผลกระทบระยะยาวและความแตกต่างตามบริบทพื้นที่

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: ระดับปานกลาง หลักฐานมีความเชื่อมั่นปานกลาง อ้างอิงจากหลักฐานเชิงคุณภาพที่หลากหลายและละเอียดถี่ถ้วน ความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ยอมรับ และการยืนยันจากประสบการณ์ระหว่างประเทศ (บราซิล ฟิลิปปินส์) อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เป็นหลักฐานเชิงคุณภาพ ขาดการตรวจสอบเชิงปริมาณ

4. การประเมินความเสี่ยงต่อความเอนเอียง ความเอนเอียงในการคัดเลือก มีความเสี่ยงปานกลาง โดยการศึกษา 21 เรื่อง (ร้อยละ 50.00) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ความเอนเอียงในการวัด มีความเสี่ยงปานกลาง เครื่องมือประเมินผ่านการตรวจสอบความตรง 32 การศึกษา (ร้อยละ 76.20) ความเอนเอียงในการรายงาน มีความเสี่ยงต่ำ การศึกษาส่วนใหญ่รายงานผลลัพธ์ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์

5. ประสบการณ์ระหว่างประเทศ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในบราซิลและฟิลิปปินส์เพิ่มความเชื่อมั่น ในปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ และภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง ขณะที่ประสบการณ์จากปากีสถานและกานา ยืนยันอุปสรรค ที่พบในบริบทไทย ได้แก่ การขาดแคลนทรัพยากร ความไม่พร้อมของโครงสร้างองค์กร และปัญหาการประสานงานระหว่างระดับ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดหลักรวมถึงความหลากหลายของวิธีการวิจัย การขาดข้อมูลระยะยาว และความเป็นไปได้ของความเอนเอียงในการตีพิมพ์ ความไม่แน่นอนที่เหลืออยู่ ได้แก่ ผลกระทบระยะยาว ความยั่งยืนของการดำเนินงาน และความแตกต่างตามบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะการใช้หลักฐาน หลักฐานเกี่ยวกับความพร้อมของ อปท. และปัจจัยแห่งความสำเร็จ (ความเชื่อมั่นปานกลาง) สามารถใช้เป็นฐานในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ส่วนหลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบต่อคุณภาพบริการ (ความเชื่อมั่นต่ำ) ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง พร้อมการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ความจำเป็นในการวิจัยเพิ่มเติม การศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงและความยั่งยืน การศึกษาเชิงทดลองเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และการพัฒนาเครื่องมือวัดมาตรฐานเพื่อให้การเปรียบเทียบมีความแม่นยำมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 42 เรื่อง (งานวิจัยในประเทศไทย 36 เรื่อง และต่างประเทศ 6 เรื่อง) ระหว่างปี พ.ศ. 2556–2567 พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และอุปสรรคในการดำเนินงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับปานกลาง โดยพบปัญหาหลักในด้านบุคลากร งบประมาณ และโครงสร้างองค์กร บุคลากรขาดความรู้เฉพาะทางและทักษะในการบริหารจัดการ งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอและขาดความคล่องตัว ส่วนโครงสร้างองค์กรยังไม่มีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพ และขาดระบบการประสานงานที่ชัดเจน

ผลกระทบต่อคุณภาพบริการมีทั้งด้านบวกและด้านลบ พื้นที่ที่มีความพร้อมสามารถปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ตอบสนองบริบทท้องถิ่นได้ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น ขณะที่พื้นที่ที่ขาดความพร้อมพบปัญหาคุณภาพบริการลดลง บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ และระบบการเชื่อมโยงบริการขาดความต่อเนื่อง ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการถ่ายโอนประกอบด้วยภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่าย การสนับสนุนจากส่วนกลาง การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ กลไกการกำกับดูแลที่ชัดเจน และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำหน้าที่ส่งเสริมความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญกับอุปสรรคหลายด้าน ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของกฎหมาย การขาดแคลนทรัพยากร ความไม่พร้อมของโครงสร้างองค์กร และความต้านทานจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อุปสรรคเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการวางรากฐานการถ่ายโอนที่รอบคอบ ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

อภิปรายผล

1. การตีความผลการศึกษิตตามกรอบทฤษฎีการกระจายอำนาจ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบทฤษฎีการกระจายอำนาจของ Rondinelli และ Nellis (1986) ที่เน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมด้านศักยภาพท้องถิ่น โดยเฉพาะแนวคิดการแบ่งประเภทการกระจายอำนาจเป็น deconcentration, delegation และ devolution (Rondinelli et al., 1983) ที่แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในประเทศไทยมีลักษณะของ devolution ที่ต้องการการสนับสนุนและเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้า (Input) และผลผลิต (Output) ที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิด Decision Space ของ Bossert (1998) ซึ่งกำหนดให้การกระจายอำนาจประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก คือ ขอบเขตของการตัดสินใจ (decision space) ศักยภาพองค์กร (institutional capacity) และกลไกความรับผิดชอบ (accountability mechanisms) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมสูง สามารถใช้ประโยชน์จากพื้นที่การตัดสินใจที่เพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการปรับบริการให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

การที่ผลการศึกษาพบว่าความพร้อมเป็นตัวกำหนดหลักของผลลัพธ์ สะท้อนแนวคิดของ Abimbola et al. (2019) เกี่ยวกับกลไก context-mechanism-outcome (C-M-O) configurations ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบริบทท้องถิ่น (context) มีอิทธิพลต่อกลไกการทำงาน (mechanisms) และส่งผลต่อผลลัพธ์สุดท้าย (outcomes)

2. ความสอดคล้องและความขัดแย้งกับงานวิจัยสากล

ความสอดคล้องกับหลักฐานสากล ผลการศึกษาสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Cobos Muñoz et al. (2017) ที่พบว่า การกระจายอำนาจในประเทศกำลังพัฒนามีผลกระทบทั้งเชิงบวกและลบ ขึ้นอยู่กับปัจจัยบริบท โดยเฉพาะการพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ เช่น ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากส่วนกลาง และการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ systematic review ของ Dwicaksono และ Fox (2018) ที่วิเคราะห์หลักฐานจากประเทศกำลังพัฒนา 26 ประเทศ การที่การศึกษานี้พบความสำคัญของการสนับสนุนจากส่วนกลาง สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในประเทศอื่น เช่น ประเทศบราซิลที่มีระบบ Sistema Único de Saúde (SUS) และฟิลิปปินส์ที่มีการกระจายอำนาจสุขภาพตั้งแต่ปี 1991 (Bossert & Beauvais, 2002) ซึ่งทั้งสองประเทศมีกลไกการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางที่ชัดเจน

ความขัดแย้งและข้อแตกต่าง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นผลกระทบที่หลากหลายมากกว่าการศึกษาในยุโรปที่มักเน้นผลกระทบเชิงบวก เช่น การศึกษาในสเปนที่พบว่าการกระจายอำนาจช่วยปรับปรุงการตอบสนองต่อความต้องการท้องถิ่น (López-Casasnovas et al., 2005) โดยการศึกษาชี้ให้เห็นความซับซ้อนที่แท้จริงของการกระจายอำนาจในบริบทประเทศกำลังพัฒนา

การพบว่าปัญหาด้านกฎหมายเป็นอุปสรรคสำคัญ แตกต่างจากการศึกษาในประเทศพัฒนาแล้วที่มักเน้นปัญหาด้านทรัพยากรและศักยภาพ (Saltman et al., 2007) ซึ่งสะท้อนความแตกต่างของบริบทระบบกฎหมายและการบริหารราชการระหว่างประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา

3. การเชื่อมโยงกับทฤษฎีการจัดการสาธารณะ

ผลการศึกษาสนับสนุนทฤษฎี New Public Management (NPM) ในแง่ของการเน้นประสิทธิภาพและการตอบสนองต่อความต้องการท้องถิ่น แต่ในขณะเดียวกันก็ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของ NPM ในบริบทที่ขาดความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Network Governance ที่เน้นความสำคัญของเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Rhodes, 2007) การพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ สะท้อนทฤษฎี Collaborative Governance ของ Ansell และ Gash (2008) ที่เน้นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

4. ข้อจำกัดและความท้าทายในการตีความผลการศึกษา

ข้อจำกัดด้านวิธีการ การที่การศึกษาต่างๆ ใช้เครื่องมือและตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน ทำให้การเปรียบเทียบมีข้อจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของ Sumah et al. (2016) ที่ระบุว่ามาตรฐานการวัดผลเป็นปัญหาสำคัญในการศึกษาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ความเอนเอียงในการเผยแพร่ผลงาน (Publication bias) อาจมีการศึกษาที่ให้ผลลัพธ์เชิงลบไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการทบทวนอย่างเป็นระบบด้านนโยบายสาธารณะ (Egger et al., 1997)

บริบทเฉพาะของไทย ผลการศึกษาส่วนใหญ่มาจากประเทศไทย ซึ่งมีระบบการบริหารราชการและวัฒนธรรมการปกครองเฉพาะ อาจมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศอื่น แต่สามารถให้ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

5. ความหมายต่อนโยบายและการปฏิบัติ

การยืนยันความซับซ้อนของการกระจายอำนาจ ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดของ Panda และ Thakur (2016) ที่ระบุว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็น "complex adaptive system" ที่ต้องการการจัดการอย่างรอบคอบและเป็นระบบ การที่ผลกระทบมีทั้งเชิงบวกและลบ แสดงให้เห็นความจำเป็นในการออกแบบนโยบายที่คำนึงถึงความหลากหลายของบริบทท้องถิ่น ความสำคัญของการเตรียมความพร้อม การพบว่าระดับความพร้อมเป็นปัจจัยกำหนดหลักของผลลัพธ์ สอดคล้องกับ capacity building framework ของ Bossert et al. (2007) ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการ ลงทุนในการสร้างศักยภาพท้องถิ่นก่อนการถ่ายโอนมากกว่าการเร่งถ่ายโอนโดยไม่คำนึงถึงความพร้อม

บทบาทใหม่ของส่วนกลางในยุคกระจายอำนาจ ผลการศึกษาสะท้อนแนวคิด "steering not rowing" ของ Osborne และ Gaebler (1992) ที่รัฐบาลกลางควรเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการโดยตรงเป็นผู้กำหนด

ทิศทางและสนับสนุน บทบาทใหม่นี้รวมถึงการสร้างมาตรฐาน การให้การสนับสนุนทางเทคนิค และการกำกับดูแลคุณภาพ ซึ่งยังคงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการถ่ายโอน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในปัจจุบันมีความเร่งด่วน เนื่องจากประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อค้นพบไปปรับปรุงการปฏิบัติโดยเร็ว โดยเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือประเมินความพร้อมและแนวทางการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดทำคู่มือปฏิบัติที่อิงหลักฐานจะช่วยลดความเสี่ยงของการถ่ายโอนที่ไม่ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ การสร้างกลไกการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่จะช่วยเร่งการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การถ่ายโอนในอนาคตมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกกับการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงของการถ่ายโอน รองลงมาคือการพัฒนาเครื่องมือวัดมาตรฐานที่สามารถใช้เปรียบเทียบได้ทั่วประเทศ ลำดับที่สามคือการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการถ่ายโอนเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด ต่อมาเป็นการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการลงทุน และสุดท้ายคือการศึกษาตามบริบทพื้นที่เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับความหลากหลายของพื้นที่ต่างๆ การจัดลำดับความสำคัญนี้จะช่วยให้การใช้ทรัพยากรการวิจัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์สูงสุด

รายการอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). รายงานประจำปี 2566: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธนวัฒน์ มัทธนะสาร, สุริรัตน์ ศิริไพบูลย์, และ วิรุทธ พยุงศักดิ์ศรี. (2564). การประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารการบริหารงานสาธารณสุข*, 7(2), 145-162.
- พิชิต ปิตยานนท์. (2562). การกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ความท้าทายและโอกาส. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งโรจน์ เหล่าสุนทร, ศศิธร วงศ์ประเสริฐ, และ อนันต์ วิริยะศิลป์. (2561). การทบทวนเชิงระบบ: การถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 14(3), 78-94.
- สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขภาคพื้นดิน. (2563). คู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิง.

- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2565). *รายงานการติดตามและประเมินผลการกระจายอำนาจ ประจำปี 2565*. โรงพิมพ์การศาสนา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)*. โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุรรัตน์ ศิริไพบุลย์, ธีระยุทธ บุญมี, และ ปัญญา ไพจิตรเจริญ. (2563). ผลกระทบของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อคุณภาพการให้บริการ: การศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(4), 587-601.
- Abimbola, S., Baatiema, L., & Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: A realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Bossert, T. J. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1513–1527. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00234-2)
- Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14–31. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.1.14>
- Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2021). Health sector decentralization and local decision-making: Origins, evolution and evidence to date. *Social Science & Medicine*, 285, Article 114252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114252>
- Bossert, T. J., Bowser, D. M., & Amenyah, J. K. (2007). Is decentralization good for logistics systems? Evidence on essential medicine logistics in Ghana and Guatemala. *Health Policy and Planning*, 22(2), 73–82. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl041>
- Bossert, T. J., Chitah, M. B., & Bowser, D. (2003). Decentralization in Zambia: Resource allocation and district performance. *Health Policy and Planning*, 18(4), 357–369. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg044>
- Bossert, T. J., Mitchell, A. D., & Janjua, M. A. (2015). Improving health system performance in a decentralized health system: Capacity building in Pakistan. *Health Systems & Reform*, 1(4), 276–284. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1056330>

- Cobos Muñoz, D., Merino Amador, P., Monzon Llamas, L., Martinez Hernandez, D., & Santos Sancho, J. M. (2017). Decentralization of health systems in low and middle income countries: A systematic review. *International Journal of Public Health, 62*(2), 219–229. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0872-2>
- Dwicaksono, A., & Fox, A. M. (2018). Does decentralization improve health system performance and outcomes in low- and middle-income countries? A systematic review of evidence from quantitative studies. *The Milbank Quarterly, 96*(2), 323–368. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12327>
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ, 315*(7109), 629–634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Khaleghian, P., & Das Gupta, M. (2019). Public management and the essential public health functions. *World Development, 53*, 60-74. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.01.001>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Decker, B. K. (2022). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet, 399*(10326), 732-740. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- López-Casasnovas, G., Costa-Font, J., & Planas, I. (2005). Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Economics, 14*(S1), S221–S235. <https://doi.org/10.1002/hec.1038>
- Mills, A., Vaughan, J. P., Smith, D. L., & Tabibzadeh, I. (Eds.). (2019). *Health system decentralization: Concepts, issues and country experience*. World Health Organization.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley.
- Panda, B., & Thakur, H. P. (2016). Decentralization and health system performance – A focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC Health Services Research, 16*(1), Article 561. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1784-9>
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding governance: Ten years on. *Organization Studies, 28*(8), 1243–1264. <https://doi.org/10.1177/0170840607076586>
- Rondinelli, D. A., & Nellis, J. R. (1986). Assessing decentralization policies in developing countries: The case for cautious optimism. *Development Policy Review, 4*(1), 3–23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.1986.tb00494.x>

- Rondinelli, D. A., Nellis, J. R., & Cheema, G. S. (1983). *Decentralization in developing countries: A review of recent experience* (World Bank Staff Working Paper No. 581). World Bank.
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (Eds.). (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. McGraw-Hill Education.
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (Eds.). (2021). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes* (2nd ed.). Open University Press.
- Sumah, A. M., Baatiema, L., & Abimbola, S. (2016). The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy, 120*(10), 1183–1192. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.003>
- World Health Organization. (2018). *Health system governance for universal health coverage action plan*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper*. WHO Press.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษา
ภาคสนามเชิงปริมาณในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life Among Older
Adults: A Quantitative Field Study Conducted in Ban Na Klang Village, Si Khit
Sub-district, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province

ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์¹, มาริสา ปูโรง², สุภัตรา แก้วผ่อง², สุขาวดี สุชาติพงศ์², สุวรรณณา แซ่ฮ้อย¹, เขมาภา ชูเสมอ¹,
จตุภรณ์ ลิ้มสุวรรณมณี¹ และจักรินทร์ ปริมาณนท์^{3*}

Thanyarat Suppakannoraset¹, Marisa Phoorong², Supatsara Keawphong², Suchawadee
Suchartphong², Suwanna Saeau¹, Khemapa Chusamer¹, Jutaporn Limsuwanmanee¹ and Chakkarin
Parimanon^{3*}

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช¹, นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช², วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก³

Faculty of Science and Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University¹, Bachelor of Public Health students,
majoring in Public Health, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University², Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty
of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute³

(Receives: 29 May 2025; Revised: 21 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
จำนวน 92 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการดำเนินชีวิต ความรู้ด้าน
สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. และแบบประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ผ่านการ
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha = 0.72) การวิเคราะห์
ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.55, SD. = 7.93$) แต่ทุก
องค์ประกอบอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($M = 2.05$) การสื่อสารสุขภาพ ($M = 2.98$)
การจัดการตนเอง ($M = 3.62$) และความรู้เท่าทันสื่อ ($M = 1.90$) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 80.95, SD. =$
 7.61) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.641, p = 0.04$) ขณะที่องค์ประกอบอื่นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง การเพิ่มความรู้เท่าทันสื่อ
และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจะควรนำไปปฏิบัติเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอย่าง
ยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chakkarin@scphtrang.ac.th, จักรินทร์ ปริมาณนท์)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine health literacy, quality of life, and relationship between health literacy and quality of life among 92 older adults in Ban Na Klang, Si Khit Sub-district, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province. The research instrument was a five-part questionnaire consisting of: (1) general demographic information; (2) functional ability; (3) health knowledge; (4) health behaviors based on the “3Es and 2Ss” model (Eating, Exercise, Emotion, Smoking and Drinking alcohol); and (5) a quality of life assessment based on the World Health Organization’s conceptual framework. The questionnaire was validated by experts and its reliability was confirmed with a Cronbach’s alpha coefficient of 0.72. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson’s correlation coefficient.

The results revealed that overall health literacy was at a moderate level ($M = 10.55$, $SD. = 7.93$), while all individual components were at low levels: access to health information ($M = 2.05$), health communication ($M = 2.98$), self-management ($M = 3.62$), and media literacy ($M = 1.90$). In contrast, the overall quality of life was high ($M = 80.95$, $SD. = 7.61$), with high scores in physical, psychological, social relationships, and environmental domains. Notably, the self-management component showed a statistically significant relationship with quality of life ($r = 0.641$, $p = 0.04$), while other components did not demonstrate significant associations.

Based on these findings, it is recommended that health promotion interventions focus on enhancing self-management skills, improving media literacy, and creating health-supportive environment should be employed to sustainably improve quality of life of older adults in rural communities.

Keywords : Health literacy, Quality of life, Older adults

บทนำ

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าปัจจุบันโลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2562) และด้วยสถานะสังคมไทยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ของโลก ในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน 10,666,803 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) คาดว่าในปี พ.ศ. 2579 จะมีจำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็วและรุนแรง ทุกหน่วยงานและรวมถึงทุกคนในสังคมต้องเตรียมการรับมือ และในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ คือ นโยบายการลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ คือ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายมีการเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงของระบบต่างๆ ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา และนอกจากนี้ยังส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวัง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป น้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิดกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการการสนับสนุนข้อมูล อุปกรณ์ เครื่องช่วยต่างๆ และการช่วยเหลือดูแลบางเวลา (สมชาย เจริญวงศ์ และคณะ, 2561) ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว และสังคม พบว่าผู้สูงอายุจะถูกลดบทบาทลง การถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง (Mauk, 2014)

คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ และเป็นปัจจัยหลักที่แสดงว่าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) สำหรับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ศิริธานี กิจปพน, 2560) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนสินทรัพย์ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ ส่งผลดีต่อสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึง

ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ (Nutbeam, 2008)

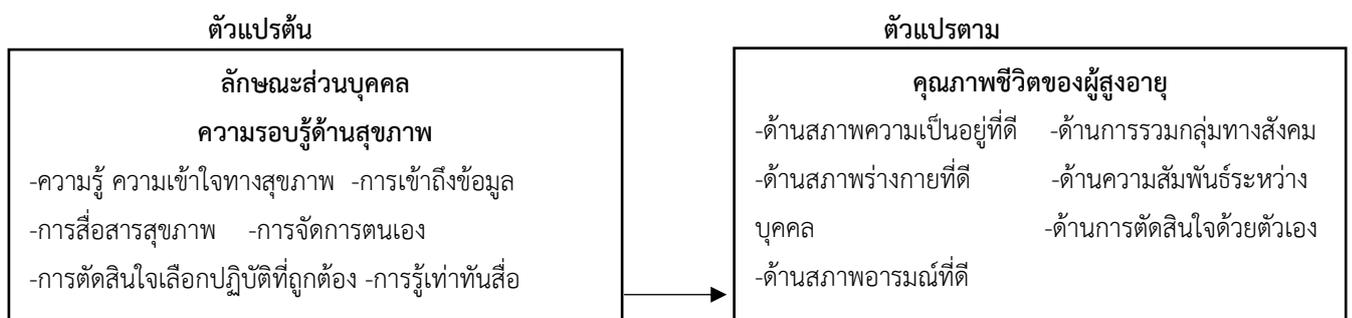
จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากเป็นชุมชนสังคมผู้สูงอายุ และจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังมีปัญหาในการอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากบางคนไม่ได้เรียนหนังสือและบางคนเรียนน้อย จึงทำให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข่าวสารด้วยตนเอง ต้องรอรับข่าวสารจากหน่วยงานต่างๆ หรือผู้รู้ จึงขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่บ้านนากลาง เนื่องจากเป็นแหล่งที่เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้ง่ายและผู้วิจัยหวังว่าจะนำผลงานวิจัยที่ได้ไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งจะนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและสามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้ และสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรณีศึกษาบ้านนากลาง หมู่ที่ 5 ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่อง สามารถนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสีซัด อำเภอสีลชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนประชากรทั้งหมด 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสีซัด อำเภอสีลชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสีซัด อำเภอสีลชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 92 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน จันทนา วงศ์อม, 2565) จากนั้นทำการสุ่มตามสัดส่วนประชากร โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพทั่วไป และโรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิด แบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ 4 เรื่อง ได้แก่ การใช้ยาสมเหตุผล การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน การลด ละ เลิก บุหรี่ และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เครื่องมือส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน คือ คำตอบที่ถูกต้องได้รับคะแนน 1 คะแนน และคำตอบที่ไม่ถูกต้องได้รับคะแนน 0 คะแนน ทำให้คะแนนรวมสูงสุดเป็น 12 คะแนน สำหรับการแปลผลระดับความรู้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ซึ่งจำแนกออกเป็น 4 ระดับ คือ (1) ระดับความรู้ไม่ถูกต้องหมายถึงการมีคะแนนในช่วง 0-7 คะแนน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 ของคะแนนเต็ม ระดับนี้สะท้อนถึงความรู้และการเข้าใจที่น้อยมากจนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี (2) ระดับความรู้ถูกต้องบ้างอยู่ในช่วงคะแนน 8-9 คะแนน หรือร้อยละ 60.00 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 70.00 ของคะแนนเต็ม ซึ่งหมายถึงความรู้

และการเข้าใจที่ถูกต้องเป็นส่วนน้อยและยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ (3) ระดับความรู้ถูกต้องครอบคลุมช่วงคะแนน 10-11 คะแนน หรือร้อยละ 70.00 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม ซึ่งแสดงถึงความรู้และการเข้าใจที่ถูกต้องเป็นส่วนมากและเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี และ (4) ระดับความรู้ถูกต้องที่สุดเป็นระดับสูงสุดที่มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน หรือร้อยละ 80.00 ขึ้นไป แสดงถึงความรู้และการเข้าใจที่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. คือ อาหาร อารมณ์ดี ออกกำลังกาย 2ส. คือ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น ได้รับการจัดโครงสร้างออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ. 2ส. จำนวน 2 ข้อ การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ. 2ส. จำนวน 3 ข้อ การจัดการตนเองตาม 3อ. 2ส. จำนวน 3 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ. 2ส. จำนวน 2 ข้อการวัดความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน การกำหนดคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของข้อคำถาม สำหรับข้อบวทที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ คะแนน 0 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติหรือไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึงปฏิบัติหลายๆ ครั้ง คะแนน 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง และคะแนน 4 หมายถึงปฏิบัติทุกครั้ง ในทางตรงกันข้าม สำหรับข้อลบที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การให้คะแนนจะเป็นไปในทิศทางตรงข้าม คือ คะแนน 0 หมายถึงปฏิบัติทุกครั้ง คะแนน 1 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึงปฏิบัติหลายๆ ครั้ง และคะแนน 4 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติหรือไม่เคยปฏิบัติ ระบบการให้คะแนนแบบกลับทิศทางนี้ช่วยให้คะแนนสูงสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในทุกข้อคำถาม

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากแนวความคิดองค์การอนามัยโลก และการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้ใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบบมาตราส่วนประเมินค่าเรียงลำดับจากระดับสูงสุดไปยังระดับต่ำสุด ดังนี้ คะแนนระดับ 5 หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับสูงสุด คะแนนระดับ 4 หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับสูง คะแนนระดับ 3 สะท้อนถึงความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับปานกลาง ขณะที่คะแนนระดับ 2 แสดงถึงความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับต่ำ และคะแนนระดับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามดำเนินการในสองด้านหลัก ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง สำหรับความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านการพยาบาล และการวิจัยด้านความรู้สุขภาพ การประเมินใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ ≥ 0.67 ผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ซึ่งแสดงความตรงตามวัตถุประสงค์ในระดับที่ยอมรับได้ ด้านความเที่ยงของเครื่องมือการทดสอบความเชื่อมั่นดำเนินการกับประชากรนอกกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการทดสอบแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับที่ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อให้เป็นไปตามหลักการคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ผู้วิจัยประสานงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานของการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของแบบสอบถาม ตลอดจนแนวทางปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องและมีจริยธรรม
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 20 นาทีต่อราย ภายใต้การดูแลของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้การตอบแบบสอบถามเป็นไปอย่างครบถ้วนและถูกต้อง
6. ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ตอนคือ

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ โดยการแปลผลพิจารณาจากค่าที่ได้จากการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองได้อย่างเป็นระบบ โดยอิงเกณฑ์การตีความของศรีสวัสดิ์ (Srisaard, 2002) ดังนี้ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0 แสดงว่า ตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ในขณะที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่อยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 แสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน โดยทิศทางของความสัมพันธ์พิจารณาจากเครื่องหมายของค่า r หากเป็นค่าบวกแสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน หรือมีลักษณะคล้ายตามกัน ในทางกลับกัน หากเป็นค่าลบแสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามหรือมีลักษณะผกผันกัน สำหรับการพิจารณาระดับความสัมพันธ์สามารถจำแนกได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.01-0.20$) ความสัมพันธ์ในระดับ

ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.21-0.40$) ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.41-0.60$) ความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.61-0.80$) และความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = 0.81-1.00$) ทั้งนี้ การแปลผลควรอยู่ภายใต้การพิจารณาค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของความสัมพันธ์ที่ตรวจพบระหว่างตัวแปร

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช (REC No.021/66) เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วนก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามในใบยินยอมภายใต้หลักการสมัครใจและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 54.30) และเพศหญิง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 54.30) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 60-65 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 29.30) รองลงมาอายุ 76-80 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 18.50) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 64 คน (ร้อยละ 69.60) ระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษา จำนวน 77 คน (ร้อยละ 83.70) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 45 คน (ร้อยละ 48.90) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 40.20) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 33 คน (ร้อยละ 35.90) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 52.20) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกันส่วนใหญ่มีสุขภาพเท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน จำนวน 63 คน (ร้อยละ 68.50) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 60.90) จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.55, SD. = 7.93$) และผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($M = 2.05, SD. = 2.03$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($M = 2.98, SD. = 2.54$) ด้านการจัดการตนเอง ($M = 3.62, SD. = 2.78$) และด้านความรู้เท่าทันสื่อ ($M = 1.90, SD. = 1.86$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความรู้ด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	2.05	2.03	ต่ำ
การสื่อสารสุขภาพ	2.98	2.54	ต่ำ
การจัดการตนเอง	3.62	2.78	ต่ำ
ความรู้เท่าทันสื่อ	1.90	1.86	ต่ำ

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	10.55	7.93	ปานกลาง
-------------------------	-------	------	---------

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 80.95$, $SD. = 7.61$) และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 19.48$, $SD. = 2.73$) ด้านจิตใจ ($M = 20.48$, $SD. = 2.13$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 19.39$, $SD. = 2.63$) และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 21.58$, $SD. = 2.31$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	M	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย	19.48	2.73	สูง
ด้านจิตใจ	20.48	2.13	สูง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	19.39	2.63	สูง
ด้านสภาพแวดล้อม	21.58	2.31	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	80.95	7.61	สูง

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากตารางที่ 3 พบว่า ทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.641$, $p = 0.04$) โดยอยู่ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่องค์ประกอบอื่น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($r = 0.050$, $p = 0.63$), การสื่อสารสุขภาพ ($r = 0.021$, $p = 0.84$) และ การรู้เท่าทันสื่อ ($r = 0.125$, $p = 0.23$) แม้จะมีค่าสหสัมพันธ์ในทิศทางบวก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับความสัมพันธ์ต่ำ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความรู้ด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.050	0.63	ต่ำ
การสื่อสารสุขภาพ	0.021	0.84	ต่ำ
การจัดการตนเอง	0.641	0.04*	ค่อนข้างสูง
การรู้เท่าทันสื่อ	0.125	0.23	ต่ำ

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.55, SD. = 7.93$) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($M = 2.05, SD. = 2.03$) การสื่อสารสุขภาพ ($M = 2.98, SD. = 2.54$) การจัดการตนเอง ($M = 3.62, SD. = 2.78$) และการรู้เท่าทันสื่อ ($M = 1.90, SD. = 1.86$) สะท้อนถึงปัญหาที่สำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pa-in et al., (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอถึง ร้อยละ 48.40 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดีถึง ร้อยละ 39.60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ งานวิจัยของ Sukcharoen et al., (2024) พบว่าการใช้โมเดลการเรียนรู้แบบเปลี่ยนแปลงสามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีคะแนนต่ำที่สุด ($M = 1.90$) งานวิจัยของ Sukcharoen et al., (2024) ชี้ให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัลยังคงเป็นความท้าทายสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์ดิจิทัลจำกัด รวมถึงการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Pa-in et al., (2023) พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้สูงอายุมีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการปรับปรุงทักษะการสื่อสารของผู้ให้บริการสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 80.95, SD. = 7.61$) และมีคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 19.48, SD. = 2.73$) ด้านจิตใจ ($M = 20.48, SD. = 2.13$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 19.39, SD. = 2.63$) และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 21.58, SD. = 2.31$) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สะท้อนถึงการมีชีวิตที่มีความสุขและสมดุลในหลายมิติของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุสามารถเกิดจากหลายปัจจัย หนึ่งในนั้นคือสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Thangphet et al., (2017) พบว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ความปลอดภัยในชุมชน การเข้าถึงบริการสาธารณะ และความสวยงามของชุมชน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย อีกปัจจัยหนึ่งคือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม งานวิจัยของ Whangmahaporn et al., (2018) ระบุว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resiliency) ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Suksatan et al., (2021) ชี้ให้เห็นว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย สุดท้าย การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี เช่น การมีครอบครัวและเพื่อนฝูงที่สนับสนุน สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Pothisiri et al., (2022) พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.641, p = 0.04$) ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่องค์ประกอบอื่น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($r = 0.050, p = 0.63$) การสื่อสารสุขภาพ ($r = 0.021, p = 0.84$) และ การรู้เท่าทันสื่อ ($r = 0.125, p = 0.23$) แม้จะมีค่าสหสัมพันธ์ในทิศทางบวก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับความสัมพันธ์ต่ำ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทรจิรา สีสว่าง และคณะ (2557) ซึ่งพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งยืนยันถึงความสำคัญของการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่นๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ แม้จะมีค่าสหสัมพันธ์ในทิศทางบวก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือทักษะในการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองควรเป็นแนวทางหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ จากผลวิจัยที่พบว่าทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.641, p = 0.04$) หน่วยงานสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการออกแบบและดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือกิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

2. ออกแบบสื่อและกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้เท่าทันสื่อสุขภาพเนื่องจากผลการวิจัยชี้ว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำที่สุด และไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต การใช้ผลการวิจัยนี้สามารถช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะด้านนี้ โดยอาจจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคัดกรองข้อมูลสุขภาพจากสื่ออินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ หรือโซเชียลมีเดียได้อย่างถูกต้อง และลดการเชื่อข้อมูลผิดหรือข่าวลวงด้านสุขภาพ

3. สนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ แม้ว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้สูงอายุในชุมชนกลับมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของสภาพแวดล้อมในชุมชน การนำข้อมูลนี้ไปใช้สามารถเป็นแนวทางให้ผู้บริหารท้องถิ่นสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย สวนสาธารณะ การ

เข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่สะดวกปลอดภัย และส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้ผลการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้านที่อยู่ในระดับต่ำ แต่ยังไม่สามารถอธิบายเชิงลึกได้ว่าเพราะเหตุใดผู้สูงอายุจึงขาดความรู้หรือไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาปัจจัยแวดล้อม เช่น ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรมท้องถิ่น หรือข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ

2. ควรพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชนบท จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบและทดลองโปรแกรมหรือรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชนบท โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และใช้สื่อที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น การจัดอบรมโดยใช้สื่อภาพ เสียง หรือกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม จากนั้นประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการพัฒนาความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

รายการอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). รายงานประจำปี 2562. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

<https://www.dop.go.th/th/implementation/2/1/1168>

จันทร์จิรา สีสว่าง, และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์รามธิบดี*, 20(2), 181–193.

ศิริธานี กิจปพน. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26–36.

สมชาย เจริญวงศ์, สุนีย์ คงคุณ, วิทยา จันทร์แสงรัตน์, และสุกัญญา ศรีวรรณ. (2561). การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสุขภาพและการพยาบาล*, 12(2), 45–58.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *การเข้าสู่สังคมสูงอายุของประชากรโลก*.

Health Information Sources Influencing Health Literacy in Different Social Contexts. (2022). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6051.

Health Literacy among Older Adults during COVID-19 Pandemic. (2022). *Journal of Health Literacy*, 15(1), 45–56.

Mauk, K. L. (2014). *Gerontological nursing: Competencies for care* (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning. Gerontological Nursing: Competencies for Care: 9781284233360



- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Pa-in, P., Wonghongkul, T., Panuthai, S., Khampolsiri, T., & Chintanawat, R. (2023). Causal model of health literacy in Thai older adults with knee osteoarthritis. Retrieved from https://www.researchgate.net/figure/Number-percentage-mean-standard-deviation-and-level-of-health-literacy-of-elders-N433_tbl1_366673691
- Sukcharoen, P., Sakunpong, N., & Polruk, J. (2024). Impact of a transformative health literacy model for Thai older adults with hypertension. *BMC Research Notes*, 17, Article 278.



ผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานในอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่
Effectiveness of Activity-Based Dental Health Care Program among Village
Health Volunteers in Koh Lanta Noi Sub-district, Koh Lanta District,
Krabi Province

ลักขณา บ้านควน¹ ภัทรารภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร^{2*}

Lakana Ban bankuan¹ Pattaraporn Tengrothnapaporn^{2*}

โรงพยาบาลเกาะลันตา กระบี่¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ตรัง^{2*}

Koh lanta Hospital Krabi¹ Sirindhorn College of Public Health, Trang^{2*}

(Receives: 27 May 2025; Revised: 5 June 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และปริมาณจุลินทรีย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่การศึกษาจำนวน 25 คน ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-Power เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ และแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด) และสถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน $M = 36.04$, $SD. = 4.69$, หลัง $M = 47.36$, $SD. = 1.60$; $p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 5.40$, $SD. = 2.06$, หลัง $M = 14.88$, $SD. = 1.24$; $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับทักษะการแปรงฟันที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรม

คำสำคัญ : การดูแลทันตสุขภาพ, กิจกรรมเป็นฐาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pattaraporn@scphtrang.ac.th, ภัทรารภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร)

Abstract

This study aimed to compare the knowledge and plaque levels of village health volunteers in Koh Lanta Noi Sub-district, Koh Lanta District, Krabi Province, before and after participating in a dental health care program based on activity-based learning. The sample consisted of 25 village health volunteers, selected using sample size estimation via the G*Power program. Research instruments included a dental health knowledge test and a plaque index recording form. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum) and inferential statistics with the Wilcoxon Signed Rank Test to compare pre- and post-program differences.

The results indicated a statistically significant increase in dental health knowledge scores after implementing the program (pre-test: $M = 36.04$, $SD. = 4.69$, post-test: $M = 47.36$, $SD. = 1.60$; $p < 0.001$) and a significant reduction in plaque scores (pre-test: $M = 5.40$, $SD. = 2.06$, post-test: $M = 14.88$, $SD. = 1.24$; $p < 0.001$). These outcomes were consistent with the observed improvement in toothbrushing skills following participation in the program.

Keywords: Oral health care, Activity-based learning, Village health volunteers

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบเห็นเป็นส่วนใหญ่ คือ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่ยาวนานมาจนถึงปัจจุบัน ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางสุขภาพร่างกายและจิตใจรวมทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งยังปรากฏอยู่ในทุกเพศทุกวัย แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้เร่งดำเนินการให้ความรู้และรณรงค์ ให้ประชาชนเอาใจใส่ดูแลตนเองมาโดยตลอด ก็ยังพบว่าประชาชนยังมีปัญหาโรคฟันผุอยู่เป็นจำนวนมาก หากตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก็จะสามารถควบคุมไม่ให้โรคลุกลาม และสามารถหายเป็นปกติได้ แต่หากไม่สนใจดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแล้ว อาการของโรคจะลุกลามจนทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวอาหาร ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หรือการเคี้ยวได้ไม่ละเอียด นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ยังมีผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขและพัฒนาประเทศอีกด้วย (นภาพรณ์ คาพลางาม, 2558)

ผลจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี 2560 ในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 35-44 ปี พบว่า ปัญหาหลักที่พบคือการสูญเสียฟันโดยพบว่ากลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 85.30 มีการสูญเสียฟันโดยเฉลี่ย 3.6 ซี่ต่อคน โดยมีผู้ที่ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 43.30 มีปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบและสภาวะปริทันต์ พบเหงือกอักเสบร้อยละ 62.40 และมีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.90 มีรากฟันผุผึ่งร้อยละ 57.10 และมีฟันสึกร้อยละ 49.70 ในขณะเดียวกันพบว่า ร้อยละของผู้ที่มีฟันผุยังไม่ได้รักษารายภาค พบว่า ภาคใต้มีร้อยละของผู้ที่มีฟันผุยังไม่ได้รักษา มากที่สุดร้อยละ 47.40 และพบว่าภาคใต้มีความชุกของโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ขึ้นไป ร้อยละ 10.80 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่น ๆ โดยปัญหาดังกล่าว จะแสดงอาการที่รุนแรงจนเกิดความเจ็บปวด และการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2562) และจากข้อมูลการได้รับบริการทันตกรรมในกลุ่ม 15-59 ปี ของจังหวัดกระบี่ พบว่า อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ได้รับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 25.88 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2562)

จากรายงานกลุ่มงานทันตกรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2562 พบว่า ประชากรทั้งหมด เข้าถึงบริการทันตกรรมภาพรวมของจังหวัดกระบี่ ในพื้นที่อำเภอเกาะลันตา มีการเข้าถึงบริการทันตกรรมร้อยละ 39.12 ซึ่งมีการเข้าถึงบริการที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภอใกล้เคียง ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพช่องปากซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตาจังหวัดกระบี่ ให้เข้ามามีส่วนในการช่วยป้องกันและส่งเสริมการเข้ารับบริการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากในเบื้องต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านในชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในหมู่บ้าน ให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำ การถ่ายทอดความรู้ให้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมถึงแกนนำชุมชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรง สมบูรณ์และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด (เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค, 2551) จากบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงาน

สาธารณสุขสามารถชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงการดูแลฟัน การรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน นวัตกรรมประชาชนให้มารับบริการทันตกรรมในสถานบริการหรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาให้บริการภายในชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีด้านทันตสุขภาพ มีศักยภาพในการให้ความรู้แก่ประชาชนและสามารถเผยแพร่ความรู้ไปยังประชาชนในชุมชนได้ (สุปรินา โภษารักษ์, 2560)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชนภายในชุมชน จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน เป็นการเรียนรู้ที่เน้นบทบาท และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน หรือ “การเรียนรู้เชิงรุก” (Active Learning) ซึ่งหมายถึง รูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เอากิจกรรมเป็นที่ตั้งเพื่อที่จะฝึกหรือพัฒนาบทบาทในการเรียนรู้ของผู้เรียน มุ่งเน้นความรับผิดชอบของผู้เรียนในการเรียนรู้โดยผ่านการอ่าน เขียน คิด อภิปราย และเข้าร่วมในการแก้ปัญหา (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีนครินทร์ เขต 3, 2558) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่องการดูแลทันตสุขภาพประชาชน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อเป็นการปฏิบัติตามมาตรการของจังหวัดที่ควบคุมการแพร่ระบาดของโรค จึงมีการประยุกต์การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อลดการรวมกลุ่ม และมีการทำกิจกรรมผ่านกลุ่มไลน์ด้วยการเขียนข้อความสั้นๆ เป็นการแสดงความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมด้วย โดยผลการศึกษานี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานในการดูแลทันตสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้สามารถนำไปดูแลทันตสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทั้งยังนำไปสู่การเป็นแกนนำเรื่องของการดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน พร้อมทั้งสามารถให้คำแนะนำ และตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นให้กับประชาชนในครัวเรือนที่รับผิดชอบของตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ต่อความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

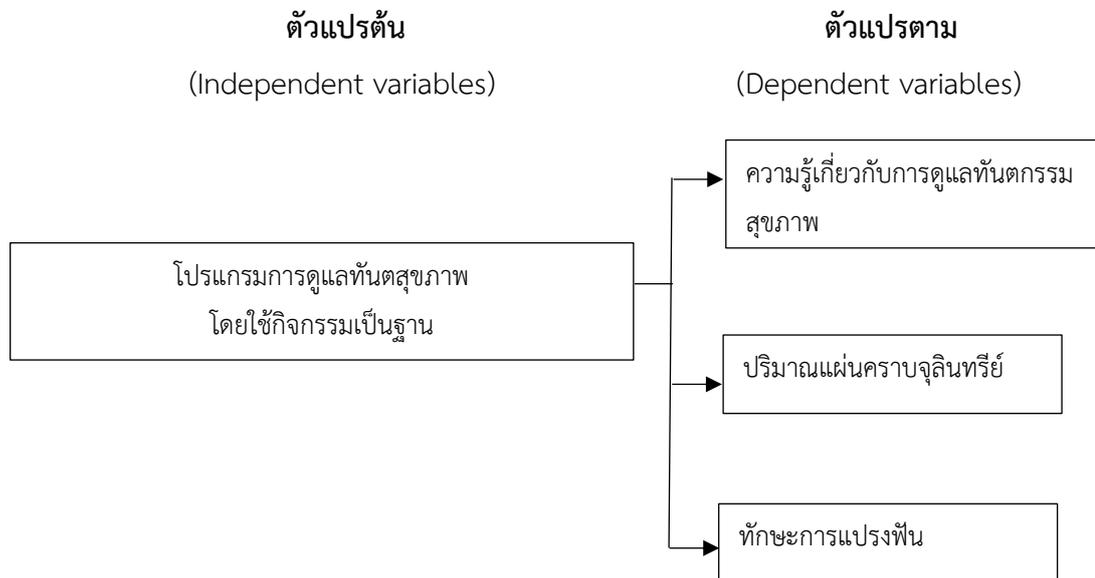
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลการตรวจวัดคราบจุลินทรีย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับช่องปาก โรคที่พบในช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปาก และการพบทันตบุคลากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

2. ผลการตรวจวัดคราบจุลินทรีย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จำนวน 132 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จำนวน 25 คน โดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตร Cohen, 1977 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 มาประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen, 1988 ด้วยแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว (Table estimate sample requirements as a function of effect size) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 95%

และคำนวณค่าอำนาจในการตรวจสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 คน อย่างไรก็ตาม ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นจะทำให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง 10% จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คน และการเลือกกลุ่มทดลอง โดยการเลือกพื้นที่ทดลอง โดยคัดเลือกตำบลเกาะลันตาน้อย จังหวัดกระบี่ แล้วคัดเลือกหมู่บ้านของตำบลเกาะลันตาน้อยที่มีจำนวน อสม. ตั้งแต่ 25 คน ขึ้นไป 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 คลองโตนด หมู่ที่ 2 คลองหมาก และหมู่ที่ 6 บ้านหลังสอด และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ทำฉลากใส่ชื่อหมู่บ้านในตำบลเกาะลันตาน้อย จำนวน 3 หมู่บ้าน แล้วสุ่มตัวอย่าง มา 1 หมู่บ้าน หากจำนวน อสม. ที่สุ่มหยิบมา มีจำนวนเกินกว่า 25 คน ก็ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อในหมู่บ้านให้เหลือ อสม. เพียง 25 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็น อสม. ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก คือ อสม.ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย และในขณะเก็บข้อมูลวิจัย อสม. มีอาการเจ็บป่วยหรือพักฟื้นในโรงพยาบาลจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และเกณฑ์การยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย คือ อสม. ที่ปฏิเสธความร่วมมือหรือขอถอนตัวระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน เวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัวผ่านกลุ่มไลน์ และทำแบบสอบถามและแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนให้ความรู้ โดยการเข้ากิจกรรม 2 ฐาน ประกอบด้วย ฐานที่ 1 แปร่งฟันกันเถาะ ฐานที่ 2 การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และสรุปความรู้ที่ได้จากการเข้ากิจกรรมแต่ละฐาน โดยร่วมกันสรุปประเด็นของประโยชน์ของการแปร่งฟัน และการตรวจฟันด้วยตนเองที่ได้จากการเข้าฐานกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่าง อสม.และผู้วิจัยอภิปรายเพิ่มเติมในส่วนที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่มักพบในช่องปากผ่านกลุ่มไลน์ ประกอบด้วยเรื่อง ฟันผุ และเหงือกอักเสบ ร่วมกันอภิปรายสิ่งที่ได้จากการชมวิดีโอที่ผ่านกลุ่มไลน์ ในเรื่องกลไกในการเกิดฟันผุ และเหงือกอักเสบลงในใบงานที่ให้

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมทบทวนความรู้เรื่องฟันผุ, การแปร่งฟันที่ถูกวิธี, การเลือกรับประทานอาหาร และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง สรุปความรู้ที่ได้ลงในใบงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) ตั้งแต่ 0.67–1.00 คะแนนขึ้นไปทุกข้อ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะกลาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน เนื่องจากมีลักษณะทางสังคม และประชากรจำนวนใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามวิเคราะห์ความเชื่อมั่น

(Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้วิเคราะห์โดยสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR20) ได้ค่าเท่ากับ 0.86

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นข้อความให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างให้ครบถ้วน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 50 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผล พิจารณาตามการแบ่งระดับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom, 1986 แบ่งเป็น 3 ระดับเกณฑ์การประเมิน คือ ระดับมาก (40-50 คะแนน) ระดับปานกลาง (31-39 คะแนน) และระดับน้อย (0-30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตรวจการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมด้านการวางแผนแปรงสีฟัน เวลาในการแปรงฟัน และการแปรงทุกตำแหน่ง ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติถูกต้อง หมายถึง มีการปฏิบัติในการแปรงฟันบริเวณ นั้นๆ ที่ถูกต้อง จะได้ 1 คะแนน และหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง หมายถึง มีการปฏิบัติในการแปรงฟันบริเวณ นั้นๆ ที่ไม่ถูกต้อง จะได้ 0 คะแนน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทันตสุขภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลด้วยตนเองด้วยแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน (DI-S) เป็นแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกก่อนการทดลอง และระยะติดตาม ผลการทดลองได้จากการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่อยู่ในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Simplified Debris Index (DI-S) ซึ่งพัฒนาโดย Green & Vermillion, 1964 เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของการแปรงฟัน โดยการตรวจฟันจำนวน 6 ซี่ คือ ฟันซี่ 16 (B), 26(B), 36 (Li), 46(Li), 31(B) และฟันซี่ 11(B) ถ้าไม่มีฟันซี่นั้นๆ ให้ใช้ฟันซี่ข้างเคียง และถ้าหากไม่มีฟัน ในส่วนนั้น ๆ จะไม่ตรวจฟันส่วนนั้น จากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 = ไม่มีคราบอ่อนบนตัวฟัน 1 = มีคราบอ่อนปกคลุมไม่เกิน 1/3 นับจากขอบเหงือกหรือมีคราบสีไม่จำกัดจำนวน 2 = มีคราบอ่อนปกคลุมตัวฟันหรือมีคราบสีย้อมฟันมากกว่า 1/3 ของตัวฟัน แต่ไม่เกิน 2/3 นับจากขอบเหงือก และ 3 = มีคราบอ่อนปกคลุมตัวฟันหรือมีคราบสีย้อมฟันมากกว่า 2/3 ของตัวฟัน นับจากขอบเหงือก หลังจากนั้นนำค่าที่บันทึกได้มาคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ โดย DI-S ของแต่ละคน = ผลรวมของคะแนนคราบอ่อนที่ได้จากด้านของฟันที่ตรวจ/จำนวนด้านของฟันที่ตรวจ และมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับปริมาณคราบจุลินทรีย์ คือ ระดับดีมาก (0 คะแนน) ระดับดี (0.10-0.69 คะแนน) ระดับพอใช้ (0.70-1.89 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.90-3.00 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านคลองโตนด ตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลัง

ได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างผ่านไลน์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง และอบรมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 5 คน โดยอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามเป็นเวลา 1 ชั่วโมงสำหรับการดำเนินโปรแกรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และดำเนินกิจกรรมได้ อย่างราบรื่น โดยการการปรับมาตรฐานมีทั้ง 2 แบบ คือ Intra-calibration ซึ่งเป็นการสอบเทียบและปรับความถูกต้องภายในตัวเครื่องมือวัดนั่นเอง และInter-calibration เป็นการสอบเทียบและปรับความถูกต้องของเครื่องมือวัดนั้นกับเครื่องมืออื่น ๆ รวมทั้งมาตรฐานอ้างอิงเพื่อให้มั่นใจว่า มีความเที่ยง (validity) แม่นยำ (precision) เชื่อถือได้ (reliability) แล้วทำการวิเคราะห์ Kappa เปรียบเทียบผลการตรวจของผู้ช่วยวิจัยกับ Gold standard และกับมาตรฐานอ้างอิง ค่า Kappa ที่ยอมรับคือ 0.60–1.00 ทั้ง intra และ inter Calibration ได้ค่าเท่ากับ 0.84 หลังจากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ผ่านกลุ่มไลน์ และขออนุญาตในการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ แจกแบบสอบถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ต่อ 1 คน คนละ 30 นาที ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับด้วยตัวเอง ภายในวันเดียวกันตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดย เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน อาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และอายุ รายได้ ประสบการณ์ การเป็น อสม. วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2 วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับช่องปาก โรคที่พบในช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปาก การพบทันตบุคลากร ค่าปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ และทักษะการแปรงฟัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพค่าปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง รหัสโครงการวิจัย P077/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.00 อายุเฉลี่ยเท่ากับ ($M = 48.40$, $SD. = 4.56$ ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 84.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 100.00 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 64.00 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ ($M = 8,500$, $SD. = 5,259.37$ บาท) และมีประสบการณ์การเป็น อสม. จนถึงปัจจุบันเท่ากับ ($M = 13.72$, $SD. = 6.01$ ปี) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	17	68.00
ชาย	8	32.00
อายุเฉลี่ย ($M= 48.40$ ปี $SD.= 4.56$ ปี Max = 58.00 ปี Min = 41.00 ปี)		
สถานภาพสมรส		
สมรส	21	84.00
โสด	3	12.00
หม้าย/หย่า/แยก	1	4.00
ศาสนา		
อิสลาม	25	100.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	13	52.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	32.00
อนุปริญาตรี/ปวส.	2	8.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.00
ปริญาตรีหรือเทียบเท่า	1	4.00
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	16	64.00
รับจ้าง	5	20.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	12.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
$(M = 8,500.00$ บาท $SD.= 5,259.37$ บาท Max= 25,000.00 บาท Min= 4,000.00 บาท)		
ประสบการณ์การเป็น อสม. จนถึงปัจจุบัน		
$(M = 13.72$ ปี $SD.= 6.01$ ปี Max= 27.00 ปี Min= 2.00 ปี)		

2. จำนวนและร้อยละระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับช่องปาก และโรคที่พบในช่องปาก ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 ($M = 6.12, SD = 1.24$) และหลังการทดลองทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ($M = 8.2, SD = 0.91$) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.00 ($M = 10.28, SD = 3.25$) และหลังการทดลองทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 (14.48 ± 0.51) และส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปากและการพบทันตบุคลากร ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.00 ($M = 7.44, SD = 1.26$) และหลังการทดลองทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ($M = 9.76, SD = 0.66$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=25)

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับช่องปาก และโรคที่พบในช่องปาก				
ระดับมาก	10	40.00	25	100.00
ระดับปานกลาง	15	60.00	0	0.00
ระดับน้อย	0	0.00	0	0.00
	$M = 6.12 \quad SD = 1.24$		$M = 8.2 \quad SD = 0.91$	
	Max = 8.00 Min = 4.00		Max = 9.00 Min = 7.00	
ระดับความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร				
ระดับมาก	24	96.00	25	100.00
ระดับปานกลาง	1	4.00	0	0.00
ระดับน้อย	0	0.00	0	0.00
	$M = 12.20 \quad SD = 1.22$		$M = 14.92 \quad SD = 0.40$	
	Max = 14.00 Min = 9.00		Max = 15.00 Min = 13.00	
ระดับความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก				
ระดับมาก	14	56.00	25	100.00
ระดับปานกลาง	8	32.00	0	0.00
ระดับน้อย	3	12.00	0	0.00
	$M = 10.28 \quad SD = 3.25$		$M = 14.48 \quad SD = 0.51$	
	Max = 15.00 Min = 2.00		Max = 15.00 Min = 14.00	

ระดับความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปากและการพบทันตบุคลากร

ระดับมาก	20	80.00	25	100.00
ระดับปานกลาง	5	20.00	0	0.00
ระดับน้อย	0	0.00	0	0.00
	$M = 7.44 \quad SD. = 1.26$		$M = 9.76 \quad SD. = 0.66$	
	Max = 9.00 Min = 5.00		Max = 10.00 Min = 7.00	

3. จำนวนและร้อยละการตรวจการแปรงฟันอย่างถูกวิธีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีทักษะการปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกต้องมากที่สุด ในเรื่องการวางแปรงขนานกับตัวฟัน การแปรงทำความสะอาดลิ้น และเสียเวลาในการแปรงฟัน (อย่างน้อย 2 นาที) คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมา คือการแปรงด้านบดเคี้ยว โดยวางแปรงตรงๆ บนด้านบดเคี้ยว ขยับสั้นๆ 20 ครั้ง ร้อยละ 96.00 และการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยที่สุด คือการวางมุมแปรงสีฟัน (45 องศากับคอฟัน) ร้อยละ 68.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการตรวจการแปรงฟันอย่างถูกวิธีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=25)

การปฏิบัติในการแปรงฟัน	ก่อน		หลัง		แปลผล
	ปฏิบัติถูก (คน)	ร้อยละ	ปฏิบัติถูก (คน)	ร้อยละ	
1. การวางมุมแปรงสีฟัน (45 องศากับคอฟัน)	0	0.00	17	68.00	เพิ่มขึ้น
2. การวางแปรงขนานกับตัวฟัน	1	4.00	25	100.00	เพิ่มขึ้น
3. แปรงรอบนอก (ใกล้แก้ม) วางแปรงใน แนวนอน ขยับสั้นๆ ในแนวนอนประมาณ 10 ครั้งต่อ ตำแหน่ง	1	4.00	20	80.00	เพิ่มขึ้น
4. แปรงรอบใน (ใกล้เพดาน=ฟันบน/ใกล้ลิ้น=ฟัน ล่าง) วางแปรงในแนวนอน ขยับสั้นๆ ในแนวนอน ประมาณ 10 ครั้งต่อตำแหน่ง	1	4.00	19	76.00	เพิ่มขึ้น
5. ด้านบดเคี้ยว วางแปรงตรง ๆ บนด้านบดเคี้ยว ขยับสั้น ๆ 20 ครั้ง	7	28.00	24	96.00	เพิ่มขึ้น
6. การแปรงทำความสะอาดลิ้น	6	24.00	25	100.00	เพิ่มขึ้น
7. เวลาในการแปรงฟัน (อย่างน้อย 2 นาที)	22	88.00	25	100.00	เพิ่มขึ้น
$M \pm SD.$	1.52 ± 0.65		6.20 ± 0.91		

4. จำนวนและร้อยละระดับปริมาณคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการทดลองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ อยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 100.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.00 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.00 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับปริมาณคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการทดลองของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเกาะลันตาน้อย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=25)

ระดับปริมาณคราบจุลินทรีย์	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
ระดับดีมาก	0	0.00	0	0.00
ระดับดี	0	0.00	10	40.00
ระดับพอใช้	0	0.00	15	60.00
ระดับไม่ดี	25	100.00	0	0.00

5. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ผลการตรวจวัดคราบจุลินทรีย์ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Wilcoxon Signed Rank test

กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < .001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการ

ดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร ^a	M	SD.	Z	P-value
ความรู้เกี่ยวกับช่องปากและโรคที่พบในช่องปาก			-4.00	< .001*
ก่อนทดลอง	6.12	1.24		
หลังทดลอง	8.20	0.91		
ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร			-4.36	< .001*
ก่อนทดลอง	12.20	1.22		
หลังทดลอง	14.92	0.40		
ความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก			-4.21	< .001*
ก่อนทดลอง	10.28	3.25		

หลังทดลอง	14.48	0.51		
ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปากและการพบทันตบุคลากร			-4.33	< .001*
ก่อนทดลอง	7.44	1.26		
หลังทดลอง	9.76	0.66		

ⁿ Wilcoxon Signed Rank test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

6. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลการตรวจวัดทราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 0.90, SD = 0.34$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 2.48, SD = 0.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลการตรวจวัดทราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร ⁿ	M	SD.	Z	P-value
คะแนนเฉลี่ยผลการตรวจวัดทราบจุลินทรีย์			-4.39	< .001*
ก่อนทดลอง	2.48	0.21		
หลังทดลอง	0.90	0.34		

ⁿ Wilcoxon Signed Rank test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

7. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ

ความคิดเห็นที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ ($M = 4.88, SD = 0.33$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ บรรยากาศการให้ความรู้ในไลน์กลุ่มเป็นไปด้วยดี เท่ากับ ($M = 4.92, SD = 0.40$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา สามารถเข้าใจจุดประสงค์หลักของกิจกรรมและการใช้ไลน์กลุ่มในการให้ความรู้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ Covid-19 ที่ระบอบในปัจจุบันเท่ากับ ($M = 4.84, SD = 0.37$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นน้อยที่สุด คือ สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ตามลำดับขั้นตอนและเข้าใจง่าย เท่ากับ ($M = 4.56, SD = 0.58$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ

ความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรม	M	SD.	ระดับความคิดเห็น
1. การประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย	4.72	0.46	มากที่สุด
2. การชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม	4.64	0.49	มากที่สุด
3. การดำเนินงานเป็นระบบและมีขั้นตอนชัดเจน	4.64	0.64	มากที่สุด
4. กิจกรรมสำเร็จลุล่วงตามแผนที่วางไว้	4.76	0.44	มากที่สุด
5. ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและสันทนาการ	4.72	0.61	มากที่สุด

6. ระยะเวลาการทำกิจกรรม	4.72	0.46	มากที่สุด
7. ความน่าสนใจของกิจกรรม	4.76	0.52	มากที่สุด
8. ความเหมาะสมและต่อเนื่องขอกิจกรรม	4.68	0.63	มากที่สุด
9. สามารถนำความรู้จากกิจกรรมมาประยุกต์ใช้ในชีวิตได้	4.68	0.56	มากที่สุด
10. สามารถเข้าใจจุดประสงค์หลักของกิจกรรม	4.84	0.37	มากที่สุด
11. ความพร้อมของผู้บรรยายในการให้ความรู้	4.64	0.49	มากที่สุด
12. มีเทคนิคการบรรยาย/การใช้สื่อ/ภาษาเข้าใจง่ายและเหมาะสม	4.72	0.46	มากที่สุด
13. สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ตามลำดับขั้นตอนและเข้าใจง่าย	4.56	0.58	มากที่สุด
14. เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามและมีส่วนร่วม	4.76	0.44	มากที่สุด
15. โดยรวมแล้ว มีความพึงพอใจต่อการอ่านไลน์กลุ่มเพียงใด	4.76	0.52	มากที่สุด
16. บรรยายภาคการให้ความรู้ในไลน์กลุ่มเป็นไปด้วยดี	4.92	0.40	มากที่สุด
17. การใช้ไลน์กลุ่มในการให้ความรู้มีความสะดวกในการเข้าอ่านความรู้ในแต่ละวัน	4.76	0.44	มากที่สุด
18. เนื้อหาความรู้ที่ให้มีความเพียงพอต่อความต้องการ	4.64	0.57	มากที่สุด
19. การใช้ไลน์กลุ่มในการให้ความรู้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ Covid-19 ที่ระบาดในปัจจุบัน	4.84	0.37	มากที่สุด
รวม	4.88	0.33	มากที่สุด

อภิปรายผล

ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ การทำความสะอาดช่องปากและฟัน อาหารกับสุขภาพช่องปาก และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยการอธิบายประกอบกับสไลด์ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างของฟัน โครงสร้างภายในของฟัน รูปร่างของฟัน หน้าที่ของฟัน อาการของโรคฟันผุ สาเหตุของโรคฟันผุ การรักษา และการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การตรวจฟันด้วยตัวเอง การย้อมสีฟัน การแปรงฟันอย่างถูกวิธีด้วยวิธี Modified Bass และมีการเปิดโอกาสให้มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ผ่านกลุ่มไลน์ โดยผู้วิจัยจะคอยสรุปประเด็นสำคัญในช่วงท้ายของกิจกรรม เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของภูติพิท เตชาดิวัฒน์ และนิทรากิจธิระวุฒิวงษ์ (2556) ที่ได้ทำการวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเพื่อประเมินประสิทธิผลของ

จัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นการสร้างศักยภาพของ อสม. ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ภาครัฐ) และ อสม. (ภาคประชาชน) นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนา อสม. ให้มีศักยภาพสูงขึ้น ในอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนาระหว่างกลุ่มในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. รวมถึงการใช้คำถามเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติในการเยี่ยมและความพึงพอใจ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

วิภาพร สิทธิสาตร์ และจันทร์จิรา อินจัน (2560) ศึกษาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังและประเมินผลกระทบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน การศึกษาครั้งนี้เจาะจงเลือกศึกษาในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการจัดการเรียนแบบบริบทเป็นฐาน ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ด้านทักษะของ อสม. หลังเข้าร่วมกระบวนการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P\text{-value} = .000$) ลักษณะการจัดการเรียน มีการแบ่งกลุ่มตามศักยภาพ เรียนเป็นกลุ่มย่อย เนื้อหาประกอบด้วยกิจกรรมหลักเน้นเนื้อหาตามความต้องการ พัฒนาและกิจกรรมเสริม เน้นกิจกรรมที่เสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของ อสม. กระบวนการจัดการเรียนแบบบริบทเป็นฐาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ส่งผลต่อการแก้ปัญหา ที่ตอบสนองต่อความต้องการ จึงเป็นรูปแบบที่มีประโยชน์และเหมาะสมต่อการพัฒนา อสม. ในบริบทที่แตกต่างกัน

คราบจุลินทรีย์ และทักษะการแปรงฟัน

ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสอนแปรงฟันด้วยวิธี Modified Bass กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยระดับทักษะการแปรงฟันภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสอนแปรงฟันด้วยวิธี Modified Bass แตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพ การแปรงฟันแบบวิธี Modified Bass โดยการอธิบายประกอบกับสไลด์ความรู้ มีการเปิดโอกาสให้มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์ลดลงได้นั้น เกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างแปรงฟันได้ถูกวิธีมากขึ้น ฟันจึงได้รับการทำความสะอาดทั่วปากครบทุกซี่ ทุกด้าน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการใช้กิจกรรมเป็นฐานไปช่วยการสอน การจัดกิจกรรมหรือแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ
2. ทันตบุคลากร สามารถใช้ใช้กิจกรรมเป็นฐานเป็นสื่อตัวกลางสำหรับให้ทันตสุขศึกษาและส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับชาวบ้านที่ตนรับผิดชอบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความรู้และพฤติกรรมที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น หลังได้รับโปรแกรมเป็น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อยืนยันความคงทนของโปรแกรม
2. ควรมีการเพิ่มกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม รวมทั้งเห็นผลของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น

รายการอ้างอิง

- โกษารักษ์, สมชาย, และ โสตะ, จิราภรณ์. (2560). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. *วารสารทันตภิบาล*, 28(2), 1-12.
- เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค. (2551). *หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)*.
<https://consumersouth.org/paper/7>
- นภาพรณ์ คำพลงาม. (2558). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา. *วารสารราชนครินทร์*, 12(28), 179-185.
- เพ็ญภา ตลับกลาง. (2562). *การพัฒนาผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษโดยใช้วิธีสอนกิจกรรมเป็นฐานสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนวัดเขียนเขต*.
<http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/189/2420/1.pdf>
- ภูติท เตชาติวัฒน์, และ นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2556). *การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน อาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก*. รายงานการวิจัย, 47-52.
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุรินทร์ เขต 3. (2558). *แนวการจัดกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้*.
<http://www.surin3.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2562). *ประชากรทั้งหมดเข้าถึงบริการทันตกรรมภาพรวมจังหวัดกระบี่*.
[http://203.157.232.109/hdc_report/frontend/web/index.php?r=dent%](http://203.157.232.109/hdc_report/frontend/web/index.php?r=dent%20)
- สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช, กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. http://www.nakhonphc.go.th/history_asm.php
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข*.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์, และ จันทร์จิรา อินจัน. (2560). พัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุม

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการจัดการเรียนแบบบริบทเป็นฐาน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 10(3), 427-435.

- Bloom, B. S. (1986). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals*. New York: Longman.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Revised Edition). New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greene, J. C., & Vermillion, J. R. (1964). The simplified oral hygiene index. *Journal of the American Dental Association*, 68(1), 7–13.



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด
ในเขตอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
Factors Affecting Tuberculosis Preventive Behaviors among Household
Contacts of Pulmonary Tuberculosis Patients in Sawankhalok District,
Sukhothai Province

นฤเกล้า ชิตตะสังกะ¹ และ ธีรพล หล่อประดิษฐ์^{2*}

Notklao Kittasangka¹, and Theeraphon Lopradit^{2*}

โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก^{2*}

Sawankhalok Hospital Sukhothai Province¹

Sirindhorn Collage of Public Health Phitsanulok^{2*}

(Receives: 21 May 2025; Revised: 9 June 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 156 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567–30 สิงหาคม 2567 ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.86 ค่าความเชื่อมั่นของความรู้ KR-20 เท่ากับ 0.84 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Stepwise

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรควัณโรค ($\beta = 0.449$, P-value < 0.001) การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรควัณโรค ($\beta = 0.274$, P-value = 0.006) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 88.30

ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีความเข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อของโรควัณโรคที่ถูกต้อง รวมทั้งควรมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

คำสำคัญ : วัณโรคปอด, ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, พฤติกรรมการป้องกันโรค

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: theeraphon.lo@scphpl.ac.th ,ธีรพล หล่อประดิษฐ์)

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate factors influencing tuberculosis (TB) prevention behaviors among household contacts of pulmonary TB patients in Sawankhalok District, Sukhothai Province. The sample consisted of 156 household contacts of pulmonary TB patients. Data were collected from May 1 to August 30, 2024 using a structured questionnaire that included sections on personal information, knowledge, health belief model (HBM) constructs, and TB prevention behaviors. The item objective congruence (IOC) of the instrument was 0.86. The reliability was determined by KR-20 for the knowledge section (0.84), and Cronbach's alpha for the overall questionnaire was 0.78. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that two factors significantly predicted TB prevention behaviors: perceived susceptibility to TB infection ($\beta = 0.449$, P-value < 0.001) and perceived barriers to TB prevention ($\beta = 0.274$, P-value 0.006). These factors together could predict 88.30 % of the variance in prevention behaviors.

Therefore, public health personnel should promote and support accurate understanding of tuberculosis transmission among household contacts of pulmonary TB patients in Sawankhalok District, Sukhothai Province. In addition, proactive outreach activities should be implemented to enhance proper awareness and encourage self-protective behaviors against TB infection.

Keywords: Tuberculosis, Household contacts, Prevention behaviors

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อซึ่งในผู้ใหญ่มักจะพบส่วนใหญ่เป็นที่ปอด ในเด็กอาจเป็นที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น ต่อมไทรอยด์ เยื่อหุ้มสมอง กระดูก สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis ซึ่งเป็น acid fast bacillus (AFB) ย้อมติดสีแดง (กรมควบคุมโรค, 2562) ซึ่งจะมีอยู่ในปอดของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80.00) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย รวมทั้งการป่วยวัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมไทรอยด์ กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท (กรมควบคุมโรค, 2562) ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกทุกปีมีผู้ป่วยวัณโรค 10 ล้านคน แม้ว่าจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ แต่มีประชากรโลกเสียชีวิตจากวัณโรค ถึง 1.5 ล้านคนต่อปี (World health organization, 2025) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการควบคุมวัณโรค โดยมุ่งลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรค พร้อมทั้งเพิ่มการเข้าถึงการรักษา โดยตั้งเป้าหมายภายในปี 2025 ให้ อัตราการเกิดวัณโรค

ลดลง ร้อยละ 20.00 และอัตราการเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 35.00 เมื่อเทียบกับปี 2015 (World health organization, 2022)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีอุบัติการณ์วัณโรคทั่วโลกอยู่ที่ 133 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 10.6 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคจำนวน 1.3 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรโลกประมาณ 1 ใน 4 ติดเชื้อวัณโรคในระยะไม่แสดงอาการ (ระยะแฝง) สำหรับประเทศไทย ปีเดียวกัน พบอุบัติการณ์วัณโรคอยู่ที่ 155 ต่อประชากรแสนคน หรือคิดเป็น 111,000 ราย โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 14,000 ราย มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (Drug-resistant TB: DR-TB) 2,700 ราย และผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) 9,200 ราย (กรมควบคุมโรค, 2567) ในเขตสุขภาพที่ 2 มีแนวโน้มพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปี 2565-2567 โดยมีอัตราอุบัติการณ์ 4,047, 3,951 และ 3,693 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จังหวัดที่มีอุบัติการณ์สูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ เพชรบูรณ์ ตาก และพิษณุโลก ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) สำหรับจังหวัดสุโขทัย ปี 2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ อยู่ในลำดับที่ 4 ของเขตสุขภาพที่ 2 โดยอำเภอที่มีอัตราสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่คือ อำเภอทุ่งเสลี่ยม อำเภอศรีนคร และอำเภอสวรรคโลก คิดเป็น 216.0, 174.5 และ 170.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566)

จากข้อมูลสถานการณ์วัณโรคในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 104, 80 และ 97 ราย ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 20.8, 23.4 และ 19.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5.00 (โรงพยาบาลสวรรคโลก, 2565) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้สูง เนื่องจากผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ประมาณร้อยละ 70-90 ไม่ติดเชื้อวัณโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 10.00-30.00 ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงโดยครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 5.00 จะป่วยเป็นวัณโรคหลังจาก 2 ปีที่ติดเชื้อ โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50.00-65.00 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (ศิรินทรา ป้อมไชยา, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านบุคคลและการรับรู้ด้านสุขภาพ โดย มัลลิกา ผดุงหมาย (2566) รายงานว่า ปัจจัยด้าน เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคปอด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคได้ถึง ร้อยละ 45.40 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญใจ มอนไธสง (2560) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ ร้อยละ 15.70 ซึ่งล้วนมีความเกี่ยวข้องกับโอกาสการติดเชื้อและการแพร่กระจายของวัณโรคในชุมชนตามแนวคิดระบาดวิทยาที่ได้อธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดโรคไว้ในรูปแบบปัจจัยสามทางระบาด (Epidemiologic Triad) ซึ่งประกอบด้วย 1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวมนุษย์ (Host) 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวก่อโรค (Agent) และ 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) (คำนวน อึ้งชูศักดิ์, 2559)

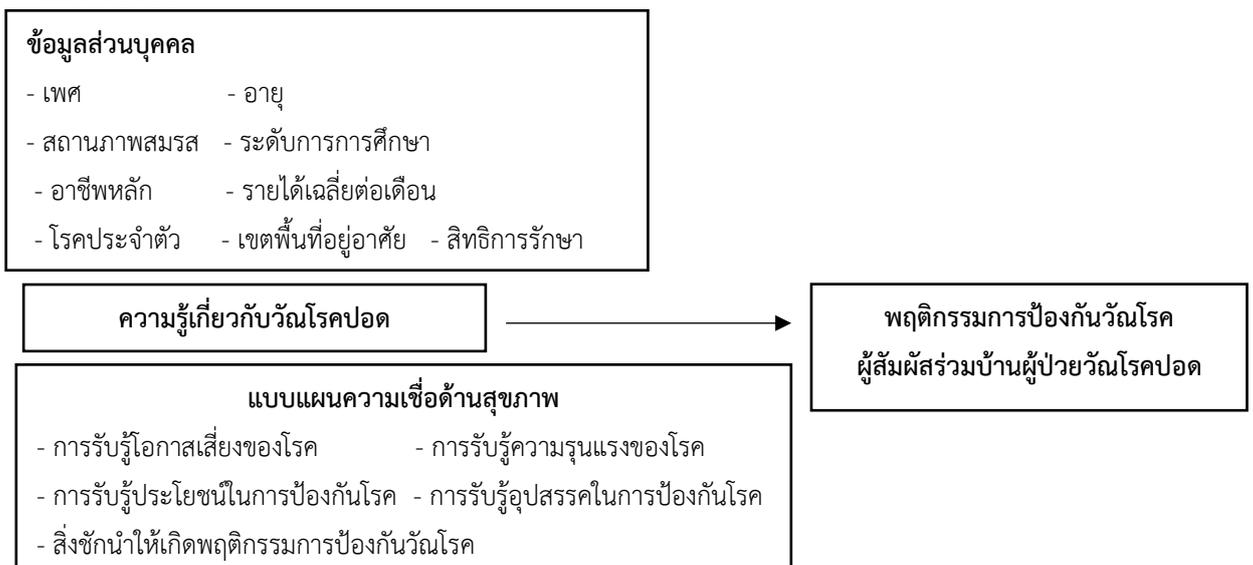
อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคได้นั้นขึ้นอยู่กับ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ใน 5 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 4. การรับรู้ต่ออุปสรรค และ 5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสการป้องกันโรคที่ดี เนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลจะเสาะแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ากว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าตนเองถูกโรคคุกคาม และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังในการต่อต้านโรคนั้นได้ (Becker, M.H., & Maiman, L.A. 1975)

ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานวิจัยโรค เครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดสุโขทัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อที่ถูกต้องและเหมาะสม และเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารสร้างนโยบายในดำเนินการด้านควบคุมวัณโรคติดต่อและมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานลดการป่วยการเสียชีวิตด้วย โรควัณโรคปอดในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2567–30 สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนวัณโรคปอด 2 ปี โรงพยาบาลสวรรคโลก (พ.ศ. 2566-2567) อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 262 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากด้วยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน โดยมีพารามิเตอร์ ดังนี้ ค่า $e = 0.05$, $x^2 = 3.841$, $P = 0.454$ ซึ่งเป็นค่าทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคจากการศึกษาของ มัลลิกา ผดุงหมาย (2566) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 156 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอสวรรคโลกแยกเป็นรายตำบลทั้งหมด 14 ตำบล เพื่อคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยคัดเลือกระดับตำบล และในแต่ละตำบลดำเนินการคัดเลือกระดับหมู่บ้านด้วยการสุ่มจับหมายเลขหมู่บ้าน โดยจำแนกต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยเรียงรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกในระบบ JHCIS ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามตัวอักษรจากนั้นกำหนดหมายเลขประจำตัวประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทุกหน่วยในประชากร ของแต่ละหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือก โดยกำหนดช่วงการสุ่ม (I) ระหว่างประชากร (N) และขนาดตัวอย่าง (n) ของแต่ละหมู่บ้านตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ จนได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนวัณโรคปอด 2 ปี โรงพยาบาลสวรรคโลก (พ.ศ. 2566-2567) อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มากกว่า 1 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ดี และมีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดแยกออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยกะทันหัน รวมทั้งได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยดำเนินการศึกษาเอกสารทางวิชาการ และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวเขตที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วน 2 ตัวเลือก คือ ถูก หรือ ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดได้คะแนน 0

คะแนนการแปลความหมายคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00-79.00 ระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของ 3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค 4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และ 5. ด้านด้านสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันวินโรค จำนวนด้านละ 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยแต่ละระดับมีค่าความหมายเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60.00 ระดับต่ำ คะแนน ร้อยละ 60.00-79.00 ระดับปานกลาง และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 ระดับสูง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันวินโรค จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก

ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดโดยแต่ละระดับมีค่าความหมายเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60.00 ระดับต่ำ คะแนน ร้อยละ 60.00-79.00 ระดับปานกลาง และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวินโรค 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวินโรค 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ได้ค่า IOC ของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 0.86 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวินโรคในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของความรู้โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันวินโรค ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 0.74 , 0.76 และ 0.83 ตามลำดับทั้งฉบับเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากกลุ่มงานด้านบริการปฐม

ภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลสวรรคโลก ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก และสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลกในการมอบหมายผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3. เมื่อได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก และสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลกแล้วนั้น นัดหมายผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประชุมชี้แจงแนวทางและ นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัย

4. ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง และทำหนังสือนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัยวิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินการวิจัย

5. เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างข้อมูลในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน–31 มิถุนายน 2567

6. เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

7. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล และผู้รวบรวมแบบสอบถามหลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จำนวน 156 ฉบับ

8. วิเคราะห์ข้อมูล

9. สรุปผลการวิจัย

10. นำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว เขตพื้นที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. ระดับความรู้เรื่องวัณโรคปอด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน วิเคราะห์ด้วยด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงแบบไม่ปกติของข้อมูล

4. การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน วิเคราะห์ด้วยด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

5. การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของผู้สัมผัส
ร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอสุวรรณโคโลก จังหวัดสุโขทัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 13/2024 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No.
32/2024 ลงวันที่ 21 เมษายน 2567 - 20 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.38 มีช่วงอายุ
เฉลี่ย 31-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.87 มีอายุเฉลี่ย 58.83 อายุมากที่สุด 68 ปีอายุน้อยที่สุด 17 ปี
มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.20 มีระดับการศึกษามากที่สุดประถมศึกษา ร้อยละ 71.16 ประกอบ
อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 47.44 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ
81.41 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 6,936.11 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด 40,000 บาท น้อยที่สุด 3,000
บาท ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.15 ส่วนมากอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ
72.44 และส่วนมากมีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.51 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณ
โรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณโคโลก จังหวัดสุโขทัย (n=156)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	34.62
หญิง	102	65.38
อายุ (ปี)		
15-30 ปี	39	25.00
31-50 ปี	70	44.87
อายุ 50 ปีขึ้นไป	47	30.13
(Min=17, Max=68, M=58.83, SD.=6.06)		
สถานภาพ		
โสด	51	32.69
สมรส	83	53.20
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	22	14.10
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	111	71.16

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	42	26.92
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	1.92
อาชีพ		
พนักงานของรัฐ/พนักงานของรัฐวิสาหกิจ	2	1.28
เกษตรกรกรรม	74	47.44
รับจ้าง/พนักงานของเอกชน	42	26.92
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	7.69
ว่างงาน/แม่บ้าน/นักเรียนหรือนักศึกษา	26	16.67
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	127	81.41
10,001-20,000 บาท	21	13.46
20,000 บาท ขึ้นไป	8	5.13
(Min=3,000, Max=40,000, M=6,936.11, SD.=8028.44)		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	111	71.15
มีโรคประจำตัว	45	28.85
เขตพื้นที่อยู่อาศัย		
เทศบาล	23	27.56
องค์การบริหารส่วนตำบล	133	72.44
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	46	29.49
ประกันสังคม	110	70.51

2. ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรม การป้องกันโรค ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคโควิด ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคโควิดอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิดอยู่ในระดับสูง การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิดอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิดอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิดอยู่ในระดับสูง สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิดอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคโควิดในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย (n=156)

ตัวแปร	M	SD.	ระดับ
ความรู้เรื่องโรคโควิด	11.44	4.07	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิด	36.40	6.30	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด	36.58	6.02	สูง
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด	38.19	4.85	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด	36.42	7.14	สูง
สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด	37.31	6.34	สูง
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด	37.55	5.22	สูง

3. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้เรื่องโรคโควิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิด โรคแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคโควิด ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิด ($r_s = 0.691, p < 0.0001$) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด ($r_s = 0.688, p < 0.0001$) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด ($r_s = 0.587, p < 0.0001$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด ($r_s = 0.683, p < 0.0001$) สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด ($r_s = 0.686, p < 0.0001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคโควิด ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยด้าน อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและความรู้เรื่องโรคโควิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคโควิดในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิด การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรคโควิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคโควิด ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย (n=156)

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	
	Spearman's correlation (r_s)	p
อายุ	0.010	0.903
รายได้	- 0.013	0.869
ความรู้เรื่องโรคโควิด	0.080	0.324

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค
วัดโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรคปอด ในเขตอำเภอสุวรรณครโลก จังหวัดสุโขทัย (n = 156)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรควัดโรค	0.449	0.614	5.168	<.0001**
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัดโรค	0.274	0.331	2.788	0.006

Constant (a) = 12.64 R Square = 0.883 Adjusted R Square = .882 F = 579.10 P <0.0001

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรควัดโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรค
ปอดในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรควัดโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรคปอด = 12.64 + 0.449 (การรับรู้โอกาส
เสี่ยงของการติดต่อโรควัดโรค) + 0.274 (การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัดโรค)

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรควัดโรคของผู้สัมผัส
ร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณครโลก จังหวัดสุโขทัย มีรายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณครโลก จังหวัดสุโขทัย มี
ระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ ($M = 11.44$, $SD. = 4.07$) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้อาจเกิดจากการที่ได้รับความรู้
เกี่ยวกับการป้องกันวัดโรคที่อาจแตกต่างกันมากในแต่ละกลุ่มวัย ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง
ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรควัดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรควัด
โรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรควัดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัดโรค และสิ่งชักนำให้
เกิดพฤติกรรมป้องกัน วัดโรค อยู่ในระดับสูง ($M = 36.40$, $SD. = 6.30$), ($M = 36.58$, $SD. = 6.02$),
($M = 38.19$, $SD. = 4.85$) ($M = 36.42$, $SD. = 7.14$), ($M = 37.31$, $SD. = 6.34$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าเกิด
จากการได้มีประสบการณ์ในรูปแบบต่างๆ เช่นการได้ฟังจากการบอกเล่าจากบุคคลอื่นที่มีผู้ป่วยวัดโรคอยู่ใน
ครอบครัว จึงทำให้เกิดความรับรู้ภายในตนเองเกี่ยวกับอันตรายจากวัดโรค และพฤติกรรมป้องกันโรควัด
โรค อยู่ในระดับสูง ($M = 36.40$, $SD. = 6.30$) อธิบายได้ว่าเกิดจากการมีการรับรู้ภายในตนเองที่เหมาะสม
เกี่ยวกับอันตรายของวัดโรคจึงเกิดการแสวงหาแนวทางการป้องกันตนเองจากวัดโรค ผลการศึกษา ดังกล่าว
แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย วัดโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณครโลก จังหวัดสุโขทัย จะมีการรับรู้การ
รับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรควัดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรควัดโรค การรับรู้ประโยชน์
ในการป้องกันโรควัดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัดโรค และสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน
วัดโรคที่ดีก็ตาม แต่ยังคงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการป้องกันโรควัดโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย
วัดโรคปอด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อโรควัดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรควัด
โรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณครโลกจังหวัดสุโขทัย ($r_s = 0.691$, $p < 0.0001$)
อธิบายได้ว่าการที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัดโรคมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดต่อวัดโรคว่าเกิดจาก
พฤติกรรมใดบ้างจึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีเช่นการสวมหน้ากากอนามัย การไม่รับประทานอาหาร

ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชวัญใจ มอนไฮสง และคณะ (2560) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ

ปีเสาะ มะแข็ง (2563) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรควัณโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณโคตรโลกจังหวัดสุโขทัย ($r_s = 0.688, p < 0.0001$) อธิบายได้ว่าการที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรควัณโรคว่าจะส่งผลกระทบต่อตนเองทั้งด้านสุขภาพกาย เช่นการอดทนของทางเดินหายใจ การไอเหนื่อยหอบ ด้านสุขภาพจิต ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ และการเข้าสังคมเช่นการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น จึงทำให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชวัญใจ มอนไฮสง และคณะ (2560) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นวัณโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยรัตน์ ชวนา (2567) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรค คือ การรับรู้ความรุนแรงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอด

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรควัณโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณโคตรโลกจังหวัดสุโขทัย ($r_s = 0.587, p < 0.0001$) อธิบายได้ว่าการที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรควัณโรคจะทำให้ตนเองไม่ต้องสูญเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ไม่ขาดรายได้ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา ผดุงหมาย (2566) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรค คือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณโคตรโลกจังหวัดสุโขทัย ($r_s = 0.683, p < 0.0001$) อธิบายได้ว่าการที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรคทำให้ตนเองมีการรับรู้ว่าจะเกิดการเจ็บป่วยจากวัณโรคจะส่งผลกระทบต่ออาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ที่กล่าวว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณโคตรโลกจังหวัดสุโขทัย ($r_s = 0.686, p < 0.0001$) อธิบายได้ว่าการที่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเข้าใจภาวะสุขภาพเช่นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของวัณโรคของบุคคลอื่นๆ เช่น บุคลากรสาธารณสุข หรือญาติพี่น้อง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคซึ่ง

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ มอนโรส และคณะ (2560) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคได้แก่ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ตัวแปรพยากรณ์มีทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไวรัส และ การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการป้องกันโรค ร่วมพยากรณ์การพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดได้ ร้อยละ 88.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัส พบว่า มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดจะเพิ่มขึ้น 0.449 หน่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่อาจจะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อไวรัสจึงทราบว่าโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นจะมาจากอะไรบ้าง เช่นการสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากการ ไอ จาม การอยู่ในที่แออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก รวมถึงการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคที่ไม่มีการต้องการแพร่กระจายเชื้อไวรัส ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ของ Becker and Maiman (1975) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มัลลิกา ผดุงหมาย (2566) ที่กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสปอดส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นาปีเสาะ มะแข็ง (2563) ที่กล่าวว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสในระดับดีจะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลางและต่ำ ประมาณ 3 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ มอนโรส และคณะ (2560) ที่กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ถึงร้อยละ 15.70

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันการป้องกันโรค จากการศึกษาพบว่า มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกัน โรคไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหากมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ 1 หน่วย พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดจะเพิ่มขึ้น 0.274 หน่วย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ่งใดที่จะเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค เช่น การปฏิเสธ การชักชวนจากบุคคลอื่นด้วยการให้เหตุผลของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติของ Becker and Maiman (1975) ที่กล่าวว่าการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งบุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ มอน

ไรสง (2560) ที่กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคในการวินิจฉัยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ถึง ร้อยละ 15.00

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งประชากรกลุ่มเสี่ยงวัณโรคกลุ่มอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการเนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเฉพาะในพื้นที่อำเภอสุวรรณโคโลก จังหวัดสุโขทัยเท่านั้น หากมีการศึกษาในครั้งต่อไป ควรขยายขอบเขตให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัดสุโขทัย ซึ่งอาจได้ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรควัณโรคที่มากขึ้น เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินการวัณโรคในระดับจังหวัดสุโขทัย ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ผู้บริหารควรนำผลการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ไปใช้การกำหนดนโยบายและแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรควัณโรคลดอัตราป่วยด้วยโรควัณโรค และลดอัตราการตายจากโรควัณโรคของประชาชน ในพื้นที่

1.2 ทีมวิชาการของหน่วยงานสาธารณสุขของอำเภอสุวรรณโคโลก นำผลการวิจัยครั้งนี้มาพัฒนาต่อยอดวิจัยรูปแบบอื่น เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ นวัตกรรม หรือแนวทางที่จะสามารถ พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคเชื้อวัณโรคในพื้นที่อำเภอสุวรรณโคโลก

1.3 ผู้ปฏิบัติการนำผลการวิจัยที่ได้ ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการคัดกรองสุขภาพเชิงรุกทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง และสถานการณ์ของโรควัณโรคในพื้นที่ สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรควัณโรคต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรควัณโรค โดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรควัณโรค ที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

2.2 ควรนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ มาสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรควัณโรคของประชาชน ในเขตอำเภอสุวรรณโคโลก จังหวัดสุโขทัย

รายการอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2562). *วัณโรค (Tuberculosis (TB))*. https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=105

กรมควบคุมโรค. (2562). *โรควัณโรคปอด (T.B. Pulmonary)*. สืบค้นจาก https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=92

- กรมควบคุมโรค. (2567). *สถานการณ์และการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย*. นนทบุรี : กลุ่มระบาดวิทยา และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *Health KPI*. <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/>
- ขวัญใจ มอนไธสง, จีราภรณ์ ธรรมบุตร, & วนลดา ทองใบ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พำนักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 306–314.
- คำนวน อึ้งชูศักดิ์. (2559). *ระบาดวิทยาเพื่อการบริหารงานสาธารณสุข*. นนทบุรี : สมาคมระบาดวิทยา (ประเทศไทย).
- ปิยรัตน์ ชาวนา. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ตำบลห้วยตึกชู อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ. *โรงพยาบาลกุสุมาลย์อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ*.
- ปีเสาะ มะแข็ง. (2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- มัลลิกา ผดุงหมาย. (2566). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- โรงพยาบาลสวรรคโลก. (2565). *รายงานประจำปี 2565 โรงพยาบาลสวรรคโลก*. งานควบคุมโรคติดต่อ. กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม. โรงพยาบาลสวรรคโลก.
- ศิรินทรา ป้อมไชยา, & ศุภลักษณ์ แยมสกุล. (2566). รายงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ด้านวัณโรค ปีงบประมาณ 2566. เขตสุขภาพที่ 5.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). *สรุปรายงานประจำปี 2566*. สุโขทัย: กลุ่มงานควบคุมโรค.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10–24. <https://doi.org/10.1097/00005650-197501000-00002>
- Bloom, B. S. (1986). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: Longman.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5–55.
- World Health Organization. (2022). Implementing the end TB strategy: The essentials, 2022 update (p. 13). Geneva: Author.
- World Health Organization. (2025). *Tuberculosis*. <https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=ta>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อด้านดินในนักเรียน
ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
Factors Related to Soil-Transmitted Helminth Prevention Behaviors in
Students of Hill Tribe Community Learning Center in Mae La Sub-district,
Tha Song Yang District, Tak Province

เมธี สุทธิศิลป์^{1*}, สิริวิมล เกิดศรี¹

Mathee Sootthasil^{1*}, Siriwimon Koedsri¹

อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น¹

Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences Northern College^{1*}

(Receives: 30 April 2025; Revised: 29 May 2025; Accepted: 5 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาความชุกของโรคหนอนพยาธิในทางเดินอาหารที่ติดต่อด้านดิน และ 2. ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ คือนักเรียนศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 85 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบบันทึกผลการตรวจอุจจาระและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.35 อายุอยู่ในช่วง 13-15 ปี ร้อยละ 47.06 รองลงมาอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 38.82 ภาวะโภชนาการมีน้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 81.18 ตรวจพบไข่หนอนพยาธิทางเดินอาหารร้อยละ 10.59 พบในเพศชายร้อยละ 21.88 และเพศหญิงร้อยละ 3.77 พบในช่วงอายุ 13-15 ปี ร้อยละ 12.50 รองลงมาอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 12.12 ลักษณะการกระจายของหนอนพยาธิจำแนกตามชนิด พบพยาธิไส้เดือนมากที่สุดร้อยละ 7.06 รองลงมาได้แก่พยาธิปากขอร้อยละ 2.35 และพยาธิเข็มหมุดร้อยละ 1.18 พยาธิไส้เดือนและพยาธิเข็มหมุดในนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิงร้อยละ 12.50 และ 3.13 ตามลำดับ ภาวะโภชนาการของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคหนอนพยาธิทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 ส่วนอายุ เพศและระดับชั้นเรียนของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคหนอนพยาธิทางเดินอาหาร

หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ควรจัดให้มีผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างความรู้ในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรค, หนอนพยาธิ, ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mayvet_2006@hotmail.com, เมธี สุทธิศิลป์)

Abstract

This descriptive research aimed to 1. study the prevalence of soil-transmitted gastrointestinal helminth diseases; and 2. study knowledge, health beliefs, and behaviors in preventing helminth diseases. The sample was 85 students from the Hill Tribe Community Learning Center in Mae La Sub-district, Tha Song Yang District, Tak Province, who had stool samples examined under a microscope. Data were collected between December 2024 and March 2025 through stool examination record form and questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, and standard deviation. For relationship analysis, Chi-square test was employed.

The results found that most students were female (62.35%) and aged 13-15 years (47.06%), and had normal weight (81.18%). Gastrointestinal worm eggs were detected in 10.59% of students, found in 21.88% of males and 3.77% of females. Detection rates by age group: 13-15 years (12.50%), followed by 10-12 years (12.12%). Helminth species distribution showed roundworms was most common (7.06%), followed by hookworms (2.35%) and pinworms (1.18%). Roundworms and pinworms were more prevalent in male students than female students (12.50% and 3.13%, respectively). Students' nutritional status was significantly associated with soil-transmitted helminth prevalence (p -value < 0.05), while age, gender, and grade level showed no significant association with helminth prevalence.

Responsible agencies should establish student health leaders to promote health and prevent diseases according to health-promoting school policies, creating knowledge about health promotion and disease prevention in schools, families, and communities.

Keywords: Disease prevention behavior, Soil-transmitted helminths, Thai hill tribe community learning center

บทนำ

โรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินเป็นโรคหนอนพยาธิที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า และพยาธิปากขอซึ่งสามารถติดต่อเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ได้ทุกเพศทุกวัย พยาธิไส้เดือนและพยาธิแส้ม้าติดต่อเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ได้ทางปากโดยปนเปื้อนมากับมือและอาหาร ส่วนพยาธิปากขอเข้าสู่ร่างกายมนุษย์โดยการไชเข้าทางผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณเท้า เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน อาทิเช่น พยาธิแส้ม้าทำให้เด็กมีภาวะทุโภชนาการแคระแกรน ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ หากผู้ป่วยที่มีพยาธิแส้ม้าเป็นจำนวนมากจะทำให้เกิดการอุจจาระบ่อยจนลำไส้ตันในปลิ้นออกมาทางทวารหนัก ส่วนพยาธิปากขอทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคโลหิตจางแบบขาดธาตุเหล็ก ในขณะที่พยาธิไส้เดือนจำนวนมากรวมกันเป็นกลุ่มก้อนอาจทำให้เกิดลำไส้อุดตัน บางครั้งพยาธิตัวแก่อาจไชผนังลำไส้จนเลือดออกและเกิดเป็นแผลเน่าหรือผนังลำไส้ทะลุในบาง

รายงานจรรยาบรรณถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรคหนองพวยานับเป็นปัญหาของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 3,500 ล้านคน ติดเชื้อหนองพวยานี และประมาณ 450 ล้านคน แสดงอาการป่วยออกมา (WHO, 2020) ในประเทศไทยโรคหนองพวยานียังคงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน จากการสำรวจโรคหนองพวยานีทั่วประเทศล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 โดยการสุ่มศึกษาประชาชนทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจำนวน 15,555 คน ผลการตรวจอูจจาาระพบอัตราความชุกของพวยานีเฉลี่ยร้อยละ 18.10 โดยพบพวยานีปากขอ ร้อยละ 6.50 พวยานีสัมผัสร้อยละ 1.20 และพวยานีไส้เดือนร้อยละ 0.50 จากรายงานสถานการณ์โรคหนองพวยานีที่ติดต่อผ่านดินในระดับประเทศดูเหมือนมีความชุกของโรคอยู่ในระดับที่ไม่มีปัญหา แต่ในความเป็นจริงแล้วปัญหาการติดเชื้อหนองพวยานีมักจะพบเป็นปัญหาของชุมชนหรือของพื้นที่ ซึ่งบางพื้นที่มีข้อมูลสนับสนุนและชี้ให้เห็นความชุกของโรคหนองพวยานีสุงมากในระดับพื้นที่และในกลุ่มชาวไทยภูเขาพบอัตราความชุกเฉลี่ยของโรคหนองพวยานีเท่ากับร้อยละ 35.60 เมื่อแยกชนิดของพวยานีพบว่า พวยานีปากขอมีอัตราความชุกมากที่สุดคือ ร้อยละ 22.20 รองลงมาคือ พวยานีไส้เดือนพบร้อยละ 6.00 และพวยานีสัมผัสพบร้อยละ 4.80 (กองติดต่อโรคทั่วไป, 2567) จึงเป็นหลักฐานที่บ่งชี้ว่าโรคหนองพวยานีในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะในกลุ่มชาวไทยภูเขา ซึ่งประชากรชาวไทยภูเขาในประเทศไทยมีทั้งหมดจำนวน 1,203,149 คน เป็นชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงรวมทั้งสิ้น 438,131 คน (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2565)

สภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันโรคหนองพวยานีที่ติดต่อผ่านดินในนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก เนื่องจากประชาชนชาวไทยภูเขาที่อยู่บนพื้นที่สูงโดยเฉพาะในนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งเป็นประชากรที่ยังพบมีรายงานการสำรวจความชุกของการติดเชื้อหนองพวยานีในทางเดินอาหารที่ติดต่อผ่านดินอยู่ นอกจากนี้ยังสนใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคหนองพวยานีในทางเดินอาหาร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น อาชีพผู้ปกครอง และพฤติกรรมกาป้องกันโรคหนองพวยานีในทางเดินอาหารติดต่อผ่านดิน รวมทั้งสภาพลักษณะสุขภาพภายในบ้านว่ามีผลต่ออัตราการติดเชื้อหนองพวยานีหรือไม่ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการให้การรักษา ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคหนองพวยานีในทางเดินอาหารในศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคหนองพวยานีในทางเดินอาหารที่ติดต่อผ่านดินของนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันโรคหนองพวยานีของนักเรียนในศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

สมมติฐานวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
2. ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
4. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความชุกของโรคหนองพยาธิในทางเดินอาหารที่ติดต่อผ่านดินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวนทั้งหมด 85 คน (ศึกษาทุกกลุ่มประชากร) โดยการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ ทำการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระโดยวิธี Kato's thick smear technique และผู้ตอบแบบสอบถามคือนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้
2. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สะดวกใจให้ข้อมูลต่อหลังจากที่ตอบแบบสอบถามไปบางส่วนแล้วหรือผู้ที่ขออนุญาตจากการวิจัย
2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือมีเหตุจำเป็นอื่นๆ ในระหว่างตอบแบบสอบถามจนทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการในการวิจัย

1. แบบบันทึกผลการตรวจอุจจาระนักเรียนเพื่อหาความชุกและชนิดของโรคหนองพยาธิ โดยวิธี Kato's thick smear technique

2. แบบสอบถามที่สร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิที่ติดต่อทางดิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความเที่ยงตรงโดยนำแบบสอบถามไปขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับนักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน ในตำบลแม่ต๋าน อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจต่อข้อคำถามของแบบสอบถามและนำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.77 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.80 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิติดต่อทางดินได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.80 และสัมประสิทธิ์รวมเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์นเพื่อพิจารณาประเด็นทางจริยธรรม จากนั้น 1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะสหเวชศาสตร์เพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลในการวิจัย 2. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุญาตแล้ว วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนและครูเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล 3. จัดหาผู้ช่วยเก็บข้อมูลในงานวิจัยโดยเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าผาได้จำนวน 3 คน และชี้แจงแบบสอบถามให้ทราบโดยละเอียด ผู้ช่วยเก็บข้อมูลในงานวิจัยทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกัน 4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลในงานวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ และ 5. ดำเนินการตรวจจุลภาวะหาไข่พยาธิโดยวิธี Kato's thick smear technique และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลและได้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนองพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในนักเรียนชาวไทยภูเขาโดยใช้สถิติ Chi-square test กรณีไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของสถิติ Chi-square test ผู้วิจัยใช้สถิติ Fisher's exact test โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัยการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ท เทียร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888 - 0082 วันที่รับรองวันที่ 18 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.35 และเพศชายร้อยละ 37.65 อายุอยู่ในช่วง 13-15 ปี ร้อยละ 47.06 รองลงมา อายุ 10-12 ปี ร้อยละ 38.82 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาทั้งหมดร้อยละ 100.00 ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ) น้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 81.18 และรองมาน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.76 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน (n = 85)

ข้อมูลนักเรียน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	37.65
หญิง	53	62.35
อายุ (ปี)		
7 - 9	12	14.12
10 - 12	33	38.82
13 - 15	40	47.06
การศึกษา		
อนุบาล	0	0.00
ประถมศึกษา	85	100.00
ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ)		
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์		
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	10	11.76
น้ำหนักตามเกณฑ์	5	5.88
น้ำหนักมากเกินเกณฑ์	69	81.18
	1	1.18

2. อัตราความชุกของโรคหนองพยาธิ จากการตรวจอุจจาระนักเรียนทั้งหมด 85 คน ตรวจพบไข่หนองพยาธิทางเดินอาหารจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.59 พบในเพศชายร้อยละ 21.88 และเพศหญิง ร้อยละ 3.77 พบในช่วงอายุ 13-15 ปี ร้อยละ 12.50 รองลงมาอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 12.12 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคหนองพยาธิจากการตรวจด้วยวิธี Kato's thick smear technique (n = 85)

ข้อมูลลักษณะประชากร	พบไข่พยาธิ (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	7 (21.88)
หญิง	2 (3.77)
อายุ (ปี)	
7-9	1 (8.33)
10-12	3 (10.12)
13-15	5 (12.50)

3. ลักษณะการกระจายของหนองพยาธิจำแนกตามชนิดโดยพบพยาธิไส้เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.06 รองลงมาได้แก่พยาธิปากขอคิดเป็นร้อยละ 2.35 และพยาธิเข็มหมุดร้อยละ 1.18 พยาธิไส้เดือนและพยาธิเข็มหมุดในนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิง คิดเป็นร้อยละ 12.50 และเป็นร้อยละ 3.13 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความชุกของโรคหนองพยาธิจำแนกตามชนิดด้วยวิธี Kato's thick smear technique (n = 85)

ชนิดหนองพยาธิ	จำนวน	ร้อยละ
พยาธิปากขอ	2	2.35
พยาธิไส้เดือน	6	7.06
พยาธิเข็มหมุด	1	1.18

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของโรคหนองพยาธิรายชนิดและพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิในทางเดินอาหาร ความชุกของโรคพยาธิปากขอกับการมีส้วม พฤติกรรมการใช้ส้วม การใช้รองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน ใช้รองเท้าเมื่อถ่ายอุจจาระและการกินยาถ่ายพยาธิ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของโรคพยาธิปากขอกับการใช้ส้วม พฤติกรรมการใช้รองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดินและการใช้รองเท้าเมื่อถ่ายอุจจาระมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 ส่วนการมีส้วมและการรับประทานยาถ่ายพยาธิไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคพยาธิปากขอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความชุกของโรคพยาธิปากขอกับการมีส้วม พฤติกรรมการใช้ส้วม การใช้รองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน ใช้รองเท้าเมื่อถ่ายอุจจาระและการกินยาถ่ายพยาธิ (n=85)

พฤติกรรมการป้องกันโรค	จำนวน	พบพยาธิปากขอ		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	
การมีส้วม				0.370
มี	83	0	0.00	
ไม่มี	3	2	66.67	

พฤติกรรมกำรป้องกันโรค	จำนวน	พบพยาธิปากขอ		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	
การใช้ส้วม				0.036*
ใช้ทุกครั้ง	37	0	0.00	
ใช้เป็นบางครั้ง	29	0	0.00	
ไม่เคยใช้	19	2	10.53	
การใช้รองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน				0.001*
ใช้ทุกครั้ง	46	0	0.00	
ใช้เป็นบางครั้ง	20	0	0.00	
ไม่เคยใช้	19	2	10.53	
การใช้รองเท้าเมื่อถ่ายอุจจาระ				0.001*
ใช้ทุกครั้ง	46	0	0.00	
ใช้เป็นบางครั้ง	20	0	0.00	
ไม่เคยใช้	19	2	10.53	
การรับประทานยาถ่ายพยาธิ				1.000
เคย	56	0	0.00	
ไม่เคย	29	2	6.90	

*p-value < 0.05

5. ความชุกของโรคพยาธิไส้เดือนกับพฤติกรรมกำรล้างมือก่อนรับประทานอำหำร การใช้ช้อนในกำรรับประทานอำหำร กำรล้างมือหลังกำรถ่ายอุจจาระ กำรรับประทานผักสด กำรล้างผักสดก่อนรับประทานและกำรกินยาถ่ายพยาธิพบว่าความชุกของโรคพยาธิไส้เดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรล้างมือก่อนรับประทานอำหำร กำรล้างมือหลังกำรถ่ายอุจจาระ และกำรใช้ช้อนในกำรรับประทานอำหำรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ส่วนพฤติกรรมกำรล้างผักสดก่อนรับประทาน กำรรับประทานผักสด และกำรรับประทานยาถ่ายพยาธิไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคพยาธิไส้เดือน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความชุกของโรคพยาธิไส้เดือนกับพฤติกรรมกำรล้างมือก่อนรับประทานอำหำร การใช้ช้อนในกำรรับประทานอำหำร กำรล้างมือหลังกำรถ่ายอุจจาระ กำรรับประทานผักสด กำรล้างผักสดก่อนรับประทานและกำรกินยาถ่ายพยาธิ (n=85)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรค	จำนวน	พบพยาธิไส้เดือน		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	
กำรล้างมือก่อนรับประทานอำหำร				0.029*
ล้างมือทุกครั้ง	28	0	0.00	
ล้างมือเป็นบางครั้ง	36	2	5.56	
ไม่เคยล้างมือ	21	4	19.05	
วิธีกำรใช้ช้อนในกำรรับประทานอำหำร				0.021*
ใช้ช้อนทุกครั้ง	46	0	0.00	

พฤติกรรมกำรป้องกันโรค	จำนวน	พบพยาธิไส้เดือน		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	
ใช้ซ้อนเป็นบางครั้ง	30	2	6.67	0.002*
ไม่เคยใช้ซ้อน	9	4	44.44	
กำรล้างมือภยหลังกำรถ่ายอุจจาระ				0.953
ล้างมือทุกครั้	39	0	0.00	
ล้างมือเป็นบางครั้ง	40	2	5.00	
ไม่เคยล้างมือ	6	4	66.67	0.085
กำรล้างฝ้กสัดก่อนรับประษทาน				
ล้างทุกครั้	63	1	1.59	
ล้างเป็นบางครั้ง	20	3	15.00	0.325
ไม่เคยล้าง	2	2	100.00	
กำรรับประษทานฝ้กสัด				
รับประษทานเป็นประจำ	52	4	7.69	0.085
รับประษทานเป็นบางครั้ง	28	2	7.14	
ไม่เคยรับประษทาน	5	0	0.00	
กำรรับประษทานยถ่ำยพยาธิ				0.325
เคย	56	0	0.00	
ไม่เคย	29	6	20.69	

* P-value < 0.05

6. ความชุกของโรคพยาธิเข็มหมุดกับพฤติกรรมกำรล้างมือก่อนรับประษทานอาหาร การใช้ซ้อนในกำรรับประษทานอาหาร กำรล้างมือหลังกำรถ่ายอุจจาระ กำรรับประษทานฝ้กสัด กำรล้างฝ้กสัดก่อนรับประษทานและกำรกินยถ่ำยพยาธิพบว่าความชุกของโรคพยาธิเข็มหมุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ซ้อนในกำรรับประษทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 ส่วนกำรล้างมือก่อนรับประษทานอาหาร กำรล้างมือภยหลังกำรถ่ายอุจจาระ และกำรรับประษทานยถ่ำยพยาธิไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคพยาธิเข็มหมุด ดังตำรารำงที่ 6

ตำรารำงที่ 6 ความชุกของโรคพยาธิเข็มหมุดกับพฤติกรรมกำรล้างมือก่อนรับประษทานอาหาร การใช้ซ้อนในกำรรับประษทานอาหาร กำรล้างมือหลังกำรถ่ายอุจจาระ กำรรับประษทานฝ้กสัด กำรล้างฝ้กสัดก่อนรับประษทานและกำรกินยถ่ำยพยาธิ (n=85)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรค	จำนวน	พบพยาธิไส้เดือน		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	
กำรล้างมือก่อนรับประษทานอาหาร				0.057
ล้างมือทุกครั้	28	0	0.00	0.057
ล้างมือเป็นบางครั้ง	36	0	0.00	
ไม่เคยล้างมือ	21	1	4.76	

พฤติกรรมกำรป้องกันโรค	จำนวน	พบพยาธิไส้เดือน		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	
วิธีการใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร				0.021*
ใช้ช้อนทุกครั้ง	46	0	0.00	
ใช้ช้อนเป็นบางครั้ง	20	0	0.00	
ไม่เคยใช้ช้อน	19	1	44.44	
การล้างมือภายหลังการถ่ายอุจจาระ				0.617
ล้างมือทุกครั้ง	39	0	0.00	
ล้างมือเป็นบางครั้ง	7	0	0.00	
ไม่เคยล้างมือ	39	1	2.78	
การรับประทานยาถ่ายพยาธิ				0.272
เคย	50	0	0.00	
ไม่เคย	35	1	2.86	

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

1. อัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิในทางเดินอาหารจากการตรวจนักเรียนทั้งหมด 85 คน ตรวจพบไข่หนอนพยาธิทางเดินอาหารจำนวน 9 คน ร้อยละ 10.59 พบในเพศชายร้อยละ 21.88 และเพศหญิงร้อยละ 3.77 พบในช่วงอายุ 15-19 ปีคิดเป็นร้อยละ 12.50 รองลงมาอายุ 10-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.12 ระดับการศึกษาทั้งหมดอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 100.00 ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ) ส่วนมากพบน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 70.00 รองลงมาน้ำหนักค่อนข้างน้อยร้อยละ 20.00 อัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิในทางเดินอาหารในนักเรียนยังคงพบในอัตราที่สูงซึ่งอาจเนื่องจากนักเรียนศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา อ.ท่าสองยาง จ.ตาก ได้รับการศึกษาและได้รับการสอนให้มีความรู้ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการดูแลใกล้ชิดของครู ทำให้ปัญหาเรื่องโรคหนอนพยาธิติดต่อกันทางดินในโรงเรียนมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siniah et al. (2018) ซึ่งพบว่าประชากรของประเทศต่างๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นโรคหนอนพยาธิในลำไส้ในอัตราที่สูงซึ่งได้แก่ประเทศมาเลเซีย ร้อยละ 18.00-91.00 ประเทศฟิลิปปินส์ ร้อยละ 61.00-99.00 และสอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี จงสุขสันติกุล (2562) ที่ศึกษาความชุกของโรคพยาธิในหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิสงเคราะห์เด็กยากจนซีซีเอฟและความชุกความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้และพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยพบร้อยละ 36.6 และร้อยละ 41.72 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของจำรูญ ยาสสมทร (2561) ได้ศึกษาความชุกของโรคหนอนพยาธิในชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงพบว่ามีความชุกโรคหนอนพยาธิร้อยละ 86.20

2. ในด้านการกระจายของโรคหนอนพยาธิ พบว่าลักษณะการกระจายของหนอนพยาธิจำแนกตามชนิดพบว่าพบพยาธิไส้เดือนมากที่สุดร้อยละ 7.06 รองลงมาได้แก่พยาธิปากขอร้อยละ 2.35 และพยาธิเข็มหมุดร้อยละ 1.18 และยังพบพยาธิไส้เดือนและพยาธิเข็มหมุดในนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิงร้อยละ 12.50 และเป็นร้อยละ 3.13 ตามลำดับ เนื่องจากพยาธิไส้เดือนเป็นพยาธิตัวกลมที่มีขนาดใหญ่ที่สุดและ

สามารถแพร่ได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งพฤติกรรมกำบังโรคหนองพยาธิที่ปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมชัย สังโยคะ (2559) ซึ่งพบว่าอัตราความชุกของโรคหนองพยาธิในเพศชายมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 62.50 ลักษณะการกระจายของโรคหนองพยาธิจำแนกตามชนิดพบมากที่สุดคือพยาธิไส้เดือน

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของโรคหนองพยาธิและลักษณะประชากรของนักเรียน พบว่าความชุกของโรคหนองพยาธิทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนอายุ เพศและระดับชั้นเรียนของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคหนองพยาธิทางเดินอาหาร เนื่องจากการติดโรคพยาธิในทางเดินอาหารจะมีผลทำให้เด็กขาดสารอาหารและได้รับโปรตีนไม่เพียงพอทำให้การพัฒนาร่างกายและสมองต่ำกว่าปกติ สูญเสียความจำและประสิทธิภาพของการเรียนรู้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Crompson (2012)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของโรคหนองพยาธิรายชนิดและพฤติกรรมกำบังโรคหนองพยาธิในทางเดินอาหาร พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของโรคพยาธิปากขอกับการใช้ส้วม พฤติกรรมการใช้รองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดินและการใช้รองเท้าเมื่อถ่ายอุจจาระมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนการมีส้วมและการรับประทานยาถ่ายพยาธิไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคพยาธิปากขอ

ความชุกของโรคพยาธิไส้เดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังมือก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ และการใช้ช้อนในการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนพฤติกรรมกำบังมือก่อนรับประทาน การรับประทานผักสด และการรับประทานยาถ่ายพยาธิไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคพยาธิไส้เดือน ซึ่งสอดคล้องการศึกษาพูลศรี พงศ์สมานบุตร และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาความชุกของโรคหนองพยาธิและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหนองพยาธิของพระภิกษุสามเณรจังหวัดเชียงใหม่

ความชุกของโรคพยาธิเข็มหมุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ช้อนในการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือภายหลังการถ่ายอุจจาระ และการรับประทานยาถ่ายพยาธิไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคพยาธิเข็มหมุด ซึ่งสอดคล้องการศึกษาพูลศรี พงศ์สมานบุตรและคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาความชุกของโรคหนองพยาธิและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหนองพยาธิของพระภิกษุสามเณรจังหวัดเชียงใหม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดให้มีผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ นักเรียนเป็นผู้นำในการส่งเสริมและป้องกันโรคในโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหนองพยาธิให้แก่ชุมชน

2. ประชากรในพื้นที่ที่ทำการศึกษเป็นชาติพันธุ์ปะกาเกอญอ (กระเหรี่ยง) ซึ่งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิในทางเดินอาหารที่ติดต่อผ่านดินที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ควรมีการให้ความรู้เรื่องการ

ป้องกันโรคหนองพยาธิให้แก่ประชากรในกลุ่มดังกล่าวโดยการจัดทำเป็นสื่อการสอนภาษาท้องถิ่นซึ่งสามารถเข้าใจได้ดีมากกว่าภาษาราชการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความชุกของโรคหนองพยาธิโดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระเพื่อตรวจหาการติดเชื้อพยาธิในโรงเรียนปีละ 1 ครั้ง เพื่อลดความชุกของพยาธิทุกชนิดไม่ให้เกินร้อยละ 10 ตามเป้าหมายของกรมควบคุมโรค

2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาประชากรทุกช่วงอายุรวมทั้งศึกษาชนบทชนบทนิยมประเพณี ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติกันมากับการเป็นโรคหนองพยาธิ เพื่อที่จะได้หาแนวทางในการดำเนินการป้องกันโรคหนองพยาธิให้สอดคล้องกับพื้นที่

รายการอ้างอิง

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2565). *ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูงประจำปี พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ. : กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กองโรคติดต่อทั่วไป. (2567). *การศึกษาศถานการณ์โรคหนองพยาธิ โรคโปรโตซัวในลำไส้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนคนไทย ปี พ.ศ. 2562 – 2567*. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- จำรูญ ยาสมุทร. (2561). *รายงานผลการศึกษาศถานการณ์โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ : กลุ่มโรคหนองพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- เฉลิมชัย สังโยคะ, อองอาจ นัยพัฒน์ และ ปราโมทย์ ทองกระจาย. (2559). ผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 34(2), 77-87.
- พูลศรี พงศ์สมานบุตร และคณะ. (2560). *รายงานสถานการณ์โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: กลุ่มโรคหนองพยาธิ. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ประภาศรี จงสุขสันติกุล, ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ และ ภาคานี จีระดิษฐ์. (2562). การประเมินผลงานควบคุมโรคพยาธิลำไส้ภาคใต้ ปีพ.ศ. 2558. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 230-240.
- ประภาศรี จงสุขสันติกุล (2562). *รายงานการวิจัยสถานการณ์พยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ และปัจจัยกำหนดโรคหนองพยาธิในประชากรกลุ่มด้อยโอกาส (ชาวเขา) ของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : กลุ่มโรคหนองพยาธิ. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Crompton, A.C.A., and Bundy, D.A.P. (2012). Global Epidemiology, ecology and control of soil-transmitted helminth infections. In Simon, I. Hay, A.G., and David, J.R., (Ed.). *Advances in Parasitology* (p. 221-261). n.p.: Academic Press.



Siniah, Tang, L.H., Zhou, S.S., Chen, Y.D., Yang, Y.C. and Lin, S.X. (2018). Stunting and soil-transmitted helminth infections among school-age pupils in rural areas of southern China. *Parasites & Vectors*, 3, 97.

World Health Organization (WHO). (2023). *Control of tropical diseases*. Geneva: World Health Organization.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ
หลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4

Factors Influencing Competency of Caregivers Trained in 70-Hour Program
under Long-Term Care Policy in Health Region 4

พนิตเทพ ทัพพะรังสี¹, ภัทรพล มากมี^{2*}

Panittthep Tupperungsri¹, Phataraphon Markmee^{2*}

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร¹

Master of Public Health Student, Faculty of Public Health Naresuan University, Phitsanulok¹

อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร^{2*}

Lecturer, Faculty of Public Health Naresuan University, Phitsanulok²

(Receives: 20 June 2025; Revised: 21 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 232 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเที่ยงด้านความรู้ทัศนคติ ความเชื่อในอำนาจภายในและภายนอกตน แรงสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะเท่ากับ 0.80, 0.79, 0.75, 0.79 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.10 มีอายุเฉลี่ย 56 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.00 มีรายได้ระหว่าง 5,000-1,5000 บาท และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-4 ปี ร้อยละ 67.70 มีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 71.60 มีความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 37.10 ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ร้อยละ 70.70 ได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.10 และได้รับแรงสนับสนุนจากผู้จัดการระบบการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงมากกว่า ร้อยละ 97.00 สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.70 มีปัจจัยที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลมี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ($\beta = 0.173$, P-value = 0.003) การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ($\beta = 0.361$, P-value < 0.001) และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแล ($\beta = 0.259$, P-value < 0.001) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของสมรรถนะของผู้ดูแลได้ร้อยละ 26.80 ($R^2 = 0.268$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, การดูแลระยะยาว, สมรรถนะการปฏิบัติงาน, แรงสนับสนุนทางสังคม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: E-mail: phataraphonm@nu.ac.th, ภัทรพล มากมี)

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate factors affecting work performance of caregivers who completed the 70-hour elderly care training program. The sample consisted of 232 elderly caregivers who had completed the 70-hour training program and were currently working in Health Region 4, selected through multi-stage sampling. Data were collected using questionnaires with IOC ranging from 0.67-1.00 and reliability coefficients for knowledge, attitudes, internal and external locus of control, social support, and competency of 0.80, 0.79, 0.75, 0.79, and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency distribution, percentages, means, and standard deviations, and multiple regression analysis.

The results revealed that the majority of elderly caregivers were female (93.10%), with a mean age of 56 years, secondary education level (53.00%), monthly income between 5,000-15,000 baht, and 1-4 years of caregiving experience (67.70%). Most had fair attitudes toward elderly care (71.60%), high to severe stress levels (37.10%), high family support (70.70%), moderate community support (65.10%), and moderate to high support from care manager (97.00%). The majority of caregivers demonstrated high competency levels (64.70%). Three factors were identified as significant predictors of caregiver work performance: age ($\beta = 0.173$, P-value=0.003), community social support ($\beta = 0.361$, P-value < 0.001), and social support from care management system ($\beta = 0.259$, P-value<0.001). These variables collectively explained 26.80% of the variance in caregiver competency ($R^2=0.268$).

Keywords: Elderly caregivers, Long term care, Competency, Social support

บทนำ

คาดว่าประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจาก 1,060 ล้านคน (ร้อยละ 13.50) ในปี ค.ศ. 2020 เป็น 2,130 ล้านคน (22.00) ในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งสร้างความกังวลอย่างมากเกี่ยวกับผลกระทบของการสูงวัยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก 77.4 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 173.3 ล้านคน (ร้อยละ 22.00) ในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เร็วที่สุดครั้งหนึ่งของโลก (WHO, 2025) สำหรับประเทศในกลุ่มอาเซียนมีแนวโน้มของการเพิ่มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกับประชากรโลก ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.12 ของประชากรทั้งหมดเท่ากับว่าอาเซียนได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน โดยประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นสังคมผู้สูงอายุไปแล้ว คือสิงคโปร์ ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2566)

สำหรับประเทศไทยนั้น ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ส่วนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.70 มีสุขภาพดี และร้อยละ 41.60 มีสุขภาพปานกลาง และจากการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อความเหมาะสมในการดำเนินการดูแล ส่งเสริมสุขภาพพระยะยาวครอบครัวกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพ จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) พบว่า ในปี 2564 มีผู้สูงอายุมีสถานะติดเตียง ร้อยละ

1.3 ตีตบ้าน ร้อยละ 1.80 และตีตสังคม ร้อยละ 96.90 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กนั้นลดลง แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 8.7 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 11.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อความจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในปี พ.ศ.2565 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

นอกจากนี้ยังมีภาวะพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ ซึ่งในปี พ.ศ. 2550 พบว่า แหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุร้อยละ 52.00 มาจากบุตร และร้อยละ 39.00 มาจากตนเองซึ่งมาจากทั้งการทำงาน บำนาญและเงินออมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 คน ที่อยู่ในภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียงมีประมาณร้อยละ 14 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) สถานการณ์และแนวโน้มที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นนี้เป็นสิ่งบอเหตุที่จะต้องจัดการเพื่อเตรียมระบบสวัสดิการสังคม ระบบบริการสุขภาพที่เป็นารดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคตให้สามารถรองรับกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมการบริการสุขภาพในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลงโดยผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ (Caregiver)

ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มตีตบ้าน และกลุ่มตีตเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ ของ อปท. ประมาณ 1,000 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50.00) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100.00) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2560–2561 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จากปัญหาของผู้สูงอายุ นโยบายของรัฐบาล จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงและจากขนาดครัวเรือนที่เล็กมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คนคอยดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้าสัดส่วน ดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คนที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้นประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.80 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2565 เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นมารองรับ (กรมอนามัย, 2556)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มตีตบ้าน กลุ่มตีตเตียง ควรได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติกำหนด บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

บุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนที่ทำให้ผู้สูงอายุในโครงการฯ สามารถได้รับการดูแลได้เป็นอย่างดีคือ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ สปสช. เห็นชอบ โดยมีบทบาทหน้าที่ของ CG ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์การปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เป็นหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัดได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี อ่างทอง และนครนายก โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 4 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 5.89 เป็นร้อยละ 14.78 ในปี พ.ศ. 2563 ในด้านสุขภาพ ผลการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.54 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 9.20 ในปี พ.ศ. 2563 ในส่วนของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ศูนย์อนามัยที่ 4 ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 โดยมีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมินของกรมอนามัย จำนวน 549 ตำบล จาก 713 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 76.99 และได้จัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงร่วมกับกรมอนามัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 มาตั้งแต่ปี 2558 มีจำนวนผู้ผ่านการอบรมทั้งสิ้น 6,345 คน จำนวนผู้ดูแลจำแนกรายจังหวัด ดังนี้ นนทบุรี จำนวน 797 คน ปทุมธานี จำนวน 640 คน พระนครศรีอยุธยา จำนวน 1,515 คน อ่างทอง จำนวน 618 คน ลพบุรี จำนวน 603 คน สระบุรี จำนวน 1,351 คน สิงห์บุรี จำนวน 516 คน และ นครนายก จำนวน 305 คน (ศูนย์อนามัยที่ 4, 2563)

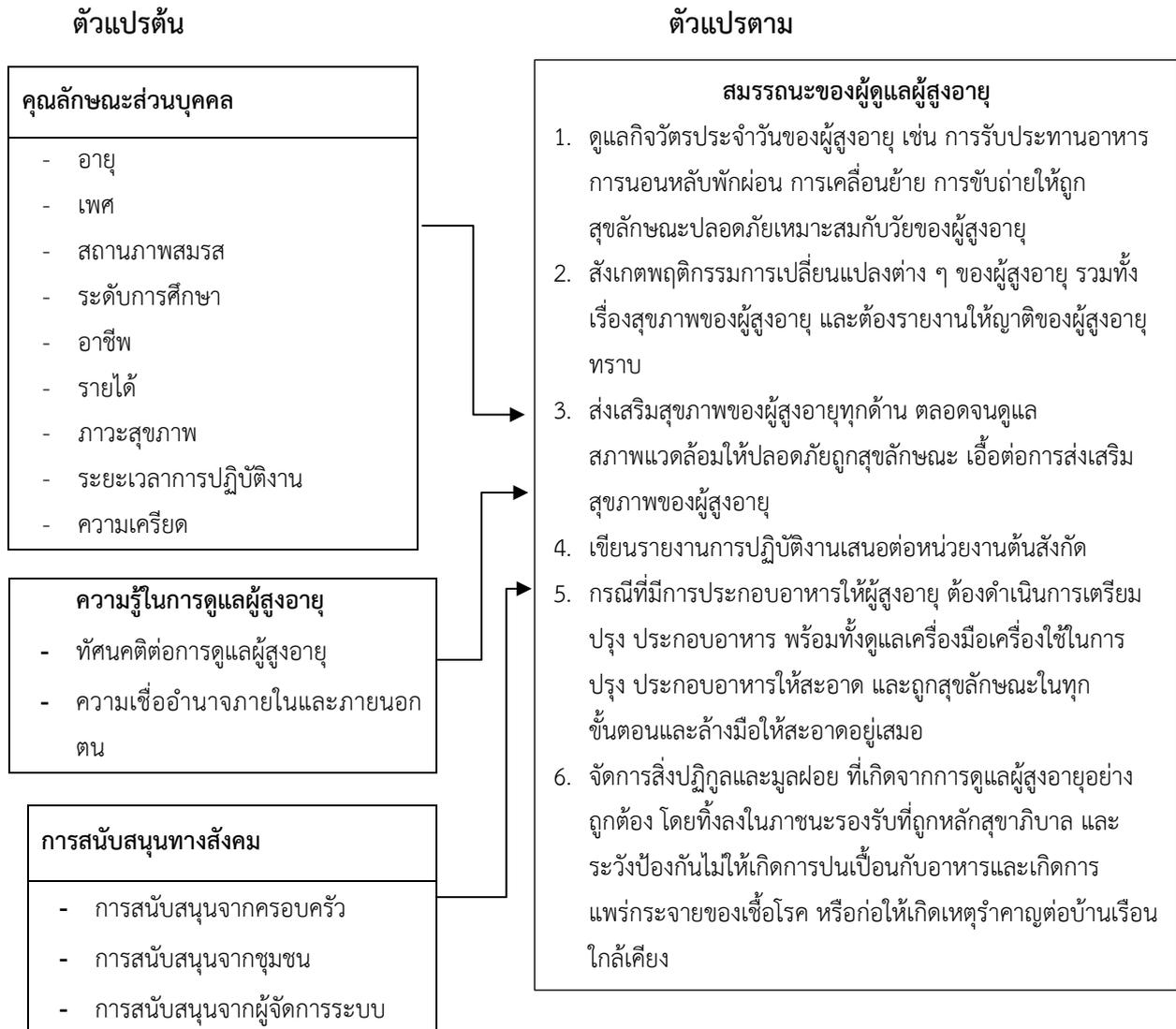
ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีหลายปัจจัยเช่น การสนับสนุนจากครอบครัว อาชีพ เกษตรกรรม การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Kumsom et al., 2019) ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ (Chankham et al., 2023) และการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครยังไม่ได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารจากองค์กรอย่างเพียงพอซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการดำเนินการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม (จิราวรรณ นามพันธ์และคณะ, 2563)

ท่ามกลางสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ความจำเป็นในการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของผู้สูงอายุ มีความจำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและสอดคล้องกับบริบทในเชิงพื้นที่ จากข้อมูลที่กล่าวมา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้รับการอบรมจากหน่วยงานตามหลักสูตรที่ได้รับการรับรอง มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 ยังไม่เคยได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ แม้ได้มีการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว และยังเห็นความจำเป็นที่ควรมีการศึกษาหาข้อมูลว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติของผู้ดูแล รวมทั้งนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4
- 3.

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 4 ในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทองและนครนายก โดยหน่วยงานที่เป็นผู้จัดการฝึกอบรมได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตจากกรมอนามัยให้ดำเนินการอบรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558–2562 จำนวนทั้งสิ้น 7,088 คน

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ช่วงสำรวจข้อมูล ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณการค่ากรณีทราบจำนวนประชากร โดยประยุกต์ใช้สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะสูง ร้อยละ 83.00 จากการศึกษาของ ปภาสิณี แซ่ตีว (2562) เรื่องการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (2562) ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณได้ 210.41 คน หรือประมาณ 211 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากที่คำนวณได้อีกร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 232 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1: ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยการแบ่งจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ จังหวัดเขตเมือง ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดกิ่งเมือง ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดเขตชนบท ประกอบด้วย จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนครนายก โดยสุ่มกลุ่มละ 1 จังหวัด ได้จังหวัดเขตเมือง คือ ปทุมธานี จังหวัดกิ่งเมือง จังหวัดสระบุรี และจังหวัดชนบท จังหวัดอ่างทอง ขั้นที่ 2: ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการสุ่มตัวอย่าง 1 อำเภอจากแต่ละจังหวัด ปทุมธานี สระบุรีและอ่างทอง จังหวัดละ 1 อำเภอ ได้อำเภอคลองหลวง พระพุทธบาทและ อำเภอไชโย ขั้นที่ 3: ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) อำเภอละ 2 ตำบล อำเภอคลองหลวง ได้ตำบลคลองสี่และตำบลคลองหก อำเภอพระพุทธบาทได้ตำบลพุทราและตำบลพระพุทธบาท อำเภอไชโยได้ตำบลไชโยและตำบลเทวราช และขั้นที่ 4: ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลในเขตจังหวัดเขตเมืองและกิ่งเมืองตำบลละ 39 ตัวอย่าง เขตชนบทตำบลละ 38 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดประเด็นวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และนิยามศัพท์ เฉพาะ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

เป็นข้อคำถามเลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิด ถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ของตนเองและครอบครัว โรคประจำตัว และระยะเวลาในการทำหน้าที่ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ มีข้อความเชิงบวก 9 ข้อ และเชิงลบ 3 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 12-60 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

แบบวัดที่สร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ความรู้ด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย และด้านสุขภาพจิต เป็นแบบวัดความรู้ชนิดถูก - ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าในช่วง 0 - 15 คะแนน การแปลผล ใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ร้อยละของคะแนน ระดับดีร้อยละ 80 -100 ระดับพอใช้ 60 - 79 และระดับไม่ดีพอน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด

เป็นแบบวัดความเครียดสวนปรุงของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาจากวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากไม่รู้สึกรู้สึกเครียด (1) ถึงรู้สึกเครียดมากที่สุด (5) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 20-100 คะแนน ใช้เกณฑ์มาตรฐานการแบ่งระดับของกรมสุขภาพจิตเมื่อรวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ ระดับคะแนน 20-23 คะแนน มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ระดับคะแนน 24-41 คะแนน มีความเครียดในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 42-61 คะแนน มีความเครียดในระดับสูง และระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไปมีความเครียดในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน

แบบวัดความเชื่ออำนาจการควบคุมตนประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ จาก ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) รวมมีค่าในช่วง 10-60 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของชุมชน และการสนับสนุนของผู้จัดการระบบ มีคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านๆ ละ 6 ข้อ ประกอบด้วยแรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5

ระดับ สอบถามระดับความเห็นด้วยกับข้อความจากมากที่สุด (5) ถึงน้อยที่สุด (1) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 18-90 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบวัดสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แบบวัดสมรรถนะผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือการสนับสนุนการบริหารจัดการระบบ บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ สอบถามการปฏิบัติจากมากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) คะแนนรวมมีค่าในช่วง 15-75 คะแนน

การแปลผลระดับทัศนคติ ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนการสนับสนุนของครอบครัว การ สนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของผู้จัดการระบบและสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Best & Kahn, 1997) โดยใช้ที่เป็นไปได้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วย 3 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ หรือ ดี พอใช้ ไม่ดีพอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาค่าความตรงของเครื่องมือด้วยวิธี หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ จุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามในการประเมิน ความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 และ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะและ สภาพพื้นที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับงานวิจัย จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือประเภท ความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ความรู้ ใช้ค่า Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.80 ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.79 ความเชื่อ อำนาจภายในและภายนอกตนเท่ากับ 0.75 แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.79 และ สมรรถนะในการดูแล ผู้สูงอายุเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลที่ได้จากการ สุ่ม เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้วิจัยเป็นผู้นำแบบสอบถามการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่ม ตัวอย่างเข้าใจและนำไปตอบแบบสอบถามไปดำเนินการตอบจนแล้วเสร็จ และผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่สมบูรณ์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ ขั้นตอนการดำเนินการ 1. จัดทำหนังสือราชการขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด 2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย 3. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียด การเก็บข้อมูลให้กับอาสาสมัครด้วยตนเอง 4. แจกแบบสอบถามตามจำนวนที่สุ่มได้และรอเก็บแบบสอบถาม ด้วยตนเอง และ 5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียด ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะ กับปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียด ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขของโครงการจริยธรรม COA NO. 110/2021 IRB No. P3-0026/2564 ระยะเวลาการรับรองระหว่าง 24 มีนาคม 2564 – 24 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.10 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 62.10 อายุเฉลี่ย 56.18 ปี อายุสูงสุด 81 ปีและอายุน้อยที่สุด 26 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.60 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.00 มีรายได้เฉลี่ย 5000-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 46.60 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5000-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 48.3 มีการใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 51.70 ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1-4 ปี ร้อยละ 67.7 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ร้อยละ 40.10 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.20 และได้ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 75.40 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=232)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	6.90
หญิง	216	93.10
อายุ		
20-39 ปี	13	5.60
40-59 ปี	144	62.07
60 ปีขึ้นไป	75	32.33
<i>(M = 56.18, SD. = 9.83, Min = 26, Max = 81)</i>		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	0.43
ประถมศึกษา	69	29.74

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	50	21.55
เกษตรกรกรรม	61	26.29
รับจ้าง	65	28.02
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	3.02
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	15.95
อื่น ๆ	12	5.17
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	108	46.55
5,000 - 15,000 บาท	108	46.55
15,001 - 30,000 บาท	10	4.31
45,000 - 60,000 บาท	6	2.59
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลทั้งครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	42	18.10
5,000 - 15,000 บาท	112	48.28
15,001 - 30,000 บาท	59	25.43
45,000 - 60,000 บาท	11	4.74
60,001 - 75,000 บาท	4	1.72
75,001 บาทขึ้นไป	4	1.72
ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัวผู้ดูแล		
เพียงพอ	112	48.30
ไม่เพียงพอ	120	51.70
ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
1-4 ปี	157	67.70
5 ปีขึ้นไป	75	32.30
หน่วยงานที่ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
กรมอนามัย	49	21.10
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	51	22.00
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	39	16.80
โรงพยาบาล	93	40.10

ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ถึงดีมากกว่าร้อยละ 90.00 โดยมีระดับความรู้ในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้เมื่อประเมินความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรงเกินกว่าร้อยละ 37.00 มีระดับความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง มีแรงสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้รับแรงสนับสนุนจากผู้จัดการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง และภาพรวมระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยไม่มีระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติ ความรู้ ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน แรงสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะ
การปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=232)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล		
ดี (46 คะแนนขึ้นไป)	61	26.29
พอใช้ (29-45 คะแนน)	166	71.55
ไม่ดีพอ (12-28 คะแนน)	5	2.16
<i>M = 46.87, SD=6.11, Min =12, Max=57</i>		
ระดับความรู้		
ดี (12 คะแนนขึ้นไป)	41	17.67
พอใช้ (9-11 คะแนน)	128	55.17
ไม่ดีพอ (0-8 คะแนน)	63	27.16
<i>M = 9.70, SD=1.85, Min =5, Max=15</i>		
ระดับความเครียดของผู้ดูแล		
ระดับน้อย (0-23 คะแนน)	24	10.34
ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	122	52.59
ระดับสูง (42-61 คะแนน)	64	27.59
ระดับรุนแรง (มากกว่า 62 คะแนน)	22	9.48
<i>M = 39.61, SD=13.70, Min =20, Max=88</i>		
ระดับความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน		
สูง (46 คะแนนขึ้นไป)		
ปานกลาง (28-45 คะแนน)	81	34.91
ต่ำ (10-27 คะแนน)	150	64.66
<i>M = 43.01, SD. = 5.81, Min = 20, Max= 58</i>		
ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		
สูง (24 คะแนนขึ้นไป)	164	70.69
ปานกลาง (15-23 คะแนน)	67	28.88
ต่ำ (6-14 คะแนน)	1	0.43
<i>M = 24.77, SD.= 3.77, Min = 11, Max= 30</i>		
ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน		
สูง (24 คะแนนขึ้นไป)	65	28.02
ปานกลาง (15-23 คะแนน)	151	65.09
ต่ำ (6-14 คะแนน)	16	6.90
<i>M = 20.99, SD. = 3.95, Min = 11, Max= 30</i>		
ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแล		
สูง (24 คะแนนขึ้นไป)	112	48.28
ปานกลาง (15-23 คะแนน)	115	49.57
ต่ำ (6-14 คะแนน)	5	2.16

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
$M = 22.91$ $SD. = 4.08$, $Min = 9$, $Max = 30$		
ระดับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
สูง (57 คะแนนขึ้นไป)	150	64.66
ปานกลาง (36-56 คะแนน)	82	35.34
ต่ำ (15-35 คะแนน)	0	0.00
$M = 58.89$, $SD. = 7.40$, $Min = 41$, $Max = 75$		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล คืออายุ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน และการได้รับการสนับสนุนสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 25.8 โดยสมการถดถอยคือ สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง = $26.616 + 0.130$ (อายุ) + 0.676 (การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน) + 0.470 (การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัย	b	SE (b)	Beta	t	p-value
อายุ	0.130	0.043	0.173	3.038	0.003
การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน	0.676	0.108	0.361	6.266	<0.001*
การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	0.470	0.104	0.259	4.517	<0.001*
Constant (a) = 26.616	R = 0.518		R square = 0.268		
Adjusted R square = 0.258	F = 27.840		P < 0.001		

สรุปผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 55.20 มีระดับความเครียดสูงถึงระดับรุนแรงมากกว่า ร้อยละ 36.00 ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.10 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ร้อยละ 64.70 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.30 และไม่มีระดับต่ำ โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะประกอบด้วย อายุของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

อภิปรายผล

จากการศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้ต้นนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.30 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 44.00 ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง สามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลให้กับญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เมื่อสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทั้งด้านพฤติกรรมและสุขภาพ

จากการศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

สมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.30 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 44.00 ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง สามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลให้กับญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เมื่อสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทั้งด้านพฤติกรรมและสุขภาพ

อายุของผู้ดูแล มีผลทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถบอกได้ถึงควมมีวุฒิภาวะ ซึ่งเมื่อบุคคลเติบโตและมีวุฒิภาวะมากขึ้น จะสามารถตัดสินใจเลือกทางที่ดีและถูกต้องในการดูแลตนเองและผู้อื่น โดยมีความสามารถในการดูแลมักเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของจิราวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ (2562) ที่พบว่า อายุมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน มีผลทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสังคม ในการหาความช่วยเหลือต่างๆ จากสังคมนอกบ้าน ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลฤทัย บุญชู และคณะ (2558) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ นามพันธ์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การสนับสนุนทางสังคมจากผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผลทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลระบบสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้จัดการระบบมีการเปิดรับฟังความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลทำในสิ่งต่างๆ ที่อยากทำ ส่งผลให้ได้รับความไว้วางใจอย่างมากจากผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิวพร ชุ่มเย็น และศิริไลซ์ วรรณรัตน์ (2565) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาศมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 4 พบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 4 ควรพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมด้านการให้คำปรึกษา การติดต่อกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ดูแลได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในสังคมที่นอกเหนือจากคนในครอบครัว เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและผู้ดูแลระบบ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการส่งเสริมสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และควรเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลร่วมด้วยเพื่อให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมอนามัย. (2556). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว* สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ.
- จิรวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, สุรินทร กลัมพากร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 41-52.
- ปภาสินี แซ่ดี, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ธนิตา ทีปะपाल. (2562). การศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจาอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 300-309.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- ศุภยอนามัยที่ 4 สระบุรี. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2563*. สระบุรี.
- ศิวพร ชุ่มเย็น, ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 28 – 36.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1997). *Research in education*. New Jersey: Printice Hall. In: Inc.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*.
- Chankham, W., Rangsiman, S., Pranom, O., & Jing Jy, W. (2023). Attitudes of Caregivers of Older Thai Adults with Major Depression: A Qualitative Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(3), 485-499. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2023.261344>
- Kumsom, C., Lagampan, S., & Boonyamalik, P. (2019). ปัจจัย ที่มี อิทธิพล ต่อ การ ปฏิบัติ งาน ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวจังหวัดร้อยเอ็ด. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 193-207.
- Purimat, C., Nanthamongkolchai, S., Munsawaengsub, C., Pitikultang, S., & Yodmai, K. (2019). Factors Influencing Quality of Life Among Caregivers of Dependent Elderly Persons in Chanthaburi Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 28(4), 610-619. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/7747>
- World Health Organization (2025). *Promoting health and well-being of older persons: WHO's support to ASEAN Member States*. World Health Organization. Retrieved April,25 from <https://www.who.int/thailand/news/detail/25-02-2025-promoting-health-and-well-being-of-older-persons--who-s-support-to-asean-member-states>



ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะการแปรงฟันและคราบ
จุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

Effectiveness of an Oral Health Promotion Program on Knowledge,
Toothbrushing Skills, and Dental Plaque among Older Adults with Diabetes

มารุต ภูพะเนียด, สุนิสา จันทร์แสง*, ปัญจรัตน์ ไล่สุวรรณชาติ

Marut Phuphaniat, Sunisa Chansaeng*, Panjarut Laisuwannachart

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

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

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

(Receives: 1 May 2025; Revised: 27 May 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะการแปรงฟัน และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 45 คน ในเขตพื้นที่ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก ผลของการใช้ยา การดูแลสุขภาพช่องปาก การสาธิตและฝึกทักษะการแปรงฟัน และกิจกรรมปฏิบัติการร่วมกัน จำนวน 180 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบประเมินทักษะการแปรงฟัน และแบบประเมินคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี ($KR-20 = 0.82$, $Cohen's Kappa = 0.88$ และ 0.86 ตามลำดับ) วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ด้วย Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะการแปรงฟัน และระดับคราบจุลินทรีย์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: คราบจุลินทรีย์, ทักษะการแปรงฟัน, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sunisa@phcsuphan.ac.th, สุนิสา จันทร์แสง)

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of an oral health promotion program on knowledge, toothbrushing skills, and dental plaque among older adults with diabetes. The study employed a quasi-experimental research design, specifically a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 45 older adults with diabetes residing in Makham Lom Sub-district, Bang Pla Ma District, Suphanburi Province. The program consisted of activities including education on oral diseases, effects of medication, oral health care, toothbrushing demonstrations, and group-based practice, with a total duration of 180 minutes. The data collection instruments included: 1. a questionnaire assessing oral health knowledge; 2. a toothbrushing skill checklist; and 3. a dental plaque assessment. The instruments demonstrated acceptable reliability with KR-20 = 0.82, and Cohen's Kappa = 0.88 and 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics to compare the mean scores within the experimental group using paired t-test at a significance level of 0.05.

The results showed that after participating in the program, the participants had statistically significant improvements in oral health knowledge, toothbrushing skills, and reduced levels of dental plaque (P -value $< .001$). This indicates that the developed oral health promotion program is effective in promoting oral health behaviors among older adults with diabetes.

Keywords: Dental plaque, Toothbrushing, Oral health promotion program, Older adults, Diabetes

บทนำ

จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2562 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 1,439.04 เป็น 1,528.91 ต่อแสนประชากร (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุ และความชุกเพิ่มขึ้นมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60-79 ปี (วิชัย เอกพลากร, 2564) เห็นได้ว่าภาวะโรคเบาหวานพบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนในการรักษาส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาในระบบต่างๆ ของร่างกายและช่องปาก (ศุภศิลา ดิรักษา รัชฎา ฉายจิต และเบญจา มุกตพันธุ์, 2563) ซึ่งมีรายงานบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และสูญเสียฟันมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงชัดเจนว่า โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงลบแบบสองทิศทางกับโรคปริทันต์อักเสบ โดยโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดโรคปริทันต์อักเสบได้ง่ายและมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และการอักเสบจากโรคปริทันต์อักเสบส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้การติดเชื้อจากโรคปริทันต์อักเสบยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานด้วย (จุฑามาศ จุลอักษร และรุจิรา ดวงสงค์, 2564) ดังนั้น การดูแลอนามัยช่องปากและรักษาโรคปริทันต์อักเสบไม่เพียงแต่เป็นการลดเชื้อโรคในช่องปากเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอีกด้วย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ปัญหาสุขภาพช่องปากนั้นเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้หากมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญในการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากที่จะเกิดขึ้นตามแนวคิดของ แบนดูรา เชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือกระทำพฤติกรรมใดๆ ย่อมเกิดจากบุคคลนั้นมีความสามารถและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ ประกอบกับบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้นว่าเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเอง (Bandura, 1997) กิจกรรมที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากกับโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานทราบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากได้ การดูแลความสะอาดช่องปาก เพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก และการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงซึ่งสามารถดำเนินการบูรณาการร่วมกับการวางแผน การบริโภคเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล เช่น การรับประทานอาหารให้เป็นมื้อ ลดปริมาณน้ำตาลในอาหารลง และลดความถี่การบริโภคในแต่ละวัน เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การวางแผนเลิกบุหรี่ ซึ่งนอกจากจะส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากแล้วยังส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานด้วย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2560 มีอัตราป่วย 21.96 ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 24.54 ต่อแสนประชากร เช่นเดียวกับจังหวัดสุพรรณบุรี พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันจาก 24.17 เป็น 30.43 ต่อแสนประชากร และจะเห็นว่าเมื่ออัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเกินระดับภาพรวมของประเทศไทย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในเขตพื้นที่

ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี มีผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ 361 คน คิดเป็นร้อยละ 10.61 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 267 คน คิดเป็นร้อยละ 73.96 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด อย่างไรก็ตาม พบว่ามีเพียงร้อยละ 28.25 ที่สามารถระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งน้อยกว่าภาพรวมจังหวัดสุพรรณบุรีที่ร้อยละ 30.46 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2565) สถานการณ์นี้สะท้อนปัญหาด้านคุณภาพการดูแลและการจัดการโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างชัดเจน สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงในการสูญเสียฟัน จากรายงานการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการสูญเสียฟันสูง และพบพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ไม่แปรงฟันก่อนนอน แปรงฟันครั้งละไม่ถึง 2 นาที และใช้แปรงสีฟันที่แข็งกว่ามาตรฐาน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อภาวะแทรกซ้อน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเห็นว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานสามารถป้องกันและควบคุมการเกิดปัญหาในช่องปาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

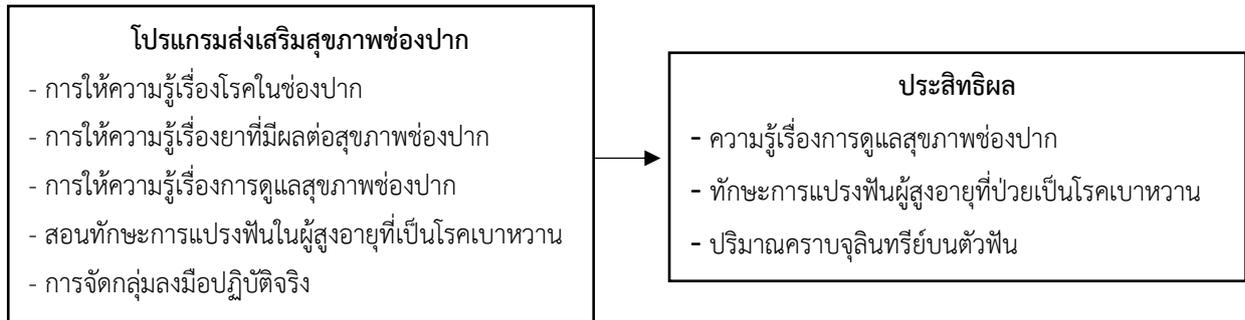
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการแปรงฟันของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
3. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ประกอบด้วย การทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งเกิดจาก 4 แหล่งหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติสำเร็จ (Mastery experience) การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่น (Vicarious experience) การให้กำลังใจหรือคำแนะนำที่สร้างความมั่นใจ (Verbal persuasion) และการรับรู้สภาพร่างกายและอารมณ์ที่ดี (Physiological and emotional states) (Bandura, 1997) โดยจัดประสบการณ์การดูแลสุขภาพ

ช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ และสร้างกระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือแชร์ประสบการณ์ระหว่างผู้อบรมและผู้อบรม รวมถึงผู้วิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pre-test post-test design) ทำการประเมินผล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการดำเนินโปรแกรม (Pre-test) และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที (Post-test) ดำเนินการภายในระยะเวลา 180 นาที การเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนได้ดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เลือกรูปแบบการทดสอบทางสถิติแบบ t tests, Means: Difference between two dependent means (Matched Pairs) แบบสองทาง (two-tailed) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) 0.50 ตามเกณฑ์ของ Cohen ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2563) ผลการคำนวณได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 34 ราย และเพื่อชดเชยการสูญเสียจากการติดตามหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้เพิ่มร้อยละ 10 (ศุภศิลา ศีร์รักษา และคณะ, 2564) ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายไม่น้อยกว่า 38 คน ในการดำเนินการวิจัยจริงสามารถคัดเลือกได้ 45 คน ซึ่งสูงกว่าขนาดขั้นต่ำที่กำหนด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากกรอบรายชื่อผู้สูงอายุตาม เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2. สมัยใจและลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือการเก็บข้อมูลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ระยะเวลา 180 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก การให้ความรู้เรื่องยาที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก สอนทักษะการแปรงฟันในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การจัดกลุ่มลงมือปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบสำรวจรายการ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดคะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการแปรงฟัน เป็นแบบประเมินรายการตรวจสอบ (Checklist) จำนวน 17 รายการ ครอบคลุมทั้งช่องปากมีเกณฑ์คะแนนคือ ตำแหน่งถูกต้องให้ 1 คะแนน วิธีการถูกต้องให้ 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 34 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ใช้การตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์ด้วยสารย้อมสี และประเมินตามดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) (มารุต ภูพะเนียด และคณะ, 2564; Ainamo & Bay, 1975) โดยพิจารณาเฉพาะด้านหน้าของฟัน 6 ซี่หลัก คะแนนตั้งแต่ 0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์ 1 = มีคราบจุลินทรีย์บางๆ บนขอบเหงือก 2=มีคราบจุลินทรีย์ปานกลาง (2/3 ของตัวฟัน)และ 3 = มีคราบจุลินทรีย์หนาแน่น (มากกว่า 2/3ของตัวฟัน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านทันตสาธารณสุขและวิจัยทางสาธารณสุข มีค่าดัชนีความตรงของรายการ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 นอกจากนี้ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยทดลองใช้เครื่องมือการกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ส่วนที่ 1 ประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.82 สำหรับการศึกษารุ่นนี้ใช้ผู้ประเมินทักษะการแปรงฟันและคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน จำนวน 2 คน จึงประเมินความเที่ยงตรงของผู้ประเมินโดยการปรับมาตรฐานการตรวจประเมินในส่วนที่ 2 และ 3 และใช้สถิติสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa) พบว่ามีค่าความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขึ้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการแปรงฟัน ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของอาสาสมัครวิจัย

ขั้นตอนทดลอง

โปรแกรมกิจกรรมถูกออกแบบสำหรับดำเนินการในระยะเวลาสั้น 180 นาที โดยบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติสำเร็จ (Mastery Experience) การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่น (Vicarious Experience) การให้กำลังใจหรือคำแนะนำที่สร้างความมั่นใจ (Verbal Persuasion) และการรับรู้สภาพร่างกายและอารมณ์ที่ดี (Physiological and Emotional States) เพื่อเสริมสร้างรับรู้ความสามารถตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ดังนี้

โปรแกรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
1. การให้ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก	บรรยายเรื่องโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และรอยโรคในช่องปาก เพื่อสร้างความรู้พื้นฐานและความตระหนัก (Verbal persuasion) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก	30 นาที
2. การให้ความรู้เรื่องยาที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก	บรรยายเรื่องยาที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการตัดสินใจดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Verbal Persuasion)	30 นาที
3. การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก	บรรยายเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Verbal persuasion)	30 นาที
4. สอนทักษะการแปรงฟันในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	สาธิตการแปรงฟันในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเห็นตัวอย่างการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Vicarious Experience/ Mastery experience)	30 นาที
5. การจัดกลุ่มฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน	จัดกลุ่มอาสาสมัครวิจัยเพื่อฝึกปฏิบัติการย้อมสีฟันและแปรงฟัน อาสาสมัครวิจัยในกลุ่มช่วยกันตรวจความสะอาดของกันและกัน โดยมี การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกจากผู้สอนและเพื่อนร่วมกลุ่ม เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ลดความกังวล และเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Mastery experience/ Physiological and Emotional States)	60 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการแปรงฟัน ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของอาสาสมัครวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคล และคะแนนความรู้ คะแนนทักษะการแปรงฟัน คะแนนคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณลักษณะ และใช้ค่าเฉลี่ย (Mean : *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: *SD.*) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการแปรงฟัน ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, *P*-value = 0.768)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-A2565/01-12 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.11 มีอายุเฉลี่ย 68.40 ± 5.70 ปี เป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมานานเฉลี่ย 8.20 ± 2.50 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.22
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก
ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.22 (*SD.* = 1.45) เป็น 8.98 (*SD.* = 1.21) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.76 คะแนน (95%CI = 2.50 ถึง 3.02) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*-value < .001) สะท้อนว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD.</i>	Mean Difference	95%CI	<i>t</i>	<i>P</i> -value
ก่อนใช้โปรแกรม	6.22	1.45				
หลังใช้โปรแกรม	8.98	1.21	2.76	2.50 ถึง 3.02	-20.69	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า *P*-value <.001

3. ทักษะการแปรงฟัน

ผลการเปรียบเทียบทักษะการแปรงฟันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 18.67 ($SD. = 4.25$) และเพิ่มขึ้นเป็น 28.14 ($SD. = 3.91$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.47 คะแนน (95% CI = 7.49 ถึง 11.45) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) สะท้อนว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการแปรงฟัน ทั้งในด้านตำแหน่งและวิธีการแปรงฟันของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD.</i>	Mean Difference	95%CI	<i>t</i>	<i>P-value</i>
ก่อนใช้โปรแกรม	18.67	4.25	9.47	7.49 ถึง 11.45	-9.62	<.001*
หลังใช้โปรแกรม	28.14	3.91				

*มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า $P\text{-value} < .001$

4. ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.87 ($SD. = 0.83$) เป็น 1.34 ($SD. = 0.65$) โดยมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 1.53 คะแนน (95%CI = -1.78 ถึง -1.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้อย่างชัดเจน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD.</i>	Mean Difference	95%CI	<i>t</i>	<i>P-value</i>
ก่อนใช้โปรแกรม	2.87	0.83	-1.53	-1.78 ถึง -1.28	12.45	<.001*
หลังใช้โปรแกรม	1.34	0.65				

*มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า $P\text{-value} < .001$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมสามารถถ่ายทอดข้อมูลและปรับปรุงความเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมการบรรยายเรื่องโรคในช่องปาก โรคปริทันต์ รอยโรคในช่องปาก และผลของยา ช่วยเสริมสร้างความรู้พื้นฐานและความตระหนัก (Verbal persuasion) ในปัญหาสุขภาพช่องปากได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผล

การศึกษาของ ศุภศิลป์ ตรีรักษา และคณะ (2564) ที่รายงานว่า การให้สุขศึกษาอย่างเป็นระบบในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพและกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น การที่ระดับความรู้ดีขึ้นย่อมเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในทางที่ดีขึ้นตามแนวคิด Knowledge-Attitude-Practice (KAP) ที่มีรากฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งระบุว่าความรู้ที่ถูกต้อง มีผลโดยตรงในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดี และความรู้ที่ดียังส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติผ่านการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคล (Wang et al., 2023) สอดคล้องกับงานของ Poudel et al. (2024) และ ศุภศิลป์ ตรีรักษา และคณะ (2564) ที่พบว่า การให้ความรู้ควบคู่กับการสาธิตและฝึกปฏิบัติสามารถสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพช่องปากได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลช่องปากมากขึ้น ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากและมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ส่งผลให้พร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของตนอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่จัดขึ้นได้ออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการฝึกฝนและเสริมสร้างทักษะการแปร่งฟันให้แก่ผู้สูงอายุเบาหวานผ่านกิจกรรมการสาธิต (Vicarious experience) และการฝึกปฏิบัติซ้ำ (Mastery Experience) ผลการประเมินหลังการเข้าร่วมพบว่าผู้สูงอายุสามารถแปร่งฟันได้ถูกวิธีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเทคนิคการแปร่งที่ถูกต้อง ระยะเวลาในการแปร่งที่เพียงพอ รวมถึงการใช้เครื่องมือช่วยทำความสะอาดช่องว่างระหว่างฟัน (เช่น ไหมขัดฟัน) อย่างเหมาะสม การพัฒนาด้านทักษะดังกล่าวบ่งชี้ว่าโปรแกรมประสบความสำเร็จในการเพิ่มสมรรถนะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของกลุ่มเป้าหมาย ยิ่งไปกว่านั้น การพัฒนาทักษะการทำความสะอาดช่องปากยังสอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura ซึ่งกล่าวว่า ความเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ เป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงอิทธิพลทางจิตสังคมกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Lee et al., 2012) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนการแปร่งฟันจนเกิดความชำนาญย่อมช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้พวกเขามีความมุ่งมั่นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม ซึ่งปัจจัยด้านความเชื่อมั่นนี้มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามที่ทฤษฎีได้อธิบายไว้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของนฤมล จันทร์สุข ยุทธนา พินิจกิจ และชวนนท์ จันทร์สุข (2562) และ Liu et al. (2025) ที่พบว่า การให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก (เช่น การแปร่งฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และการใช้ไหมขัดฟัน) อย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ สามารถช่วยฟื้นฟูสุขภาพเหงือกและปริทันต์ของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ การออกแบบกิจกรรมให้มีการให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกจากผู้สอนและเพื่อนร่วมกลุ่ม รวมถึงการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร (Physiological and Emotional States) มีบทบาทสำคัญต่อการลดความกังวลและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับดูลยรัตน์ โถวประเสริฐ (2567) ระบุว่า การสร้างแรงเสริมทางบวกและสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายสามารถเพิ่มแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมสุขภาพ

ปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของฟันของผู้สูงอายุเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดูแลช่องปาก ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมสามารถนำนวัตกรรมความรู้และทักษะที่ได้จากโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการทำความสะอาดช่องปากประจำวันจนเกิดผลลัพธ์ที่จับต้องได้ กล่าวคือ คราบจุลินทรีย์ที่สะสมบนฟันลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้ การลดลงของคราบจุลินทรีย์ที่สังเกตได้นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Liu et al. (2025) ที่เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนั้นปริมาณคราบจุลินทรีย์กลับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเกิดจากการที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการส่งเสริมให้ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและขาดความตระหนักในการรักษาสุขอนามัยช่องปากเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ดังนั้นการที่กลุ่มทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการสร้างเสริมพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากที่ดี และนฤมล จันทร์สุข ยุทธนา พินิจกิจ และชวชนท์ จันทร์สุข (2562) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกปฏิบัติและแรงเสริมอย่างต่อเนื่องจะสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า การบูรณาการทฤษฎี Self-efficacy ได้แก่ การทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งเกิดจาก 4 แหล่งหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติสำเร็จ (Mastery experience) การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่น (Vicarious experience) การให้กำลังใจหรือคำแนะนำที่สร้างความมั่นใจ (Verbal persuasion) และการรับรู้สภาพร่างกายและอารมณ์ที่ดี (Physiological and emotional states) ภายในโปรแกรมนี้ ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะ แต่ยังเสริมสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้ พัฒนาทักษะการแปรงฟัน และลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลระยะยาว (Long-term follow-up) เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังจบโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและการลดคราบจุลินทรีย์ และการออกแบบการวิจัยในอนาคตควรมีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (Randomized controlled trial: RCT) เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

รายการอ้างอิง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2565). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน*.

<https://hdc.moph.go.th/spb/public/main>

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559 – 2562*.

<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>

จุฑามาศ จุลอักษร และ รุจิรา ดวงสงค์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเขาหลวง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. *วารสารทันตภิบาล*, 32(2), 133-145.

ดุยรัตน์ โถวประเสริฐ. (2567). การประเมินผลโครงการนำร่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนนทบุรี ปี 2567. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(3), 178-191.

นฤมล จันทร์สุข ยุทธนา พินิจกิจ และ ชนวนนท์ จันทร์สุข. (2562). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(1), 30-39.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2563). *ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้โปรแกรม G*Power*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มารุต ภูพะเนียด กนกวรรณ แสงจันทร์ ณิชชา แพร์อาภา และ สินีชู เพ็ชรวงศ์. (2564). ประสิทธิภาพของการให้ทันตสุขภาพศึกษาโดยการแสดงบทบาทสมมติต่อการควบคุมคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันในนักเรียนชั้นประถมศึกษา. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(1), 14-24.

วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

ศุภศิลา ดิรัक्षा รัชฎา ฉายจิต และ เบญจมา มุกตพันธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพด้วยกิจกรรมฐานการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. *วารสารทันตภิบาล*, 31(1), 165-184.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิชย์.

ศุภศิลา ดิรัक्षा วิภาดา จิตรปรีดา สุพัตรา บุญเจียม และ อนวัช ภูทองนาค. (2564). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 65-76.

Ainamo, J. & Bay, I. (1975). Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*, 25(4), 22-35.

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Lee, J. Y., Divaris, K., Baker, A. D., Rozier, R. G., & Vann, W. F., Jr. (2012). The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *American journal of public health*, 102(5), 923–929.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300291>
- Liu, F., Song, S., Huang, S., He, J., Ye, X., Hu, L., Zeng, X., Deng, S., & Hu, X. (2025). Effects of the Oral Health Promotion Program on oral health and oral microbiota changes in diabetic elderly individuals: a quasi-experimental study. *BMC oral health*, 25(1), 51.
<https://doi.org/10.1186/s12903-024-05388-y>
- Poudel, P., Paudel, G., Acharya, R., George, A., Borgnakke, W. S., & Rawal, L. B. (2024). Oral health and healthy ageing: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 24(33).
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04613-7>
- Wang, Y., Zhu, J., Xu, Z., Dai, X., Chen, K., & Wang, Y. (2023). Social support, oral health knowledge, attitudes, practice, self-efficacy and oral health-related quality of life in Chinese college students. *Scientific Reports*, 13(1), 12320.
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-39658-6>



ผลการจัดการเรียนการสอนรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริงต่อการใช้เหตุผลเชิงคลินิกในการให้ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกที่มีภาวะหายใจล้มเหลวของนักศึกษาพยาบาล

The Results of Simulation-Base Learning Towards Critical Reasoning about Respiratory Failure in Pediatric and Infants Nursing Care in Nursing Students

กตกร ประสารวรรณ¹, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์^{2*}, เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์¹ และ รัสวรรณ แสนคำหมื่น¹

Katakorn Prasanwon¹, Sutthisak Surirak², Ruangrit Thoraphan¹ and Rassawan Saenkammuen¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Province Praboromarajchanok Institute^{2*}

(Receives: 5 June 2025; Revised: 14 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 76 คน ที่กำลังจะขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดโจทย์สถานการณ์เสมือนจริง 2 สถานการณ์ และแบบประเมินทักษะการใช้เหตุผลเชิงคลินิก เครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง .67–1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ .91 และ .90 การเก็บข้อมูลให้นักศึกษาแสดงบทบาทพยาบาลในสถานการณ์เสมือนจริง ใช้เวลา 15 นาทีต่อสถานการณ์ รวม 2 สถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.42) อายุระหว่าง 21–25 ปี (ร้อยละ 55.26) ระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกก่อนเรียน ($M = 2.98, SD. = 0.51$) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเรียนเพิ่มขึ้น ($M = 3.72, SD. = 0.51$) อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนเท่ากับ ($M = 17.38, SD. = 1.27$) และหลังเรียน ($M = 22.38, SD. = 1.96$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.224, P\text{-value} = .005$)

คำสำคัญ: สถานการณ์เสมือนจริง , การใช้เหตุผลเชิงคลินิก , การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก, ภาวะหายใจล้มเหลว, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sutthisak3523@gmail.com, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์)

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest–posttest study aimed to examine the effects of virtual simulation-based learning on clinical reasoning in pediatric and neonatal respiratory failure care among nursing students. The participants were 76 third-year Bachelor of Nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, in academic year 2021 attending the pediatric and adolescent nursing practicum. A purposive sampling method was employed. Research instruments included a demographic questionnaire, two virtual simulation scenarios involving critically ill pediatric and neonatal patients, and a clinical reasoning assessment tool. Each student was required to analyze and respond to two simulation scenarios, 15 minutes per scenario, by role-playing as a professional nurse. Content validity indices ranged from .67 to 1.00, and Cronbach’s alpha coefficients were .91 and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that the majority of participants were female (93.42%) and aged 21–25 years (55.26%). The mean clinical reasoning score before the intervention was ($M = 2.98, SD. = 0.51$), indicating a moderate level, while after the intervention the mean increased to ($M = 3.72, SD. = 0.51$), indicating a high level. The mean score significantly improved from ($M = 17.38, SD. = 1.27$) before the simulation to ($M = 22.38, SD. = 1.96$) after the simulation, with a statistically significant difference ($t = 16.224, P\text{-value} = .005$).

Keywords: Simulation-based learning, Critical reasoning, Pediatric nursing, Respiratory failure, Nursing students

บทนำ

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลในปัจจุบัน เป็นจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาให้ผู้สำเร็จการศึกษามีคุณลักษณะของบัณฑิตตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่กำหนดไว้ มีทักษะทางวิชาชีพ และมีทักษะอื่นๆ ที่จำเป็นให้มีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพพยาบาล เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม เพื่อให้บริการสุขภาพต่อผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู และยึดหลักการให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีความสามารถในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ทุกช่วงวัยได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย (ทรงสุตา และคณะ, 2563) และเพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้ความสามารถทางการพยาบาล สถาบันการศึกษาจึงต้องการจัดการเรียนการสอนของพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลาย ทั้งการเรียนแบบบรรยาย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ กรณีศึกษา อภิปราย การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง การเรียนแบบใช้สถานการณ์เสมือนจริง เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษามีคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านตาม

มาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษาสาขาพยาบาล และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตที่มีความต้องการให้บัณฑิตพยาบาลที่สามารถทำงานได้จริง (วารรวิชา สํารายณตร, 2562)

ในปัจจุบัน การใช้เทคโนโลยีการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริง (Virtual simulation) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยชี้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองสามารถพัฒนา นักศึกษาพยาบาลได้ทั้งด้านความรู้ ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (สมจิตต์ สินธูชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560) ผลการศึกษาของ Bremner, M N., et al (2006) ยืนยันว่า นักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติด้วยผู้ป่วยจำลองมีความมั่นใจในทักษะการตรวจร่างกายมากขึ้น และมีความเครียดลดลงในวันแรกของการฝึก อีกทั้งยังเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Khalaila, 2014) การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์เสมือนจริงเอื้อต่อการพัฒนาทักษะพยาบาลขั้นสูง สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหา ในภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากสถานการณ์ถูกออกแบบใกล้เคียงกับความเป็นจริง งานวิจัยของวราภรณ์ ศรีจันทร์พาล และคณะ (2563) ชี้ว่ารูปแบบนี้ช่วยเพิ่มความปลอดภัย ลดข้อผิดพลาด และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ การเรียนรู้ดังกล่าวยังช่วยพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำ การใช้เหตุผลเชิงคลินิก และการคิดเชิงวิพากษ์ โดย Lewis, Stachan และ Smith (2012) พบว่า การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองส่งผลเชิงบวกต่อทักษะการสื่อสารและการจัดการสถานการณ์วิกฤติ ซึ่งสามารถถ่ายโอนสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างปลอดภัย การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) ถือเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการประเมิน วิเคราะห์ และการตัดสินใจ (LaMartina & Ward-Smith, 2014) โดย Facione (2015) อธิบายว่าประกอบด้วยการค้นหาความจริง การเปิดใจกว้าง การคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างเป็นระบบ ความมั่นใจในตนเอง ความใฝ่รู้ และควมมีวุฒิภาวะ ซึ่งทั้งหมดนี้สะท้อนสู่การใช้เหตุผลเชิงคลินิกอย่างมีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลยังถือเป็นกลไกสำคัญของการคิดวิเคราะห์เชิงคลินิก ครอบคลุมการประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล ซึ่งใช้เป็นกรอบการสอบขึ้นทะเบียนวิชาชีพในระดับสากล (Potter et al., 2013) การใช้เหตุผลเชิงคลินิก (Clinical Reasoning) เองเป็นกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบที่พยาบาลใช้ในการตีความข้อมูล วินิจฉัยปัญหา วางแผน ตัดสินใจ และประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Levett-Jones et al., 2010) กระบวนการนี้ครอบคลุมการตีความสัญญาณเตือน การสร้างสมมติฐาน และการเลือกแนวทางพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยเด็กและทารกที่มีภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างรวดเร็ว (Hunter & Arthur, 2016) งานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่าการพัฒนาการใช้เหตุผลเชิงคลินิกสามารถทำได้ผ่านการจัดการเรียนการสอนที่เน้นสถานการณ์เสมือนจริง Jeffries (2012) ระบุว่า simulation-based learning ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและการตัดสินใจเชิงคลินิก รวมทั้งลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่ Chmil, Turk, Adamson และ Larew (2015) ยืนยันว่า การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยให้นักศึกษาเข้าใจวงจรของการใช้เหตุผลเชิงคลินิกและสามารถถ่ายโอนไปใช้ในคลินิกจริงได้แนวทางการพัฒนาทักษะคิดวิเคราะห์และการใช้เหตุผลเชิงคลินิกมีหลายวิธี เช่น การใช้กรณีศึกษา (CBL), การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL), การอภิปรายเหตุการณ์วิกฤติ, การวางแผนการพยาบาล, การใช้ Simulation และการใช้ Concept Mapping ซึ่งทั้งหมดช่วยเสริมสร้างความสามารถเชิง

วิชาชีพได้อย่างรอบด้าน ดังนั้น การบูรณาการการใช้เหตุผลเชิงคลินิกกับการเรียนรู้รูปแบบสถานการณ์เสมือนจริง ถือเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในรายวิชาการพยาบาลเด็กและทารกที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งต้องอาศัยการคิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติที่รวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ดำเนินการจัดการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 โดยจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก จากการประเมินของอาจารย์นิเทศในปี การศึกษาที่ผ่านมา พบว่านักศึกษาไม่มีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีทักษะการประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตไม่ครอบคลุม ขาดการคิดวิเคราะห์หิ่วินิจฉัยแยกโรคและวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม แผลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กและทารกสู่การปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงวางแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงโดยใช้หุ่นจำลอง (Simulation) ฝึกให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่ผู้สอนสร้างขึ้น (Scenario) และใช้การสะท้อนคิดให้แก่ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกในภาวะวิกฤต เพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยทารกและเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤตในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกภาวะหายใจล้มเหลว ต่อการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้ในรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริงในการการพยาบาลเด็กและทารกภาวะหายใจล้มเหลว

สมมติฐานวิจัย

นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการใช้เหตุผลเชิงคลินิกเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Experiential Learning Theory) (Kolb,1984) และการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองของเจฟเฟอรี่ (Jefferies, 2005)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน และหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 159 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2. ยินยอมในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือฝึกปฏิบัติงานไม่ครบร้อยละ 80.00

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่กำลังจะขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 จำนวน 76 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือ ก t-test, Statistical test เลือ ก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือ ก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน ป้องกันการสูญหายอีก ร้อยละ 10.00 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 76 คน ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ขั้นต่ำที่คำนวณและเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ ชุดโจทย์สถานการณ์เสมือนจริงในผู้ป่วยเด็กและทารกในภาวะวิกฤติ(Simulation Scenario) จำนวน 2 ข้อ ออกแบบและสร้างขึ้นโดยอาจารย์ในสาขาการพยาบาลเด็ก โดยให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์สถานการณ์และปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์เสมือนจริง 2 สถานการณ์ โดยใช้เวลา 15 นาที ต่อ 1 สถานการณ์ ให้นักศึกษาแสดงบทบาทการเป็นพยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์ที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ คะแนนเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง

2.2 แบบประเมินทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิก เป็นหัวข้อการประเมินการใช้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบประเมินประกอบด้วย การวิเคราะห์ของผู้เรียนจำนวน 4 ข้อ การแปลความของผู้เรียนจำนวน 4 ข้อ การประเมินของผู้เรียนจำนวน 4 ข้อ การอธิบายของผู้เรียนจำนวน 4 ข้อ การอ้างอิงของผู้เรียนจำนวน 4 ข้อ การควบคุมตนเองของผู้เรียนจำนวน 2 ข้อ รวม 22 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความสามารถในการให้เหตุผลเชิงคลินิก เป็น 5 ระดับ จากค่าคะแนน รวมเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผลเชิงคลินิกในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผลเชิงคลินิกในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผลเชิงคลินิกระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผลเชิงคลินิกระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผลเชิงคลินิกระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกภาวะหายใจล้มเหลว ต่อการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาลผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาล 1 คน แพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน ที่เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เสนอ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เสนอต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นขออนุมัติการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และนำหนังสือขออนุญาตพร้อมแบบสอบถามและแบบแสดงความ

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เสนอผู้อำนวยการวิทยาลัยเพื่อพิจารณาอนุมัติและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายวิชาการและอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา เพื่อจัดเตรียมการเก็บข้อมูลจากนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดำเนินการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วม ผ่านระบบออนไลน์ ก่อนการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนทดลอง

1. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาที่จะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ในภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2564 เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมอธิบายการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจง และใบลงนามยินยอม โดยให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form)
3. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แล้วให้ตอบแบบสอบถาม (pretest) จำนวน 2 ชุด คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบวัดการคิดแบบมีวิจารณญาณ
4. คณะผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนการสอนก่อนขึ้นปฏิบัติการพยาบาลจริง ณ หอผู้ป่วยเด็กและทารกวิกฤติ ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงโดยใช้หุ่นจำลอง (simulation) กับกลุ่มตัวอย่างในห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริงเด็ก โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มละ 7-8 คน ฝึกให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาและฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง จากโจทย์สถานการณ์ที่ผู้สอนสร้างขึ้น (scenario) จำนวน 2 สถานการณ์ และใช้การสะท้อนคิดให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกในภาวะวิกฤติภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง
5. กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลจริง ณ หอผู้ป่วยเด็กและทารกวิกฤติ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยการมอบหมายผู้ป่วยเด็กและทารกในภาวะวิกฤติให้นักศึกษาดูแล และมีอาจารย์นิเทศประจำกลุ่มคอยกระตุ้นการเรียนรู้ของนักศึกษา ฝึกให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยง และแก้ปัญหาทางการพยาบาล และใช้การสะท้อนคิดให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกในภาวะวิกฤติ
6. ในวันสุดท้ายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาล คณะผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนการสอนภายหลังปฏิบัติการพยาบาลจริง ณ หอผู้ป่วยเด็กและทารกวิกฤติ ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงโดยใช้หุ่นจำลอง (simulation) กับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อประเมินคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาและฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง จากโจทย์สถานการณ์ที่ผู้สอนสร้างขึ้น (scenario) จำนวน 2 สถานการณ์

ขั้นหลังการทดลอง

7. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายหลังการทดลอง (post test) จำนวน 2 ชุด คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. ประเมินทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิก
8. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
2. การตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นโดยการตรวจสอบการแจกแจงปกติของคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคลินิกทั้งก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้สถิติ Kolmogorov–Smirnov test กำหนดให้ค่าความน่าจะเป็น (P-value) มากกว่าระดับนัยสำคัญ .05 ถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติพาราเมตริกในการวิเคราะห์
3. วิเคราะห์ระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้สถิติ การทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ เอกสารรับรองเลขที่ 21/2565 ลงวันที่ 4 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 21 ปี ($SD. = 2.04$) โดยมีอายุ 21 - 25 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 55.26) รองลงมาคืออายุ 19 - 20 ปี (ร้อยละ 42.11) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.42) และเพศชาย (ร้อยละ 6.58) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
19-20 ปี	32	42.11
21-25 ปี	42	55.26
25-30 ปี	2	2.63

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	6.58
หญิง	71	93.42

ส่วนที่ 2 ระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกนักศึกษาที่ก่อนเข้าการเรียนในรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกภาวะหายใจล้มเหลวมีระดับความคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในค่าเฉลี่ย ($M = 2.98, SD. = 0.51$) อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ภายหลังเข้าการเรียนในรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกภาวะหายใจล้มเหลว พบว่านักศึกษาพยาบาลมีระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกนักศึกษาพยาบาลเฉลี่ย ($M = 3.72, SD. = 0.51$) อยู่ในระดับมาก โดยจำแนกเป็นมีระดับความคิดอย่างมีวิจารณญาณระดับมาก ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน เมื่อจำแนกตามระดับ พบว่า นักศึกษาจำนวน 63 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 82.89 มีระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับสูง ขณะที่นักศึกษาจำนวน 13 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.11 มีระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบระดับระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิก	M	SD.	Z	dZ	P-value (1-tailed)
ก่อนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	17.38	1.27			
หลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	22.38	1.96	16.224	1.86	<.001

จากตาราง การเปรียบเทียบระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกก่อนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเท่ากับ ($M = 17.38, SD. = 1.27$) และหลังจากได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ($M = 22.38, SD. = 1.96$) ซึ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.224, P\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงส่งผลให้ระดับการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งบ่งชี้ว่าการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงช่วยเพิ่มทักษะการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขนาดอิทธิพลของการเรียนรู้ (Cohen's dz) เท่ากับ 1.86 ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสามารถส่งเสริมการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหลังการเรียน นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการใช้เหตุผลเชิงคลินิกสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อตรวจสอบการแจกแจงระดับพบวก่อนเรียน นักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง แต่หลังการเรียนมีการเปลี่ยนแปลงไปอยู่ในระดับสูงเป็นสัดส่วนมากขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ในลักษณะนี้ไม่เพียงเพิ่มค่าเฉลี่ยรวมแต่ยังยกระดับทักษะ Reasoning ของนักศึกษาโดยรวม การเพิ่มขึ้นที่มีขนาดมากสามารถอธิบายได้จากการที่นักศึกษาได้มีโอกาส ฝึกซ้ำ (Repeated practice) ในสภาพแวดล้อมจำลองที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง การฝึกหลายครั้งช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความคุ้นเคยกับกระบวนการพยาบาล และเสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก นอกจากนี้ การจัดการกระบวนการ Debriefing ที่มีคุณภาพ หลังการฝึกซ้อมยังเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สะท้อนคิด วิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุง และได้รับข้อเสนอแนะที่ช่วยพัฒนากระบวนการคิดในการตัดสินใจครั้งต่อไป ทั้งสองปัจจัยนี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่เน้นวงจรการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและการสะท้อนคิด และ แนวคิด Debriefing for meaningful learning ของ Dreifuerst (2012) ที่อธิบายว่าการทบทวนและสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์และการใช้เหตุผลเชิงคลินิก

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานศึกษาระดับนานาชาติและในประเทศไทยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์เสมือนจริงสามารถเพิ่มความมั่นใจและการตัดสินใจของผู้เรียนในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ (Padilha et al., 2019) นอกจากนี้ Koivisto et al. (2016) ยังยืนยันว่าการใช้สภาพแวดล้อมเสมือนจริงช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์เสมือนจริงส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) และการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ขณะที่ Cant และ Cooper (2017) ชี้ว่าการฝึกฝนด้วยสถานการณ์จำลองช่วยพัฒนาทักษะ critical thinking และ decision-making ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการใช้เหตุผลเชิงคลินิก ผลลัพธ์นี้ยังสอดคล้องกับ Al-Ghareeb et al. (2020) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสามารถกระตุ้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณและพัฒนาทักษะ reasoning ได้ แม้ในกลุ่มนักศึกษาที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน สำหรับบริบทในประเทศไทย งานวิจัยของ สุรางค์ อรุณรัตน์ (2563) พบว่าการใช้สถานการณ์จำลองในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาทักษะการประเมินวิเคราะห์ และตัดสินใจในสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ เช่นเดียวกับ วราภรณ์ สังข์ทอง (2561) ที่ศึกษาพบว่านักศึกษาที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีคะแนนการใช้เหตุผลเชิงคลินิกสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ งานของ ปัทมา ชุมนานเสียว และคณะ (2563) ยังรายงานว่าการใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับกระบวนการสะท้อนคิด (debriefing) ช่วยเสริมความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือวิกฤติ ขณะที่ อารยา ศรีคำภา (2565) ชี้ว่าการบูรณาการสถานการณ์เสมือนจริงในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะในชั้นปีที่ 3-4 ช่วยเสริมสร้างสมรรถนะการใช้เหตุผลเชิงคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การปฏิบัติจริงในสภาวะที่ซับซ้อน

ผลการวิจัยในครั้งนี้สะท้อนว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาทักษะการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากไม่เพียงทำให้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังยกระดับทักษะ Reasoning ของนักศึกษาโดยรวม ทั้งในด้านการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักที่จำเป็นของวิชาชีพพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการบูรณาการสถานการณ์เสมือนจริงเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ต้องใช้ทักษะการตัดสินใจเชิงคลินิกอย่างแม่นยำ
2. ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือประเมินทักษะการใช้เหตุผลเชิงคลินิกให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้เรียนในแต่ละระดับชั้นปี และควรครอบคลุมมิติด้านการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการเรียนรู้ในระยะยาว โดยเฉพาะการคงอยู่ของทักษะการใช้เหตุผลเชิงคลินิกเมื่อนักศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในบริบททางคลินิก
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อสำรวจประสบการณ์ การรับรู้ และความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์เสมือนจริง อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- ทรงสุตา หมิ่นไธสง, พิริยากร คล้ายเพชร, นิรุช มະโนมัย, จงกลณี ตัญเจริญ, พลอยลดา ศรีหาม, สรัญญา เปล่งกระโทก, และ รุ่งทิพย์ พรหมบุตร. (2563). การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองขั้นสูง: วิธีพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(พิเศษ), S332-S344.
- ปัทมา ชูมณาเสียว, สุณี๋ย แสงทอง, และ สมบัติ แสงอุบล. (2563). ผลของสถานการณ์จำลองและการสะท้อนคิดต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 14(1), 12-25.
- วรวิษา สำราญเนตร. (2562). ความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนแบบใช้สถานการณ์จำลองในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(1).

- วรางคณา คุ่มสุข. (2564). การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงาน วิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3. *สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ*, 1(6), 1-15.
- วรางคณา ชมภูพาน, วรวิมล ชมภูพาน, อัจฉราชนะบุญ, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, และ จริญญา ยมศรีเคน. (2564). ผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยการใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(2), 93-103.
- วราภรณ์ ศรีจันทร์पाल, สมศรี ทาทาน, และ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน. (2563). การเรียนรู้เชิงสถานการณ์กับความปลอดภัยและความมั่นใจทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 22(1), 283-293.
- วราภรณ์ สังข์ทอง. (2561). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการใช้เหตุผลเชิงคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(2), 35-46.
- สมจิตต์ สินธุ์ชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารทหารบก*, 18(1), 29-38.
- สืบตระกูล ตันตลานุกุล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิชย์, วิภาวรรณ ศรีสังข์, และ จูฑิตอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(1), 49-58.
- สุรางค์ อรุณรัตน์. (2563). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(1), 45-56.
- อารยา ศรีคำภา. (2565). การใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการส่งเสริมทักษะการใช้เหตุผลเชิงคลินิกในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(3), 88-97.
- Al-Ghareeb, A. Z., McKenna, L., Cooper, S., Bogossian, F., Williams, B., & Aldridge, M. (2020). Clinical reasoning and simulation: A scoping review. *Nurse Education Today*, 91, 104468. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104468>
- Asad, M., Iqbal, K., & Sabir, M. (2015). Effectiveness of problem-based learning as a strategy to foster problem solving and critical reasoning skills among medical students. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 9(3), 958-961. <https://doi.org/10.12669/pjms.316.8259>
- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bremner, M. N., Aduddell, K., Bennett, D. N., & VanGeest, J. B. (2006). The use of human patient simulators: Best practices with novice nursing students. *Nurse Educator*, 31(4), 170-174. <https://doi.org/10.1097/00006223-200607000-00011>

- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2017). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today, 49*, 63-71.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.015>
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (rev. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Daley, B. J., Morgan, S., & Black, S. B. (2016). Concept maps in nursing education: A historical literature review and research directions. *Journal of Nursing Education, 55*(11), 631–639. <https://doi.org/10.3928/01484834-20161011-05>
- Facione, P. A. (2015). *Critical thinking: What it is and why it counts (2015 update)*. Retrieved from <https://www.ndm.edu/sites/default/files/pdf/Facione-2015.pdf>
- Harder, B. N. (2010). Use of simulation in teaching and learning in health sciences: A systematic review. *Journal of Nursing Education, 49*(1), 23-28.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20090828-08>
- Jeffries, P. R. (Ed.). (2012). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation (2nd ed.)*. New York: National League for Nursing.
- Khalaila, R. (2014). Simulation in nursing education: An evaluation of students' outcomes at their first clinical practice combined with simulations. *Nurse Education Today, 34*(2), 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.015>
- Koivisto, J. M., Multisilta, J., Niemi, H., Katajisto, J., & Saarikoski, M. (2016). Learning by mobile virtual simulation: A qualitative study. *Nurse Education Today, 45*, 62-67.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.009>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- LaMartina, K., & Ward-Smith, P. (2014). Developing critical thinking skills in undergraduate nursing students: The potential for strategic management simulations. *Journal of Nursing Education and Practice, 4*(9), 155–162. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n9p155>
- Lapkin, S., Levett-Jones, T., Bellchambers, H., & Fernandez, R. (2010). Effectiveness of patient simulation manikins in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: A systematic review. *Clinical Simulation in Nursing, 6*(6), e207-e222.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.05.005>
- Lewis, R., Strachan, A., & Smith, M. M. (2012). Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the

- current evidence. *The Open Nursing Journal*, 6(1), 82–89.
<https://doi.org/10.2174/1874434601206010082>
- Padilha, J. M., Machado, P. P., Ribeiro, A., Ramos, J., & Costa, P. (2019). Clinical virtual simulation in nursing education: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e11529. <https://doi.org/10.2196/11529>
- Potter, N. L., & Allen, M. (2013). Clinical swallow exam for dysphagia: A speech pathology and nursing simulation experience. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(10), e461–e464. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2012.08.001>
- Shin, S., Park, J. H., & Kim, J. H. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35(1), 176-182. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.09.009>
- Vacek, J. E. (2009). Using a conceptual approach with concept mapping to promote critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 48(1), 45–48. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090101-11>
- Yue, M., Zhang, M., Zhang, C., & Jin, C. (2017). The effectiveness of concept mapping on development of critical thinking in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 52, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.018>
- Marie, K., David, J., & Jonathan, M. (2006). *Simulation-based training in nursing practice*.



คู่มือ

การสังเกตความเพื่อขอรับการตีพิมพ์
วารสารวารสารการสาธารณสุขชุมชน

กองบรรณาธิการ

วารสารวารสารการสาธารณสุขชุมชน



วสธ.บ.

คำนำ

คู่มือวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนจัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานจัดทำวารสารฯ เป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ นักสาธารณสุขและบุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือ สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนการส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์วารสารฯ เพื่อ สร้างเครือข่ายทางวิชาการระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชน กับสถาบันการศึกษาทางด้านวิชาชีพ สาธารณสุข และเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการของ สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน 2) ป้องกันโรค ควบคุม โรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข 3) ตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือ พื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อ 4) อาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5) บริหารสาธารณสุขและกฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาล และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ วิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะผู้จัดทำ หวังว่าคู่มือฉบับนี้จะช่วยทำให้นักสาธารณสุข และบุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพหรือสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และดำเนินการตาม ขั้นตอนของการส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ลงในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้เกิดประสิทธิภาพ สูงสุด

กองบรรณาธิการ
วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
มิถุนายน 2568

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
1.เกี่ยวกับวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน	3-4
1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.2 กองบรรณาธิการ	4
2.การเตรียมบทความต้นฉบับเพื่อขอรับการตีพิมพ์ลงวารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน	5-25
2.1 ผังงานของการส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ลงวารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน	5
2.2 คำแนะนำการส่งบทความ	8
2.3 ตัวอย่างแม่แบบบทความวิจัยและบทความวิชาการ	13
2.4 รายละเอียดในตารางและการใช้สัญลักษณ์ในตาราง	20
2.5 การเขียนอ้างอิงตามรูปแบบ APA 7 th Edition	21
3. ใบสมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน	26
4. ช่องทางการติดต่อ	28

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal of Council of Community Public Health

1.เกี่ยวกับวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการของสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ในด้านการสาธารณสุข ได้แก่

- 1) ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน
- 2) ป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข
- 3) ตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ
- 4) อาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 5) บริหารสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข

รวมทั้งด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาล และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. เพื่อเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการของนักสาธารณสุขและบุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสาขาอื่นๆ

3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนและสถาบันการศึกษาทางวิชาชีพด้านสาธารณสุข และสถาบันอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

1.2 กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล	ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงศ์นิญโญ	ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชครัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล	รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา สังสิทธิ์สวัสดิ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายชำนาญ มีมูล	รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ดร.กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง	รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ	มหาวิทยาลัยสยาม
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ	รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
สภาการสาธารณสุขชุมชน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐรุจ แก้วสุทธา	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาวิสุวรรณ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
สถาบันพระบรมราชชนก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิวรรณ ทัศนเยี่ยม	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง	อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ	สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก	อาจารย์ ดร.อำพล บุญเพียร	สถาบันพระบรมราชชนก
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	อาจารย์ ดร.กนกพร สมพร	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
สถาบันพระบรมราชชนก	อาจารย์ ดร.นภษา สิงห์วีระธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์ ดร.นพดล ทองอร่าม	อาจารย์ ภญ.ดร.ดาวรุ่ง คำวงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก	อาจารย์ ทพ.ภาสกร ศรีไทย	สถาบันพระบรมราชชนก
	พญ.กฤษณาพร เกื้อนโสทร	โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
กองจัดการ	พญ.ฐิตาภรณ์ ภูตเขต	โรงพยาบาลแกด้า จังหวัดมหาสารคาม
นางสาวภรภัทร แจ่มวงษ์	ว่าที่ร้อยเอกวีระศักดิ์ เดชอรัญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
สภาการสาธารณสุขชุมชน	นายคณยศ ชัยอาจ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

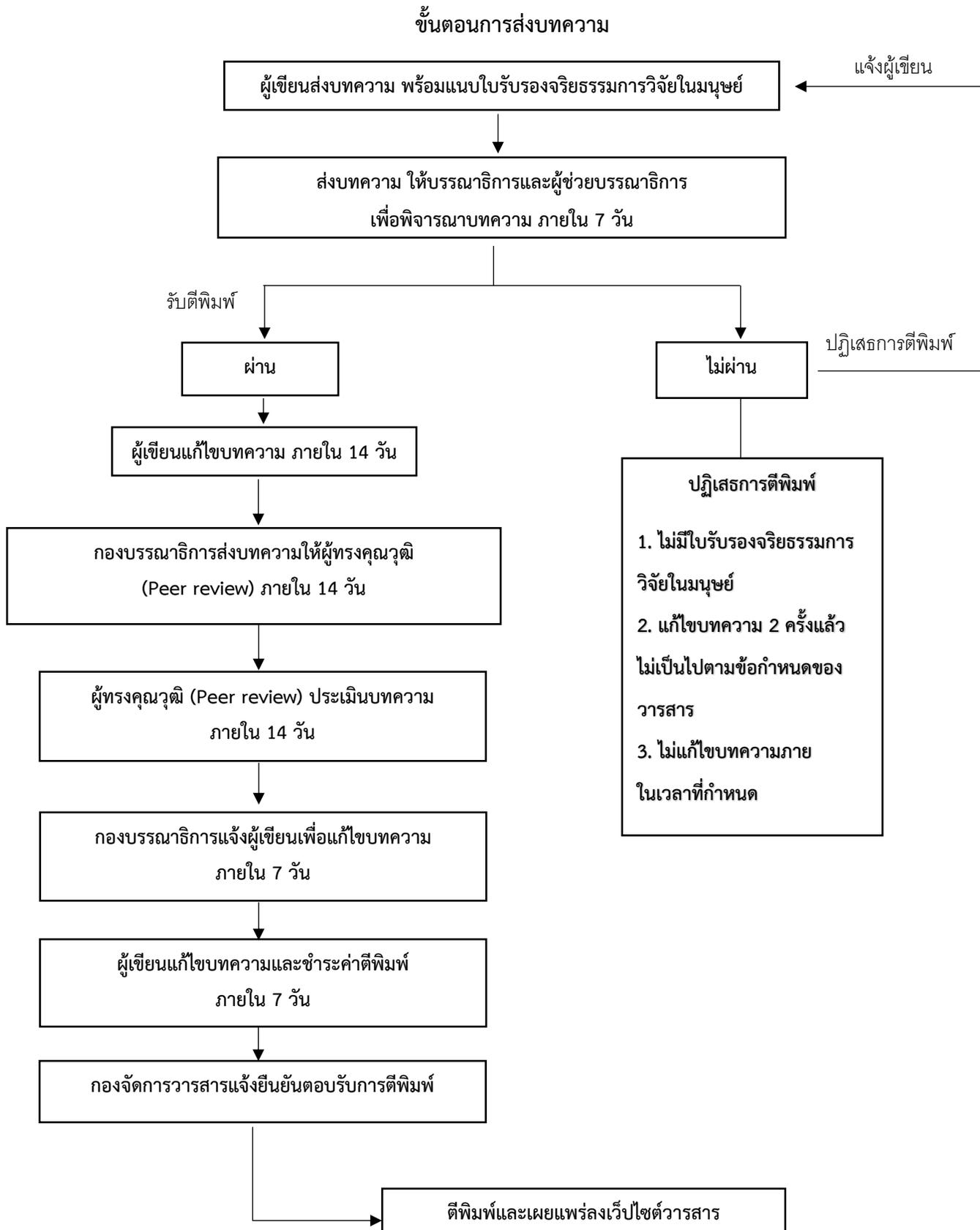
เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. การเตรียมบทความต้นฉบับเพื่อขอรับการตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการสาธารณสุข

2.1 ฝั่งงานของการส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการสาธารณสุข



ขั้นตอนที่ 1 ผู้เขียนส่งบทความ

- ผู้เขียนส่งบทความพร้อมแนบใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยอัปโหลดเข้ามาผ่านระบบที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> โดยกรอกข้อมูลในระบบตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ถึง 5 โดยระบุผู้แต่งร่วมให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 กองบรรณาธิการและผู้ช่วยบรรณาธิการพิจารณาบทความในเบื้องต้น

- ไฟล์บทความที่ท่านอัปโหลดเข้ามาในระบบ กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความในเบื้องต้นภายในระยะเวลา 7 วัน ดังนี้

1. บทความวิจัยหรือบทความวิชาการ มีเนื้อหาตรงกับขอบเขตและวัตถุประสงค์ของวารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน

2. รูปแบบบทความตามที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนกำหนด

3. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

- หากบทความของท่านผ่านการพิจารณาเบื้องต้น กองจัดการจะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 กองบรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review)

- คณะทำงานวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน พิจารณารับบทความและแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินบทความ ภายใน 14 วัน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณาให้ข้อเสนอแนะนำบทความ

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ประเมินบทความ

- ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ประเมินบทความ ภายใน 14 วัน ผ่านระบบ Thai Jo

ขั้นตอนที่ 5 กองบรรณาธิการแจ้งผู้เขียนเพื่อแก้ไขบทความ

- กองบรรณาธิการส่งไฟล์บทความพร้อมข้อเสนอแนะกลับเข้าสู่ระบบและแจ้งให้ผู้เขียนทราบภายใน 7 วัน

ขั้นตอนที่ 6 ผู้เขียนแก้ไขบทความและชำระค่าตีพิมพ์

- ผู้เขียนปรับแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งไฟล์บทความฉบับแก้ไขกลับเข้าระบบ ภายใน ระยะเวลา 7 วัน นับตั้งแต่ได้รับบทความในระบบ พร้อมทั้งชำระค่าตีพิมพ์และแนบหลักฐานใบชำระค่าตีพิมพ์เข้าระบบ

ขั้นตอนที่ 7 กองจัดการวารสารแจ้งยืนยันตอบรับการตีพิมพ์

- กองจัดการวารสารแจ้งยืนยันตอบรับการตีพิมพ์โดยมีเอกสารแนบเข้าในระบบและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

ขั้นตอนที่ 8 ตีพิมพ์และเผยแพร่ลงเว็บไซต์วารสาร

- กองบรรณาธิการดำเนินการเตรียมตีพิมพ์และเผยแพร่บทความลงเว็บไซต์วารสารถือเป็นอันเสร็จสิ้นกระบวนการ

2.2 คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจร่วมส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องในด้านการสาธารณสุข ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน 2) ป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข 3) ตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ 4) อาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5) บริหารสาธารณสุข และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาล และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นบทความวิจัยและบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. บทความวิจัยและบทความวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง (Peer reviewers) ที่มาจากหลากหลายสถาบันและไม่ได้มาจากสถาบันเดียวกับผู้ประพันธ์บทความ จำนวน 2-3 คน

การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ โดยจะเริ่มเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตั้งแต่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 8 (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2569 เป็นต้นไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- เงื่อนไขค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

สำหรับสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน

- สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ยกเว้นการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ 1 เรื่อง ต่อคน/ปี (พร้อมแนบบัตรสมาชิกฯ)

- สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนที่ตีพิมพ์บทความวิจัย ตั้งแต่เรื่องที่ 2 เป็นต้นไป ให้คิดค่าธรรมเนียม จำนวน 3,500 บาท ต่อเรื่อง กรณีบทความวิชาการให้คิดค่าธรรมเนียม จำนวน 3,500 บาท ต่อเรื่อง

สำหรับคนทั่วไป

- ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความวิจัย เรื่องละ 3,500 บาท

- ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความวิชาการ เรื่องละ 3,500 บาท

กำหนดการออกเล่มวารสาร

วารสารตีพิมพ์ 3 ฉบับต่อปี ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

หน่วยงานสนับสนุน

สภาการสาธารณสุขชุมชน

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word ขนาด 16 pt แบบอักษร ใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 pt) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย - ขวา 2.54 cm. จำนวนไม่เกิน 15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิง ต้องไม่เกิน 30 รายการ

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18 pt

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 pt อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 pt ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม E-mail ในส่วนล่างสุดของบทคัดย่อภาษาไทย

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 350 คำ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อหลักให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย อักษรตัวหนา ขนาด 16 pt

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น และคำภาษาอังกฤษใช้ Capital Letters เช่น Primary Health Care

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล

- จริยธรรมการวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

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

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

9.1 บทความวิชาการภาษาไทย

- บทคัดย่อ
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง

- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- รายการอ้างอิง

9.2 บทความวิชาการภาษาอังกฤษ

- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA 7th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-055-6585 กด 0 (ติดต่องานวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน)

2.3 ตัวอย่างรูปแบบบทความวิจัยและบทความวิชาการ

ตัวอย่างรูปแบบบทความวิจัย (Template)

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น สมตระกูล ราศิริ^{1*}, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Somtakul Rasiri^{1*}, Suttisuk Surirak¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹

ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute^{1*} ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาด

ตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ตัวอักษรชนิด TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษรปกติ 16 pt โดยมีรายละเอียดดังนี้

บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 350 คำ (1 ย่อหน้า) โดยมีส่วนประกอบ ดังนี้ เกริ่นนำความสำคัญและความเป็นมา (1-2 ประโยค) วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: คำสำคัญ (Keywords) จำนวน 3-5 คำหลัก คั่นระหว่างคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร, สาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษรปกติ 16 pt

(enter ขนาด 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษรปกติ 16 pt

(enter ขนาด 16)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษรปกติ 16 pt

(enter ขนาด 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 pt

(enter ขนาด 16)

หากมีภาพกรอบแนวคิด (อักษรภายในกรอบ ขนาด 14 pt) ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น
ภาพที่ 1 (หน้า)(ชื่อภาพไม่หน้า)..... ขนาด 16

(enter ขนาด 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา (ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 16 หน้า เนื้อหาขนาด 16 ไม่หน้า)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 16 หน้า เนื้อหาขนาด 16 ไม่หน้า)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 16 หน้า เนื้อหาขนาด 16 ไม่หน้า)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 16 หน้า เนื้อหาขนาด 16 ไม่หน้า)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 16 หน้า เนื้อหาขนาด 16 ไม่หน้า)

(enter ขนาด 16)

จริยธรรมการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 16 ไม่หน้า.....

.....
 (enter ขนาด 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 16 ไม่นา

.....
 1. ข้อมูลทั่วไป

(อธิบายก่อนตาราง)

.....ตั้งตารางที่ 1

(enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1 ชื่อตาราง..... (ตัวบาง)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(อธิบายก่อนตาราง)

.....ตั้งตารางที่ 2

(enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2 ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ) สมรรถนะ	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 16)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา).....

(enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 16)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกั้นหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 16 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

เมธาวิ ยงทรัพย์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรชพร ทัพพ์วรา และ พงศ์ชัย ญัฐฐโสภณ. (2562). ความสุขในการทำงานและประสิทธิผลองค์กร. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุ่มัทนา คลังแสง, นูร์ปาซียะห์ กูนา, และ พงศ์ชัย ญัฐฐโสภณ. (2564). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรสาธารณสุข. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566-2570. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.

อติญาณ์ศร เกษตริน, สมาน งามสนิท, และฐนันต์ศักดิ์ บวรนันท์กุล. (2565). ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 6(3), 192-208.

ตัวอย่างรูปแบบบทความวิชาการ (Template)

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมามาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14

(หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty

of Nursing, Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาด

ตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

.....
.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ

เช่น การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

2.54 ซม.

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 16 ไม่นหนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

คิดณรงค์ โคตรทอง. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านยางเทิง ตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อติญาณ์ศร เกษตริน, สมาน งามสนิท, และฐนันต์ศักดิ์ บวรนันท์กุล. (2565). ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 6(3), 192-208.

วิทยา ศรีตามา. (2566, 10 มีนาคม). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน กรมการแพทย์.

<https://www.dms.go.th/diabetes-care-community>

2.4 รายละเอียดในตารางและการใช้สัญลักษณ์ในตาราง

รายละเอียดในตาราง

ลำดับ	ชื่อ	จำนวนทศนิยม	ตัวอย่าง	หมายเหตุ
1	-ข้อมูลทั่วไป (ร้อยละ)* -ค่าเฉลี่ย -ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน -ค่าสถิติ	2 ตำแหน่ง	0.02	*1 ตาราง
2	ค่า P-value	3 ตำแหน่ง	0.008	

การใช้สัญลักษณ์

ลำดับ	ชื่อ	สัญลักษณ์	หมายเหตุ
1	จำนวน	ใช้คำว่า จำนวน	
2	ร้อยละ	ใช้คำว่า ร้อยละ	
3	ค่าเฉลี่ย	<i>M</i> (ตัวเอียง)	ในเนื้อหาบทความ ตัวอย่าง เช่น (<i>M</i> = 4.58, <i>SD.</i> = 0.46)
4	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	<i>SD.</i> (ตัวเอียง)	
5	P-value	* P-value < 0.05 ** P-value < 0.01 *** P-value < 0.001	ใส่ได้ตาราง

ตัวอย่างการอ้างอิงตามรูปแบบ APA 7th Edition

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-Text Citation)

ประเภทผู้แต่ง	การอ้างอิงหน้าข้อความ	การอ้างอิงท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	ขจรศักดิ์ สุขเปรม (2565) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงาน...	...ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร (ขจรศักดิ์ สุขเปรม, 2565)
	Herzberg (1959) proposed the two-factor theory...	...affecting employee motivation (Herzberg, 1959)
ผู้แต่ง 2 คน	เมธาวิ ยงทรัพย์ และ สุมัทนา คลังแสง (2564) กล่าวถึงปัจจัย...	...ที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน (เมธาวิ ยงทรัพย์ และ สุมัทนา คลังแสง, 2564)
	Hackman and Oldham (1980) developed the job characteristics model...	...work design affects motivation (Hackman & Oldham, 1980)
ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป	อติญาน์ศร เกษตริน และคณะ (2565) เสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย...	...การบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ (อติญาน์ศร เกษตริน และคณะ, 2565)
	Glanz et al. (1999) conducted formative research...	...for targeted health programs (Glanz et al., 1999)
ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน	กรมอนามัย (2567) รายงานว่าการส่งเสริมสุขภาพ...	...เป็นภารกิจสำคัญของหน่วยงาน (กรมอนามัย, 2567)
	World Health Organization (2024) reported that global health initiatives...	...are essential for pandemic preparedness (World Health Organization, 2024)

การอ้างอิงท้ายบทความ (References)

หนังสือ	
ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์.	
ผู้แต่ง 1 คน	เมธาวี ยงทรัพย์. (2564). <i>ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่</i> . โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
	Bandura, A. (1977). <i>Self-efficacy: The exercise of control</i> . W. H. Freeman & Co.
ผู้แต่ง 2 คน	อรชพร ทัพพวรา และ พงศ์ชัย ณีภูริโสภณ. (2562). <i>ความสุขในการทำงานและประสิทธิภาพขององค์กร</i> . สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
	Rajasekar, D., & Verma, R. (2013). <i>Research methodology</i> . Archers & Elevators Publishing House.
ผู้แต่ง 1-20 คน ใส่ชื่อทุกคน	สุ้มทนา คลังแสง, นูร์ปาชียะห์ กุณา, และ พงศ์ชัย ณีภูริโสภณ. (2564). <i>การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรสาธารณสุข</i> . สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
	Glanz, K., Carbone, E., & Song, V. (1999). <i>Formative research methods for health program development</i> . Health Education Research Press.
ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน	กระทรวงสาธารณสุข. (2567). <i>ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566-2570</i> . กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
	World Health Organization. (2024). <i>Global health security: Strengthening pandemic preparedness and response</i> . WHO Press.
บทความในหนังสือ	

ชื่อ/สกุล./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ ใน/ ชื่อบรรณาธิการ/ (บ.ก.) / ชื่อหนังสือ/ (น./ เลขหน้า)/ สำนักพิมพ์.
สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2563). การสัมภาษณ์ประวัติ. ใน วิทยา ศรีตามา (บ.ก.), <i>การสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย</i> (พิมพ์ครั้งที่ 12, น. 1-7). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
หนังสืออิเล็กทรอนิกส์
เจ้าของผลงาน./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อเรื่อง./ (ครั้งที่พิมพ์)/ สำนักพิมพ์หรือผู้จัดพิมพ์./ URL หรือ https://doi.org/เลข DOI
Smith, J. A. (2021). <i>Introduction to psychology</i> (3rd ed.). ProQuest Ebook Central. https://ebookcentral.proquest.com
Jackson, L. M. (2019). <i>The psychology of prejudice: From attitudes to social action</i> (2nd ed.). American Psychological Association. https://doi.org/ 10.1037/0000168-000
วารสาร
ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ ปีที่ (ฉบับที่)/ เลขหน้า.
อติญาณ์ศร เกษตริน, สมาน งามสนิท, และฐนันต์ศักดิ์ บวรนนท์กุล. (2565). ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. <i>วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน</i> , 6(3), 192-208.
Smith, J. A., & Johnson, M. B. (2023). Mental health interventions in community settings: A systematic review. <i>American Journal of Public Health</i> , 113(8), 845-852. https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307245

ปริญญาานิพนธ์
เจ้าของผลงาน./ (ปีพิมพ์) ./ ชื่อเรื่อง/[ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต/ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต/ไม่ได้ตีพิมพ์] ./ชื่อมหาวิทยาลัย.
คิดณรงค์ โคตรทอง. (2564). <i>การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชน บ้านยางเทิง ตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี</i> [วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
Garcia, M. L. (2024). <i>Food security and maternal health outcomes among Hispanic women in border communities</i> [Unpublished doctoral dissertation]. University of Texas Health Science Center.
รายงาน / เอกสารประกอบการประชุม
ชื่อผู้เขียน. (ปี). ชื่อรายงาน. หน่วยงาน. URL (ถ้ามี)
ชื่อหน่วยงาน. (ปี, เดือน วัน). ชื่อรายงาน. หน่วยงานต้นสังกัด. URL (ถ้ามี)
กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. (2562). ผลของโปรแกรมการพัฒนาผลงานวิจัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : กรมวิชาการ.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2566, 15 มีนาคม). <i>รายงานการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 2/2566</i> . สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
ราชกิจจานุเบกษา
ชื่อกฎหมาย./ (ปี./วัน/เดือน) ./ราชกิจจานุเบกษา./เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน./หน้า/เลขหน้า.
พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535. (2535, 31 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 109 ตอนที่ 50 ก. หน้า 1-15.
กฎกระทรวงว่าด้วยการควบคุมอาหาร พ.ศ. 2561. (2561, 26 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ 40 ก. หน้า 12-28.

การอ้างอิงท้ายบทความ (References) (ต่อ)

Website
ชื่อ/สกุลผู้เขียนหรือหน่วยงาน./ (ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
วิทยา ศรีดามา. (2566, 10 มีนาคม). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน กรมการแพทย์. https://www.dms.go.th/diabetes-care-community
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565, 16 กันยายน). รายงานสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของคนทำงาน (ในองค์กร). https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/09/576-HappyWorkplace-2021.pdf
World Health Organization. (2023, March 8). <i>Mental health and climate change</i> . https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-climate-change

วิธีการจัดเรียงรายการอ้างอิง

1. การเรียงตามลำดับอักษร

1.1 ภาษาไทย ใช้หลักการเดียวกับการเรียงคำในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน

โดยเรียงตามรูปพยัญชนะ ก-ฮ ส่วนคำที่ขึ้นต้นด้วยพยัญชนะเดียวกันให้เรียงตามรูปสระ

1.2 ภาษาอังกฤษ ใช้หลักการเดียวกับการเรียงคำใน Dictionary โดยเรียง A-Z

2. การเรียงลำดับงานหลายงานที่มีชื่อผู้แต่งคนแรกเป็นชื่อคนเดียวกัน

2.1 ถ้าชื่อผู้แต่งทุกคนเหมือนกันให้จัดเรียงตามปีที่พิมพ์

2.2 ถ้าชื่อผู้แต่งที่แตกต่างกันให้จัดเรียงตามงานที่มีชื่อผู้แต่งคนเดียวก่อนงานที่มีชื่อผู้แต่งอื่นร่วม

2.3 ถ้าชื่อผู้แต่งคนแรกเป็นคนเดียวกันและชื่อผู้แต่งคนที่สองหรือคนที่สามต่างกัน ให้จัดเรียงตามลำดับอักษรตัวแรกของชื่อสกุลของผู้แต่งคนที่สองและคนที่สามตามลำดับ

2.4 ถ้าชื่อผู้แต่งคนแรกมีชื่อสกุลเหมือนกันให้จัดเรียงตามลำดับอักษรย่อชื่อต้นและชื่อกลางของชื่อผู้แต่งคนแรก

3. ใบสมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (โดยต้องแนบมาพร้อมกับการแนบบทความในระบบ Thai Jo)

ใบสมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
 (การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้าผู้วิจัยหลัก (First Author)

ชื่อ – นามสกุล

อีเมล :

สถานที่ปฏิบัติงาน :

โทรศัพท์ :

ตำแหน่งทางวิชาการ

ศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์

นักสาธารณสุข อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

เลขประจำตัวสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง

.....

มีความประสงค์ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

จำนวน 2 คน จำนวน 3 คน

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

มี (โปรดแนบพร้อมกับการส่งบทความที่ขอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่) ไม่มี

ผู้ร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัยร่วม (ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ)	E-mail	สถานที่ปฏิบัติงาน (ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ)	การมีส่วนร่วมใน บทความ
1				<input type="checkbox"/> Corresponding <input type="checkbox"/> Co-Author
2				<input type="checkbox"/> Corresponding <input type="checkbox"/> Co-Author
3				<input type="checkbox"/> Corresponding <input type="checkbox"/> Co-Author

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความวิจัย/บทความวิชาการ ที่ส่งเข้ามาพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ยังวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนไม่ได้ส่งไปเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่เรื่องดังกล่าวในวารสารอื่นๆ

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขการส่งตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย/บทความวิชาการ ตามที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนกำหนด

ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ได้มอบหมายให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนแจ้งให้ทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

4. ช่องทางการติดต่อ

สำนักงาน :

สำนักงานเลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-055-6585 กด 0 (ติดต่องานวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน)

E-mail: the.jccph@gmail.com

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

เลขที่จดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)



จัดทำโดย : กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน



วสธบ.

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health

จัดพิมพ์โดย

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-591-9186

e-mail:the.jccph@gmail.com

ISSN ONLINE 2697-5653