

JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3

กันยายน - ธันวาคม 2568

Vol.7 no.3 May - August 2025



วสช.

ISSN 2730-1729

ISSN ONLINE 2697-5653

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

วัตถุประสงค์

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

สำนักงาน :

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

โทรศัพท์ 066-131-0795 กด 6

e-mail : The.JCCPH@gmail.com

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

ที่พิมพ์ :

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

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

| ที่ปรึกษา | กองบรรณาธิการ | |
|---|--|---|
| ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล | ศาสตราจารย์ ดร.สฤตกร พงศ์พานิช | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงศ์นิญโญ | ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชครัตน์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| รองศาสตราจารย์ ดร.วรวจน์ พรหมสัถยพรต | 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.ปัญญาพัฒน์ 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 เนาว่าสุวรรณ | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม |
| สถาบันพระบรมราชชนก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม | 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 ญญ.ดร.ดาวรุ่ง คำวงศ์ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| สถาบันพระบรมราชชนก | อาจารย์ ทพ.ภาสกร ศรีไทย | สถาบันพระบรมราชชนก |
| | พญ.กฤษณาพร เกื้อนโสทร | โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น |
| กองจัดการ | พญ.ฐิตาภรณ์ ภูตเขต | โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม |
| นางสาวภรภัทร แจ่มวงษ์ | พญ.เสาวนีย์ วิบูลสันติ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| สภาการสาธารณสุขชุมชน | ว่าที่ร้อยเอกวีระศักดิ์ เดชอรัญ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง |
| | นายคณยศ ชัยอาจ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น |
| | กำหนดออก | |
| | ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ | |
| | ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน | |
| | ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม | |
| | ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม | |
| | เจ้าของ | |
| | สภาการสาธารณสุขชุมชน | |

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลดตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ (เริ่มฉบับที่ 1 ปี 2569 เป็นต้นไป) โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชนไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ
 บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิชาการ (Academic Articles) :

| | |
|---|----------|
| ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อสุขภาพช่องปาก..... | E-280158 |
| The Impact of Non-Communicable Diseases (NCDs) on Oral Health | |
| จาตุรนต์ ลิทธิราช | |

บทความวิจัย (Original Articles) :

| | |
|--|----------|
| การพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านสำหรับนักศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่..... | E-281139 |
| Development of a Family Health Practice Training Set through the Home Visit Process for Public Health Students at Chiang Mai Rajabhat University | |
| ฉัตรศิริ วิภาวิน, รุจีรัฐ นุภาพ และวิทยา ต้นอารีย์ | |

| | |
|--|----------|
| ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรม สุขภาพและดัชนีมวลกายของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน..... | E-282020 |
| The effects of a self-efficacy development program for nutrition management on health behaviors and body mass index in overweight late adolescents | |
| ณัฐวดี ดาววิเศษ, กชกร สมจินดา, กรรณิการ์ นาคสด และคณะ | |

| | |
|--|----------|
| ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา..... | E-282283 |
| The Effectiveness of the Stroke Prevention Behavior Improvement Program among Older Adults in Mae Ka Sub-district, Mueang Phayao District, Phayao Province | |
| จิรดา ลิทธิสวานจิก, กัญญาณัฐ จุฬารภา, ชรินทร์รัตน์ เล็กสิงโต และคณะ | |

| | |
|---|----------|
| บทความวิจัย (Original Articles) : | |
| ผลของการใช้ “หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า” ในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและอาการหนาว สั่น ในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง ในโรงพยาบาลแม่สาย..... | E-282564 |
| Effect of Warming cap and sock to prevent hypothermia and shivering in maternal undergoing cesarean section under spinal anesthesia in Maesai hospital นภัสสรณ์ ฉัตรยิ่งหิรัญกิจ, สมปรารถนา วอง | |
| การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง..... | E-281828 |
| The Development of Melioidosis Surveillance, Control, and Health Literacy Promotion for Prevention Among At-Risk Groups in the Lower Southern Region ปฐมพร พริกชู, นัจมี หลีสหัต และอรไท ทัพเคสิยว | |
| อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัวในกลุ่มผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนักได้ด้วยการ ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในพื้นที่กึ่งเมือง..... | E-283424 |
| Barriers and facilitators to weight maintenance among women who previously achieved weight loss through lifestyle modification in semi-urban areas จารุณี เทียบโพธิ์, เสาวรส มีกุล และอุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์ | |
| ประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี..... | E-283131 |
| The Effectiveness of a Parent Training Program for Behavioral Modification in Children with ADHD, Don Mod Daeng Hospital, Ubon Ratchathani Province ศิรินญา แสงตะวัน | |
| ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก..... | E-283017 |
| Factors Affecting the Quality of Life Among the Elderly in Nakhonthai District, Phitsanulok Province อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย | |

บทความวิจัย (Original Articles) :

| | |
|---|----------|
| ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข..... | E-283718 |
| Factors Affecting Digital Competency of Public Health Technical Officers in Sub-district Health Promoting Hospitals, Nakhon Pathom Province, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health | |
| ศิริวิทย์ ธรรมกร่าง, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ | |
| ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี..... | E-283194 |
| Risk Factors Associated with Falls Among THE Elderly in Ubon Ratchathani Province | |
| อัญชุลี เนื่องอุดม, วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร , ประรณนา สถิตยวิภาวี และคณะ | |
| อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง..... | E-279930 |
| The Influence of Health Literacy on Exercise Behavior among Students of Sirindhorn College of Public Health Trang | |
| บุษยมาศ คล้ายคลึง, วรรณรดา ทองนุ่ม, จักรินทร์ ปริมาณนธ์ และคณะ | |
| การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรัก” | E-283873 |
| The Development of Community Based Treatment and Motivation Interview for Drug Addicts: The “Phayao Lom Rak” Model | |
| ภานุพันธ์ ไพฑูรย์, อภิชัย สิริ และสิทธิชัย ไสสม | |
| การยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ โรงพยาบาลบ้านไร่... | E-283369 |
| Enhancing the Quality of Outpatient Services with the Smart Hospital Concept at Ban Rai Hospital | |
| ชล ศีลาเจริญ | |
| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงานพื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดสูง จังหวัดตาก..... | E-279529 |
| Factors Influencing Preventive Behavior on Coronavirus Disease 2019 among Myanmar Migrants Workers in Factories at High Incidence Rate of Border Areas Tak Province | |
| ชไมกาญจน์ แซ่เตีย, ภัทรพล มากมี | |

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

คู่มือวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ฉบับประจำปีที่ 7 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2568 ถือเป็นฉบับปฐมฤกษ์ของคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน วาระที่ 3 ที่มีโอกาสได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวารสารฯ โดยมีเนื้อหา สาระทางวิชาการที่เป็นประโยชน์และมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (Peer reviews) ในสาขานั้นๆ เรื่องละ 2-3 ท่าน ซึ่งการจัดทำวารสารฯ จะเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานวิชาการและเป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้รับการรับรองจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็นวารสารฯ กลุ่มที่ 2 โดยวารสารฯ ฉบับนี้ขอแนะนำเสนอทั้งหมด จำนวน 15 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 14 เรื่อง บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ รวมถึงผู้ติดตามอ่านวารสารฯ อย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาให้ข้อเสนอแนะ และกลั่นกรองคุณภาพบทความทำให้บทความของวารสารฯ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวกับสุขภาพ หากท่านมีความประสงค์ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ในวารสารฯ หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถส่งหรือให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนากับกองบรรณาธิการได้ตลอดเวลา รวมถึงช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ บอกต่อกับผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังว่า เนื้อหาของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่วารสารฯ ได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านและผู้สนใจ รวมไปถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงการสาธารณสุขชุมชน และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ
บรรณาธิการ



ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อสุขภาพช่องปาก The Impact of Non-Communicable Diseases (NCDs) on Oral Health

จาดูรนต์ สิทธิราช^{1*}

Jaturon Sittirach^{1*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านรำเปิง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่^{1*}

Ban Ram Poeng Sub-District Health Promoting Hospital, Mae Taeng, Chiang Mai^{1*}

(Received: 29 May 2025; Revised: 21 October 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงสะสมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ปี 2567 พบป่วยร้อยละ 20 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในอีก 7 ปี แม้ว่าระบบสุขภาพจะมีการจัดบริการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง แต่ประเด็นเรื่องสุขภาพช่องปากยังคงได้รับความสนใจน้อยในกลุ่มนี้ ทั้งนี้มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากสูง และโรคในช่องปากยังส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและโรคหัวใจ บทความนี้มุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองทาง ระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับสุขภาพช่องปากในมิติทางชีววิทยา สังคม และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงผลกระทบเชิงสาธารณสุขในด้านคุณภาพชีวิตภาระค่าใช้จ่าย และภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ พร้อมเสนอแนวทางบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากในระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเน้นการคัดกรองร่วมในการให้บริการ การสนับสนุนการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และระบบส่งต่อข้อมูลร่วมกันแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อติดตามผลเป็นระยะ แนวทางดังกล่าวมุ่งยกระดับประสิทธิภาพการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สุขภาพช่องปาก, โรคเบาหวาน, โรคปริทันต์, การส่งเสริมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding e-mail: dp580038@scphpl.ac.th, จาดูรนต์ สิทธิราช)

Abstract

Noncommunicable diseases (NCDs), driven by accumulated behavioral risk factors, are rising in Thailand, particularly among older adults—an estimated 20% in 2024, projected to reach 30% within seven years. Despite ongoing chronic care services, oral health has received limited attention in this population, even though evidence indicates higher risk of oral diseases among patients with NCDs and bidirectional effects of oral conditions on the control of diabetes, cardiovascular disease, and other chronic disorders. This article analyzes the two-way relationship between NCDs and oral health across biological, social, and service-delivery dimensions, and examines public-health implications for quality of life, healthcare costs, and workforce burden. It then proposes a system-wide integration of oral healthcare into NCD services across primary, secondary, and tertiary levels, emphasizing four pillars: (1) routine co-screening within NCDs clinics, (2) continuous behavior support and counseling, (3) interprofessional teamwork with clear task-sharing, and (4) electronic referral and shared data systems for periodic follow-up. The proposed approach is intended to improve treatment efficiency, reduce complications, and sustainably enhance patient well-being.

Keywords: Non-communicable diseases (NCDs), Oral health, Diabetes mellitus disease, Periodontal disease, Health promotion

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงสะสมในระยะยาว เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดกิจกรรมทางกาย โรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อระบบสุขภาพ โดยในปี 2567 ประเทศไทยมีประชากรที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน โรคความดันโลหิตสูงกว่า 14 ล้านคน โรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 2.5 แสนคน และโรคไตเรื้อรังประมาณ 1 ล้านคน (U.S. Department of Commerce, 2025; Department of Disease Control, 2023) กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นประชากรที่เติบโตอย่างรวดเร็ว มีอัตราการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคสูงถึงร้อยละ 75.00 (The Nation Thailand, 2025) ส่งผลให้ความต้องการในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นทั้งในเชิงการรักษาและป้องกัน ถึงแม้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แต่ประเด็นด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงถูกมองข้าม ทั้งที่มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากสูงกว่าประชากรทั่วไป

ไม่ว่าจะเป็น โรคปริทันต์ ฟันผุ หรือภาวะปากแห้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีความสัมพันธ์แบบสองทางกับโรคปริทันต์ กล่าวคือ หากน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังทำให้ภูมิคุ้มกันด้อยลง แผลในช่องปากหายช้า เกิดการอักเสบมากขึ้น ขณะเดียวกันการอักเสบเรื้อรังจากโรคปริทันต์กระตุ้นภาวะดีต่ออินซูลิน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Preshaw et al., 2012)

การมองข้ามปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เช่น การอักเสบเรื้อรังในช่องปาก ภาวะทุพโภชนาการ และประสิทธิภาพการรักษาโรคเรื้อรังอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงควรได้รับความสำคัญในทุกๆ ระดับของระบบบริการสุขภาพ

เนื้อเรื่อง

นิยามของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นกลุ่มของโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ และไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นผลสะสมจากปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว โรคกลุ่มนี้มีลักษณะเรื้อรัง ใช้ระยะเวลานานในการดำเนินโรค และมักต้องการการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต (WHO, 2023) องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ว่าเป็นโรคที่มีลักษณะสำคัญ คือ 1) ไม่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่ง 2) มีระยะการดำเนินโรคนาน 3) มักมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก และการไม่ออกกำลังกาย (WHO, 2023) กลุ่มโรคหลักในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Chronic respiratory diseases) เช่น โรคถุงลมโป่งพอง หอบหืด โรคมะเร็ง (Cancer) โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กับสุขภาพช่องปาก

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงสะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ และการขาดกิจกรรมทางกาย โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยและทั่วโลก สิ่งหนึ่งที่ถูกละเลยคือ สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับโรคในช่องปาก โดยเฉพาะโรคปริทันต์ (Periodontal disease) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับสุขภาพช่องปากมีลักษณะเป็น “ความสัมพันธ์สองทาง” (bidirectional relationship) โดยเฉพาะในกรณีของโรคเบาหวานและโรคปริทันต์ การศึกษาระดับนานาชาติ เช่น Botelho et al. (2022) แสดงให้เห็นว่าการอักเสบในช่องปากอาจมีผลต่อกลไกการอักเสบทั่วร่างกาย

และกระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ความดันโลหิตสูง หรือแม้แต่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในทางกลับกัน การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ดี เช่น เบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงเรื้อรัง ยังส่งผลกระทบต่อภูมิคุ้มกันในช่องปากและทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบรุนแรงขึ้น

ในประเทศไทย การศึกษาของ Promruck et al. (2024) พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีโรคในช่องปากร่วมด้วย มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพสูงขึ้น เช่น เชื้อราในช่องปาก เหงือกบวมจากยา และเยื่อหูหัวใจอักเสบจากเชื้อโรคในช่องปาก และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและโรคหัวใจ นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคน้ำตาลสูง และการไม่ออกกำลังกาย ยังเป็นปัจจัยเดียวกับที่เพิ่มความเสี่ยงของโรคในช่องปากด้วยเช่นกัน (WHO, 2022)

1. เบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ซึ่งหากควบคุมไม่ดี อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงช่องปาก ซึ่งถือเป็นระบบที่แสดงอาการของโรคเบาหวานได้ชัดเจนและหลากหลาย งานวิจัยจำนวนมากทั้งในประเทศและต่างประเทศยืนยันว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 25.9 (Sangkum, 2023) โดยเฉพาะในสามประเด็นสำคัญ คือ ภาวะปากแห้ง, โรคปริทันต์ และการหายของแผลในช่องปากที่ช้าลง

1.1 ภาวะปากแห้ง (Xerostomia) ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเกิดภาวะปากแห้งมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการทำงานของต่อมน้ำลาย เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาจเปลี่ยนแปลงสมดุลของของเหลวในร่างกาย ทำให้เกิดการคายน้ำ และการหลั่งน้ำลายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแห้งในช่องปาก ลิ้นแห้ง แสบร้อน เสี่ยงต่อการเกิดเชื้อราในปากและฟันผุได้ง่ายขึ้น (Scully, 2003)

1.2 โรคปริทันต์ (Periodontal Disease) โรคปริทันต์หรือโรคเหงือกอักเสบเรื้อรังเป็นภาวะอักเสบของเนื้อเยื่อรอบฟัน ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี กลไกของโรคเกี่ยวข้องกับภาวะที่ระดับน้ำตาลสูงทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง เพิ่มโอกาสเกิดเชื้อแบคทีเรียและกระตุ้นการอักเสบในเหงือกอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Ruangrit et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 82 มีปัญหาเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์ มีแนวโน้มฟันร่วงจากการอักเสบช้ากว่าผู้ไม่มีเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์มากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Preshaw et al., 2012)

1.3 การหายของแผลในช่องปากช้า (Delayed Wound Healing) การหายของแผลในผู้ป่วยเบาหวานช้ากว่าคนทั่วไป เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณปลายประสาทลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาวที่จำเป็นต่อกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ การศึกษาของ Delamaire et al. (1997) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการทำงานของ neutrophil ลดลง ทำให้การตอบสนองต่อเชื้อโรคช้ากว่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อแผลในช่องปาก เช่น แผลจากการถอนฟันหรือแผลร้อนใน หายช้ากว่าปกติ และมีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากขึ้น

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease)

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases: CVDs) เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรไทยและทั่วโลก โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดโรคนี้ เช่น พฤติกรรมการบริโภค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ยังถูกกล่าวถึงน้อยในระบบบริการสุขภาพแต่มีความสำคัญอย่างมาก คือ สุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะโรคปริทันต์ ซึ่งก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและภาวะเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด เป็นตัวกระตุ้นกระบวนการหลอดเลือดอักเสบและภาวะหลอดเลือดแข็ง

2.1 การอักเสบเรื้อรังจากเชื้อในช่องปาก หลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่าการอักเสบในช่องปาก โดยเฉพาะจากโรคปริทันต์ (Periodontal disease) มีบทบาทสำคัญในกระบวนการก่อโรคของหลอดเลือดหัวใจ โดยกลไกสำคัญ คือ การที่เชื้อแบคทีเรียในคราบพลัค เช่น *Porphyromonas gingivalis* สามารถเข้าสู่กระแสเลือดจากบริเวณเหงือกที่อักเสบ และกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุผิวภายในหลอดเลือด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Sanz et al., 2020)

2.2 การอักเสบในระดับระบบ (systemic inflammation) ที่เกิดจากโรคปริทันต์จะเพิ่มระดับของสารอักเสบ เช่น C-reactive protein (CRP) และ interleukins ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจ การศึกษาทางระบาดวิทยาหลายฉบับ พบว่า ผู้ที่มีโรคปริทันต์มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคเหงือก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น เบาหวาน และการสูบบุหรี่ การศึกษาของ Wichaidit et al. (2014) วิเคราะห์ข้อมูลจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคปริทันต์ร่วมด้วย มีแนวโน้มเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคในช่องปาก 4.5 เท่า (Tiensripojamarn et al., 2021) นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอเชิงปฏิบัติจาก WHO (2022) ที่ระบุให้ระบบสุขภาพทั่วโลกบูรณาการบริการทันตกรรมเข้ากับการดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

3. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD)

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นภาวะที่ไตสูญเสียความสามารถในการกรองของเสียออกจากร่างกายอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงสุขภาพช่องปาก เช่น ภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย การติดเชื้อในช่องปาก รวมทั้งการรับรสผิดปกติ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีบทบาทต่อคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ยังไม่ได้รับการตระหนักอย่างเพียงพอ

3.1 การสะสมของของเสียในช่องปาก ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในระยะลุกลามหรือที่ต้องรับการฟอกไต มักพบภาวะยูรีเมีย (uremia) หรือภาวะที่มีของเสียประเภทยูเรียและสารไนโตรเจนอื่น ๆ สะสมในเลือดในระดับสูง สารเหล่านี้สามารถขับออกมาทางน้ำลาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในช่อง

ปาก เช่น ความเป็นกรด-ด่างที่ผิดปกติ น้ำลายข้น และการสะสมของสารเคมีบางชนิดในเยื่อช่องปาก ซึ่งนำไปสู่การเกิดแผลเรื้อรัง ช่องปากแห้ง และกลิ่นปากเฉพาะตัว (Thongprayoon et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ยังมีระดับน้ำตาลกลูโคสลดลง เนื่องจากการใช้ยารักษาโรค เช่น ยาขับปัสสาวะและยาควบคุมความดันโลหิต ซึ่งส่งผลให้ช่องปากแห้ง เพิ่มโอกาสในการสะสมของคราบแบคทีเรียและการเกิดหินน้ำลาย (calculus)

3.2 การติดเชื้อและกลิ่นปาก การสะสมของของเสียและภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของจุลินทรีย์ในช่องปาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อราที่ลิ้นและเยื่อช่องปาก (oral candidiasis) การศึกษาของ Kaoiean et al. (2017) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วย มีภาวะเหงือกอักเสบ กลิ่นปากเรื้อรัง และมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหารอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า สุขภาพช่องปากที่ย่ำแย่มีความสัมพันธ์กับระดับ BUN (blood urea nitrogen) ที่สูง รวมถึงการอักเสบของเหงือกและเยื่อที่หายช้า (Puranik & Loke, 2016)

4. ผลของยาและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

การใช้ยาหลายชนิดในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลว อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก เช่น ยาในกลุ่ม calcium channel blockers (เช่น Amlodipine) สามารถทำให้เหงือกโต (gingival overgrowth) พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีสุขอนามัยช่องปากไม่ดี (Ellis et al., 1999)

4.1 ภาวะปากแห้ง (Xerostomia) ภาวะปากแห้งเป็นหนึ่งในผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ใช้ยา โดยเฉพาะยาในกลุ่ม antihypertensives (ยาลดความดันโลหิต), antidepressants (ยารักษาโรคซึมเศร้า) และ diuretics (ยาขับปัสสาวะ) ซึ่งสามารถลดการหลั่งน้ำลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแห้งคอกลิ้นอาหารยาก เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เชื้อรา และกลิ่นปาก (Scully, 2003) การศึกษาของ Kaewkamnerdpong & Krisdapong (2017) ในประเทศไทยที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมือง พบว่า ร้อยละ 41.20 ของผู้สูงอายุที่ใช้ยาประจำมากกว่าสามชนิด มีภาวะปากแห้ง และความชุกของฟันผุในกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ อย่างมีนัยสำคัญ

4.2 เหงือกบวมจากยา (Gingival Overgrowth) ยาในกลุ่ม calcium channel blockers (เช่น Amlodipine, Nifedipine) ซึ่งใช้ควบคุมความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ สามารถทำให้เกิดภาวะเหงือกโต หรือที่เรียกว่า drug-induced gingival overgrowth (DIGO) โดยเฉพาะในผู้ที่มีสุขอนามัยช่องปากไม่ดี เหงือกที่บวมสามารถปิดฟันบางส่วน ทำให้แปรงฟันลำบาก และเสี่ยงต่อการอักเสบลุกลาม การศึกษาของ Ellis et al. (1999) ในประเทศอังกฤษ พบว่า ประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ที่ใช้ Nifedipine เป็นเวลานานเกิดภาวะเหงือกบวม และแนะนำว่าควรให้คำแนะนำด้านทันตกรรมควบคู่กับการเริ่มใช้ยานี้

4.3 การเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก (Oral Mucosal Alterations) ยาหลายชนิดอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก เช่น การระคายเคือง การลอกของเยื่อ หรือแม้แต่ lichenoid reactions (อาการคล้ายร้อนในเรื้อรัง) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs, beta-blockers, และ ACE inhibitors กลุ่มยาต้านแคลเซียม (calcium channel blockers; CCBs) เช่น nifedipine และ amlodipine มีความเกี่ยวข้องกับ

การเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก โดยมีรายงานความชุกของภาวะดังกล่าวกับ nifedipine อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 14–83 ขณะที่ verapamil และ amlodipine พบร้อยละใกล้เคียงร้อยละ 4.20 และ 3.30 ตามลำดับ และส่วนมากเริ่มสังเกตได้ภายใน 3 เดือนหลังเริ่มยา (Castelino et al, 2021; Damdoum et al, 2022) ปัจจัยร่วมที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เพียงพอและภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 (Mainas et al., 2024)

ผลกระทบเชิงสาธารณสุข

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง เป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ในขณะที่เดียวกันโรคในช่องปากโดยเฉพาะโรคปริทันต์และฟันผุ ก็กำลังเป็นปัญหาที่มีความชุกสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าว การลดเสถียรภาพช่องปากในบริบทของการดูแลโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในหลายมิติ

1. คุณภาพชีวิตที่ลดลง

สุขภาพช่องปากมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเคี้ยวอาหาร การพูด หรือการเข้าสังคม การที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องทนทุกข์จากอาการปวดฟัน เนื่องจากฟันผุ หรือโรคเหงือกเรื้อรัง ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต งานวิจัยในประเทศไทยโดย Srisilapanan et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคปริทันต์รายงานคุณภาพชีวิตด้านช่องปากต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผลต่อการกินอาหาร ความมั่นใจในตนเอง และโรคในช่องปาก เช่น ฟันผุและเหงือกอักเสบ เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรในหลายประเทศมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมด้วย (Peres et al., 2019)

2. ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา

โรคช่องปากที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มักนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การสูญเสียฟัน และจำเป็นต้องถอนฟันหรือใส่ฟันปลอม ซึ่งล้วนแล้วแต่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องรักษาร่วมกับโรคประจำตัวเดิม การดูแลโรคประจำตัวที่มีความซับซ้อนควบคู่กับการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะทาง มีแนวโน้มเพิ่มความต้องการทรัพยากรทั้งบุคลากร เวลา และหัตถการขั้นสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ป่วยสูงขึ้น และก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพจากข้อมูลของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP, 2022) ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเฉลี่ยต่อรายในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่มทั่วไปถึง 1.7 เท่า และมักเกิดในผู้มีรายได้น้อย ซึ่งกระทบต่อการเข้าถึงบริการการศึกษาของ Listl et al. (2015) ประเมินว่าภาระค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคในช่องปาก มีมูลค่ากว่า 500,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วม

3. ความจำเป็นในการดูแลแบบสหวิชาชีพ

ระบบสุขภาพในยุคปัจจุบันกำลังเปลี่ยนจากการรักษาเฉพาะด้าน ไปสู่การดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนหลากหลาย การดูแลสุขภาพช่องปากจึงไม่ควรถูกจำกัดอยู่เฉพาะในคลินิกทันตกรรม แต่ควรบูรณาการกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) สนับสนุนให้มีการบูรณาการบริการทันตกรรมในระบบบริการโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง โดยเสนอให้มีระบบคัดกรองช่องปากในคลินิกเบาหวาน คลินิกความดัน และการอบรมบุคลากรสุขภาพให้สามารถแนะนำผู้ป่วยเรื่องสุขภาพช่องปากเบื้องต้นได้การศึกษาของ Sukhabun et al. (2021) พบว่าการดูแลร่วมระหว่างแพทย์และทันตแพทย์ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตชนบท ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องถอนฟัน และเพิ่มอัตราการตรวจช่องปาก ในกลุ่มเสี่ยงได้ อย่างมีนัยสำคัญ

แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ควรใช้ลักษณะ “แบบองค์รวม” โดยครอบคลุมถึงสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด ทั้งโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรมีการวางระบบที่เชื่อมโยงทั้งในระดับบุคลากร การบริการ และนโยบายอย่างครบวงจร

1. การประเมินและคัดกรองช่องปากร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรได้รับการประเมินสุขภาพช่องปาก ร่วมกับการประเมินอาการของโรคทางระบบ โดยเฉพาะในการตรวจตามคลินิกเบาหวาน ความดัน หรือหัวใจ การศึกษาของ Sukhabun et al. (2021) โรงพยาบาลชุมชนในไทย พบว่า การนำการตรวจช่องปากเบื้องต้นเข้าร่วมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มอัตราการตรวจพบโรคเหงือกและฟันผุได้เร็วขึ้น และลดอัตราการถอนฟันในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ถึงร้อยละ 27

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ยังเสนอให้มี “integrated screening” ที่เน้นให้ทันตแพทย์และแพทย์ทั่วไป สามารถคัดกรองความเสี่ยงซึ่งกันและกันได้ เพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับการดูแลแบบป้องกัน

2. การให้ความรู้และปรับพฤติกรรม

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันที่ถูกต้อง การงดสูบบุหรี่ และลดน้ำตาล มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงของโรคปริทันต์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน งานวิจัยในประเทศไทย โดย Boonyanit et al. (2018) พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้ระดับการแปรงฟันอย่างถูกวิธีเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 64 และลดการเกิดเลือดออกขณะแปรงฟันในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างชัดเจน การศึกษาการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวทาง health coaching และ motivational interviewing สามารถเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพช่องปากระยะยาว (Kwan et al., 2022)

3. การพัฒนาบุคลากรและบริการร่วม

การสร้างความร่วมมือระหว่างแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ มีความจำเป็น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความครบถ้วนและสอดคล้อง การศึกษาของ Srisilapanan et al. (2020) ในโครงการนำร่องภาคเหนือของไทย พบว่า การอบรมพยาบาลให้สามารถประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้นในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มการส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกทันตกรรมได้มากขึ้นถึง 1.8 เท่า

4. ระบบส่งต่อในระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ

การสร้างระบบส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพระหว่างคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เช่น คลินิกเบาหวาน) และคลินิกทันตกรรมในสถานพยาบาลเดียวกันหรือในเครือข่าย เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยควรมีระบบบันทึกข้อมูลร่วม เช่น e-referral และมีเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน การศึกษาของ Listl et al. (2022) จากสหภาพ

ยุโรป เสนอว่าระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพช่องปากกับข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยให้สามารถลดค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อน และวางแผนการดูแลระยะยาวได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง หนึ่งในมิติที่มักถูกละเลยคือ “สุขภาพช่องปาก” ทั้งที่มีหลักฐานจำนวนมากยืนยันว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อโรคในช่องปากมากกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะโรคปริทันต์ ภาวะปากแห้ง การติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก ความสัมพันธ์ระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสุขภาพช่องปากมีลักษณะเป็นแบบสองทาง (bidirectional relationship) กล่าวคือ ความผิดปกติในช่องปากสามารถส่งผลต่อการดำเนินของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานหรือโรคหัวใจ ในขณะที่การควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคช่องปากหรือทำให้อาการรุนแรงขึ้น ทั้งนี้รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาเรื้อรัง เช่น ภาวะปากแห้ง เหงือกบวม และการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก ผลกระทบจากการละเลยสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สะท้อนออกมาในหลายมิติ ทั้งด้านคุณภาพชีวิตที่ลดลงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และความจำเป็นในการดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพอย่างบูรณาการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสมบูรณ์และครอบคลุม จำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินและคัดกรองสุขภาพช่องปากร่วมกับโรคทางระบบ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ และการจัดระบบส่งต่อในทุกระดับบริการ ทั้งหมดนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลักดันการบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างเป็นรูปธรรม กระทรวงสาธารณสุขควรจัดให้มีนโยบายชัดเจนในการบูรณาการ การดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น การบรรจุการประเมินสุขภาพช่องปากไว้ในแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ในระดับปฐมภูมิ
2. พัฒนาชุดเครื่องมือและแนวทางการคัดกรองช่องปากสำหรับบุคลากรสหวิชาชีพ ควรจัดทำคู่มือและแบบคัดกรองสุขภาพช่องปากที่เข้าใจง่าย สำหรับใช้โดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและส่งต่อได้อย่างทันท่วงที
3. ส่งเสริมการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบสุขภาพ ให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน จัดบริการทันตกรรมแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เช่น การอบรมพยาบาล เภสัชกร และอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก จะช่วยลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. จัดทำแคมเปญรณรงค์สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ เช่น Line OA, Facebook, TikTok เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสุขภาพช่องปาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำสื่อการเรียนรู้และกิจกรรมสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. การสนับสนุนการวิจัยเชิงความสัมพันธ์และเชิงพัฒนาในประเด็นสุขภาพช่องปาก กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมีการส่งเสริมการวิจัยในประเทศที่เน้นการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ และเศรษฐศาสตร์สุขภาพของการบูรณาการช่องปากกับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับกำหนดนโยบายในอนาคต

รายการอ้างอิง

- Boonyanit, D., Ruangrit, N., & Suriyan, N. (2018). Oral health education integrated in diabetes care improves self-care behaviors: A community-based study in Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*, 22(3), 215–225.
- Botelho, J., Mascarenhas, P., Viana, J., Proença, L., Orlandi, M., Leira, Y., Chambrone, L., Mendes, J. J., & Machado, V. (2022). An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. *Nature Communications*, 13, 7614. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-35337-8>
- Castelino, R. L., Babu, R., & Hegde, A. (2021). Nifedipine-induced gingival enlargement: A case report (with review). *Current Medicine Research and Practice*, 11(1), 49–52.
- Damdoum, M., et al. (2022). Calcium channel blockers induced gingival overgrowth. *Cureus*, 14(7), e26730.
- Delamaire, M., Maugendre, D., Moreno, M., Le Goff, M. C., Allannic, H., & Genetet, B. (1997). Impaired leucocyte functions in diabetic patients. *Diabetic Medicine*, 14(1), 29–34. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9136\(199701\)14:1<29::AID-DIA300>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9136(199701)14:1<29::AID-DIA300>3.0.CO;2-V)
- Department of Disease Control. (2023). *The Department of Disease Control campaign for World Heart Day 2024 emphasizes public awareness of the benefits*. Retrieved from <https://www.ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=46462&deptcode=odpc7>
- Ellis, J. S., Seymour, R. A., Steele, J. G., & Robertson, P. (1999). Prevalence of gingival overgrowth induced by calcium channel blockers: A community-based study. *Journal of Periodontology*, 70(1), 63–67. <https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.1.63>
- IHPP. (2022). Dental health and NCDs: Policy brief. International Health Policy Program Ministry of Public Health.



- Kaoiean, P., Thongthai, W., & Jantarat, J. (2017). Oral health status and related factors in patients with chronic kidney disease in a tertiary hospital. *Songklanagarind Medical Journal*, 35(4), 275–284.
- Kwan, S. Y. L., Petersen, P. E., & Pine, C. M. (2022). Promoting oral health through behaviour change interventions: Evidence and best practices. *Community Dental Health*, 39(1), 15–22. https://doi.org/10.1922/CDH_Kwan02
- Listl, S., Celeste, R. K., Giannobile, W. V., & Birch, S. (2022). Societal and healthcare system implications of integrated oral health care. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00379-w>
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355–1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Mainas, G., et al. (2024). Association between calcium-channel blockers and gingival enlargement: A cross-sectional study. *Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery*, 149, 105315
- Peres, M. A., Macpherson, L. M., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., ... & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394, 10194, 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., Makrilakis, K., & Taylor, R. (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55(1), 21–31. <https://doi.org/10.1007/s00125-011-2342-y>
- Promruck, N., Ruengorn, C., Thavorn, K., Bandhaya, P., & Nochaiwong, S. (2024). Association between oral health conditions and the risk of major noncommunicable diseases: A protocol for systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Medicine*, 12, 20503121241290385. <https://doi.org/10.1177/20503121241290385>
- Puranik, M. P., & Loke, V. (2016). Oral health and chronic kidney disease: A review. *Indian Journal of Nephrology*, 26(4), 205–209. <https://doi.org/10.4103/0971-4065.164839>
- Ruangrit, N., Khamporn, U., & Kaewthummanukul, T. (2019). Periodontal status and related factors among type 2 diabetic patients in a northeastern community hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(2), 45–54.

- Sangkum, O. (2023). Risk Indicators for Severe Periodontitis and Level of Oral Health Awareness in Type 2 Diabetic Patients Attending A Tertiary Bangkok Metropolitan Administration Hospital. *J DENT ASSOC THAI*, 73(2), 154-162.
- Sanz, M., Marco Del Castillo, A., Jepsen, S., Gonzalez-Juanatey, J. R., D’Aiuto, F., Bouchard, P., ... & Dietrich, T. (2020). Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(3), 268–288. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13189>
- Scully, C. (2003). Drug effects on salivary glands: Dry mouth. *Oral Diseases*, 9(4), 165–176. <https://doi.org/10.1034/j.1601-0825.2003.03953.x>
- Srisilapanan, P., Nirunsittirat, A., & Songpaisan, Y. (2016). Oral health–related quality of life in Thai patients with diabetes. *Journal of Dental Public Health*, 71(3), 134–140.
- Srisilapanan, P., Nirunsittirat, A., & Songpaisan, Y. (2020). Integrating oral health services into primary care for NCD patients: Evidence from northern Thailand. *Journal of Public Health Dentistry*, 80(2), 120–127.
- Sukhabun, N., Rattanapinyopituk, K., & Wongchaisuwat, A. (2021). Integration of oral health services in NCD clinics: outcomes from rural district hospitals. *Thai Journal of Public Health*, 51(1), 22–30.
- The Nation Thailand. (2025). *ThaiHealth reveals top 7 health issues in Thailand for 2025*. Retrieved from <https://www.nationthailand.com/news/general/40044265>
- Thongprayoon, C., Bathini, T., Hansrivijit, P., Vallabhajosyula, S., Kaewput, W., & Cheungpasitporn, W. (2022). Oral manifestations and dental health in patients with chronic kidney disease. *Kidney International Reports*, 7(3), 528–539. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.12.015>
- Tiensripojarn, N., Lertpimonchai, A., Tavedhikul, K. et al., (2021). Periodontitis is associated with cardiovascular diseases: A 13-year study. *J Clin Periodontol*, 48(3), 348-356. doi: 10.1111/jcpe.13418.
- U.S. Department of Commerce. (2025). *Thailand healthcare non-communicable diseases*. International Trade Administration. Retrieved from <https://www.trade.gov/market-intelligence/thailand-healthcare-non-communicable-diseases>
- Wichaidit, C., Pichainarong, N., & Kueakulpipat, W. (2014). Relationship between periodontal disease and cardiovascular risk factors among Thai adults attending NCD clinics. *Journal of Health Science*, 23(2), 100–108.

World Health Organization. (2022). Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061485>

World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



การพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านสำหรับ
นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Development of a Family Health Practice Training Set through the Home Visit
Process for Public Health Students at Chiang Mai Rajabhat University

ฉัตรศิริ วิภาวิน^{1*}, รุจีรัฐ นุภาพ¹, วิทยา ตันอารีย์¹

Chatsiri Wiphawin^{1*}, Rujeerat Nupap¹, Wittaya Tanaree¹

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่¹

Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University¹

(Received: 19 July 2025; Revised: 7 September 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนในสาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์มีความต้องการในการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงส่งเสริมบทบาทของบัณฑิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในทุกช่วงวัย การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ และประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อชุดฝึกดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัว แบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังการใช้ชุดฝึกแบบประเมินทักษะเชิงปฏิบัติ แบบสะท้อนผล แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC เฉลี่ย 0.85 ด้านประสิทธิภาพ พบว่าความรู้ก่อนและหลังการใช้ชุดฝึกมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดสอบ 12.35 ± 2.15 และหลังทดสอบ 17.48 ± 1.96 ซึ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.62, p < .001$) สำหรับทักษะเชิงปฏิบัติพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก $2.77 (\pm 0.39)$ เป็น $4.31 (\pm 0.33)$ หลังใช้ชุดฝึก โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยรวมของทักษะเชิงปฏิบัติเท่ากับ 4.56 ± 0.50 ด้านความพึงพอใจโดยรวมของนักศึกษาอยู่ในระดับ มากที่สุด ด้วยค่าเฉลี่ย 4.59 ± 0.44 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนว่าชุดฝึกช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะการสื่อสารและความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริง อีกทั้งแบบสะท้อนผลช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงตามแนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ ชุดฝึกดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาบัณฑิตสาธารณสุขให้มีคุณภาพมีทักษะการดูแลแบบองค์รวมในชุมชนและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้จริง

คำสำคัญ: ชุดฝึกปฏิบัติงาน, อนามัยครอบครัว, การเยี่ยมบ้าน, นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์

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

Abstract

The teaching and learning process in public health education requires the development of individual, family, and community capacities for self-care, as well as the promotion of graduates' roles in preventing health risk behaviors across all age groups. This research and development (R&D) study aimed to develop a family health practice training set based on the home visit process for public health students, and evaluate its effectiveness and students' satisfaction with the training set. The participants were 98 second-year public health students. The research instruments included the family health practice training set, pre – test and post – test knowledge assessments, a practical skills assessment form, a reflection form, a satisfaction questionnaire, and a semi-structured in-depth interview guide. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results revealed that the developed training set had content validity verified by experts (IOC = 0.85). The mean pretest and posttest knowledge scores were 12.35 ± 2.15 and 17.48 ± 1.96 , respectively, showing a statistically significant increase ($t = 14.62, p < .001$). Practical skill scores also improved from $2.77 (\pm 0.39)$ to $4.31 (\pm 0.33)$ at a statistically significant level ($p < .001$). Students' overall satisfaction with the training set was at the highest level ($M = 4.59, SD = 0.44$). Qualitative findings indicated that the training set enhanced students' knowledge, communication skills, and confidence in real practice. Furthermore, the reflection form promoted learning through real-life experience was consistent with the principles of Experiential Learning Theory. In conclusion this training set can serve as a practical guideline for teaching and learning in public health education, fostering holistic health care competencies and enabling students to apply their knowledge effectively in community settings.

Keywords: Training package, family health, home visit, public health students

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการพัฒนาต่อเนื่องทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยอายุของคนไทยเพิ่มขึ้นและสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ จากการสำรวจสุขภาพของคนไทยพบว่าหลายคนไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรังหรือยังไม่สามารถจัดการกับโรคได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง (หนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์และคณะ, 2568) เพื่อรับมือกับปัญหาความท้าทายด้านสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นการศึกษาในสาขาสาธารณสุขศาสตร์จึงมีบทบาทสำคัญในการผลิตบัณฑิตที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างองค์รวม

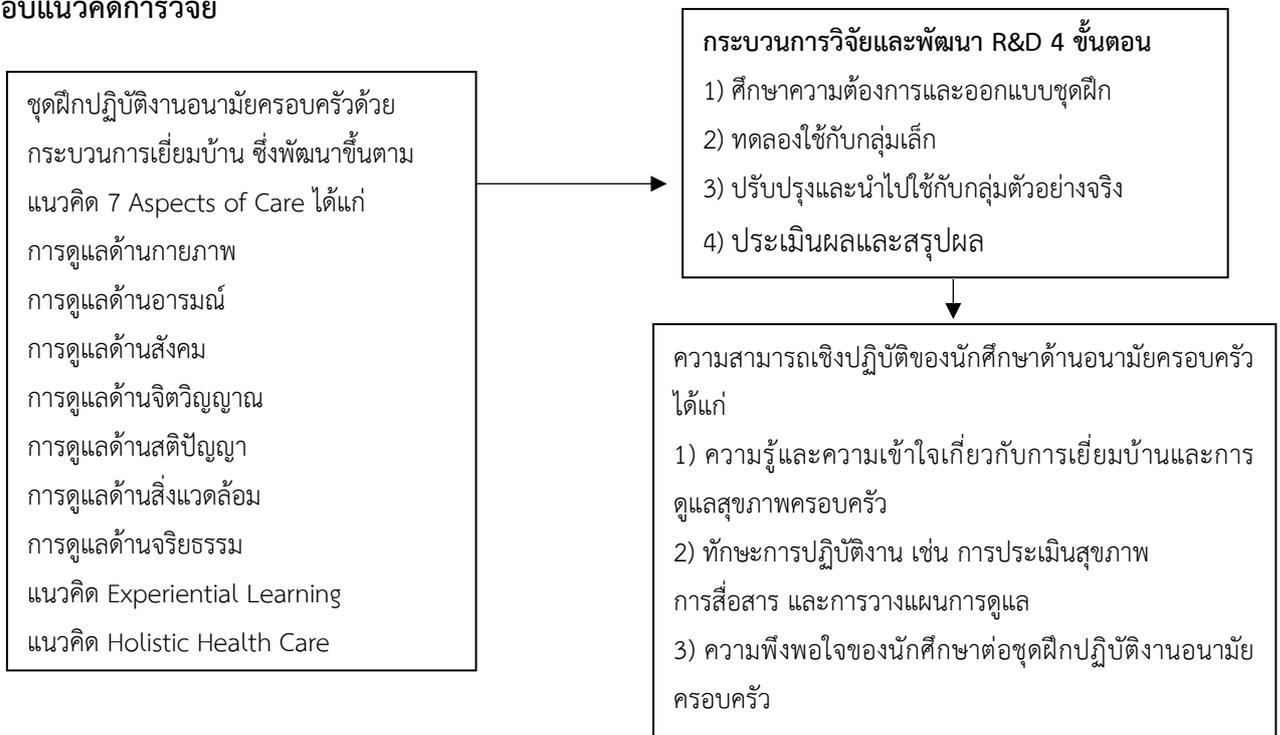
การเรียนการสอนรายวิชานามัยครอบครัวเป็นรายวิชาหลักที่มีความสำคัญในการผลิตบัณฑิตสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพครอบครัวในชุมชน (สุวิทย์ สุรียานุกภาพและคณะ, 2561) สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะของสภาการสาธารณสุขชุมชนที่กำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาต้องมีความสามารถในการประเมินสุขภาพครอบครัว การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม และคณะ, 2565) เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบดังกล่าว หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 ได้มีการปรับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนรายวิชา CPH 2404 อามัยครอบครัว ให้เน้นกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) และการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในชุมชน เพื่อพัฒนาทักษะด้านการเยี่ยมบ้าน การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมระหว่างนักศึกษาและครอบครัวในพื้นที่ (คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2563) อย่างไรก็ตามจากการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาหลายคนยังขาดความมั่นใจและประสบการณ์ตรงในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านจริงขาดแบบฝึกที่เป็นระบบและแนวทางการเรียนรู้ที่ช่วยสะท้อนผลการปฏิบัติให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยเสริมการเรียนรู้โดยการพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน จึงเป็นนวัตกรรมการเรียนรู้ที่ออกแบบตามแนวคิด 7 Aspects of Care (กองการพยาบาล, 2544) ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 7 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ (สุรางค์ สัจจานุรักษ์, 2561) เพื่อให้ให้นักศึกษามีโอกาสเรียนรู้การดูแลสุขภาพครอบครัวอย่างองค์รวมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนจริงนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนานักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์โดยสอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ให้ความสำคัญกับทุกมิติของสุขภาพ (ทิศนา แชมมณี, 2554) แนวคิดนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะและความรู้ที่เหมาะสมในการดูแลครอบครัวในบริบทของชุมชนอย่างรอบด้าน รายวิชา CPH 2404 อามัยครอบครัว (Family Health) ใช้แนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) (Kolb, 1984) เป็นกรอบแนวคิดสำคัญของการพัฒนาชุดฝึกนี้ โดยเน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่าน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีประสบการณ์ตรง การสะท้อนผล การสร้างแนวคิด และการนำไปปฏิบัติ (รงค์รบ น้อยสกุล และคณะ, 2566) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการฝึกปฏิบัติของรายวิชาอามัยครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ศึกษาความต้องการและออกแบบชุดฝึกทดลองใช้กับกลุ่มเล็ก ปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง และประเมินผลและสรุปผลเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาทักษะการปฏิบัติและประสบการณ์การเรียนรู้ในรายวิชานามัยครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ โดยเชื่อมโยงแนวคิด 7 Aspects of Care (กองการพยาบาล, 2544) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบปฏิบัติของ Kolb (1984) และแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานในบริบทชุมชน ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and

Development: R&D) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาความต้องการและออกแบบชุดฝึก 2) ทดลองใช้กับกลุ่มเล็ก 3) ปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง และ 4) ประเมินผลและสรุปผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความต้องการและออกแบบชุดฝึก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน และนักศึกษา 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้กับกลุ่มเล็ก กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา CPH 2404 อนามัยครอบครัว จำนวน 15 คน

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 98 คน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา CPH 2404 เข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติครบตามเกณฑ์โดยสมัครใจเข้าร่วมวิจัยและสำหรับขั้นตอนที่ 1 เป็นผู้เกี่ยวข้องกับรายวิชาอนามัยครอบครัว ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับศึกษาความต้องการและออกแบบชุดฝึก (R&D ขั้นตอนที่ 1)

1.1 แบบสอบถามความต้องการและปัญหาในการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา CPH 2404 อนามัยครอบครัวเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.86

1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. เครื่องมือหลักในการฝึก (R&D ขั้นตอนที่ 2-3)

2.1 ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวพัฒนาตามแนวคิด 7 Aspects of Care และทฤษฎี Experiential Learning ประกอบด้วยคู่มือการเยี่ยมบ้าน แบบฟอร์มการประเมินสุขภาพครอบครัว และแนวทางการวางแผนการดูแลสุขภาพ ใช้เวลาในการฝึก 2 สัปดาห์ (รวม 10 ชั่วโมง) โดยมีภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 7 ชั่วโมง การตรวจสอบคุณภาพโดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบค่า IOC เฉลี่ย 0.85 และทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 15 คน ผลการทดลองพบว่านักศึกษาสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ครบถ้วนและภาษาชัดเจน

2.2 แบบสอบถามประเมินความเหมาะสม ความเข้าใจ และความเป็นไปได้ของชุดฝึกใช้ในกลุ่มทดลองขนาดเล็กได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.95 คือยอมรับ

3. เครื่องมือสำหรับประเมินประสิทธิภาพของชุดฝึก (R&D ขั้นตอนที่ 3-4)

3.1 แบบทดสอบวัดความรู้ใช้วัดความรู้ก่อนและหลังการใช้ชุดฝึกประกอบด้วยข้อสอบปรนัย 20 ข้อ และอัตนัย 5 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพ โดยค่า IOC เฉลี่ย 0.82 ปรับปรุงข้อสอบ 2 ข้อตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเชื่อมั่นแบบปรนัย KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบอัตนัย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81

3.2 แบบประเมินทักษะเชิงปฏิบัติ ใช้ประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารกับครอบครัว โดยประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน การสื่อสาร การประเมินสุขภาพครอบครัว และการบันทึกผล การตรวจสอบคุณภาพ มีค่า IOC เฉลี่ย 0.88 และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Cohen's Kappa) เท่ากับ 0.75

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจ มีเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ เนื้อหา วิธีการฝึก และประโยชน์ที่ได้รับ การตรวจสอบคุณภาพ ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.84 และ Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.89

3.4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาประสบการณ์เชิงลึกจากการปฏิบัติจริงของนักศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานเก็บข้อมูลความต้องการและปัญหาในการเรียนการสอน รายวิชา CPH 2404 อนามัยครอบครัว โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างดำเนินกับผู้ให้ข้อมูล 4 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนรายวิชา 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณรวบรวมด้วยแบบสอบถามจากนักศึกษาที่เคยเรียนรายวิชา จำนวน 40 คน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการแล้วนำข้อมูลที่ได้ออกแบบชุดฝึกภายใต้กรอบแนวคิด 7 Aspects of Care และทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้ชุดฝึกกับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 15 คน (สุ่มอย่างง่าย) เพื่อประเมินความเหมาะสม ความชัดเจน และความเข้าใจของกิจกรรมโดยนักศึกษาได้รับการอบรมเบื้องต้น และฝึกจำลองสถานการณ์เยี่ยมบ้านจริง จากนั้นให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงชุดฝึกก่อนใช้งานจริง

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลภาคสนามนำชุดฝึกที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 98 คน ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมดของรายวิชา CPH 2404 ภาคเรียนที่ 2/2567 โดยทำการทดสอบความรู้เบื้องต้น (Pre-test) อบรมภาคทฤษฎี และออกปฏิบัติงานจริงในชุมชน โดยใช้ชุดฝึกเป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพ วางแผนการดูแล และติดตามผลการดูแลครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและสรุปผลหลังจากจบกระบวนการฝึกปฏิบัติ นักศึกษา 98 คน ทำแบบทดสอบหลังการฝึกและตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้สอนประเมินทักษะเชิงปฏิบัติผ่านแบบประเมินมาตรฐาน การสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 10 คน ที่ผ่านการใช้ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ ทักษะเชิงปฏิบัติ และความพึงพอใจของนักศึกษา

- สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนน Pre-test และ Post-test ประเมินความแตกต่างก่อนและหลังการใช้ชุดฝึกโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
- การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง (Certificate Number) IRBCMRU 2025/211.26.03 โดยนักศึกษาทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและลงนามในเอกสารความยินยอมและรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลนักศึกษา

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาความต้องการและออกแบบชุดฝึก

ผลการเก็บข้อมูลพบว่า ความต้องการเครื่องมือการเรียนรู้ที่เป็นระบบและเป็นขั้นตอนชัดเจน ร้อยละ 85 ของนักศึกษา และขาดแบบฝึกหรือแนวทางที่สะท้อนสถานการณ์จริงในชุมชนทำให้การเรียนรู้ในห้องเรียนไม่เพียงพอสำหรับนำไปใช้ในภาคสนาม ต้องการคู่มือและแบบฟอร์มที่ใช้งานง่าย สามารถเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันของนักศึกษา อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องการให้มีการฝึกสะท้อนผลหลังการเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน ภายใต้กรอบแนวคิด 7 Aspects of Care และ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ โดยออกแบบเป็นชุดฝึกที่ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วนที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง ได้แก่

- คู่มือการเยี่ยมบ้าน 3 ขั้นตอน (ก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้าน หลังเยี่ยมบ้าน)
- แบบฟอร์มประเมินสุขภาพครอบครัว เพื่อใช้ประเมินสภาพปัญหาอย่างเป็นระบบ
- แบบฟอร์มวางแผนการดูแลสุขภาพและแบบฟอร์มสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อส่งเสริม

การคิดวิเคราะห์และการเรียนรู้ด้วยตนเอง

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.85 และปรับปรุงรูปแบบข้อความ คำถาม และขั้นตอนการใช้ให้เหมาะสมก่อนทดลองใช้จริง

2. ผลการทดลองใช้กับกลุ่มเล็ก

การทดลองใช้ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวดำเนินการกับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 15 คน เพื่อทดสอบความชัดเจน ความเหมาะสม ความเข้าใจ และความเป็นไปได้ในการนำชุดฝึกไปใช้จริง ผลการทดลองพบว่า นักศึกษาร้อยละ 91.7 เข้าใจขั้นตอนการเยี่ยมบ้านและสามารถปฏิบัติตามได้ครบถ้วน แบบฟอร์มการประเมินสุขภาพครอบครัวได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมและครอบคลุมข้อมูลสำคัญ โดยนักศึกษาใช้เวลาเฉลี่ย 2-3 ชั่วโมงต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และไม่พบปัญหาความยุ่งยากของแบบฟอร์มหรือขั้นตอนการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ การเพิ่มคำอธิบายเบื้องต้นในคู่มือปรับขนาดช่องเขียนให้สะดวกต่อการบันทึก และเพิ่มตัวอย่างกรณีศึกษาเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น จากผลการ

ทดลองใช้กับกลุ่มเล็กผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบคู่มือและแบบฟอร์มให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 98 คน ในขั้นตอนถัดไปของการวิจัยและพัฒนา

3. ผลการปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา CPH 2404 อนามัยครอบครัว จำนวน 98 คน เป็นนักศึกษาเพศหญิง 84 คน ร้อยละ 85.71 และเป็นนักศึกษาเพศชาย 14 คน ร้อยละ 14.29 ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัยและลงทะเบียนเรียนในรายวิชาที่กำหนด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 98)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------|------------|--------|
| เพศหญิง | 84 | 85.71 |
| เพศชาย | 14 | 14.29 |
| รวม | 98 | 100.00 |

ผลการพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน

ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวได้รับการพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด 7 Aspects of Care ซึ่งประกอบด้วยมิติกายภาพ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ สติปัญญา สิ่งแวดล้อม และจริยธรรมร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบปฏิบัติ ใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การสะท้อนผลและการปรับปรุง การปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การพัฒนาชุดฝึกประกอบด้วยเครื่องมือสำคัญ ดังนี้

1. คู่มือการเยี่ยมบ้าน เป็นเอกสารหลักที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของนักศึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน การเตรียมข้อมูล การนัดหมาย การเตรียมอุปกรณ์ และการวางแผนเส้นทาง ขั้นตอนระหว่างเยี่ยมบ้าน การแนะนำตัวการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้ 7 Aspects of Care การสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว และการให้คำแนะนำเบื้องต้น ขั้นตอนหลังเยี่ยมบ้าน การสรุปผล การบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์ม และการนัดหมายติดตามครั้งถัดไป ซึ่งคู่มือยังตัวอย่างกรณีศึกษา และคำถามชี้แนะเพื่อใช้ในระหว่างการสัมภาษณ์ครอบครัวใช้เวลาเรียน 1 ชั่วโมง (ทฤษฎี) และ 2 ชั่วโมง (ฝึกปฏิบัติ)

2. แบบฟอร์มการประเมินสุขภาพครอบครัว เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพครอบครัวอย่างเป็นระบบ จัดโครงสร้างตาม 7 มิติของ 7 Aspects of Care เช่น การประเมินสุขภาพกาย (เช่น โรคประจำตัว) การประเมินสุขภาพทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา และสิ่งแวดล้อมในบ้าน นักศึกษาสามารถใช้แบบฟอร์มนี้ควบคู่กับการสัมภาษณ์ สังเกต และตรวจร่างกายเบื้องต้นได้ ใช้ในภาคสนามระหว่างเยี่ยมบ้าน (ประมาณ 1 ชั่วโมงต่อกลุ่ม)

3. แนวทางการวางแผนการดูแลสุขภาพเป็นเอกสารที่ใช้สำหรับช่วยนักศึกษาในการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายครอบครัว การวางแผนร่วมกับครอบครัวโดยใช้หลัก SMART รวมแบบฟอร์มเปล่าสำหรับให้นักศึกษาเขียนแผนการดูแลพร้อมแนวทางการติดตามและปรับแผน ใช้เวลา 1 ชั่วโมงสำหรับวางแผนกลุ่มย่อย

4. แบบฝึกหัดสะท้อนผล สนับสนุนให้นักศึกษาเขียนสะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติงานจริง โดยยึดหลัก 4 ขั้นตอนได้แก่ ประสบการณ์ตรง การสะท้อนผล การเชื่อมโยงกับทฤษฎี และการวางแผนเพื่อการพัฒนาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินตนเองและเป็นหลักฐานการเรียนรู้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังปฏิบัติงาน

ผลการตรวจสอบคุณภาพของชุดฝึกก่อนนำชุดฝึกไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลและสาธารณสุข 5 ท่านประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่าเฉลี่ย 0.85 แสดงถึงความตรงในระดับดีมาก มีการปรับปรุงรายละเอียดของแบบฟอร์มและคำแนะนำในคู่มือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษากลุ่มนอกตัวอย่างเพื่อประเมินความเหมาะสมก่อนเก็บข้อมูลจริง

ผลการประเมินประสิทธิภาพของชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัว

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้ชุดฝึก

จากการทดสอบความรู้ของนักศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.62, P\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI} = 4.42\text{--}5.34$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบ t-test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน-หลัง

| การทดสอบ | จำนวน นักศึกษา (n) | ค่าเฉลี่ย (M) | SD. | ค่า t | 95% CI | P-value |
|-----------|-----------------------|------------------|------|-------|-----------|----------|
| ก่อนทดสอบ | 98 | 12.35 | 2.15 | - | - | - |
| หลังทดสอบ | 98 | 17.48 | 1.96 | 14.62 | 4.42–5.34 | < 0.001* |

*P-value < 0.05

2. ผลการประเมินทักษะเชิงปฏิบัติ

การประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารกับครอบครัวของนักศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกทักษะอยู่ในระดับ ดีมาก (4.56) ทักษะที่โดดเด่น ได้แก่ การรักษาความลับของข้อมูลและเคารพสิทธิผู้ป่วย (4.81) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว (4.70) การปฏิบัติตามจริยธรรม (4.69) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะเชิงปฏิบัติของนักศึกษา (n=98)

| ทักษะเชิงปฏิบัติ | ค่าเฉลี่ย (M) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) | ระดับทักษะ |
|--|---------------|----------------------------|------------|
| 1. การเตรียมความพร้อมก่อนการเยี่ยมบ้าน | 4.59 | 0.5 | ดีมาก |
| 2. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว | 4.70 | 0.5 | ดีมาก |
| 3. การประเมินสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง | 4.52 | 0.5 | ดีมาก |
| 4. การให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่เหมาะสม | 4.39 | 0.5 | ดี |
| 5. ความสามารถในการสรุปและบันทึกข้อมูล | 4.63 | 0.5 | ดีมาก |

| ทักษะเชิงปฏิบัติ | ค่าเฉลี่ย (M) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) | ระดับทักษะ |
|---|---------------|----------------------------|--------------|
| 6. ความสามารถในการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ | 4.51 | 0.5 | ดีมาก |
| 7. การบริหารเวลาและจัดลำดับความสำคัญในการเยี่ยมบ้าน | 4.28 | 0.5 | ดี |
| 8. การรักษาความลับของข้อมูลครอบครัวและเคารพสิทธิผู้ป่วย | 4.81 | 0.5 | ดีมาก |
| 9. การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ | 4.69 | 0.5 | ดีมาก |
| 10. การติดตามผลและให้การสนับสนุนต่อเนื่องแก่ครอบครัว | 4.51 | 0.5 | ดีมาก |
| ทักษะรวมเฉลี่ย | 4.56 | 0.5 | ดีมาก |

3. การเปรียบเทียบคะแนนการประเมินทักษะเชิงปฏิบัติของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้ชุดฝึกปฏิบัติ

จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะเชิงปฏิบัติในทุกด้านของนักศึกษาหลังใช้ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้ชุดฝึกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ($M = 4.45, SD. = 0.36$) และการบันทึกข้อมูลสะท้อนผล ($M = 4.35, SD. = 0.37$) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการปฏิบัติงานในชุมชน คะแนนรวมทักษะเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก $2.77 (\pm 0.39)$ เป็น $4.31 (\pm 0.33)$ หลังใช้ชุดฝึก โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินทักษะเชิงปฏิบัติของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้ชุดฝึกปฏิบัติ (n = 98)

| ด้านที่ประเมินทักษะเชิงปฏิบัติ | คะแนนก่อนใช้ (M ± SD.) | คะแนนหลังใช้ (M ± SD.) | t-test | p-value |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------|------------------|
| 1. การเตรียมความพร้อมก่อนเยี่ยมบ้าน | 2.85 ± 0.45 | 4.32 ± 0.39 | 25.73 | < .001 |
| 2. การสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว | 2.93 ± 0.41 | 4.45 ± 0.36 | 28.10 | < .001 |
| 3. การใช้แบบประเมินสุขภาพครอบครัว | 2.67 ± 0.51 | 4.28 ± 0.42 | 26.64 | < .001 |
| 4. การวางแผนดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัว | 2.61 ± 0.47 | 4.16 ± 0.44 | 27.33 | < .001 |
| 5. การบันทึกข้อมูลและการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน | 2.80 ± 0.49 | 4.35 ± 0.37 | 26.98 | < .001 |
| คะแนนรวม (รวมทุกด้าน) | 2.77 ± 0.39 | 4.31 ± 0.33 | 33.52 | < .001 |

*P-value<0.05

4. ผลการสำรวจความพึงพอใจของนักศึกษาต่อชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัว

ผลสำรวจความพึงพอใจต่อชุดฝึกและกระบวนการเรียนรู้ที่ได้รับ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 4.59 (มากที่สุด) ด้านที่ได้รับคะแนนสูงสุด คือ ความพึงพอใจโดยรวม (4.65) และความชัดเจนของเนื้อหา (4.61) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของนักศึกษาต่อชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัว (n=98)

| ด้านความพึงพอใจ | ค่าเฉลี่ย (M) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) | ระดับความพึงพอใจ |
|--|---------------|----------------------------|------------------|
| 1. ความชัดเจนของเนื้อหาในชุดฝึก | 4.61 | 0.42 | มากที่สุด |
| 2. ความเข้าใจง่ายของคู่มือปฏิบัติงาน | 4.58 | 0.47 | มากที่สุด |
| 3. ประโยชน์ของชุดฝึกต่อการพัฒนาทักษะเยี่ยมบ้าน | 4.6 | 0.43 | มากที่สุด |
| 4. การนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง | 4.49 | 0.51 | มาก |
| 5. ความพึงพอใจโดยรวมต่อชุดฝึก | 4.65 | 0.39 | มากที่สุด |
| ความพึงพอใจโดยรวม | 4.59 | 0.44 | มากที่สุด |

ผลการประเมินผลและสรุปผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 10 คน ที่ผ่านการใช้ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาประสบการณ์เชิงลึกจากการปฏิบัติจริง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ประสบการณ์ของนักศึกษา

นักศึกษาส่วนใหญ่สะท้อนว่าเป็นครั้งแรกที่ได้ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ โดยมีแนวทางที่ชัดเจนจากคู่มือ

“หนูไม่เคยมั่นใจมาก่อนว่าจะกล้าพูดกับคนในชุมชนแต่พอมีขั้นตอนชัดเจนๆ ในชุดฝึกทำให้รู้ว่าควรเริ่มตรงไหนพูดอย่างไรและทำอะไรต่อ” รหัส นศ. คนที่ 1

“การได้ใช้แบบประเมินสุขภาพแบบ 7 ด้าน ช่วยให้เราไม่มองแค่เรื่องโรคแต่เห็นภาพรวมของทั้งบ้านทั้งครอบครัว” รหัส นศ. คนที่ 2

2. ประโยชน์ที่นักศึกษาได้รับ

นักศึกษาทุกคนกล่าวตรงกันว่าชุดฝึกช่วยส่งเสริม ความมั่นใจ ทักษะการสื่อสาร การวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัวได้อย่างเป็นรูปธรรม

“ที่หนูชอบคือได้ฝึกเขียนแผน SMART จริงๆกับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงไม่ใช่แค่เขียน ในห้องเรียน แล้วพอทำจริง มันใช้ได้จริงค่ะ” รหัส นศ. คนที่ 3

“เวลาสะท้อนผลใน Reflection Form ทำให้ผมได้คิดย้อนกลับว่าอะไรที่เราทำได้ดี อะไรที่ต้องปรับ”
รหัส นศ. คนที่ 4

3. ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

นักศึกษาบางรายพบอุปสรรคบางประการ เช่น ครอบครัวยังไม่ให้ความร่วมมือ ข้อมูลบางมิติ เช่น ด้านจิตวิญญาณ ตอบยาก หรือไม่กล้าถาม ความกังวลใจในการสื่อสารกับผู้สูงอายุหรือหัวหน้าครอบครัว

“บางบ้านเขาดูไม่อยากตอบ หนูเลยไม่กล้าถามลึกๆ โดยเฉพาะเรื่องความเชื่อหรือความเครียด”
รหัส นศ. คนที่ 5

“บางทีก็ลืมว่าต้องถาม 7 มิติเพราะตอนอยู่ตรงหน้าเราจะตื่นเต้นไปหมด” รหัส นศ. คนที่ 6

4. ข้อเสนอแนะจากนักศึกษา

นักศึกษาเสนอแนะทางเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาชุดฝึกในอนาคต ได้แก่ อยากรู้ได้แนวคำถามแบบย่อปกติตลอดเวลาเยี่ยมบ้าน

“อยากรู้ได้แนวคำถามแบบย่อปกติกระเป๋เวลาไปเยี่ยม จะได้ไม่ลืมว่าแต่ละขั้นตอนต้องถามอะไร”
รหัส นศ. คนที่ 7

สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก เห็นได้ว่า ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัว สามารถส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ทั้งในมิติทักษะ ความรู้ และจิตสำนึกด้านวิชาชีพ ทั้งยังสามารถนำแนวคิด 7 Aspects of Care และหลักการวางแผนแบบ SMART ไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตามยังมีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาคู่มือและกิจกรรมเตรียมความพร้อมของนักศึกษารุ่นถัดไป

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิด 7 Aspects of Care ทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์และแนวคิด Holistic Health Care สามารถส่งเสริมทั้งความรู้ ทักษะเชิงปฏิบัติ และความมั่นใจของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกทักษะเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นภารกิจสำคัญของวิชาชีพสาธารณสุขในบริบทชุมชน

1. การพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัว

ชุดฝึกที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบครบถ้วน ได้แก่ คู่มือการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินสุขภาพครอบครัว แนวทางการวางแผนการดูแลสุขภาพและแบบสะท้อนผลโดยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.85) ก่อนการนำไปทดลองใช้จริง ผลการพัฒนาเครื่องมือสอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb (1984) ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงและวงจรการเรียนรู้ (Experiential Learning Cycle) ซึ่งช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและยั่งยืน อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานของ จูรี ทังวงษ์ (2567) และ สุวิทย์ สุริยานุภาพและคณะ (2561) ที่พบว่าชุดฝึกที่เชื่อมโยงบริบทจริงสามารถยกระดับผลการเรียนรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การบูรณาการแนวคิด 7 Aspects of Care ทำให้เครื่องมือมีความครอบคลุมด้านสุขภาพทั้ง 7 มิติ ได้แก่ กาย

จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ พฤติกรรมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับหลัก Holistic Health Care ที่ตอบสนองต่อบริบทชุมชนที่มีความซับซ้อน (นิกร จันภิรมและคณะ, 2565)

2. ประสิทธิภาพของชุดฝึกในการเสริมสร้างความรู้

คะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าชุดฝึกสามารถเพิ่มความเข้าใจของนักศึกษาได้จริง การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและการสะท้อนผลช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเชื่อมโยงแนวคิดกับสถานการณ์จริง สอดคล้องกับแนวคิด Experiential Learning และงานของ วินัย สยอวรรณและคณะ (2563) ที่ชี้ว่าการเรียนรู้แบบบูรณาการทฤษฎีกับภาคปฏิบัติเสริมสร้างผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

3. ประสิทธิภาพต่อทักษะเชิงปฏิบัติ

การประเมินทักษะของนักศึกษาพบว่าอยู่ในระดับดีมากโดยเฉพาะทักษะด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว การประเมินสุขภาพตาม 7 Aspects of Care และการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติจริง ที่ทำให้นักศึกษามีความพร้อมในการออกปฏิบัติงานจริงในชุมชนสอดคล้องกับงานของ ชลธิตา ละดีและคณะ (2564) ที่ยืนยันว่าการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและความมั่นใจก่อนปฏิบัติงานจริง

4. ความพึงพอใจของนักศึกษาและประสบการณ์เรียนรู้

นักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะด้านความชัดเจนของเนื้อหา ความเข้าใจง่าย และการนำไปใช้จริงได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับ ศิวพร อึ้งรังษาและคณะ (2563) ที่พบว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการช่วยเพิ่มประสบการณ์เชิงบวกและเจตคติที่ดีต่อการฝึกปฏิบัติ

5. ประเด็นสะท้อนและข้อเสนอแนะ

นักศึกษาบางรายยังประสบอุปสรรค เช่น ความไม่ร่วมมือของครอบครัว ความไม่มั่นใจในการสอบถามประเด็นละเอียดอ่อน เช่น ด้านจิตวิญญาณ และความตื่นตัวในการปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับ ถนอมพร เลหาจรัสแสง (2557) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต้องสร้างพื้นที่ปลอดภัยและการสนับสนุนที่เหมาะสม การปรับปรุง เช่น การจัดทำแนวคำถามแบบย่อหรือกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนออกภาคสนาม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของชุดฝึกในอนาคต

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ชุดฝึกปฏิบัติงานอนามัยครอบครัวสามารถนำไปบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของรายวิชานามัยครอบครัวหรือรายวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติของนักศึกษาให้เชื่อมโยงจากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงและการสะท้อนผลการเรียนรู้ได้อย่างเป็นระบบ ผลการวิจัยชี้ว่า ชุดฝึกช่วยเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ และสมรรถนะด้านการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้บัณฑิตสาธารณสุขมีความพร้อมในการทำงานในชุมชนอย่างมืออาชีพ

ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาอื่นสามารถนำชุดฝึกนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และเตรียมความพร้อมของผู้สอนเพื่อให้การฝึกปฏิบัติมีประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ต่อคุณภาพบัณฑิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลระยะยาวของการใช้ชุดฝึกนี้ต่อทักษะความมั่นใจและเจตคติของบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์หลังจากสำเร็จการศึกษาและเข้าสู่การปฏิบัติงานจริงเพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวและผลกระทบต่อคุณภาพการทำงาน

2. ควรมีการขยายขอบเขตการวิจัยโดยการนำชุดฝึกนี้ไปทดลองใช้และเปรียบเทียบผลในกลุ่มนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาอื่นหรือกลุ่มนักศึกษาในปีการศึกษาที่แตกต่างกันเพื่อประเมินความสามารถในการนำชุดฝึกไปประยุกต์ใช้และความเหมาะสมของชุดฝึกในบริบทที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล. (2544). *การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2563). *หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- จური ทังพงษ์. (2567). รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้การทำงานเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี เทคโนโลยีบัณฑิต (ทล.บ). *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*. 9(5), 57–67.
- ชลธิตา ละดี, รัชฎาภรณ์ จันทะแพง, และ เสาวเรศ มีเกษม. (2564). การเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้วิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนโดยการประยุกต์ใช้สถานการณ์จำลอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 74–83.
- ถนอมพร เลหาจรัสแสง. (2557). *ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เพื่อการพัฒนาอาจารย์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. สำนักบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิตนา แคมมณี. (2554). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิกร จันภิรม, สุภาณี เส็งศรี, เชษฐา แก้วพรม, และ ดิเรก อีระภูธร. (2565). การพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับกระบวนการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(1), 74–89.

- รงค์รบ น้อยสกุล, สุภาณี เส็งศรี, กอบสุข คงมนัส. (2566). การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและกลวิธีการกำกับตนเองกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารสำหรับนักศึกษาาระดับปริญญาตรี. *วารสารปัญญา*, 30(1), 145–158.
- วินัย สยอวรรณ, นพมาศ เครือสุวรรณ, และ อรุณี ยันตรปภรณ์. (2563). การพัฒนาระบบการออกแบบและพัฒนารายการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(3), 79–93.
- ศิวพร อึ้งรังษา, สุกฤตา สอนแก้ว, วิลาวัลย์ เตื่อยราชบุรี, เดชา ทวีตี, กัลยาณี ตันตรานนท์, สุนันต์ เลิศสังข์ อารมณ์, วันเพ็ญ ทรงศิริ, วิชชะ สุธีธรรมะพงษ์, และ จิรานันท์ วงศ์สุธรรม. (2563). การพัฒนาแนววิธีทัศน์การสอนเรื่องกระบวนการเยี่ยมบ้านในการให้บริการอนามัยครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(3), 139–153.
- ศศิวรรณ ทศนเี่ยม, นำพร อินสิน, วิบูลย์สุข ตาลกุล, และ กาญจนา วงษ์สวัสดิ์. (2565). ความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 77-89.
- สุรางค์ สัจจานุรักษ์. (2561). *การพยาบาลอนามัยครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ สุริยานุภาพ, และคณะ. (2561). การพัฒนาชุดฝึกปฏิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนา*, 12(2), 45–59.
- หนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์, สาโรจน์ เพชรมณี, ธนกร ปัญญาไสโสภณ. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 8(2), 59–80.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรม
สุขภาพและดัชนีมวลกายของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
The effects of a self-efficacy development program
for nutrition management on health behaviors and body mass index
in overweight late adolescents

ณัฐวดี ดาววิเศษ¹, กชกร สมจินดา¹, กรรณิการ์ นาคสอด¹, ณัฐนารี สุวรรณกลาง¹,
นันทิกานต์ ทองสาว¹, วัชรภรณ์ ชื่นนงกข์¹, สุธาสินี เจียประเสริฐ^{1*}

Nutthawadee Daowiset¹, Kodchakorn Somjinda¹, Kannika Naksod¹, Natnaree Suwanklang¹,
Nantikan Thongsaw¹, Watcharaphon Khuennokkhum¹, Suthasinee Chiapraserit^{1*}
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹
Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute¹

(Received: 27 August 2025; Revised: 4 November 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพ และดัชนีมวลกายของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า คือวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุตั้งแต่ 17-19 ปี สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 26 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จัดเป็นกิจกรรม 4 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 มี แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อจัดการภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ควรมีการจัดโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในสถานศึกษาโดยมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง รอบ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติพัฒนาให้เกิดสมรรถนะการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และป้องกันการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง

คำสำคัญ : วัยรุ่นตอนปลาย, พฤติกรรมสุขภาพ, ดัชนีมวลกาย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Suthasinee@bcnsurat.ac.th , สุธาสินี เจียประเสริฐ)

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-efficacy development program for nutrition management on health behaviors and body mass index (BMI) among overweight late adolescents. The participants were purposively selected based on the inclusion criteria: late adolescents aged 17–19 years residing at an educational institution of higher learning in Surat Thani, with a BMI between 23.00–24.99 kg/m², classified as overweight. A total of 26 participants were included in the study. The research instruments consisted of a self-efficacy enhancement program for nutritional management and a health behavior questionnaire. The intervention was conducted over a 4-week period. The research instruments were validated by three experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 0.80. The reliability of the dietary behavior assessment tool demonstrated a Cronbach’s alpha coefficient of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The results revealed that after participating in the self-efficacy enhancement program for nutritional management, the participants demonstrated significantly higher mean scores of health behaviors compared to before the intervention (P -value < 0.001). However, there was no significant difference in mean BMI before and after the intervention.

Recommendations: Overweight late adolescents can appropriately modify their health behaviors through the enhancement of self-efficacy in nutritional management. Therefore, programs designed to promote self-efficacy for nutrition management should be implemented among adolescents and young adults in educational institutions. Continuous follow-up assessments at 6-month or 12-month intervals are recommended to monitor, refine, and reinforce the application of knowledge, leading to sustained improvements in health behavior and prevent the occurrence of non-communicable diseases.

Keywords: late adolescence, health behaviors, body mass index.

บทนำ

โรคอ้วน (Obesity) เป็นภาวะความผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการสะสมไขมันมากเกินไปจนส่งผลเสียต่อสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้รายงานว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก (World Health Organization, 2024) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2022 พบว่าประชากรโลกกว่า 1 พันล้านคนกำลังเผชิญกับภาวะโรคอ้วน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 8 ของประชากรทั้งหมด พบในวัยผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.00 มีน้ำหนักเกินและ ร้อยละ 16.00 เป็นโรคอ้วน (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการสำรวจการบริโภคอาหารแห่งชาติของไทย พบว่าพบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.13 เด็กวัยเรียน 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.40 และเด็กวัยรุ่น 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.20 (กรมอนามัย, 2566) ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เด็กที่มีภาวะอ้วนตั้งแต่วัยเรียนมีโอกาสพัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนสูงถึง ร้อยละ 80.00 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนตั้งแต่อายุ 30 ปีถึง ร้อยละ 70.00 (Simmonds et al., 2016)

วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิต (Stehlik, 2018) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกิน แบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลักคือ 1) ปัจจัยภายใน (ด้านร่างกาย) ได้แก่ 1.1) พันธุกรรม ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีการศึกษาพบว่าประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติร้อยละ 40-70 (Yvonne et al., 2011) 1.2) อายุ เนื่องจากอัตราการเผาผลาญลดลง หากไม่ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะส่งผลให้ร่างกายมีไขมันสะสมและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Wahrlich et al., 2018) 1.3) โรคประจำตัวบางชนิด เช่น โรคไทรอยด์ 2.) ปัจจัยภายนอก 2.1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม มีการบริโภคอาหารที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขนม อาหารทอด อาหารที่มีไขมันสูง (ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์ และอนุ ตะสิงห์, 2564) การใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์แทนการเดินทางไปซื้ออาหารเพื่อมาปรุงเอง การทำเรียนหรือทำงานผ่านระบบออนไลน์ ใช้หน้าจอมือถืออยู่กับที่มากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป (สุพิณญา คงเจริญ, 2560) 2.2) สิ่งแวดล้อมมีการเคลื่อนไหวกิจกรรมทางกายลดลง เนื่องจากมีการใช้เครื่องทุ่นแรงในการดำเนินชีวิตในสถานศึกษาหรือที่พักอาศัย อาทิเช่น การขึ้นลงลิฟต์แทนการลงบันได (จรีรัตน์ ภัฏฐาพันธ์, 2562) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพในระยะสั้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในระยะยาว

จากฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) พบว่าคนไทยที่เป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่าเป็นโรคอ้วนหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² มากถึง ร้อยละ 45.60 ในปี 2563 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.20 ในปี 2564 และร้อยละ 46.60 ในปี 2565 (กรมควบคุมโรค, 2566) อีกทั้งจากข้อมูลของการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชุมชนสุขภาวะด้วยแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี สุขข.โมเดล พบว่า นักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเสี่ยงเป็นโรคอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 7.50 ในปี 2566 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคต ซึ่ง

เป้าหมายของประเทศไทย มุ่งลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในเด็กไม่ควรเกินร้อยละ 10.00 และควบคุมผู้ใหญ่อ้วนไม่ให้เกิน 1 ใน 3 (กรมควบคุมโรค, 2566) จากสถานการณ์ดังกล่าว จำเป็นต้องมีแนวทางป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่น เพื่อลดผลกระทบต่อด้านสุขภาพในระยะยาว

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self – Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถพัฒนาจาก 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ (Cognitive process) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experiences) ส่งผลให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ (Motivational process) ทำให้มีพลังใจในทางบวก รวมถึงการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง (Verbal persuasion) ผ่านการจัดการด้านอารมณ์ (Affective process) และการเตรียมความพร้อมด้านสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ซึ่งได้มีผู้นำทฤษฎีนี้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และลดน้ำหนักได้ผลดี ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ภัทรพร ทองสังข์, นงนุช โอบะ และวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, 2565) การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ (วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และพรศิริ พันธสี, 2562) การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ค่าดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอวลดลง ไขมันในร่างกายลดลง และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (สุกัญญา จันทรอ้วน และภาวิณี อัยวงศ์, 2568) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นถึงการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักจนทำให้ดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่พบการศึกษาในเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่สร้างตัวตนเริ่มมีความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตตนเองมีความจำเป็นในศึกษาแก้ไขปัญหาค้นที่ เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินจะนำไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังในอนาคตได้

ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม การวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในวัยรุ่นตอนปลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

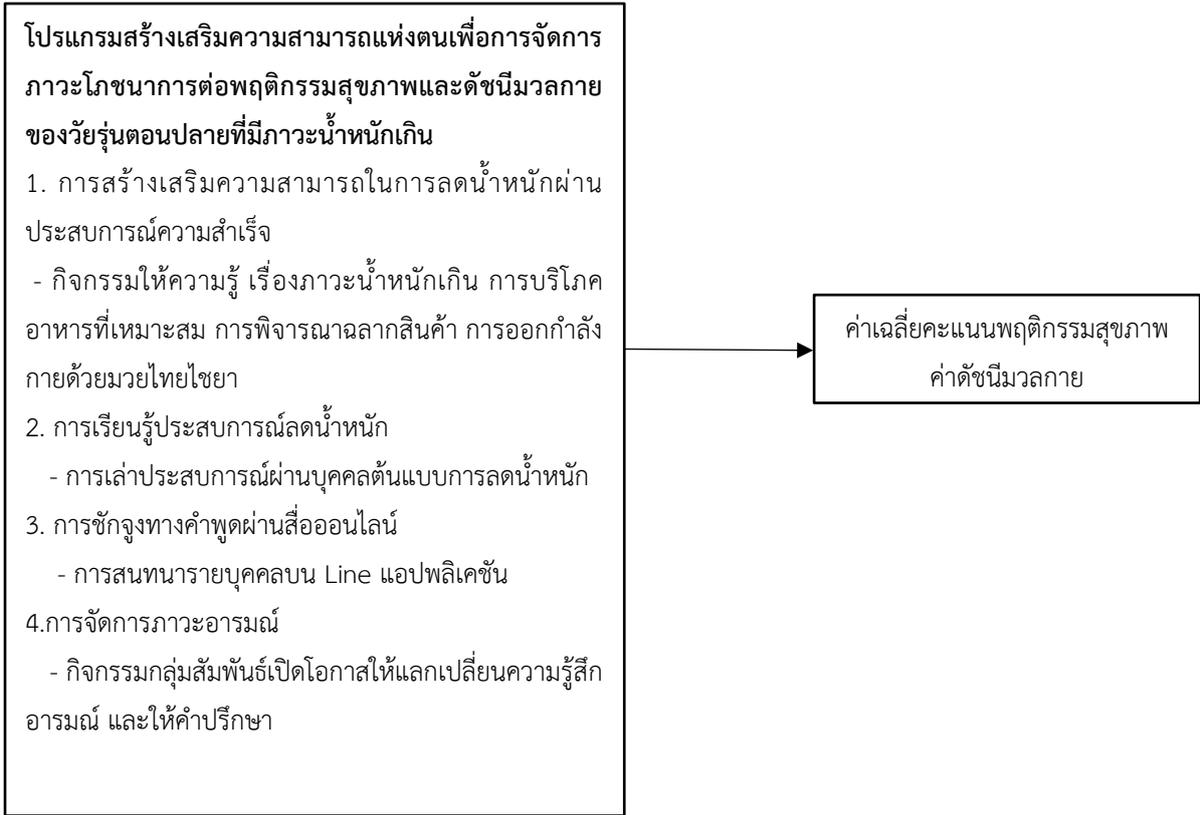
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self – Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ (Cognitive process) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experiences) ส่งผลให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ (Motivational process) ทำให้มีพลัง มีแรงจูงใจในทางบวก รวมถึงการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง (Verbal persuasion) ผ่านการจัดการด้านอารมณ์ (Affective process) และการเตรียมความพร้อมด้านสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาสุขภาพ และนำมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการได้กิจกรรมให้ความรู้ เรื่อง ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การพิจารณาฉลากสินค้า การออกกำลังกาย (Cognitive process) ลงมือกระทำด้วยตนเองด้วยการสาธิตย้อนกลับออกกำลังกายที่เหมาะสม หรือมวยไทยไชยา (Enactive mastery experiences) กิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์ลดน้ำหนัก ผ่านการเล่าประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบ (Vicarious experiences) การติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อแก้ไขปัญหาลดน้ำหนักโดยการดูแลสุขภาพ โดยใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง (Verbal persuasion) ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมสภาวะด้านร่างกายอารมณ์ของวัยรุ่นตอนปลาย (Physiological and affective states) ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ วัยรุ่นตอนปลาย มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 52 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.50 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้ถอนตัวจากการวิจัยช่วงที่ทำการวิจัย จำนวน 1 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1. วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุตั้งแต่ 17-19 ปี ในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23.00-24.99

กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินมาตรฐาน 2. มีความสนใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง
3. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อเข้ากรวิจัย เช่น เกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกและข้อ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินเป็นชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวิจัยสร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมบนพื้นฐานทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การสร้างเสริมความสามารถในการลดน้ำหนักผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ โดยการสอนให้ความรู้ห้วงข้อการเลือกซื้อ ภาวะน้ำหนักเกินการบริโภคอาหารที่เหมาะสมการพิจารณาฉลากสินค้า การออกกำลังกายด้วยมวยไทยไชยา และมีการสาธิตย้อนกลับออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้วยมวยไทยไชยาเป็นศิลปะการต่อสู้ท้องถิ่นในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมาประยุกต์ทำรำมวยไทยไชยาประกอบเพลงเป็นกิจกรรมเต้นเข้าจังหวะแบบแอโรบิก การเรียนรู้ประสบการณ์ลดน้ำหนัก การเล่าประสบการณ์ผ่านบุคคลต้นแบบการลดน้ำหนัก การชั่งจูงทางคำพูดผ่านสื่อออนไลน์ การสนทนารายบุคคลบน Line แอปพลิเคชัน และการจัดการภาวะอารมณ์ กิจกรรมเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความรู้สึกอารมณ์ และให้คำปรึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง จำนวนมื้อในการรับประทานอาหาร แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหาร เพื่อสุขภาพ โรคประจำตัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ หรือ เลือกตอบ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการสุขภาพ ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การพิจารณาฉลากสินค้า การออกกำลังกายด้วยมวยไทยไชยา โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นคำถามเชิงบวกปลายปิด จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 20 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ โดยแบบที่ใช้เป็นการประเมินภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารที่พิจารณาฉลากสินค้า การออกกำลังกายด้วยมวยไทยไชยา ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | |
|------------------------------------|-------------|
| ปฏิบัติประจำ (7 วัน/สัปดาห์) | ให้ 4 คะแนน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) | ให้ 3 คะแนน |
| ปฏิบัติปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์) | ให้ 2 คะแนน |
| ปฏิบัติน้อยครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) | ให้ 1 คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติเลย | ให้ 0 คะแนน |

เกณฑ์การแปลผล คะแนนรายข้อ และโดยรวมของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การพิจารณาฉลากสินค้า การออกกำลังกายของตนเอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0 ถึง 4 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.67 - 4.00 คือ อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.66 คือ ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0 - 1.33 คือ อยู่ในระดับต่ำ

2.3 แบบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย ประกอบด้วย การบันทึกส่วนสูง น้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นตารางบันทึกส่วนสูง น้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย บันทึกก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชนในสถาบัน 1 ท่าน และอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโภชนาการ 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบพิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การพิจารณาหลักสินค้า ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ณ สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 15 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูงมีการเทียบเคียงค่ามาตรฐานก่อนใช้งาน ผลพบว่าได้มาตรฐาน เพื่อให้ได้ข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเที่ยงตรงกับความเป็นจริง ลดความคลาดเคลื่อน โดยใช้อุปกรณ์เครื่องเดียวกันนั้น คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงรุ่น Nagata รุ่น BW-1110+

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนทดลอง

1.1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง คือ วัตถุประสงค์การวิจัย โครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเซ็นใบยินยอมการวิจัย

1.2) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-test) ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไปแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ชั่งน้ำหนักบันทึกค่าดัชนีมวลกายรายสัปดาห์ผ่าน google form

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1) มีการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : กิจกรรมการสร้างเสริมความสามารถในการลดน้ำหนักผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายด้วยมวยไทยไชยา (30 นาที) โดยทบทวนข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สอนและสาธิตย้อนกลับออกกำลังกายด้วยมวยไทยไชยา (30 นาที/ 2 ครั้งต่อสัปดาห์) กิจกรรมการชั่งน้ำหนักผ่านสื่อออนไลน์

ผู้วิจัยแนะนำช่องทางการติดต่อผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ LINE Official Account สนทนารายบุคคล ส่งข้อความกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เวลา 12.00 และ 20.00 น. (ระยะเวลาสัปดาห์ที่ 1-4) เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสามารถ และเข้าใจประโยชน์ในการจัดการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมการจัดการภาวะอารมณ์มีการเปิดโอกาส ให้แลกเปลี่ยนการเล่าอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ขณะเข้าร่วมโปรแกรมฯ ให้คำปรึกษาปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 2 : กิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์ลดน้ำหนักผ่านเรื่องเล่าของบุคคลต้นแบบ (30 นาที) และออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้วยมวยไทยไชยา (30 นาที/ 2 ครั้งต่อสัปดาห์)

สัปดาห์ที่ 3 : กิจกรรมให้ความรู้ การพิจารณาฉลากสินค้า (30 นาที) โดยทบทวนข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้วยมวยไทยไชยา (30 นาที/ 2 ครั้งต่อสัปดาห์)

สัปดาห์ที่ 4 : กิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์ลดน้ำหนักผ่านเรื่องเล่าของบุคคลต้นแบบ (30 นาที) และออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้วยมวยไทยไชยา (30 นาที/ 2 ครั้งต่อสัปดาห์)

สัปดาห์ที่ 5 : เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม (Post-test) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ชั่งน้ำหนักลงข้อมูลแบบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย

2.2) รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลจนครบตามเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เพื่อความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปลที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง เงินที่ได้จากผู้ปกครอง จำนวนมื้อในการรับประทานอาหารเช้า แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ โรคประจำตัว

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าน้ำหนักเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากได้นำข้อมูลไปทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p = >0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการนี้ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (เลขที่ 2024/46) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึง 4 ตุลาคม 2568 มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และแจ้งให้ทราบสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บ รักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.00 ส่วนใหญ่ได้รับเงินจากผู้ปกครอง ส่วนรายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001 - 5,000 บาท /เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.00 จำนวนมื้ออาหารหลักที่รับประทานต่อวัน ส่วนใหญ่รับประทานอาหารหลัก 3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมาคือรับประทาน 2 มื้อ ร้อยละ 28.00 มีการรับประทานอาหารว่างในต่อวันอยู่ระหว่าง จำนวน 2 มื้อมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.00 ($M = 2$ มื้อ, $SD = 0.74$) แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ มากที่สุดคือการได้รับข้อมูลจากโทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 84.00 รองลงมาคือข้อมูลจากพื้น ร้อยละ 28.00 การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.00 มีผู้ที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 4.00 คือ โรคภูมิแพ้

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($M = 2.77$, $SD = .35$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 2.28$, $SD = .46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.39$, $P\text{-value} < .001$)

คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการพิจารณาฉลากสินค้า และคำนวณพลังงานการบริโภคอาหาร ($M = 3.06$, $SD = .62$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 2.62$, $SD = .40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.96$, $P\text{-value} < .01$) มากที่สุด รองลงมาคือ คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย (ก่อน $M = 2.01$, $SD = .78$, หลัง $M = 2.76$, $SD = .57$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ก่อน $M = 2.13$, $SD = .51$, หลัง $M = 2.44$, $SD = .34$)

ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าดัชนีมวลกาย ($M = 23.60$, $SD = .76$) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 23.82$, $SD = .67$) ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.28$, $P\text{-value} > .05$)

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ($M = 60.29, SD. = 4.99$) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 60.66, SD. = 5.02$) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.30, P\text{-value} > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการพิจารณาฉลากสินค้าและคำนวณพลังงานการบริโภคอาหาร คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ($n = 26$)

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง ($n = 26$) | | หลังทดลอง ($n = 26$) | | t | P-value |
|---|------------------------|------|------------------------|------|-------|---------|
| | M | SD. | M | SD. | | |
| ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม | 2.28 | 0.46 | 2.77 | 0.35 | -5.39 | < 0.001 |
| ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร | 2.13 | 0.51 | 2.44 | 0.34 | 2.74 | 0.011 |
| ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการพิจารณาฉลากสินค้าและคำนวณพลังงานการบริโภคอาหาร | 2.62 | 0.40 | 3.06 | 0.62 | 2.96 | 0.007 |
| ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย | 2.01 | 0.78 | 2.76 | 0.57 | 4.25 | <0.001 |
| ค่าดัชนีมวลกาย | 23.82 | 0.67 | 23.60 | 0.76 | 1.28 | 0.210 |
| ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว | 60.66 | 5.02 | 60.29 | 4.99 | -.30 | 0.382 |

3. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักลดลงมากที่สุด ร้อยละ 57.69 รองลงมาคือน้ำหนักเท่าเดิม ร้อยละ 19.23 และน้ำหนักเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.23 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($n = 26$)

| การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก (กิโลกรัม) | จำนวน | min | max | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|------|--------|
| น้ำหนักเท่าเดิม | 6 คน | - | - | 23.08 |
| น้ำหนักลดลง | 15 คน | 0.5 kg | 3 kg | 57.69 |
| น้ำหนักเพิ่มขึ้น | 5 คน | 0.5 kg | 2 kg | 19.23 |

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทางสุขภาพสูงกว่าสูงวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < .001$

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการพิจารณารายละเอียดสินค้าก่อนบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < .01$ ค่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < .01$ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < .05$ ตามลำดับแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการภาวะโภชนาการ ตามแนวคิดทฤษฎี เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อจัดการภาวะโภชนาการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาจากเรียนรู้ 4 ประการ (Bandura, 1997) คือ การลงมือกระทำด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experiences) การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง (Verbal persuasion) การเตรียมความพร้อมด้านสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฯ ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมต่างๆ ได้รับความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักเกินการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การอ่านฉลากบริโภคโภชนาการ ลงมือปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จนเกิดความพร้อมทั้งร่างกายและอารมณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีการติดตามกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง สร้างตระหนักถึงความสามารถ และเข้าใจประโยชน์ในการจัดการดูแลสุขภาพทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นช่องทางให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านๆ ดีขึ้น สอดคล้องผลการศึกษานักศึกษา กุลกฤษฎา (2565) การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้น เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ และน้ำหนักตัวของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน มีค่าคะแนนสูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และการศึกษาของภัทรพร ทองสังข์, นงนุช โอบะ และวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ (2565) การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ $.00$

ผลการวิจัยเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < .05$ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลง การออกกำลังกายในโปรแกรมฯ โดยใช้การออกกำลังกายด้วยมวยไทยไชยาเป็นการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการออกแรงประกอบเพลงอย่างต่อเนื่องแบบแอโรบิค สอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรินทร์ เสมามอญ (2562) การศึกษาผลการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 และงานวิจัยของ ภณิดา หยั่งถึง (2565) ผลของการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกายกับแบบแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกาย ค่าไขมันที่เกาะอยู่ตามอวัยวะภายในบริเวณช่องท้องและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันของผู้มีภาวะ

น้ำหนักเกิน เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายพบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกาย กับกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การออกกำลังกายทำให้มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและเปอร์เซ็นต์ไขมันหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งจากผลการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายพบว่า มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารหลัง 20.00 น. มีการใช้วิธีการสั่งซื้ออาหารออนไลน์ เนื่องจากเป็นอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ สะดวกสบาย รวดเร็วในการให้บริการ เพราะมีเวลาจำกัดในการหยุดพักระหว่างเรียน ร่วมกับร้านอาหารมีโปรโมชั่นส่วนลด ทำให้การดำเนินชีวิตในแต่ละวันมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง (พรทิพย์ วงคำสอน และฉันทนา ปาปัตตา, 2565) มีอุปกรณ์ต่างๆ ช่วยอำนวยความสะดวก การใช้นานพาหนะในการเดินทางระยะใกล้ การใช้ลิฟต์แทนการขึ้นบันได (จूरिरत्न म्गुणापन्थ, 2562) และระยะเวลาของโปรแกรมในการลดค่าดัชนีมวลกายให้ได้ผลประสิทธิภาพมีคุณภาพชีวิตดี ระดับฮอริโมนความเครียดในระดับดี ควรอยู่ในช่วง 12 สัปดาห์ (Ha Nui Kwon, Sang-Seok Nam & Yoo Kyoung Park, 2017) เนื่องด้วยระยะเวลาของโปรแกรมฯ จำนวน 4 สัปดาห์น้อยเกินไปไม่สามารถมีการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกายได้ และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักของตนเองจากการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ความตั้งใจ ความอดทน มีวินัยในการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย มีศรัทธาและเคารพเชื่อมั่นในตนเองการเอาชนะใจตนเอง (ชลวิภา สุลักษณ์นารักษ์ และอุณ ทะสิงห์, 2564)

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 เนื่องจากภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อจัดการภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร ความรู้ความเข้าใจในการเลือกบริโภค และพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลอง จึงส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนั้น โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อจัดการภาวะโภชนาการ ส่งผลให้วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมขึ้นจนทำให้ดัชนีมวลกายลดลงด้วย

สรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อจัดการภาวะโภชนาการ ได้แก่ การสร้างเสริมความสามารถในการลดน้ำหนักผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้ประสบการณ์ลดน้ำหนัก การชักจูงทางคำพูดผ่านสื่อออนไลน์ และการจัดการภาวะอารมณ์ ส่งผลให้วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการจัดการภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่มีน้ำหนักเกินมวลกายของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง พัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ร่วมกับการบูรณาการออกกำลังกายที่ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสมรรถนะการรับรู้รายบุคคลในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างน้อย 3 เดือน และมีการติดตามในระยะ 6 เดือน
2. ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดโรคอื่นๆที่พบร่วมกับโรคอ้วนที่มีอยู่และที่เสี่ยงจะเป็นในอนาคต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงหรือภาวะหยุดหายใจในขณะหลับ เป็นต้น รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น รู้สึกเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม ภาวะซึมเศร้า

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566, 3 มีนาคม). *กรมควบคุมโรค ผลักดันคนไทยใส่ใจสุขภาพ ปรับเปลี่ยนมุมมองลด "โรคอ้วน"*. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32470&deptcode=brc&news_views=192
- กรมอนามัย. (2566, 4 มีนาคม). *เผยเด็กไทยอ้วน เปิดอาหารสุขภาพ เสริมออกกำลังกายป้องกัน*. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news0633-2/>
- ชนิษฐา กุลฤกษ์ญา. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 63-75.
- จूरรัตน์ มัญญาพันธ์. (2562). พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของนักเรียนวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 6(1), 45-56.
- ชลวิภา สุกข์ขณานุรักษ์ และ อุณ ตะสิงห์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(4), 614-622.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (ฉบับที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พรทิพย์ วงคำสอน และฉันทนา ปาปัดถา. (2565). พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารออนไลน์ของผู้เรียนในสังกัดอาชีวศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(1), 19-33.
- ภณิดา หยั่งถึง. (2565). ผลของการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกายกับแบบแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกาย ค่าไขมันที่เกาะอยู่ตามอวัยวะภายในบริเวณช่องท้องและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ*, 14(3), 57-70.
- ภัทรพร ทองสังข์, นงนุช โอบะ และวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. (2565). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 16(2), 111-124.
- วัชรินทร์ เสมามอญ. (2562). ผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 5(2), 61-70.
- วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และพรศิริ พันธสี. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 20(1). 274-284

- สุกัญญา จันทร์อ้วน และภาวิณี อึ้งวงศ์. (2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลบึงกาฬจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 40(1), 1-15.
- สุพิณญา คงเจริญ. (2560). โรคอ้วน:ภัยเงียบในยุคดิจิทัล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(3), 22-29.
- อรัญญา หมั่นธรรม, มธุรส ทิพยมงคลกุล และวัชรภรณ์ เปาโรหิตย์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 75(1), 27-37.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Kwon, H. N., Nam, S. S., & Park, Y. K. (2017). *Effect on 12-week intensive dietary and exercise program on weight reduction and maintenance in obese women with weight cycling history*. *Clinical Nutrition Research*, 6(3), 183–197.
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., et al. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Stehlik, T. (2018). *Educational philosophy for 21st century teachers*. Springer.
- Wahrlich, V., Teixeira, T. M., & Dos Anjos, L. A. (2018). Validity of a population-specific BMR predictive equation for adults from an urban tropical setting. *Clinical Nutrition*, 37(1), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.12.005>
- World Health Organization. (2025). *Obesity and overweight fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization. (2024). *One in eight people are now living with obesity*. <https://www.who.int/news/item/01-03-2024-one-in-eight-people-are-now-living-with-obesity>
- Yvonne, B., Antje K., Peter K., et al. (2011). *Obesity genes: Implication in childhood obesity*. *Pediatrics and Child Health*, 22(2011), 31-36.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ
ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

The Effectiveness of the Stroke Prevention Behavior Improvement Program
among Older Adults in Mae Ka Sub-district, Mueang Phayao District, Phayao Province

ธิดา สิทธิสวนจิก¹, กัญญาณัฐ จุฬารักษ์¹, ชรินรัตน์ เล็กสิงห์โต¹, ธัญญาลักษณ สมยาวะกาศ¹,
นาตาลี รักอิสระภาพ¹, ปัทมาภรณ์ ทองใบ¹, โมทนา ฐิตินันท์มงคล¹, ศิริลักษณ์ กิติมูล¹, มณฑุเชษฐ มະโนธรรม^{1*}
Thirada Sitthisuanchik¹, Kanyanat Jurapha¹, Charinrat Leksingto¹, Thanyarak Somyawakad¹,
Natalee Rakaisaraphap¹, Patthamaporn Thongbai¹, Motana Thitinanmongkhon¹, Sirilak Kitimoon¹,
Manuchet Manotham^{1*}

สาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา¹

Department of Community Health, School of Public Health, University of Phayao¹

(Received: 5 September 2025; Revised: 7 October 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้น 2 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยแบบสอบถามด้านความรู้หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครุเตอร์ริชาร์ดสันมีค่าเท่ากับ 0.68 ส่วนแบบสอบถามด้านทัศนคติและด้านพฤติกรรมหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบภายในในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: manuchet.ma@up.ac.th, มณูเชษฐ์ มะโนธรรม)

Abstract

This research was a quasi-experimental study with two groups, pretest-posttest design, aimed to examine the effectiveness of a behavioral development program for stroke prevention among older adults in Mae Ka Subdistrict, Mueang Phayao District, Phayao Province. The sample consisted of 56 older adults, divided equally into an experimental group (n = 28) and a control group (n = 28). Data collection was conducted between June and July 2025, covering a total period of two months. The research instruments included: (1) an eight-week behavioral development program for stroke prevention among older adults, and (2) a questionnaire composed of four parts: personal information, knowledge, attitude, and preventive behaviors toward stroke. The questionnaire was validated for content validity, appropriateness, and linguistic clarity. Reliability testing was performed with 30 individuals who shared similar characteristics to the study sample. The knowledge section demonstrated a reliability coefficient of 0.68 using the Kuder-Richardson method, while the attitude and behavior sections yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.86 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the Paired t-test and Independent t-test.

The results revealed that, within the experimental group, mean scores for knowledge, attitude, and preventive behaviors toward stroke significantly increased after the intervention ($p < 0.05$), while no significant differences were observed in the control group. Moreover, when comparing between groups, the experimental group showed significantly higher posttest mean scores for knowledge, attitude, and preventive behaviors than the control group ($p < 0.05$)

The findings suggest that public health agencies can apply this program as a practical guideline for promoting health among older adults in communities. The emphasis on behavioral modification for stroke prevention may effectively and sustainably reduce the risk of stroke among older populations.

Keywords: Older adult, Stroke, Stroke prevention program

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกด้วยอุบัติการณ์ที่สูงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐศาสตร์ของประชากรในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่สองของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของภาระทางโรค (Disability-adjusted life years: DALYs) ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเกือบ 11.95 ล้านคนต่อปี และมีผู้ที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 93.8 ล้านคน ขณะที่ผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 7.25 ล้านคนต่อปี (Feigin et al., 2025) ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะหลอดเลือดแข็งตัว โดยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคจะสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (Rajati et al., 2023)

ข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรผู้ใหญ่ อายุมากกว่า 45 ปี ประมาณร้อยละ 1.88 และมีแนวโน้มสูงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Suwanwela, 2014) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นไม่เป็นจังหวะและเร็วผิดปกติ (Atrial fibrillation) มีผลต่อการเสียชีวิต (Samuthpongton et al., 2021) นอกจากนี้มีการศึกษา ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ. 2010–2021 ได้เปรียบเทียบแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราการความชุกสูงในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบความแตกต่างตามเพศ (Suanrueang et al., 2024) ในขณะเดียวกัน จังหวัดพะเยา พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 8.94) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke: 160-162) (ร้อยละ 20.06) และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic stroke: 163) (ร้อยละ 4.48) (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center: HDC, 2567)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เพื่อออกแบบแนวทางการป้องกันที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่มีการสูงอายุของประชากรเพิ่มขึ้น โดยได้นำทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพผ่านการเรียนรู้ การลงมือปฏิบัติจริง และการสะท้อนผลจากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ได้มีการออกแบบให้สอดคล้องกับองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎี โดยเน้นให้บุคคลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมาย การประเมินตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ (Lorig & Holman, 2003) ทั้งนี้ มีงานวิจัยที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ อรณลิน ไทยเจริญ และคณะ (2568) พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงและลดระดับความดัน

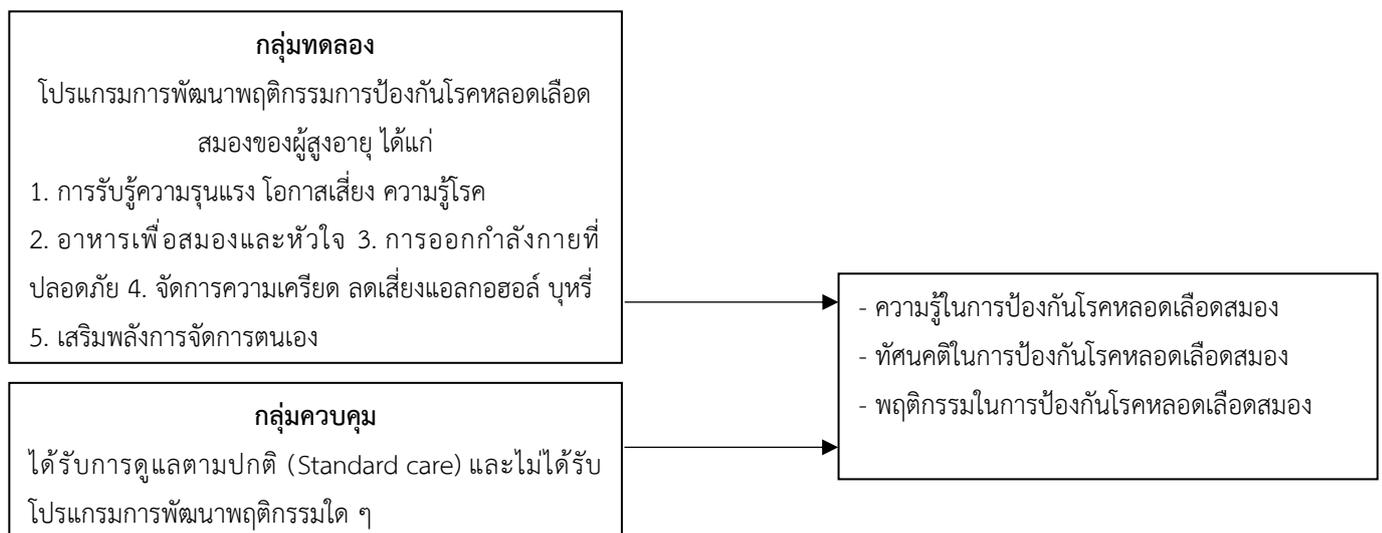
โลหิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของเสาวภา เล็กวงษ์ และคณะ (2565) ได้พัฒนาโมเดลการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โดยมีขั้นตอนสำคัญ เช่น การให้ความรู้ แจกคู่มือ บันทึกข้อมูลสุขภาพ การเลือกเป้าหมาย การประเมินสถานะสุขภาพ และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมจึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง รู้จักประเมินตนเอง และลงมือปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยง ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเอง กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ เก็บรวบรวมและประเมินข้อมูลอาการเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ พร้อมทั้งสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงตนเอง (Ryan & Sawin, 2009) กระบวนการนี้ช่วยให้บุคคลควบคุมโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บข้อมูล การประเมินผลการตัดสินใจ การปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะ เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 1,600 คน (ข้อมูลพื้นฐานเทศบาลตำบลแม่กา, 2567) ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.7 (Kang, H., 2021) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (วารจนา วสุรัตน์, 2567) ค่าความคลาดเคลื่อน (α) ที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.90 (Cohen, 1988) test family คือ t test และ statistical test ที่ใช้ในการแทนค่าสูตร คือ Correlation: Point biserial model ผลการวิเคราะห์พบว่า การวิจัยครั้งนี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 56 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 28 คน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างแบบแยกกลุ่มไม่ส่งถึงกัน (Non-contaminated grouping) โดยสุ่มกลุ่มทดลองจากชุมชน A และกลุ่มควบคุมจากชุมชน B ซึ่งทั้งสองชุมชนอยู่ห่างกันและไม่มีการติดต่อหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม แม้วิธี non-contaminated grouping จะลดการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มได้ดี แต่ความแตกต่างด้านลักษณะชุมชนอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนทำให้เกิด selection bias และ confounding bias ซึ่งอาจมีผลต่อความเที่ยงตรงภายในของการวิจัย (Internal validity)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
2. เป็นผู้ให้ความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

(Informed consent form)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคทางจิตเวช หรือข้อจำกัดด้านการสื่อสารที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะปลายปิดและปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำและสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามผู้สูงอายุ ข้อมูลสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10, 2566) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

หลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ 2) ถ้าพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองลูกจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (≤ 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-11 คะแนน) และระดับสูง (≥ 12 คะแนน) (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากบทความสุขภาพรู้ทัน 10 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพื่อการป้องกันและรักษา (โรงพยาบาลพญาไท, 2567) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ 2) ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดสมองอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่ามี 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) (Best, 1997)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (สายสุนีย์ เจริญศิลป์, 2564) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ 1) ท่านตรวจหาภาวะ Atrial Fibrillation (AF) เมื่อพบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ 2) ท่านควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (120/80 มิลลิเมตรปรอท) โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ 6-7 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) (Best, 1997)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ (Standard care) ซึ่งเป็นการบริการทั่วไปที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับอยู่แล้วจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมชุมชนประจำเดือน เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยอาจารย์ในสาขาวิชานามัยชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและการพัฒนาแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence index: IOC) จึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลแม่เนาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามด้านความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson 20 (KR-20) (Kuder & Richardson, 1937) มี

ค่าเท่ากับ 0.68 ส่วนแบบสอบถามด้านทัศนคติและแบบสอบถามด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1970) มีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

ก่อนดำเนินโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับประธานโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวาก ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีเจ้าอาวาสวัดแม่กาโทกหวากเป็นผู้ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อคัดเลือกและนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รายชื่อแล้วผู้วิจัยจึงชี้แจงรายละเอียดขอความยินยอมและเข้าสู่การทำกิจกรรมตามโปรแกรม

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ จำนวน 8 สัปดาห์ร่วมกับการใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถามจำนวน 28 คน (ร้อยละ 100) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมินฐาน

วัตถุประสงค์: สำรวจการรับรู้ความเสี่ยง/อันตราย การเผชิญปัญหา พฤติกรรมปัจจุบัน และทำแบบสอบถาม KAP (Pretest)

เนื้อหา: ภาพรวมโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน “FAST” และบทบาทการจัดการตนเอง

กิจกรรม: เช็คแผนผังที่ความเสี่ยงส่วนบุคคล และตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล 1-2 เป้าหมาย

วัสดุ: แบบสอบถาม KAP แผ่นพับ FAST บัตรตั้งเป้าหมาย

งานบ้าน: บันทึกพฤติกรรม 7 วัน (อาหาร/ออกกำลังกาย/ความเครียด/แอลกอฮอล์/บุหรี่)

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ความรู้โรค

วัตถุประสงค์: เพิ่มการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง และความรู้โรค

เนื้อหา: กลไกโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน ทำไม “เล็กน้อยทุกวัน” สะสมเป็นความเสี่ยง

กิจกรรม: เกมจับคู่ “ปัจจัยเสี่ยง-ผลกระทบ” และวงสนทนาแชร์ประสบการณ์

วัสดุ: สไลด์ โปสเตอร์ บัตรคำ

งานบ้าน: วัดความดันโลหิตที่ รพ.สต./อสม. หรือบันทึกสัญญาณเตือนที่พบ

สัปดาห์ที่ 3 อาหารเพื่อสมองและหัวใจ

วัตถุประสงค์: ตระหนักประโยชน์คาดหวังของการกินที่เหมาะสม

เนื้อหา: หลัก “งานสุขภาพ” ลดโซเดียม/น้ำตาล/ไขมันทรานส์/อ่านฉลากโภชนาการ

กิจกรรม: สาธิตจัดจาน อ่านฉลาก และทำ “สัญญาณอาหารฉลาด 1 ข้อ/วัน”

งานบ้าน: บันทึกรับประทานอาหาร 7 วัน พร้อมให้คะแนนตนเอง (0-10)

สัปดาห์ที่ 4 การออกกำลังกายที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์: เพิ่มความเชื่อมั่นในการเริ่มหรือคงกิจกรรมทางกาย

เนื้อหา: ชนิด ความถี่ ความหนัก ระยะเวลา หลัก FITT สำหรับผู้สูงอายุ และความปลอดภัย

กิจกรรม: ฝึกยืดเหยียด/แอโรบิกเบา 10-15 นาที ทดลองเดินนับก้าว และตั้งเป้าหมายก้าว/นาที

งานบ้าน: เดิน/ออกกำลังกายตามแผน 5 วัน/สัปดาห์ บันทึกก้าว/เวลา

สัปดาห์ที่ 5 จัดการความเครียด ลดเสียงแอลกอฮอล์ บุหรี่

วัตถุประสงค์: จัดการอุปสรรคและเรียนรู้เครื่องมือรับมือ

เนื้อหา: เทคนิคผ่อนคลายลมหายใจ/สติสั้นๆ วงจรความอยาก กลยุทธ์ทดแทน

กิจกรรม: ฝึกหายใจ 4-4-6 สมุดแผนรับมือสิ่งกระตุ้น (Cue-plan)

งานบ้าน: ฝึกผ่อนคลายวันละ 2 ครั้ง บันทึกเหตุการณ์กระตุ้นและการรับมือ

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินกึ่งกลาง

วัตถุประสงค์: ประเมินการรับรู้/การเผชิญปัญหา/พฤติกรรม ณ กึ่งโปรแกรม

เนื้อหา: ทบทวนเป้าหมายรายบุคคล ปรับแผนตามอุปสรรคจริง

กิจกรรม: แบบประเมินย่อ โค้ชกลุ่มย่อย การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

งานบ้าน: ปรับแผนส่วนบุคคลฉบับปรับปรุง (Version 2)

สัปดาห์ที่ 7 เสริมพลังการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์: ตอกย้ำทักษะการจัดการตนเองผ่านการเรียนรู้แบบกลุ่ม

เนื้อหา: ทบทวนอาหาร/ออกกำลังกาย/ความเครียด/แอลกอฮอล์/บุหรี่ เชื่อมพี่เลี้ยง/เพื่อนช่วยเพื่อน

กิจกรรม: อภิปรายกรณีตัวอย่าง และสร้าง “ข้อตกลงสนับสนุนกัน” รายสัปดาห์

งานบ้าน: ซ้อมแผนสถานการณ์ยาก 2 ฉาก เช่น งานเลี้ยง วันที่ฝนตก

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินหลัง

วัตถุประสงค์: ประเมิน KAP หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

กิจกรรม: ทำแบบสอบถาม KAP (Posttest)

วัสดุ: แบบสอบถาม KAP

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 28 คน (ร้อยละ 100) ทั้งนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ (Standard care) ซึ่งเป็นการบริการทั่วไปที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับอยู่แล้วจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมชุมชน ประจำเดือน เป็นต้น แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมใด ๆ จากผู้วิจัย

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับขั้นก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทุกคน (ร้อยละ 100) ได้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และใช้สถิติ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} = 0.200$)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/078/68 วันที่รับรอง 25 เมษายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยสิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และใช้สถิติ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 56 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.9) และมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ($SD. = 5.86$) ตัวแปรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำและสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ในระยะเริ่มต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 56 คน)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | รวม (n = 56) n (%) | กลุ่มทดลอง (n = 28) n (%) | กลุ่มควบคุม (n = 28) n (%) | P-value |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| เพศ | | | | 0.775 |
| ชาย | 18 (32.1%) | 8 (28.6%) | 10 (35.7%) | |
| หญิง | 38 (67.9%) | 20 (71.4%) | 18 (64.3%) | |
| อายุ (ปี) | | | | 0.982 |
| Mean (SD.) | 68.05 (5.86) | 68.07 (5.53) | 68.04 (6.28) | |
| Min-Max | 60-87 | 61-83 | 60-87 | |
| ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²) | | | | 0.378 ^a |
| ผอม (<18.50) | 6 (10.7%) | 5 (17.9%) | 1 (3.6%) | |
| ปกติ (18.50-22.99) | 25 (44.6%) | 12 (42.9%) | 13 (46.4%) | |
| น้ำหนักเกิน (23.00-24.99) | 10 (17.9%) | 5 (17.9%) | 5 (17.9%) | |
| อ้วน (≥25.00) | 15 (26.8%) | 6 (21.4%) | 9 (32.1%) | |
| สถานภาพ | | | | 0.418 |
| สมรส | 32 (57.1%) | 14 (50.0%) | 18 (64.3%) | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยก | 24 (42.9%) | 14 (50.0%) | 10 (35.7%) | |
| การศึกษา | | | | 1.000 |
| ไม่ได้ศึกษา | 12 (21.4%) | 6 (21.4%) | 6 (21.4%) | |
| ได้ศึกษา | 44 (78.6%) | 22 (78.6%) | 22 (78.6%) | |
| อาชีพ | | | | 0.375 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 16 (28.6%) | 10 (35.7%) | 6 (21.4%) | |
| ได้ประกอบอาชีพ | 40 (71.4%) | 18 (64.3%) | 22 (78.6%) | |
| รายได้ | | | | 0.171 |
| ไม่เพียงพอ | 22 (39.3%) | 14 (50.0%) | 8 (28.6%) | |
| เพียงพอ | 34 (60.7%) | 14 (50.0%) | 20 (71.4%) | |
| โรคประจำตัว | | | | 0.790 |
| ไม่มี | 28 (50.0%) | 15 (53.6%) | 13 (46.4%) | |
| มี | 28 (50.0%) | 13 (46.4%) | 15 (53.6%) | |
| การรับประทานยาเป็นประจำ | | | | 0.054 |
| ไม่มี | 34 (60.7%) | 21 (75.0%) | 13 (46.4%) | |
| มี | 22 (39.3%) | 7 (25.0%) | 15 (53.6%) | |
| สิทธิการรักษาพยาบาล | | | | 0.051 ^a |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 49 (87.5%) | 22 (78.6%) | 27 (96.4%) | |
| ประกันสังคม | 2 (3.6%) | 1 (3.6%) | 1 (3.6%) | |
| ข้าราชการ | 5 (8.9%) | 5 (8.9%) | 0 (0.0%) | |

* P-value is calculated using Exact test.

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 10.11 (*SD.* = 0.57) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคติ 46.07 (*SD.* = 0.26) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 30.21 (*SD.* = 0.62) ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 14.04 (*SD.* = 2.12) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคติ 53.89 (*SD.* = 6.92) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 39.32 (*SD.* = 6.74) โดยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

| ตัวแปร | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | | หลังเข้าร่วมโปรแกรม | | t | P-value |
|--|---------------------|------|---------------------|------|-------|---------|
| | M | SD. | M | SD. | | |
| ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 10.11 | 0.57 | 14.04 | 2.12 | 8.883 | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม | 10.04 | 0.19 | 10.11 | 0.42 | 0.812 | 0.424 |
| ทักษะคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 46.07 | 0.26 | 53.89 | 6.92 | 5.997 | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม | 45.96 | 0.19 | 46.04 | 0.33 | 1.441 | 0.161 |
| พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30.21 | 0.63 | 39.32 | 6.74 | 7.300 | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม | 30.14 | 0.52 | 30.21 | 1.13 | 0.441 | 0.663 |

*ทดสอบด้วย Paired t-test, *p-value < 0.05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | P-value |
|--|------------|------|-------------|------|-------|---------|
| | M | SD. | M | SD. | | |
| ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ | | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 10.11 | 0.57 | 10.04 | 0.19 | 0.632 | 0.530 |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | 14.04 | 2.12 | 10.11 | 0.42 | 9.637 | <0.001* |
| ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ | | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 46.07 | 0.26 | 45.96 | 0.19 | 1.754 | 0.085 |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | 53.89 | 6.92 | 46.04 | 0.33 | 6.002 | <0.001* |
| พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ | | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 30.21 | 0.63 | 30.14 | 0.52 | 0.461 | 0.647 |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | 39.32 | 6.74 | 30.21 | 1.13 | 7.046 | <0.001* |

*ทดสอบด้วย Independent t-test, *p-value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยนุช จิตตานุรักษ์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการใช้ภาษาชาวบ้าน ใช้สื่อภาพประกอบ และการยกตัวอย่างในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและเข้าใจเนื้อหาสาระด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นรูปแบบการสื่อสารที่สอดคล้องกับระดับความรู้ ความคุ้นเคย และ

ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าใจภาษาทางวิชาการและเพิ่มความน่าสนใจในการเรียนรู้ อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับบริบทชีวิตจริงของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการจดจำที่ยั่งยืน และมีแนวโน้มในการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยนุช จิตตุนนท์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีและพบว่า ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพบว่า การอธิบายอย่างชัดเจนและการพูดคุยกับผู้สูงอายุอย่างเป็นกันเอง ส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจให้ความสำคัญของการป้องกันโรคมมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ซักถามหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มยังช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ และทำให้ผู้สูงอายุปรับมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองในทางที่ดีขึ้น

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของเพียงเดือน สันวงศ์ และคณะ (2567) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลไหล่นหิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวารางคณา วสุรัตน์ (2567) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีโอกาสได้รับความรู้และการแนะนำตามโปรแกรมในการปฏิบัติตัวที่ดี เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือและยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำที่ดีที่เหมาะสมกับตนเองที่จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผลการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนถึงความสำเร็จของกลไกการจัดการตนเองในระดับปัจเจกบุคคลและสังคม กล่าวคือ โปรแกรมนี้ได้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ “เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง” (Learning by doing) และ

“สร้างการเปลี่ยนแปลงจากภายใน” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักของทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ที่มุ่งให้บุคคลเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก ไม่สุ่มตัวบุคคลและการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะสั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ผ่านโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเป็นแกนนำในการเผยแพร่ความรู้ให้เพื่อนบ้านหรือผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มระยะเวลาการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และวัดผลในด้านสุขภาพจริง เช่น ค่าความดันโลหิตหรือการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. ศึกษาบทบาทของครอบครัวและชุมชน วิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความสำเร็จของโปรแกรมในระยะยาว
3. เพิ่มขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างโดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ ภูมิภาค ชาติพันธุ์หรือกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองสามารถใช้ในการสรุปและอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้าง

รายการอ้างอิง

ปิยนุช จิตตสุนนท์, อารมณ์ทิพย์ บัวเพชร, พิมพิศา ศักดิ์ดอนเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, & ญันท์ วอลเตอร์. (2564). ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลสงขลาสงขลา นครินทร์*, 41(2), 13–25.

- เพียงเดือน สันวงค์, บุศรินทร์ ผัดวัง, & ศิริรัตน์ ผ่านภพ. (2567). ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลไหล่นหิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น*, 5(2), 105–106.
- เทศบาลตำบลแม่กา. (2567, 28 พฤศจิกายน). *ข้อมูลแสดงจำนวนประชากรตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา*. <http://www.maekalocal.go.th/>.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC). (2567, 3 ธันวาคม). *ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม*. <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/kpi/1/2022>
- โรงพยาบาลพญาไท. (2567, 4 ธันวาคม). *รู้ทัน 10 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพื่อการป้องกันและรีบรักษา*. <https://www.phyathai.com/th/article/understanding-the-10-risk-factors-for-stroke-prevention-and-early-treatment>
- วารางคณา วสุรัตน์. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 11(2), 48–59.
- เสาวภา เล็กวงษ์, อรพรรณ บุญลือ, นิศารัตน์ รามวงษ์, & นุชนาถ โรจนธรรม. (2565). การพัฒนารูปแบบการ จัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(2), 175–189.
- สายสุนีย์ เจริญศิลป์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหา บัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. (2566). *แนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ สำหรับโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) (ฉบับปรับปรุง ปี 2566)*. อุบลราชธานี: อัลทีเมท พรินต์ติ้ง จำกัด.
- อรนลิน ไทยเจริญ, นภาพิณ จันทขัมมา, & วันเพ็ญ แวววีรคุปต์. (2568). ผลของโปรแกรมการ จัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี. *วารสาร พยาบาลทหารบก*, 26(1), 120–128.
- Best, J. W. (1997). *Research in education*. Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Routledge.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. Harper & Row.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. F., & Rautalin, I. (2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*, 20(2), 132–144.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition,

- outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
- Kang, H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 18(17).
<https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160.
- Rajati, F., Merghati-Khoei, E., Shabani, M., & Rashidian, A. (2023). Prevalence of stroke in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 92, 102602
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217225.
- Samuthpongton, C., Kaewkum, C., Mathattanagul, W., & Ponglikitmongkol, P. (2021). Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. *BMC Neurology*, 21:322,1-6.
- Suanrueang, P. (2024). A comparison of the disease occurrence of cerebrovascular diseases, diabetes mellitus, hypertensive diseases, and ischaemic heart diseases among hospitalized older adults in Thailand. *Scientific Reports*, 14:123, 1-11.
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke*, 16(1), 1-7.



ผลของการใช้ “หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า” ในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและอาการหนาวสั่น
ในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง
ในโรงพยาบาลแม่สาย

Effect of Warming cap and sock to prevent hypothermia and shivering
in maternal undergoing cesarean section under spinal anesthesia
in Maesai hospital

นภัสสรณ์ ฉัตรยิ่งหิรัญกิจ^{1*}, สมปรารถนา วง¹
Naphatson chatyinghirankit^{1*}, Sompradthana Vong¹
โรงพยาบาลแม่สาย¹
Maesai hospital¹

(Received: 19 July 2025; Revised: 7 September 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและอาการหนาวสั่นในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 คน และกลุ่มควบคุม 47 คน ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 – มิถุนายน 2568 ใช้แบบแผนการทดลองแบบวัดก่อนและหลัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีความตรงในเนื้อหา IOC = 0.89 และการติดตามอาการหนาวสั่นมีความตรงในเนื้อหา IOC = 1 และอุปกรณ์คือหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า อุณหภูมิร่างกายของมารดาหลังการผ่าตัดคลอด ในกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า มีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา ($p < 0.05$) และมีระดับอาการหนาวสั่นต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยชี้ว่า การใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าสามารถช่วยป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและลดอาการหนาวสั่นในมารดาผ่าตัดคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มารดาผ่าคลอด, ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ, ภาวะหนาวสั่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : PHORNCHANOK@live.com, นภัสสรณ์ ฉัตรยิ่งหิรัญกิจ)

Abstract

This quasi-experimental, two-group study aimed to examine the effects of using a warm hat and warm foot socks on preventing hypothermia and shivering in post-cesarean section mothers who underwent spinal anesthesia. The sample consisted of 47 post-partum mothers at Mae Sai Hospital, Chiang Rai Province, divided into an experimental group and a control group. The study was conducted between February 2025 and June 2025. A pre- and post-test design was used. The research instruments included a patient data record form with content validity (IOC) of 0.89, and a shivering monitoring form with content validity (IOC) of 1. The tools included a warm hat and warm foot socks. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent t-test. The results revealed that post-cesarean section mothers in the group receiving conventional body warming combined with a warm hat and warm foot socks had significantly higher mean body temperature than those in the group not using a warm hat and warm foot socks at all time points ($p < 0.05$), and had significantly lower shivering levels than the control group ($p < 0.05$). The results indicated that using a warm hat and Foot warmers can effectively prevent hypothermia and reduce shivering in mothers undergoing cesarean sections.

Keywords: Cesarean section mothers, Hypothermia, Shivering,

บทนำ

การผ่าคลอด (Cesarean section) เป็นหัตถการสำคัญที่ใช้เมื่อการคลอดทางช่องคลอดมีความเสี่ยงหรือทำไม่ได้ การดูแลหลังผ่าตัดที่มีคุณภาพจึงมีบทบาทอย่างยิ่งต่อการฟื้นตัวของมารดา โดยเฉพาะการควบคุมอุณหภูมิร่างกายและการจัดการอาการหนาวสั่นซึ่งมักพบหลังได้รับยาชาทางช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) (Sessler, 2008). ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia; อุณหภูมิแกนกาย $< 36^{\circ}\text{C}$) เกิดขึ้นได้จากการกระจายความร้อนจากแกนกายสู่ผิวหนัง (redistribution) ภายหลังการระงับความรู้สึก ร่วมกับสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิต่ำและการให้สารน้ำที่ไม่ได้อุ่น ซึ่งล้วนลดความสามารถของร่างกายในการคงสมดุลความร้อน (Matsukawa et al., 1995; Sessler, 2008). มีการศึกษาชี้ชัดว่าการให้ความอบอุ่นร่างกาย เช่น forced-air warming การอุ่นสารน้ำ ช่วยลดการลดลงของอุณหภูมิและอาการหนาวสั่นในมารดาหลังผ่าคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sultan et al., 2015; Chen et al., 2019; Zhuo et al., 2022)

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและอาการหนาวสั่นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดโดยการระงับความรู้สึกด้วยยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง จากการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบอุบัติการณ์เกิด ร้อยละ 29-54 (Kumar et al., 2023; Zhang et al., 2019) หรืออาจสูงถึงร้อยละ 40-80

(Feng et al., 2021) ของมารดาที่ได้รับการให้ยาชาทางช่องไขสันหลังในการผ่าตัดคลอด อาการหนาวสั่นไม่เพียงเพิ่มความไม่สุขสบาย แต่ยังสัมพันธ์กับการเพิ่มการใช้ออกซิเจน ภาระต่อระบบหัวใจ การหายใจ การสั่นจะรบกวนการติดตามสัญญาณชีพ และอาจกระทบประสบการณ์การคลอดรวมทั้งการเริ่มต้นให้นมบุตร (Buggy & Crossley, 2000; Sultan et al., 2015) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากขึ้น การใช้เลือดทดแทนเพิ่ม ระยะเวลาในโรงพยาบาลยาวขึ้น และภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อที่สูงขึ้น จึงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลที่ควรเฝ้าระวังและป้องกันอย่างจริงจัง (Sessler, 2008; Sun et al., 2015; Torossian et al., 2015) ภาวะต่างๆ เหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ร้อยละ 60–90 ในการผ่าตัดคลอด เนื่องจากหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวและอาการหนาวสั่นลดลง การดูแลเพื่อป้องกันภาวะนี้ในระหว่างการผ่าตัดจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพโดยการใช่วิธีการให้ความอบอุ่นแบบแอคทีฟร่วมกับแบบพาสซีฟในการผ่าตัดคลอด (Hoefnagel et.al., 2021)

มาตรการป้องกันและลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น การใช้เครื่องให้ความร้อน การห่มผ้าหลายชั้น หรือการใช้เครื่องอุ่นของเหลว แม้ว่าจะมีประสิทธิภาพ แต่บางวิธีอาจมีข้อจำกัด เช่น ค่าใช้จ่ายสูง หรือความไม่สะดวกในการใช้งานในบางสถานการณ์ (Xu, H, et. AL.,2021) การป้องกันและลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีมาตรการหลายด้านที่ได้รับการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดังนี้ การใช้การให้ความอบอุ่นแบบแอคทีฟ (Active Warming) การใช้เครื่องทำความร้อนที่มีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น แผ่นความร้อนที่วางบนตัวมารดาหรือการใช้ถุงลมน้ำร้อน เพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัดคลอด (Hoefnagel et.al., 2021) การใช้เครื่องทำความร้อนที่มีการควบคุมอุณหภูมิในการผ่าตัดคลอด สามารถลดการสูญเสียความร้อนจากร่างกายและช่วยรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ การใช้การให้ความอบอุ่นแบบพาสซีฟ (Passive Warming) การใช้ผ้าห่มหรือชุดที่สามารถรักษาความอบอุ่นได้ดี เช่น ผ้าห่มจากวัสดุที่เก็บรักษาความร้อน หรือการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า เพื่อรักษาความอบอุ่นในบริเวณที่มีการสูญเสียความร้อนมากที่สุด (Hoefnagel et.al., 2021)

การใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า เป็นวิธีที่เรียบง่าย ค่าใช้จ่ายต่ำ และสามารถประยุกต์ใช้ได้ง่ายในโรงพยาบาล โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดการลดการสูญเสียความร้อนจากร่างกายผ่านบริเวณศีรษะและเท้าซึ่งเป็นจุดที่ร่างกายสูญเสียความร้อนได้มาก (Sessler, 1997) อีกทั้งการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าร่วมกับมาตรการอื่นในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำการศึกษายังพบว่า การใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าร่วมกับมาตรการอื่น ๆ เช่น การให้ความอบอุ่นแบบแอคทีฟหรือการใช้ผ้าห่มร้อน ช่วยลดอาการหนาวสั่นและภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้มารดาฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้นในการศึกษาประสิทธิภาพของหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าในการลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในมารดาผ่าตัดคลอดงานวิจัยหลายชิ้นได้พิสูจน์ว่า การใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าช่วยลดการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย โดยเฉพาะในบริเวณศีรษะและเท้า ซึ่งเป็นจุดที่มีการสูญเสียความร้อนสูงในร่างกาย การใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าสามารถช่วยรักษาอุณหภูมิร่างกายให้คงที่และลดอาการหนาวสั่นในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (Hoefnagel et.al., 2021)

โรงพยาบาลแม่สายในฐานะโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1 เป็นศูนย์รับบริการส่งต่อผู้ป่วยสูตินารีเวชจากเครือข่าย เปิดให้บริการผ่าตัดทั้งในและนอกเวลาซึ่งมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก โดยมีผู้เข้ารับบริการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาเข้าทางช่องไขสันหลังในปี พ.ศ.2564, 2565, 2566

จำนวน 219, 149, 174 รายตามลำดับ ซึ่งเกิดภาวะหนาวสั่นเป็นจำนวน 81, 47, 57 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 36.9, 31.5, 32.7 ตามลำดับ หน่วยงานจึงต้องการพัฒนางานเพื่อลดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะหนาวสั่น โดยการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนแก่ผู้ป่วย ร่วมกับการให้สารน้ำอุ่นและผ้าห่มลมร้อนในขณะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่มีความสำคัญในการให้บริการผ่าตัดคลอดแก่ประชากรในพื้นที่ การนำวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมาประยุกต์ใช้ จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมารดาผ่าตัดคลอด และลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ดังนั้น การศึกษาผลของการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและอาการหนาวสั่นในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง จึงมีความสำคัญในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอุณหภูมิกายภายในของมารดาคลอดหลังการผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง ระหว่างกลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า
2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะหนาวสั่นของมารดาคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง ระหว่างกลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า กับกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า

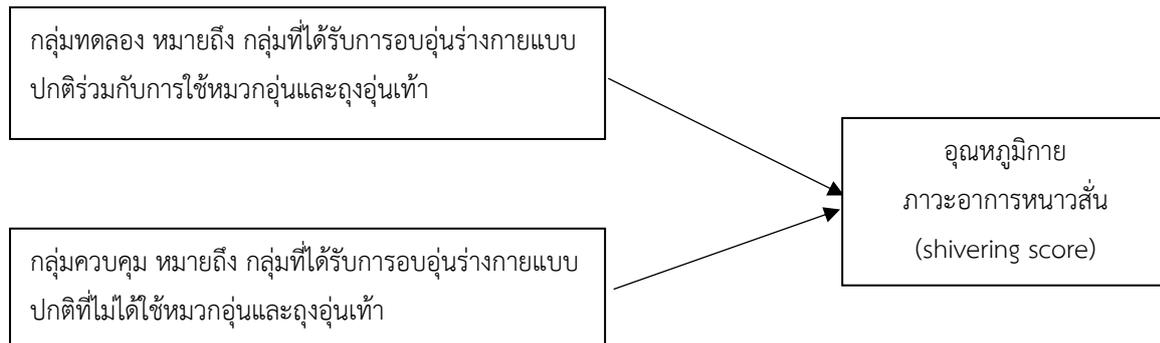
สมมติฐานวิจัย

1. มารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าอุ่นภายหลังการผ่าตัด มีอุณหภูมิกายภายหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. มารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าเกิดภาวะหนาวสั่นหลังการผ่าตัดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของการทำความเข้าใจกลไกทางสรีรวิทยาของการสูญเสียความร้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาชาทางช่องไขสันหลัง (Spinal Anesthesia) และมาตรการที่เน้นการป้องกันการสูญเสียความร้อนในบริเวณที่สำคัญ โดยมีรายละเอียดดังนี้ การกระจายความร้อน (Redistribution) การให้ยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังจะทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว (Vasodilation) อย่างรวดเร็วในบริเวณที่ถูกระงับความรู้สึกส่งผลให้เกิดการกระจายความร้อนจากแกนกลางลำตัว (Core Temperature) ไปสู่ผิวหนังส่วนปลายอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิด

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำในช่วงเริ่มต้นหลังการระงับความรู้สึก (Matsukawa et al., 1995; Sessler, 2008) การศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการศึกษาผลของการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า ในการให้ความอบอุ่นแบบพาสซีฟ (Passive Warming) โดยหมวกอุ่นป้องกันการสูญเสียความร้อนผ่านโดยตรงจากศีรษะ ซึ่งเป็นการรักษาสมดุลความร้อนของร่างกายส่วนบน และถุงอุ่นเท้าเพื่อ ช่วยลดการสูญเสียความร้อนจากเท้าซึ่งเป็นบริเวณส่วนปลายที่ได้รับผลจากการขยายตัวของหลอดเลือดได้ง่ายและสูญเสียความร้อนได้มาก โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกาย และภาวะอาการหนาวสั่น (shivering score) ระหว่างมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า (กลุ่มทดลอง) และ กลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า (กลุ่มควบคุม)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง (Two-group posttest-only design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษา คือ มารดาตั้งครรภ์ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบไม่เร่งด่วนทางหน้าท้องและระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2568 เนื่องจากไม่สามารถทราบจำนวนมารดาที่จะมารับบริการผ่าตัดคลอดได้ล่วงหน้า ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Bernard (2000)

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาตั้งครรภ์ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบไม่เร่งด่วนทางหน้าท้องและระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลแม่สาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2568 โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า Alpha เท่ากับ 0.05, Power เท่ากับ 0.80 อัตราส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (r=1:1) ค่าขนาดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.68 ($d \approx 0.60$) จากสูตร Bernard , 2000 และเพื่อป้องกันความไม่สะดวกในการประเมินผล และการวิเคราะห์ข้อมูล ลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถาม ที่ไม่สมบูรณ์ หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (missing data)

จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5.00 (Polit & Beck, 2017) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่าง 47 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างขึ้นจากประชากรที่ทำการศึกษิตตามเกณฑ์คัดเลือกฯ ตามวัตถุประสงค์งานวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติโดยไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า จำนวน 47 คน และได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า จำนวน 47 คน เริ่มจากกลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า สลับกับกลุ่มที่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า เพื่อป้องกัน selection bias ดังนี้

การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. มารดาตั้งครรภ์ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและระดับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์ (Pre-anesthesia) โดยมี ASA physical status 1 2 หรือ 3 หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ หรือโรคประจำตัวชนิดไม่รุนแรงและสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี หรือ โรคประจำตัวชนิดรุนแรง แต่ไม่ได้เป็นอันตรายต่อชีวิตในชีวิตประจำวัน

3. มีอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.0-37.5 องศาเซลเซียส เมื่อมาถึงห้องผ่าตัด

4. ไม่มีโรครวมเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. มารดาตั้งครรภ์ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและระดับความรู้สึกโดยให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia)

2. มีการเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร

3. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ การทำงานของหัวใจผิดปกติ เกิดอาการชัก เกิดอาการแพ้ยารุนแรง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกมารดาผ่าตัดคลอด ที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังในโรงพยาบาลแม่สาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคร่วมขณะตั้งครรภ์ ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณการสูญเสียเลือด

ส่วนที่ 2 การติดตามอาการผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกอุณหภูมิกาย-อุณหภูมิห้อง-อาการหนาวสั่น เครื่องวัดอุณหภูมิทางเยื่อแก้วหู (tympanic membrane) และแบบประเมินอาการหนาวสั่น (shivering score) ของ Butwick, Lipman, & Carvalho (2007)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลอง หมวกอุ่น และถุงอุ่นเท้าผลิตจาก วัสดุ PVC (Polyvinyl Chloride) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นฉนวนความร้อนที่ดีและทนทาน ลักษณะใช้แล้วทิ้ง เพื่อลดการสูญเสียความร้อนของร่างกายผ่านกระบวนการพาความร้อน (Convection), การแผ่รังสี (Radiation) และการระเหย (Evaporation) ออกสู่สภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดที่เย็น (Hoefnagel et al., 2021; Sessler, 1997) โดยหมวกอุ่น ใช้ครอบศีรษะ เพื่อลดการสูญเสีย

ความร้อนจากบริเวณศีรษะ ซึ่งเป็นแหล่งสูญเสียความร้อนหลัก และถุงอุ้งเท้า ใช้สวมเท้าและ ข้อเท้า เพื่อลดการสูญเสียความร้อนในบริเวณส่วนปลาย ซึ่งได้รับผลกระทบจากการขยายตัวของหลอดเลือดหลังได้รับยาชาได้ง่าย ร่วมกับการอบอุ่นร่างกายตามมาตรฐาน

กลุ่มควบคุม ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามมาตรฐานการ และไม่ได้ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า

อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ หมวกอุ้ง และ ถุงอุ้งเท้า ทำจากพลาสติกพีวีซี มีคุณสมบัติกันน้ำ ไม่ระบายอากาศ ทำให้สามารถป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากบริเวณที่ห่อหุ้มได้ ขนาดของหมวกมีเส้นผ่านศูนย์กลางที่ 26-30 เซนติเมตร ขนาดของถุงเท้า กว้าง 35×70 เซนติเมตรทั้งนี้ ใช้หมวกผ้าและถุงเท้าฝารอง เพื่อช่วยให้ผิวสัมผัสนุ่ม และป้องกันการเสียดถูผิวหนังร่วมด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ วิทยุแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิสัญญี จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลห้องคลอด จำนวน 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวัดด้วยเกณฑ์ $-1/0/+1$ แล้วคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อกับวัตถุประสงค์ (IOC) รายข้อ ปรับแก้คำอธิบาย ระบุคำศัพท์ทางคลินิก กำหนดช่วงเวลาให้ชัดเจน และตัดข้อที่ซ้ำซ้อน จากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง พบว่าค่า IOC ค่าอยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 โดยแยกเป็นรายด้าน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ค่า IOC = 0.89 และส่วนที่ 2 การติดตามอาการผู้ป่วย ค่า IOC = 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ฯ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เสนอหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลแม่สาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติจากกลุ่มการพยาบาลและกลุ่มวิสัญญีวิทยา เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนกสูติรีเวช (Obstetric-Gynecology Department) และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความอนุเคราะห์ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อมารดาตั้งครรภ์ที่มารับบริการระดับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในท้องผ่าตัด โรงพยาบาลแม่สาย และสุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นทดลอง

| กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|--|--|
| ขั้นที่ 1 แรกครรภ์ที่ท้องผ่าตัด ประเมินปัจจัยเสี่ยงแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปก่อนการผ่าตัด 1.1 วัดอุณหภูมิแรกครรภ์ ณ ห้องเตรียมผ่าตัด (T1 หมายถึง 0 นาที) | ขั้นที่ 1 แรกครรภ์ที่ท้องผ่าตัด ประเมินปัจจัยเสี่ยงแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปก่อนการผ่าตัด 1.1 วัดอุณหภูมิแรกครรภ์ ณ ห้องเตรียมผ่าตัด (T1 หมายถึง 0 นาที) |

| กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|--|---|
| 1.2 วัดภาวะหนาวสั่น ณ ห้องเตรียมผ่าตัด (S1 หมายถึง 0 นาที) 1.3 ให้ผู้ป่วยสวมหมวกอุ่น และถุงอุ่นเท้า ขั้นที่ 2 ให้การอบอุ่นร่างกายตามมาตรฐานเดิมโดยการให้สารน้ำ ปรับตามสภาพผู้ป่วย วัดอุณหภูมิให้สารน้ำร่วมกับการสวมหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า และวิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) 15 นาที 2.1 วัดอุณหภูมิ (T2) 2.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S2) ขั้นที่ 3 เสร็จการผ่าตัด และเสร็จสิ้นการทำหัตถการในห้องผ่าตัดและยังใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า 3.1 วัดอุณหภูมิ (T3) 3.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S3) ขั้นที่ 4 วัดอุณหภูมิ 30 นาที หลังการผ่าตัด แรกในห้องพักฟื้น (RR) 0 นาที และยังใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า 4.1 วัดอุณหภูมิ (T4) 4.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S4) ขั้นที่ 5 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น (RR) ยังคงใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า 5.1 อุณหภูมิ (T5) 5.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S5) | 1.2 วัดภาวะหนาวสั่น ณ ห้องเตรียมผ่าตัด (S1 หมายถึง 0 นาที) ขั้นที่ 2 ให้การอบอุ่นร่างกายตามมาตรฐานเดิมโดยการให้สารน้ำ ปรับตามสภาพผู้ป่วย วัดอุณหภูมิให้สารน้ำและวิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) 15 นาที 2.1 วัดอุณหภูมิ (T2) 2.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S2) ขั้นที่ 3 เสร็จการผ่าตัด และเสร็จสิ้นการทำหัตถการในห้องผ่าตัด 3.1 วัดอุณหภูมิ (T3) 3.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S3) ขั้นที่ 4 วัดอุณหภูมิ 30 นาที หลังการผ่าตัด แรกในห้องพักฟื้น (RR) 0 นาที 4.1 วัดอุณหภูมิ (T4) 4.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S4) ขั้นที่ 5 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น (RR) 5.1 อุณหภูมิ (T5) 5.2 วัดภาวะหนาวสั่น (S5) |

ขั้นหลังการทดลอง

ติดตามผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหลังคลอด ตามมาตรฐานโดยการ การวัดอุณหภูมิแกนกาย (Core Temperature) และประเมินอาการหนาวสั่น จำนวน 1 ครั้ง ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิกายต่ำกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrence) และเพื่อให้แน่ใจว่าอาการหนาวสั่นจากผลของยาชาหรือจากอุณหภูมิต่ำได้หายไปอย่างสมบูรณ์ และไม่มีอาการหนาวสั่นที่อาจเกิดจากภาวะอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent Samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิภายใน และอาการหนาวสั่นของมารดาผ่าคลอดหลังการผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง ระหว่างกลุ่มมารดาผ่าคลอดที่ได้รับการอบอุ่น

ร่างกายตามปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test

ทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติแบบพาราเมตริกในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม ได้แก่ Independent Samples t-test ส่วนความเท่ากันของความแปรปรวน (Homogeneity of variances) ได้รับการตรวจสอบด้วย Levene's Test พบว่าไม่มีความแตกต่างของความแปรปรวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่โครงการ CRPPHO 71/2567 ลงวันที่รับรอง 10 มกราคม 2568 วันหมดอายุ 10 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติ อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 46 ปี อายุเฉลี่ย 29.79 ปี ($SD. = 5.92$) น้ำหนักเฉลี่ย 72.19 กิโลกรัม ($SD. = 11.13$) ส่วนสูงเฉลี่ย 153.87 เซนติเมตร ($SD. = 6.47$) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 30.55 ($SD. = 5.18$) เวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 46.17 นาที ($SD. = 13.15$) ปริมาณสารน้ำเฉลี่ย 1,680.85 มิลลิลิตร ($SD. = 610.64$) และปริมาณการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดเฉลี่ย 504.25 มล. ($SD. = 97.70$)

กลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า มีอายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 44 ปี อายุเฉลี่ย 30.00 ปี ($SD. = 6.20$) น้ำหนักเฉลี่ย 73.66 กิโลกรัม ($SD. = 14.32$) ส่วนสูงเฉลี่ย 154.38 เซนติเมตร ($SD. = 6.25$) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 30.84 ($SD. = 5.05$) ได้รับการผ่าตัดในเวลาเฉลี่ย 46.17 นาที ($SD. = 13.15$) ปริมาณสารน้ำเฉลี่ย 1,768 มิลลิลิตร ($SD. = 592.74$)

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปในกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า และกลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า โดยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุมารดา น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณเลือดที่สูญเสีย ในการผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และระยะเวลาการผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้ามีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) จำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า และกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติ

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | t-test | p-value |
|-----------------------|-------------|--------|------------|--------|--------|---------|
| | M | SD. | M | SD. | | |
| อายุมารดา | 29.79 | 5.92 | 30.00 | 3.20 | -0.170 | 0.865 |
| น้ำหนักมารดา | 72.19 | 11.13 | 73.66 | 14.32 | -0.556 | 0.580 |
| ส่วนสูงมารดา | 153.87 | 6.47 | 154.38 | 6.25 | -0.389 | 0.698 |
| ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) | 30.55 | 5.18 | 30.84 | 5.05 | -0.282 | 0.779 |
| ระยะเวลาผ่าตัด | 46.17 | 13.15 | 51.59 | 12.55 | -2.045 | 0.044* |
| ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ | 1,608.85 | 610.64 | 1,768 | 592.74 | -0.703 | 0.484 |
| ปริมาณเลือดที่สูญเสีย | 504.25 | 97.70 | 531.91 | 135.30 | -1.136 | 0.259 |

*p-value <0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้าและกลุ่มที่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า พบว่า อุณหภูมิกายแรกรับที่ห้องเตรียมผ่าตัด (T1) สูงกว่า กลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า อุณหภูมิเฉลี่ยหลังระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) 15 นาที (T2) แรกรับที่ห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด (RR) (T3) อุณหภูมิเฉลี่ยหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด (T4) และ อุณหภูมิเฉลี่ยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด (RR) (T5) ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิของร่างกายของกลุ่มที่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุณหภูมิร่างกายในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) จำแนกเป็น กลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า และกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติที่ไม่ใช้หมวกอุ้งและถุงอุ้งเท้า

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | t-test | p-value |
|---|-------------|------|------------|------|---------|---------|
| | M | SD. | M | SD. | | |
| อุณหภูมิผู้ป่วยแรกรับ T1 (ที่ห้องเตรียมผ่าตัด) | 36.63 | 0.36 | 36.72 | 0.23 | -1.297 | 0.198 |
| อุณหภูมิแกนหลังการให้สารน้ำและระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) 15 นาที T2 | 36.32 | 0.41 | 36.82 | 0.21 | -7.566 | <0.001* |
| อุณหภูมิเมื่อเสร็จการผ่าตัด T3 | 35.98 | 0.33 | 36.80 | 0.22 | -14.100 | <0.001* |
| อุณหภูมิเมื่อแรกรับที่ห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด (RR) T4 | 35.95 | 0.35 | 36.71 | 0.25 | -12.204 | <0.001* |
| อุณหภูมิ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด T5 | 36.44 | 0.39 | 36.80 | 0.26 | -5.1222 | <0.001* |

*p-value <0.05

การเกิดภาวะหนาวสั่นของกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า พบว่าการเกิดภาวะหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การเกิดภาวะหนาวสั่นของกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า ในการวัดครั้งที่ 1 พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวัดค่าเฉลี่ยอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 พบว่ากลุ่มใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า มีค่าคะแนนการเกิดภาวะหนาวสั่นต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการหนาวสั่นในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) จำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและ ถุงอุ่นเท้า และกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | t-test | p-value |
|----------------------------|-------------|------|------------|------|--------|---------|
| | M | SD. | M | SD. | | |
| อาการหนาวสั่นวัดครั้งที่ 1 | 0.04 | 0.29 | 0.00 | 0.00 | -1.000 | 0.320 |
| อาการหนาวสั่นวัดครั้งที่ 2 | 0.72 | 1.01 | 0.17 | 0.67 | -3.118 | 0.002* |
| อาการหนาวสั่นวัดครั้งที่ 3 | 1.66 | 1.34 | 0.60 | 1.10 | -4.213 | <0.001* |
| อาการหนาวสั่นวัดครั้งที่ 4 | 2.13 | 1.70 | 0.79 | 1.14 | -4.485 | <0.001* |
| อาการหนาวสั่นวัดครั้งที่ 5 | 1.58 | 1.50 | 0.54 | 0.96 | -3.866 | <0.001* |

*p-value <0.05

พบว่า อุณหภูมิแกนเฉลี่ยของกลุ่มที่มีการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า มีอุณหภูมิสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า ในช่วงแรกรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด (T1) หลังการให้ยาชาระงับความรู้สึกฯ 15 นาที (T2) หลังเสร็จการผ่าตัด (T3) อุณหภูมิเมื่อแรกรับที่ห้องพักรักษาตัวหลังการผ่าตัด (RR) (T4) และ อุณหภูมิก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักรักษาตัวหลังการผ่าตัด (RR) (T5) และจาก จากแผนภูมิ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิแกนในกลุ่มที่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า ตลอดการผ่าตัด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงอุณหภูมิแกนกลางเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและ ถุงอุ่นเท้า และกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า

| ตัวแปร | T1 | | T2 | | T3 | | T4 | | T5 | |
|--------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | M | SD. |
| กลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า | 36.63 | 0.36 | 36.32 | 0.41 | 35.98 | 0.33 | 35.95 | 0.34 | 36.44 | 0.39 |
| กลุ่มที่ใช้หมวกอุ่นและ | 36.72 | 0.23 | 36.82 | 0.21 | 36.80 | 0.22 | 36.71 | 0.24 | 36.80 | 0.26 |

ถุงอุ่นเท้า

- หมายเหตุ:
- T1 อุณหภูมิผู้ป่วยแรกจับ (ที่ห้องเตรียมผ่าตัด)
 - T2 อุณหภูมิแกนการให้สารน้ำ 15 นาที
 - T3 อุณหภูมิเมื่อเสร็จการผ่าตัด
 - T4 อุณหภูมิเมื่อแรกจับที่ห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด (RR)
 - T5 อุณหภูมิก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด (RR)

อภิปรายผล

การศึกษานี้อุณหภูมิกายภายในของมารดาหลังการผ่าตัดคลอดฯ กลุ่มที่ได้รับการการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า กับกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า ผลการศึกษานับสนุนทั้งสองสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 1 อุณหภูมิกายหลังผ่าตัด จากการศึกษเปรียบเทียบ อุณหภูมิกายภายในของมารดาหลังการผ่าตัดคลอดฯ กลุ่มที่ได้รับการการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า มีอุณหภูมิกายภายในหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในช่วงเวลา 15 นาที (T2) หลังการให้ยาาระงับความรู้สึกฯ (P-value= 0.000, t=-7.566) เมื่อเสร็จการผ่าตัด (T3) (P-value= 0.000, t=-14.100) แรกจับที่ห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด (RR) (T4) (P-value= 0.000, t=-12.204) และอุณหภูมิกายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น (RR) (T5) (P-value= 0.000, t=-5.1222) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าศีรษะและเท้าเป็นจุดที่ร่างกายสูญเสียความร้อนมากที่สุด และการปกปิดบริเวณดังกล่าวสามารถลดการสูญเสียความร้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Allen, Habib, & Levine, 2018) นอกจากนี้ การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังเองมีผลกระทบต่อการกระจายความร้อนในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีแนวโน้มสูญเสียความร้อนและเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้ง่าย (Sun et al., 2015) การให้การอบอุ่นเสริมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะ (Moola, Lockwood, & Munn, 2020) นอกจากอุณหภูมิภายในที่พบว่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาหลังจากการให้ยาการระงับความรู้สึกฯ (T2) จนถึงก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น (T5) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า มีอุณหภูมิในช่วงเวลาดังกล่าวสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า และมีอุณหภูมิแรกจับที่ห้องเตรียมผ่าตัด (T1) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.198, t=-1.297) กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า แม้ว่าการสวมหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าจะช่วยลดการสูญเสียความร้อนผ่านทางศีรษะและเท้า ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกายสูง (Sessler, 1997) สอดคล้องกับทฤษฎีการควบคุมอุณหภูมิภายในที่บ่งชี้ว่าการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะกลไกการยับยั้งการหดตัวของหลอดเลือดและการกระจายความร้อนจากแกนกลางสู่ส่วนปลาย ภายหลังจากได้รับยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง การให้ความร้อนจากภายนอกจึงมีบทบาททดแทนกลไกการรักษาอุณหภูมิที่สูญเสียไป ช่วยลดอัตราการกระจาย

ความร้อนและป้องกันการลดลงของอุณหภูมิกายแกนกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sessler, 1997; Sun et al., 2015; Moola, Lockwood, & Munn, 2020) ผลลัพธ์ยัง สอดคล้องกับหลักการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia Prevention Principle) ที่เน้นการให้ความอบอุ่นแก่ส่วนปลายของร่างกายเพื่อลดความแตกต่างของอุณหภูมิระหว่างแกนกลางและผิวหนัง (Thermal Gradient) และลดการสูญเสียความร้อนจากจุดสำคัญ ได้แก่ ศีรษะและเท้า การดำเนินการดังกล่าวช่วยจำกัดการกระจายของความร้อนออกจากแกนกลางในระยะแรกหลังการระงับความรู้สึก และส่งผลให้อุณหภูมิของผู้ป่วยคงอยู่ในระดับปกติได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Sessler (1997) และ Sun et al. (2015) ที่ระบุว่า การให้ความอบอุ่นส่วนปลายก่อนและระหว่างการระงับความรู้สึกสามารถลดความเสี่ยงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การวัดอุณหภูมิในช่วงแรกรับที่ห้องผ่าตัดอาจยังไม่สามารถแสดงผลของการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิอย่างชัดเจน เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงต้นที่กระบวนการสูญเสียความร้อนเพิ่งเริ่มต้น นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น อุณหภูมิของห้องผ่าตัด สภาพร่างกายพื้นฐานของมารดา และระยะเวลาในการรับตัวเข้าห้องผ่าตัดอาจมีผลต่อค่าอุณหภูมิแรกรับด้วย (Horn et al., 2012)

สมมติฐานที่ 2 ภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัด การเกิดอาการหนาวสั่นของมารดาหลังการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายแบบปกติรวมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า พบว่ากลุ่มที่มีการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนการเกิดอาการหนาวสั่นต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการวัดอาการหนาวสั่นครั้งที่ 2 (P-value= 0.002, t=-3.118) ครั้งที่ 3 (P-value= 0.000, t=-4.213) ครั้งที่ 4 (P-value= 0.000, t=-4.485) และครั้งที่ 5 (P-value= 0.000, t=-3.866) และในการวัดอาการหนาวสั่นครั้งที่ 1 ไม่พบอาการหนาวสั่นในกลุ่มที่ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า แต่พบการหนาวสั่นในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า แต่จากการเปรียบเทียบพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อาการหนาวสั่น (Shivering) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในมารดาหลังการผ่าตัดคลอดโดยการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง เนื่องจากยาชาส่งผลต่อการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายทำให้เกิดภาวะสูญเสียความร้อนและร่างกายตอบสนองด้วยการหนาวสั่น (Sessler, 2008) การหนาวสั่นนอกจากจะทำให้มารดา รู้สึกไม่สบาย ยังเพิ่มการใช้ออกซิเจน การทำงานของหัวใจ และอาจส่งผลกระทบต่อ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าเสริมจากการอบอุ่นร่างกายตามปกติช่วยรักษาอุณหภูมิร่างกาย ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมมากขึ้น ลดการกระตุ้นกลไกการสั่นของกล้ามเนื้อ เพื่อสร้างความร้อน (shivering thermogenesis) อันเป็นสาเหตุของอาการหนาวสั่น ทำให้กลุ่มทดลองมี อาการหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการรักษาอุณหภูมิร่างกายให้คงที่เพื่อป้องกันอาการหนาวสั่น และเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (Torossian et al., 2016) สอดคล้องกับรายงานของ Matsukawa et al. (1995) ที่พบว่า ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นการเกิดอาการหนาวสั่นหลังการระงับความรู้สึก การป้องกันการลดลงของอุณหภูมิร่างกายจึงช่วยลดความถี่และความรุนแรงของอาการหนาวสั่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มที่ได้รับการการอบอุ่นร่างกายแบบปกติร่วมกับการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ยยาวกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนว่ากลุ่มที่ได้รับการอุ่นด้วย “หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า” ผลลัพธ์สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 โดยแม้มีระยะเวลาผ่าตัดยาวกว่าในกลุ่มการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า แต่ผลการศึกษา ยังคงชี้ว่าการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าช่วยคงอุณหภูมิแกนกายได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำผลการวิจัย และนวัตกรรมหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้า ไปการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยดังนี้ จัดให้มีแนวปฏิบัติ (Protocol) ในห้องผ่าตัด/ห้องพักฟื้นให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เช่น มารดาผ่าคลอด, ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาชาไขสันหลัง ต้องได้รับการสวมหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าทุกครั้งก่อนและระหว่างผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และอาการหนาวสั่น และควรมีการบูรณาการมาตรการอบอุ่นร่างกายเฉพาะส่วน (ศีรษะและเท้า) เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน จากผลการวิจัยพบว่าการเสริมการสวมหมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้าร่วมกับการอบอุ่นร่างกายตามมาตรฐาน ช่วยรักษาอุณหภูมิร่างกายได้ดีกว่าการอบอุ่นปกติอย่างเดียว

2. การประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ขยายผลไปสู่กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาชาทางช่องไขสันหลังหรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ข้อเสนอแนะ: ทดลองนำมาตรการนี้ไปใช้ในหน่วยงานอื่นและประเมินผลลัพธ์ เพื่อขยายขอบเขตการดูแลผู้ป่วยให้กว้างขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้หมวกอุ่นและถุงอุ่นเท้ากับนวัตกรรมอื่น เช่น ผ้าห่มเป่าลมร้อน ในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและอาการหนาวสั่นในการผ่าตัดเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนในการให้บริการ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดที่มีคุณภาพ คุ่มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและองค์กร

2. การประเมินและติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง การนำมามาตรการใหม่มาใช้ควรมีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ อาการหนาวสั่น หรือระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ: จัดตั้งระบบติดตามประเมินผล เช่น Audit chart review หรือ Nursing Quality Indicator เพื่อประเมินความสำเร็จของการดำเนินมาตรการ

รายการอ้างอิง

Allen, T. K., Habib, A. S., & Levine, W. C. (2018). Perioperative temperature management in cesarean delivery: What is the evidence? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 292–297.

<https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000592>

Bernard, H. R. (2000). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Sage Publications.

- Buggy, D. J., & Crossley, A. W. (2000). Thermoregulation, mild perioperative hypothermia and post-anaesthetic shivering. *British Journal of Anaesthesia*, *84*(5), 615–628.
<https://doi.org/10.1093/bja/84.5.615>
- Butwick, A. J., Lipman, S., & Carvalho, B. (2007). Intraoperative forced air-warming during cesarean delivery under spinal anesthesia does not prevent maternal hypothermia. *Anesthesia & Analgesia*, *105*(5), 1413-1419. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000286167.96410.27>
- Chen, W.-A., Liu, C.-C., Mnisi, Z., Chen, C.-Y., & Kang, Y.-N. (2019). Warming strategies for preventing hypothermia and shivering during cesarean section: A systematic review with network meta-analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Surgery*, *71*, 21–28.
<https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2019.09.006>
- Chung, S. H., Lee, B.-S., Yang, H. J., Kweon, K. S., Kim, H.-H., Song, J., & Shin, D. W. (2012). Effect of preoperative warming during cesarean section under spinal anesthesia. *Korean Journal of Anesthesiology*, *62*(5), 454–460. <https://doi.org/10.4097/kjae.2012.62.5.454>
- Feng, G., Wang, Y., Feng, J., Luo, X., Li, C., & Yao, S. (2021). The relationship between core temperature and perioperative shivering during caesarean section under intrathecal anesthesia with bupivacaine and ropivacaine: A randomized controlled study. *Journal of Anesthesia*, *35*(6), 889–895. <https://doi.org/10.1007/s00540-021-02995-9>
- Kumar, K., Lin, C., Symons, T., & Railton, C. (2023). Narrative review on perioperative shivering during caesarean section under neuraxial anaesthesia. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, *29*(1), 41–46. <https://doi.org/10.2478/rjaic-2022-0006>
- Horn, E. P., Bein, B., Böhm, R., Steinfath, M., Sahili, N., & Höcker, J. (2012). Effect of preoperative warming during cesarean section under spinal anesthesia. *Korean Journal of Anesthesiology*, *62*(5), 454-459. <https://doi.org/10.4097/kjae.2012.62.5.454>
- Hoefnagel, A. L., Vanderhoef, K. L., Anjum, A., Mohamad, Z., Trang, C., Washington, T., et al. (2020). Perioperative active warming in combination with passive warming techniques to prevent inadvertent hypothermia during cesarean delivery: A retrospective observational cohort study. *BMC Anesthesiology*, *20*(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01008-2>
- Matsukawa, T., Sessler, D. I., Sessler, A. M., Schroeder, M., Ozaki, M., & Kurz, A. (1995). Heat flow and distribution during induction of general anesthesia. *Anesthesiology*, *82*(3), 662-673.
<https://doi.org/10.1097/00000542-199503000-00008>
- Moola, S., & Lockwood, C. (2011). Effectiveness of strategies for the management and/or prevention of hypothermia within the adult perioperative environment: A systematic review.

- International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 337–345.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00227.x>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Essentials of nursing research* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sessler, D. I. (1997). Perioperative heat balance. *Anesthesiology*, 87(2), 289-298.
<https://doi.org/10.1097/0000542-199708000-00016>
- Sessler, D. I. (2008). Temperature monitoring and perioperative thermoregulation. *Anesthesiology*, 109(2), 318-338. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31817f6d76>
- Sultan, P., Habib, A. S., Cho, Y., & Carvalho, B. (2015). The effect of patient warming during Caesarean delivery on maternal and neonatal outcomes: A meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 115(4), 500–510. <https://doi.org/10.1093/bja/aev325>
- Sun, Z., Honar, H., Sessler, D. I., Dalton, J. E., Yang, D., Panjasawatwong, K., et al. (2015). Intraoperative core temperature patterns, transfusion requirement, and hospital duration in patients warmed with forced air. *Anesthesiology*, 122(2), 276-285.
<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000551>
- Torossian, A., Bräuer, A., Höcker, J., Bein, B., Wulf, H., & Horn, E. P. (2016). Preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(7), 107-112.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0107>
- Xu, H., Zhou, T., Xie, C., Lin, C., Wu, Y., & Salmon, J. W. (2021). Value of active warming devices for intraoperative hypothermia prevention: A meta-analysis and cost-benefit analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11360.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111360>
- Zhang, Y.-W., Zhang, J., Hu, J.-Q., Wen, C.-L., Dai, S.-Y., Yang, D.-F., Li, L.-F., & Wu, Q.-B. (2019). Neuraxial adjuvants for prevention of perioperative shivering during cesarean section: A network meta-analysis following the PRISMA guidelines. *World Journal of Clinical Cases*, 7(16), 2287–2301.
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i16.2287>
- Zhuo, Q., Xu, J.-B., Zhang, J., & Ji, B. (2022). Effect of active and passive warming on preventing hypothermia and shivering during cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2(2), 720.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-05054-7>

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคmelioidosis ภาคใต้ตอนล่าง
The Development of Melioidosis Surveillance, Control, and Health Literacy
Promotion for Prevention Among At-Risk Groups in the Lower Southern Region

ปฐมพร พริกชู^{1*}, นัจมี หลีสหัด¹, อรไท ทัพเคลียว¹

Pathomporn Prikchoo^{1*}, Nutjamee Leesahud¹, Orratai Tupkleo¹

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา^{1*}

The Office of Disease Prevention and Control 12 Songkhla^{1*}

(Received: 20 August 2025; Revised: 15 October 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ พัฒนารูปแบบ ศึกษา ประสิทธิภาพและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคmelioidosis ภาคใต้ตอนล่าง ดำเนินการ 4 ขั้นตอน 1. ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยง 581 คน เจ้าหน้าที่ 120 คน 2. พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมินความเหมาะสม เป็นไปได้ และประโยชน์ในกลุ่มผู้นำไปใช้ 27 คน 3. ศึกษาประสิทธิภาพ โดยวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง ในกลุ่มเสี่ยง 267 คน และเจ้าหน้าที่ 31 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test 4. ศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผู้เชี่ยวชาญ 10 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. อัตราป่วยโรคmelioidosis ภาคใต้ตอนล่าง มีแนวโน้มสูงขึ้น พบผู้เสียชีวิตทุกปี เจ้าหน้าที่ไม่ทราบการดำเนินงานเมื่อพบผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงขาดความรู้และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ต้องการรูปแบบการดำเนินงาน การเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และแนวทางส่งเสริมการป้องกันโรค

2. รูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคmelioidosis พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง คือ ODPC12 Melioidosis Model - Early Detection, Early Reporting, Well - Controlled, Enhancing Health Literacy

3. หลังใช้รูปแบบ ความไวในการตรวจจับโรค ร้อยละ 50.00 ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 85.71 รายงานโรคครบถ้วน ร้อยละ 92.85 สอบสวนโรคตามเกณฑ์ ร้อยละ 100.00 การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง หลังกิจกรรม ความรอบรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} \leq 0.05$ ความรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} \leq 0.05$ และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} \leq 0.05$

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เน้นเฝ้าระวังโรคในสถานพยาบาล พัฒนาระบบประสานการรายงาน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ บุคลากรเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ควรขยายผลรูปแบบ ODPC12 Melioidosis Model ไปใช้ใน รพศ./รพท. ทุกแห่ง และ รพช.ขนาดใหญ่ ในภาคใต้ตอนล่าง ที่อัตราป่วยโรคmelioidosisสูง

คำสำคัญ: การพัฒนา รูปแบบ, เฝ้าระวัง, ควบคุมโรค, ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, melioidosis

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: porpoh@hotmail.com, ปฐมพร พริกชู)

Abstract

This research and development aimed to study the situation, problems, and needs, develop a model, evaluate the effectiveness, and policy recommendations for melioidosis surveillance, control, and health literacy promotion for prevention among at-risk groups. The study was carried out in four stages: 1. Situational analysis: Studied the context, problems, and needs of public health personnel. Data were collected from 581 at-risk individuals and 120 personnel. 2. Model development: the operational model was reviewed by 5 experts, and its suitability, feasibility, and utility for implementation were evaluated by 27 target users. 3. Model evaluation: Examined the effectiveness using a two-group quasi-experimental design with pre-test and post-tests among 267 at-risk individuals and 31 personnel. Descriptive statistics and Paired t-tests were used for analysis. 4. Policy recommendations: Gathering policy recommendations from 10 experts. The findings were as follows:

1. The incidence rate of melioidosis in the lower Southern region showed an increasing trend, with fatalities reported annually. Personnel were unaware of the operational upon patient detection. At-risk groups lacked knowledge and exhibited inappropriate behavior. Personnel also lacked knowledge and required a comprehensive operational model covering surveillance, control, and prevention promotion guidelines.

2. Model for melioidosis surveillance, control, and health literacy promotion in the lower southern region is the ODPC12 Melioidosis Model - Early Detection, Early Reporting, Well-Controlled, Enhancing Health Literacy.

3. After implementation of the model: Disease detection sensitivity was 50.00%. Positive predictive value was 85.71%. Completeness of disease reporting was 92.85%. Case investigation according to criteria was 100.00%. For health literacy promotion in the at-risk group, health literacy, knowledge, and behavior all significantly improved after the activities ($P \leq 0.05$).

4. Policy recommendations emphasize hospital-based disease surveillance, developing a coordinated reporting system, enhancing personnel capacity, integrating the One Health network, and promoting health literacy in high-risk groups, especially diabetic patients. It is recommended to expand the ODPC12 Melioidosis Model to all Regional/ General Hospitals and large Community Hospitals in the lower Southern region with high melioidosis incidence rates.

Keywords: Model development, Surveillance, Disease Control, Health Literacy Promotion, Melioidosis

บทนำ

โรคเมลิออยโดสิส เกิดจากแบคทีเรีย *B. pseudomallei* พบในดิน น้ำ และอากาศ ติดเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติหรือการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันทางเซลล์ลดลง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ชาติสซีเมีย โรคไต เสี่ยงป่วยและมีอาการรุนแรง การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เพิ่มความเสี่ยงติดเชื้อ ประเทศไทยพบเชื้อเมลิออยโดสิสได้ทุกภูมิภาค ผู้ป่วยผลเพาะเชื้อยืนยันเฉลี่ย 1,700 รายต่อปี เสียชีวิตเฉลี่ย 700 รายต่อปี (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2564) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา กรมควบคุมโรค รับผิดชอบ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสเสียชีวิตครั้งแรก ปี พ.ศ. 2560 และผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วย 0.54 ต่อแสนประชากร เป็น 2.04 ในปี พ.ศ. 2566 และพบผู้เสียชีวิตโรคเมลิออยโดสิสมาโดยตลอด พ.ศ. 2566 อัตราป่วยตายสูงเป็นอันดับ 2 อัตราตายสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2566) โรคเมลิออยโดสิสเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของภาคใต้ตอนล่าง ควรให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน แต่ถูกให้ความสำคัญน้อย ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม ดำเนินงานแบบตั้งรับ สอบสวนโรคเมื่อได้รับรายงาน แต่ยังไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ เนื่องจากได้รับรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง ไม่มีกิจกรรมให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงตัดสินใจใช้ข้อมูลป้องกันโรคอย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) การศึกษาของ Sørensen et al (2012) พบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มความตระหนักและโอกาสป้องกันตนเอง ปัจจุบันมีคู่มือโรคเมลิออยด์ของกรมควบคุมโรค (2564) เป็นข้อมูลด้านการวินิจฉัย รักษา รายงาน และการป้องกัน แต่การป้องกันโรคเป็นกรณีศึกษาในภาคอีสาน และไม่มีแนวทางการเฝ้าระวัง ประสานข้อมูล แตกต่างจากบริบทภาคใต้ ดังนั้นการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง จะทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานเชิงรุก ทั้งการเฝ้าระวัง การตรวจจับโรคเร็ว การประสานข้อมูลเพื่อให้รายงานโรคได้อย่างครบถ้วน ควบคุมโรคได้ทันเวลา รวมถึงส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม ซึ่งรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทภาคใต้ตอนล่าง จะส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อัตราป่วย อัตราป่วยตายในอนาคตต่อไป

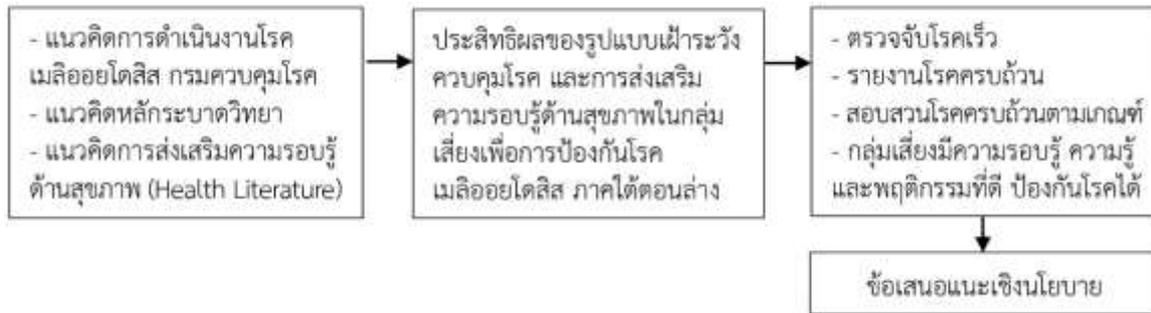
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง
4. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง โดยใช้แนวคิดการดำเนินงานโรคเมลิออยโดสิส กรมควบคุมโรค (2564) เน้นวินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว รักษาตามแนวทาง และรายงานโรคเข้าสู่ระบบ

รวมถึงการป้องกันโรค ใช้แนวคิดหลักระบาดวิทยาเรื่องการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และใช้แนวคิดส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ประยุกต์กับแนวคิดกรมอนามัย (2560) เป็นการส่งเสริมทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ แลกเปลี่ยนข้อมูล ตัดสินใจ ปรับพฤติกรรม และบอกต่อข้อมูล โดยคาดว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะมี ประสิทธิภาพ ในการตรวจจับโรคเร็ว รายงานโรคครบถ้วน ควบคุมโรคได้ทันเวลา กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ป้องกันโรคเมลิออยโดสิสได้ และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเฝ้าระวัง ควบคุม โรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง ใช้วิธีการ วิจัยโดยวิเคราะห์จากเอกสาร วิเคราะห์เชิงปริมาณ และวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนสถานการณ์โรคเมลิออยโดสิสจากเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ พ.ศ.2562 - 2566 จากระบบ Digital Disease Surveillance (กรมควบคุมโรค, 2567) ข้อมูลเฉพาะเชื้อ *B. pseudomallei* ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ตอนล่าง และข้อมูลผู้เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จากโปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ (กรมควบคุมโรค, 2567)

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ นำเสนอเป็นความถี่ร้อยละ เพื่อเป็น ข้อมูลสนับสนุนในการยกร่างเป็นรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลในกลุ่มเสี่ยง 2 กลุ่ม

ประชากรกลุ่มที่ 1 คือ เกษตรกร (กลุ่มเสี่ยงป่วย) พื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส สัมผัสดินและน้ำเป็นประจำ (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) คำนวณขนาด ตัวอย่าง โดยใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ในกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2546) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูล คือ 317 คน

ประชากรกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (กลุ่มเสี่ยงเสียชีวิต) พื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส คำนวณขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ในกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2546) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูล คือ 264 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1. มีสติสัมปชัญญะ 2. ฟังตนเองได้ (เข้าใจที่ผู้วิจัยพูด ตัดสินใจได้) 3. ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น 4. ยินดีให้ความร่วมมือ คัดเลือกพื้นที่จากอำเภอที่พบผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสแต่ละจังหวัด รวม 7 จังหวัด ระบุตำบล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส พัฒนาโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และกรมอนามัย (2561) คู่มือโรคเมลิออยด์ กรมควบคุมโรค (2564) และบทวนเอกสารการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 11 ตัวแปร ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 ตัวแปร ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส 10 ข้อ และ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันโรค 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.67 และ 1.00 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ข้อคำถามด้านความรู้ใช้สูตร Kuder and Richardson (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.707 ความรอบรู้และพฤติกรรมใช้วิธีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha = 0.913 และ 0.868 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ในกลุ่มเกษตรกร โดยสุ่มเก็บแบบสอบถามตามหลังคาเรือนและสถานที่สำคัญในพื้นที่เป้าหมาย จนครบจำนวนที่กำหนดไว้ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เก็บข้อมูลในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาเก็บข้อมูล 5 - 10 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำแนกข้อมูลระหว่างกลุ่มเกษตรกรและผู้ป่วยเบาหวาน พิจารณาผลภาพรวมแต่ละองค์ประกอบ เพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนการรณรงค์ในประเด็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคเมลิออยโดสิสจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานละ 1 - 2 คน รวม 14 - 20 คน ต่อจังหวัด โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย การดำเนินงานที่มีอยู่เดิม ปัญหาด้านการเฝ้าระวังควบคุมโรค การส่งเสริมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในกลุ่มเสี่ยง และความต้องการในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส
2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus Group) จังหวัดละ 1 ครั้ง รวม 7 ครั้ง ครอบคลุม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 จัดกลุ่มสนทนา 14 - 20 คน ต่อจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลรวม 120 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่ม 2 - 3 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง ขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาองค์ความรู้ที่มีอยู่ สืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลประเทศไทย คือ ThaiJo, ThaiLIS และ Google Scholar ใช้คำสืบค้น คือ เมลิออยโดสิส เฝ้าระวัง ควบคุมโรค ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ฐานข้อมูลต่างประเทศ คือ PubMed, The Coherence Library และ CINAHL คำสืบค้น คือ Melioidosis, Surveillance, Disease control, Health literacy promotion, Health literacy for melioidosis prevention ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (2008) พบว่า มีงานวิจัยส่วนใหญ่ จำนวน 16 เรื่อง 12 เรื่อง อยู่ในระดับ 4 (Level 4.c) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบผสมผสาน และวิจัยเชิงสำรวจ 2 เรื่อง อยู่ในระดับ 3 (Level 3.e) เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ 1 เรื่องอยู่ในระดับ 2 (Level 2.c) เป็นงานวิจัย Quasi-experimental Research และงานวิจัยต่างประเทศ 1 เรื่อง เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ อยู่ในระดับ 1 (Level 1.a)

2. นำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง

3. นำร่างรูปแบบที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 5 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อและโรคเมลิออยโดสิส 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารแผนงานโรคเมลิออยโดสิส 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารงานสาธารณสุข 1 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญงานเวชกรรมสังคม 1 คน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ .92 มีข้อเสนอแนะ ให้เพิ่มการคัดกรองภาวะติดเชื้อรุนแรง (Sepsis) ในผู้ป่วยแรกรับ ติดตามข้อมูลผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง การสอบสวนโรคเพิ่มเรื่องเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมตามความเหมาะสม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ให้พิจารณาสถานที่และระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ก่อนนำรูปแบบไปใช้ควรพูดคุยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน

4. นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปหาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบ 27 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเมลิออยโดสิสระดับจังหวัดและ

อำเภอ งานระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ พยาบาล คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences from constant (one sample case) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่าการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และนำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ one sample t-test ได้ค่าเฉลี่ย 4.124 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.409 คะแนน มากกว่าค่าที่กำหนด (>3.50 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.001*

5. นำรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง ฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two Groups Pre-test Post-test Design) ดำเนินการ 2 จังหวัด ตัวแทนโซนภาคใต้ตอนล่าง โซนบนมี 4 จังหวัด (สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง) และโซนล่างมี 3 จังหวัด (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) คัดเลือกพื้นที่จากจังหวัดที่อัตราการป่วยตายสูงสุดในปี พ.ศ. 2567 ของแต่ละโซน โดยโซนบน ได้แก่ จังหวัดตรัง และโซนล่าง ได้แก่ จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1. กลุ่มเสี่ยงโรคเมลิออยโดสิส แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เกษตรกร อายุ 15 ปีขึ้นไป สัมผัสดินและน้ำเป็นประจำ (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) อยู่ในพื้นที่พบโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดตรังและปัตตานี กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยโดยแพทย์ อยู่ในพื้นที่พบโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดตรังและปัตตานี 2. บุคลากรสาธารณสุขที่ข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดตรังและปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยดังนี้ 1. กลุ่มเสี่ยงโรคเมลิออยโดสิส ประกอบด้วย เกษตรกร อายุ 15 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยโดยแพทย์ อยู่ในพื้นที่พบโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดตรังและปัตตานี ช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มละ 64 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบอิสระต่อกัน สามารถกำหนดค่าอิทธิพลได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 64 คน รวม 2 กลุ่ม 128 คน ต่อจังหวัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง มีอาการแทรกซ้อน ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลขณะวิจัย 2. บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดตรังและปัตตานี ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคเมลิออยโดสิสระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาจังหวัดและอำเภอ แพทย์ ฝ่ายการพยาบาล งานเวชกรรมสังคม งานจุลชีววิทยา งานเวชสถิติ งานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 - 17 คนต่อจังหวัด ผู้วิจัยใช้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง คือ ODPC12 Melioidosis Model -

Early Detection, Early Reporting, Well-Controlled, Enhancing Health Literacy ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 11 ตัวแปร ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ 30 ตัวแปร ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส 10 ข้อ และ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันโรค 10 ข้อ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลการตรวจจับผู้ป่วยตามนิยาม (Sensitivity หรือ Coverage)

2.3 แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีเพาะเชื้อ (culture)

2.4 แบบบันทึกข้อมูลการสอบสวนโรคเมลิออยโดสิสตามเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.67 และ 1.00 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับการวิจัย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ข้อคำถามด้านความรู้ใช้สูตร Kuder and Richardson (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.707 ความรอบรู้และพฤติกรรมใช้วิธีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha = 0.913 และ 0.868 ตามลำดับ แบบบันทึกข้อมูลการตรวจจับผู้ป่วยตามนิยาม แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกการสอบสวน ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขึ้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา และทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อขออนุญาตทำวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรม การเก็บข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมถึงสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัยได้อย่างเต็มที่และตอบทุกข้อซักถาม

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเมลิออยโดสิส ทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส (Pre-test)

ขึ้นทดลอง ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ดังนี้

ตารางที่ 1 รายละเอียดรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง

| ODPC12 Melioidosis Model | กิจกรรมย่อย | ผู้รับผิดชอบ |
|-----------------------------------|---|--|
| Early Detection คัดกรองโรคเร็ว | 1. ประเมินอาการทางคลินิกโรคเมลิออยโดสิส และพิจารณาภาวะ Sepsis บริเวณจุดคัดกรองผู้ป่วยแรกเริ่ม 2. สงสัยโรคเมลิออยโดสิส ซักประวัติเสี่ยงเพิ่มเติม 3. แจ้งเตือน (Alert) ไปยังแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และให้การรักษารวดเร็วต่อไป | 1. ฝ่ายการพยาบาล 2. งานระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรม สังคม รพศ./รพท. |
| Early Reporting รายงานโรคเร็ว | 1. ห้องปฏิบัติการฯ พบเชื้อ Gram negative bacilli ให้แจ้งเตือน ไปยังแพทย์ (สงสัยเมลิออยโดสิส) เมื่อยืนยัน | 1. ห้องปฏิบัติการ จุลชีววิทยา |

| ODPC12 Melioidosis Model | กิจกรรมย่อย | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|
| | <p>พบเชื้อ <i>B. pseudomallei</i> ให้แจ้งเตือน อีกครั้ง ไปยังกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>2. งานระบาดวิทยา ส่งข้อมูลเข้าระบบเฝ้าระวังโรค (D506) ภายใน 24 ชั่วโมง กรณีเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคในพื้นที่ รายงานให้ สสจ. ทราบ</p> <p>3. ติดตามข้อมูลจากห้องปฏิบัติการฯ และตรวจสอบ ICD10 รหัส A24.1 - 24.4 เป็นประจำสัปดาห์ละครั้ง เพื่อให้การรายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบมีความครบถ้วน</p> | <p>2. งานระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรม สังคม รพศ./รพท.</p> |
| Well-Controlled ควบคุมโรคได้ | <p>เมื่อได้รับแจ้งหรือตรวจสอบข้อมูลพบผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิต โรคเมลิออยโดสิส สอบสวนโรคตามเกณฑ์อย่างรวดเร็ว</p> <p>1. กรณีเข้าเกณฑ์ การสอบสวนโรคในพื้นที่ ให้งานระบาดวิทยาประสานข้อมูลกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานเครือข่ายลงพื้นที่สอบสวนโรคร่วมกัน และเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมตามความเหมาะสม</p> <p>2. กรณีไม่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคในพื้นที่ ให้ดำเนินการสอบสวนโรคเฉพาะรายทุกราย</p> <p>3. ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลจากการสอบสวนโรค คืนข้อมูลให้กับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง</p> | <p>1. สสจ. 2. สสอ. 3. กลุ่มงานเวชกรรม สังคม รพศ./รพท.</p> |
| Enhancing Health Literacy ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง | <p>อบรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประเด็นการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส</p> <p>ส่วนที่ 1 สร้างความรู้ด้านสุขภาพ 6 ทักษะ (เข้าใจ เข้าใจ แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ)</p> <p>ส่วนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส ได้แก่ สาเหตุ การติดเชื้อ อาการ การป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา</p> <p>ส่วนที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะทำงาน - สาธิตการป้องกันโดยการดื่มน้ำต้มสุก - ให้ผู้เข้าอบรม จำนวน 5 - 10 คน ร่วมสาธิต <p>ส่วนที่ 4 ชวนคิด/ตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสให้ดีขึ้น</p> | <p>1. สสจ. 2. สสอ. 3. กลุ่มงานเวชกรรม สังคม รพศ./รพท. 4. จนท.รพ.สต.</p> |

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยสรุปข้อมูลการตรวจจับโรคเร็ว ความครบถ้วนของการรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรค ข้อมูลเฉพาะเชื้อเมลิออยโดสิส การสอบสวนโรค และให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเมลิออยโดสิส ทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การตรวจจับโรคเร็ว หาค่าความไวในการตรวจจับผู้ป่วยตามนิยาม (Sensitivity หรือ Coverage)
3. ความครบถ้วนของการรายงาน หาสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรค กับจำนวนผู้ป่วยที่ยืนยันผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีเพาะเชื้อ (culture)

4. ความครอบคลุมการสอบสวนโรคตามเกณฑ์ หาสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสในระบบ เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค กับรายงานสอบสวนโรคของพื้นที่

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ในกลุ่มเสี่ยง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง ใช้วิธีเชิงคุณภาพดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีบทบาทด้านการบริหารงานสาธารณสุขหรือการดำเนินงานโรคเมลิออยโดสิส ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา 1 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้แทน จาก 7 จังหวัด จังหวัดละ 1 คน รวม 7 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ 1 คน รวมจำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายหรือการดำเนินงานโรคเมลิออยโดสิสในระดับจังหวัด หรือระดับเขต พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ข้อ คือ ท่านมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายอย่างไรต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ภาคใต้ตอนล่าง

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับคณะผู้บริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus group) ผ่านระบบออนไลน์ ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 มีแนวคำถาม โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา เลขที่ PSU-HREC : 2025-004-2-2 ตั้งแต่ 3 เมษายน 2568 - 2 เมษายน 2569

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเมลิออยโดสิส พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ผลการศึกษา ดังนี้

1.1 สถานการณ์โรค 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2562 - 2566) อัตราป่วยโรคเมลิออยโดสิสมีแนวโน้มสูงขึ้น พบผู้เสียชีวิตทุกปี ภาคใต้ตอนล่างพบผู้ป่วยทั้ง 7 จังหวัด กลุ่มเสี่ยงเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ 55-64 ปี ร้อยละ 26.47 อาชีพที่พบสูงสุด คือ เกษตรกร ร้อยละ 39.22 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสดินและน้ำโดยไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คือ มีโรคประจำตัวหรือภูมิคุ้มกันต่ำ ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 48.15 ปี พ.ศ. 2566 ผู้เสียชีวิตโรคเมลิออยโดสิสเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 58.33

1.2 มาตรการที่มีอยู่เดิม ปัญหา และความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคใต้ตอนล่าง รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดำเนินงานรูปแบบเดิม ปัญหา และความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเมลิออยโดสิส พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

| การดำเนินงาน | รูปแบบเดิม | ปัญหาที่พบ | ความต้องการของเจ้าหน้าที่ |
|-----------------|--|--|---|
| การเฝ้าระวังโรค | ไม่มีระบบเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิส ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามปกติ และไม่มีติดตามข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ สถานการณ์โรคในพื้นที่ | 1. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการบางส่วนไม่ทราบว่าเป็นโรคที่ต้องรายงานตามพรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 จึงไม่ได้แจ้งงานระบาดวิทยา 2. ขาดการประสานข้อมูล/ติดตามข้อมูลภายใน รพ. 3. ข้อมูลผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรคน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยจริงจากข้อมูลเฉพาะช่องทางห้องปฏิบัติการ 4. ไม่มีแนวทางการดำเนินงาน/การคัดกรองโรคในสถานพยาบาล | 1. ต้องการรูปแบบการดำเนินงานโรคเมลิออยโดสิสที่เป็นขั้นตอนชัดเจนให้กับหน่วยงานสาธารณสุขสามารถดำเนินงานได้อย่างครอบคลุม ทั้งการเฝ้าระวังและการควบคุมโรค 2. ต้องการองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ เช่น การอบรม เอกสารความรู้ คู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์ และแนวทาง |
| การควบคุมโรค | สอบสวนโรคเมื่อได้รับรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตตามแนวทางกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค | 1. การสอบสวนโรคเฉพาะรายและการสอบสวนโรคไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์เนื่องจากเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาไม่ได้รับรายงานผู้ป่วย 2. เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่ทราบเกณฑ์ในการสอบสวนโรค | ในการส่งเสริมการป้องกันโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยง |
| การป้องกัน | 1. ไม่มีการประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเมลิออยโดสิสในพื้นที่เสี่ยง 2. ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ในคลินิกเบาหวาน | 1. เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าโรคเมลิออยโดสิสในพื้นที่ (ไม่มีข้อมูลสถานการณ์เผยแพร่ให้เครือข่าย) 2. เจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส จึงไม่สามารถถ่ายทอดให้แก่ประชาชนได้ | |

1.3 ข้อมูลความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในกลุ่มเสี่ยง ภาคใต้ตอนล่าง จากผู้ป่วยเบาหวาน 297 คน และเกษตรกร 371 คน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่เคยได้ยินชื่อโรคเมลิออยโดสิส

ร้อยละ 70.37 เกษตรกรไม่เคยได้ยิน ร้อยละ 53.64 ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรอบรู้ภาพรวม ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 64.30 เกษตรกร มีความรอบรู้ภาพรวม ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 45.28 กลุ่มเสี่ยง มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องบางประเด็น เช่น เกษตรกร เข้าใจว่าการสัมผัสดินด้วยเท้าเปล่าโดยไม่มีบาดแผล ไม่ทำให้ติดเชื้อmelioidosis ร้อยละ 59.09 ผู้ป่วยเบาหวาน เข้าใจว่าผู้มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน เมื่อติดเชื้อmelioidosisอาการไม่รุนแรง เสียชีวิตน้อย ร้อยละ 50.51 ด้านพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงยังมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การสวมถุงมือยางขณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับดิน เกษตรกร ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 33.42 ผู้ป่วยเบาหวาน ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 19.14 และช่องทางการให้ความรู้ที่เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด คือ ผ่านบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข

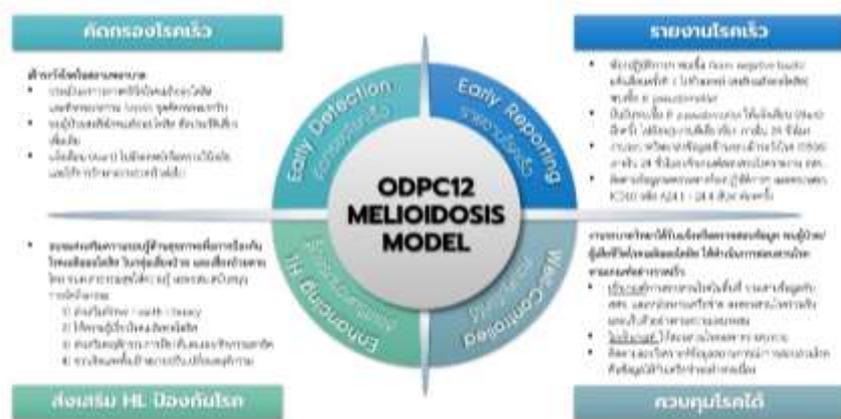
2. รูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคmelioidosis พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง คือ ODPC12 Melioidosis Model - Early Detection, Early Reporting, Well - Controlled, Enhancing Health Literacy

Early Detection หมายถึง คัดกรองโรคเร็ว เน้นการเฝ้าระวังโรคmelioidosisในสถานพยาบาล คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่จุดแรกเริ่ม เริ่มดำเนินการในคลินิกอายุรกรรม นอกเวลาดำเนินการในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยประเมินอาการทางคลินิก และพิจารณาภาวะ Sepsis หากสงสัยโรคmelioidosis ให้ซักประวัติเสี่ยงเพิ่มเติม จากนั้นแจ้งเตือน (Alert) ไปยังแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยต่อไป

Early Reporting หมายถึง รายงานโรคเร็ว ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา พบเชื้อ Gram negative bacilli ให้แจ้งเตือน (Alert) ไปยังแพทย์ สงสัยเชื้อmelioidosis เมื่อยืนยันพบเชื้อ *B. pseudomallei* ให้แจ้งเตือน (Alert) อีกครั้งไปยังทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง งานระบาดวิทยาส่งข้อมูลเข้าระบบเฝ้าระวังโรค ภายใน 24 ชั่วโมง และรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงติดตามข้อมูลจากห้องปฏิบัติการและตรวจสอบ ICD10 รหัส A24.1 - 24.4 เป็นประจำ เพื่อป้องกันข้อมูลตกหล่น

Well-Controlled หมายถึง ควบคุมโรคได้ เมื่อได้รับข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตโรคmelioidosis ให้พิจารณาเกณฑ์สอบสวนโรค หากเข้าเกณฑ์ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และแจ้งเตือนไปยังเครือข่ายลงสอบสวนโรคร่วมกัน หากไม่เข้าเกณฑ์ให้สอบสวนโรคเฉพาะรายทุกราย เสนอแนะให้วิเคราะห์สถานการณ์ และคืนข้อมูลไปยังเครือข่ายเป็นประจำทุกเดือนหรือพิจารณาระยะเวลาตามความเหมาะสม

Enhancing Health Literacy หมายถึง ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้ความรู้หลักและอาสาสมัครสาธารณสุขสนับสนุน เนื้อหาประกอบด้วย การส่งเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค แนะนำวิธีป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม และชวนคิดตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคmelioidosis



ภาพที่ 2 รูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง

เพื่อการป้องกันโรคmelioidosis พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง (ODPC12 Melioidosis Model)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคmelioidosis ภาคใต้ตอนล่าง

3.1 การตรวจจับโรคเร็ว ใช้นิยามผู้ป่วยโรคmelioidosis กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2563) พบว่าช่วงเวลาการศึกษา ภาพรวมสองจังหวัดตัวแทนโซนที่ทำการศึกษา คิดเป็นความไว (Sensitivity) ร้อยละ 50.00 ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive, PVP) คิดเป็นร้อยละ 85.71

3.2 ความครบถ้วนของการรายงานโรคเปรียบเทียบกับผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา พบว่าความครบถ้วนของการรายงาน คิดเป็น ร้อยละ 92.85

3.3 ความครอบคลุมการสอบสวนโรคตามเกณฑ์ พบว่า มี มีรายงานสอบสวนโรค ร้อยละ 100.00 และผู้ป่วยทุกรายมีการสอบสวนโรคเฉพาะราย ร้อยละ 100.00

3.4 การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวม 267 คน (ต้ง 136 คน และปัตตานี 131 คน) เป็นกลุ่มเกษตรกร 134 คน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 133 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.26 กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 37.70 รองลงมาคือ 50 - 59 ปี ร้อยละ 33.33 พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ทั้ง 2 กลุ่ม และมีความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} \leq 0.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของกลุ่มเสี่ยงพื้นที่จังหวัดตัวแทนภาคใต้ตอนล่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

| ตัวแปร | ก่อนใช้รูปแบบ | | หลังใช้รูปแบบ | | t | P-value |
|---|---------------|-------|---------------|-------|--------|----------|
| | M | SD. | M | SD. | | |
| เกษตรกร | | | | | | |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเมลิออยโดสิส | 106.75 | 14.87 | 125.63 | 14.19 | 16.750 | < 0.001* |
| ความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส | 7.63 | 1.64 | 8.75 | 1.33 | 6.100 | < 0.001* |
| พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส | 32.60 | 4.84 | 35.69 | 4.24 | 6.929 | < 0.001* |
| ผู้ป่วยเบาหวาน | | | | | | |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเมลิออยโดสิส | 103.53 | 15.64 | 126.98 | 14.01 | 17.218 | < 0.001* |
| ความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส | 7.65 | 1.53 | 8.66 | 1.38 | 6.139 | < 0.001* |
| พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส | 31.19 | 5.08 | 35.11 | 4.02 | 8.592 | < 0.001* |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 ขยายผลรูปแบบ ODPC12 Melioidosis Model ไปใช้ใน รพศ./รพท.ทุกแห่ง และ รพช.ขนาดใหญ่ ที่มีอัตราป่วยโรคเมลิออยโดสิสสูง ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

4.2 ด้านการคัดกรองโรค เน้นเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิสในสถานพยาบาล โดยประเมินอาการทางคลินิกของโรคเมลิออยโดสิส ในจุดคัดกรองแรกรับ และมีระบบแจ้งเตือนไปยังแพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัย

4.3 ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เน้นการพัฒนาปรับปรุงระบบประสานการรายงานโรคในโรงพยาบาล ระหว่างห้องปฏิบัติการกับงานระบาดวิทยา พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เป็นระยะ และบูรณาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการสอบสวนควบคุมโรค

4.4 ด้านการส่งเสริมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง เน้นส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส ในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ และอาสาสมัครสาธารณสุขสนับสนุน และให้คลินิกเบาหวาน นำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ไปใช้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

4.5 หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิส ในพื้นที่ไม่พบการรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรค

อภิปรายผล

1. สถานการณ์โรคเมลิออยโดสิสภาคใต้ตอนล่าง พบว่าอัตราป่วยสูงขึ้นต่อเนื่อง และพบผู้เสียชีวิตเกษตรกรเสี่ยงป่วย และผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงเสียชีวิต การศึกษาภาวะและปัจจัยเสี่ยงโรคเมลิออยโดสิสของ Selvam et al. (2022) พบปัจจัยเสี่ยงหลักในประเทศไทยคือ สัมผัสดินและน้ำ (OR = 3.5) โรคเบาหวาน (OR = 5.9) การศึกษาของ Mardhiah et al. (2021) พบว่าโรคเบาหวานเพิ่มโอกาสเสียชีวิต ผลการศึกษาพบปัญหาการรายงานโรคไม่ครบถ้วน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าจะต้องรายงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinjoy et al. (2018) ระบุสาเหตุปัญหาการรายงานโรคเมลิออยโดสิสของไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการไม่ทราบว่าจะต้องรายงานผู้ป่วยยืนยันในระบบเฝ้าระวังโรค ปัญหาการป้องกันโรค พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำถึงปานกลาง และยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม Sørensen et al. (2012) ระบุว่า

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หากมีความรอบรู้ไม่เพียงพอ จะลดความเสี่ยงและลดโอกาสในการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม

2. รูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง คือ ODPC12 Melioidosis Model - Early Detection, Early Reporting, Well-Controlled, Enhancing Health Literacy เน้นการเฝ้าระวังโรคในโรงพยาบาล โดยประเมินอาการทางคลินิกร่วมกับภาวะ sepsis สอดคล้องกับคู่มือโรคเมลิออยด์ ควบคุมโรค (2564) เรื่อง การวินิจฉัยและรักษา ที่ระบุว่าควรประเมินภาวะ sepsis และ septic shock จากรูปแบบยังกำหนดให้ห้องปฏิบัติการแจ้งเตือนตั้งแต่สงสัยพบเชื้อและยืนยันพบเชื้อ รวมถึงประสานข้อมูลระหว่างกลุ่มงานเป็นประจำ นอกจากเป็นการเพิ่มความครบถ้วนของการรายงานโรคแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อการรักษาเร็วอีกด้วย การสอบสวนโรคให้บูรณาการร่วมกับเครือข่าย ซึ่งการศึกษาของทิพาวดี โพธิ์ทอง และคณะ (2564) ใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เฝ้าระวังและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และด้านการป้องกันโรค มีแนวทางส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเมลิออยโดสิส เน้นเพิ่มทักษะในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้และอาสาสมัครสาธารณสุขสนับสนุน

3. หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าความไว (Sensitivity) ในการตรวจจับโรค ร้อยละ 50.00 อยู่ในระดับต่ำ แต่ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive, PVP) ร้อยละ 85.71 อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งวิจัยครั้งนี้ยังขาดข้อมูลส่งตัวอย่างเพาะเชื้อในผู้ป่วยที่อาการทางคลินิกเข้าได้ตามนิยาม แนวทางของ California Department of Public Health (2024) และกรมควบคุมโรค (2564) ระบุวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคเมลิออยโดสิส คือ เพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ หากมีข้อมูลจะสามารถวิเคราะห์ค่าความไวได้ดีขึ้น การเพิ่มระบบแจ้งเตือน (Alert) และการประสานข้อมูล ช่วยเพิ่มความครบถ้วนของการรายงาน การสอบสวนโรคตามเกณฑ์ดำเนินการอย่างครบถ้วน และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เหมาะสม

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้ขยายผลรูปแบบ ODPC12 Melioidosis Model ไปใช้ใน รพศ./รพท. ทุกแห่ง และ รพช.ขนาดใหญ่ ที่อัตราป่วยโรคเมลิออยโดสิสสูงในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง เน้นการคัดกรองการรายงาน การสอบสวนโรคแบบบูรณาการ เพิ่มการประเมินระบบเฝ้าระวังโรค และยังให้ความสำคัญกับการนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Limmathurotsakul et al. (2016) ระบุว่าการทำงานโรคเมลิออยโดสิสต้องให้ความสำคัญผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงของโรคนี

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พื้นที่เสี่ยงโรคเมลิออยโดสิส ที่มีบริบทใกล้เคียงกับภาคใต้ตอนล่าง สามารถนำรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง (ODPC12 Melioidosis Model) ไปใช้ในพื้นที่ได้

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมสุขภาพ หรือ การส่งเสริมการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง (ODPC12 Melioidosis Model) ในภาพรวม
2. ศึกษาและพัฒนาูปแบบการเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิสในชุมชน เพื่อเพิ่มมาตรการตรวจจับโรค และลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตในพื้นที่
3. พัฒนาเครื่องมือด้านเทคโนโลยีสำหรับการเฝ้าระวังอาการหลังสัมผัสแหล่งเสี่ยงและการติดตามผู้ป่วย ให้ได้รับยาครบชุด เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

รายการอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). *การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมควบคุมโรค. (2567). (n.d.). *R506 (สำหรับเจ้าหน้าที่)*. Digital Disease Surveillance. <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>
- กรมควบคุมโรค. (2567). (n.d.). *เหตุการณ์โรคเมลิออยโดสิส. โปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ* กรมควบคุมโรค. <https://mebs-ddce.ddc.moph.go.th/auth/login>
- กรมอนามัย. (2561). *คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการ และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส).
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือโรคเมลิออยด์*. สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2566). *จำนวนและอัตราป่วย ตาย ต่อแสนประชากร แยกรายจังหวัด โรคเมลิออยโดสิส พ.ศ.2566* (เอกสารอัดสำเนา).
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563). *นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย*. หจก.แคนนา กราฟฟิก.
- ทิพาวดี โพธิ์ทอง, ปรีชญัตร์ จิระสุข, & กุณิสรา ปรีชาสุทธิ. (2564). การพัฒนาแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health). *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 856–868. DOI: 10.14456/dcj.2021.86
- โรงพยาบาลตรัง. (2566). *ข้อมูลผลเพาะเชื้อเมลิออยโดสิส จากห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลตรัง ปี พ.ศ. 2562 – 2566* (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลปัตตานี. (2566). *ข้อมูลผลเพาะเชื้อเมลิออยโดสิส จากห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลปัตตานี ปี พ.ศ. 2562 – 2566* (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา. (2566). *สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรสิส เขตสุขภาพที่ 12* (เอกสารอัดสำเนา).
- California Department of Public Health. (2024). *CDPH IDB guidance for managing select communicable diseases: Melioidosis*. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/IDBGuidanceforCALHJs-Melioidosis.pdf>
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research: Multiple Strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Hinjoy, S., Hantrakun, V., Kongyu, S., Kaewrakmuk, J., Wangrangsimakul, T., Jitsuronk, S., Saengchun, W., Bhengsri, S., Akarachotpong, T., Thamthitawat, S., Sangwichian, O., Anunnatsiri, S., Sermswan, R. W., Lertmemongkolchai, G., Tharinjaroen, C. S., Preechasuth, K., Udpaun, R., Chuensombut, P., Waranyasirikul, N., ... Limmathurotsakul, D. (2018). Melioidosis in Thailand: Present and future. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 3(2), 1-16.
<https://doi.org/10.3390/tropicalmed3020038>
- Joanna Briggs Institute. (2008). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2008 Edition*. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au>.
- Limmathurotsakul, D., Golding, N., Dance, D. A. B., Messina, J. P., Pigott, D. M., Moyes, C. L., Rolim, D. B., Bertherat, E., Day, N. P. J., Peacock, S. J., & Hay, S. I. (2016). Predicted global distribution of *Burkholderia pseudomallei* and burden of melioidosis. *Nature Microbiology*, 1(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1038/nmicrobiol.2015.8>
- Mardhiah, K., Wan-Arfah, N., Naing, N. N., Abu Hassan, M. R., & Chan, H. K. (2021). The Cox model of predicting mortality among melioidosis patients in Northern Malaysia: A retrospective study. *Medicine*, 100(37), e26160. 1-10. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026160>
- 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>
- Selvam, K., Ganapathy, T., Najib, M. A., Khalid M. F., Abdullah, N. A., Harun, A., Wan Mohammad, W., & Aziah, I. (2022). Burden and risk factors of melioidosis in Southeast Asia: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 1-16.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192315475>
- Sørensen, K., Broucke, S. V. D., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1-13.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัวในกลุ่มผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนักได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในพื้นที่กึ่งเมือง

Barriers and facilitators to weight maintenance among women who previously achieved weight loss through lifestyle modification in semi-urban areas

จารุณี เทียบโพธิ์^{1*}, เสาวรส มีกุล², อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์³

Charunee Thiabpho¹, Saovaros Meekusol^{2*}, Udomlak Duangpunmat³

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล², คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย³

Faculty of Nursing, Nakhonratchasima Collage^{1*}, Faculty of Nursing, Mahidol University², Faculty of Nursing, Collage of Asian Scholars³

(Received: 21 October 2025; Revised: 16 November 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้ได้ในระยะยาวเป็นสิ่งที่ท้าทาย โดยเฉพาะหลังการลดน้ำหนักในระยะเวลายาว การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่ออธิบายอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนัก จากประสบการณ์การของผู้หญิงอายุ 50-59 ปีที่เคยลดน้ำหนักได้อย่างน้อย ร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับน้ำหนักเมื่อเริ่มต้น รวมถึงยังคงรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 3 การเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่กึ่งเมือง เขตเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น ในช่วงสิงหาคม-กันยายน 2567 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 10 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ด้วยแก่นสาระ

ผลการศึกษา พบว่าอุปสรรคสำคัญของการรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักในระยะยาว คือ แรงจูงใจที่ลดลง จากความเหนื่อยล้าและข้อจำกัดของเวลา สิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้การรักษาน้ำหนักตัว คือ การตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพและคุณค่าของสุขภาพที่ดี ที่เกิดมาจากแรงจูงใจภายในของบุคคลนั้นที่ทำให้ก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ การติดตามน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ และความมั่นใจและการเห็นคุณค่าตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ดี จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมเน้นการสร้างแรงจูงใจภายใน และการติดตามน้ำหนักต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการสร้างความสามารถในการใช้ข้อมูลการควบคุมน้ำหนักเพื่อรักษาน้ำหนักในระยะยาว แก้ปัญหาโรคอ้วนในชุมชน

คำสำคัญ: โรคอ้วน, การจัดการน้ำหนักตัว, การรักษาน้ำหนัก, อุปสรรค, สิ่งสนับสนุน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: charunee@nmc.ac.th, จารุณี เทียบโพธิ์)

Abstract

Long-term maintenance of weight loss remains a challenging issue, particularly following a short-term weight reduction. This phenomenological study aimed to explore the barriers and facilitators to sustaining weight loss among women aged 50–59 years who had previously lost at least 5% of their initial body weight and maintained a weight reduction of no less than 3%. Data were collected in semi-urban municipal areas of Khon Kaen Province between August and September 2024. A total of ten participants were recruited using purposive sampling and participated in in-depth interviews. The research instrument was a semi-structured interview guide, and the data were analyzed using thematic analysis.

The findings revealed that the primary barrier to long-term weight maintenance was a decline in motivation resulting from fatigue and time constraints. Conversely, key facilitators supporting long-term weight maintenance included mindfulness regarding health and well-being, driven by intrinsic motivation to overcome obstacles, regular weight monitoring, and self-confidence and self-esteem in weight control behaviors. These findings suggest that policymakers and related stakeholders should focus on strengthening intrinsic motivation and encouraging regular weight monitoring while building individuals' capacity to utilize weight management data for sustainable weight maintenance, thereby contributing to obesity prevention in the community.

Keywords: Obesity, Weight management, Weight maintenance, Barrier, Facilitator

บทนำ

โรคอ้วน (Obesity) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่พบโรคนี้ได้ในทุกช่วงวัย (WHO, 2021) โรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กก./ตร.ม. เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.70 จากผลการสำรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 1 ในปี 2534 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2539) ในการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 6 ของประชาชนไทย ปี 2563 (วิชัย เอกพลากร, 2564) พบว่า โรคอ้วนร้อยละ 46.40 พบสูงสุดในช่วงวัย 45-59 ปี ร้อยละ 51.90 ช่วงวัยนี้ควรรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการแสดงแน่ชัดว่า โรคอ้วนสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคต่างๆ ที่มักเกิดร่วมกับโรคอ้วน ในคนที่ค่อนข้างสูงอายุ (Djalalinia at al., 2021) เช่น กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและอัตราการเผาผลาญที่ลดลง (Greenway, 2015) ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคที่มาร่วมกับโรคอ้วน (Obesity Co-morbidity) เหล่านั้นเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน (Aekplakorn,

2015) ประเทศไทยได้มีการปฏิบัติการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขในการลดโรคอ้วนในประชาชนไทยอย่างจริงจังมากกว่า 20 ปี แต่กลับพบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การจัดการโรคอ้วนในวัยก่อนสูงอายุยังคงเผชิญกับความท้าทาย เพราะคนส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้ทำให้เสียชีวิตได้ง่ายๆ แม้ว่าโรคอ้วนชักนำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) ได้ และวิธีที่นับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการลดและป้องกันโรคอ้วน คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Wadden et al., 2020) คนที่เป็นโรคอ้วนต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและการเคลื่อนไหวร่างกายให้เพียงพอ ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดโรคอ้วนได้ง่ายในปัจจุบัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนักให้เหมาะกับแต่ละบุคคล จะทำให้บุคคลสามารถรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักให้คงที่ หรือมีน้ำหนักเพิ่มเพียงเล็กน้อยใน 1 ปี (Jeffery et al., 2009) หลังจากนั้นน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะพบได้มากขึ้นน้อยขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของแต่ละบุคคล แต่บุคคลที่รักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักไว้ได้ในระยะยาว (Long-Term Weight Maintenance) น้ำหนักที่เพิ่มไม่ควรมากกว่าร้อยละ 3 ของน้ำหนักเมื่อเริ่มต้น (Stevens et al., 2006) ดังนั้น การควบคุมน้ำหนักจึงขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นสำคัญในการรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสม (Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000) และต่อเนื่อง การลดน้ำหนักได้ร้อยละ 8-10 ของน้ำหนักตัว ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นประจำจากโปรแกรมการลดน้ำหนัก ในระยะ 4-6 เดือน เพราะบุคคลจะมีแรงจูงใจสูงในการปฏิบัติ จากการรับรู้ น้ำหนักที่ลดลง รวมถึงการรับรู้ผลดีของสุขภาพด้วยตัวเอง การติดตามน้ำหนัก (Weight Monitoring) ทำให้คนส่วนใหญ่ยังคงเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง (Wadden et al., 2020) การรักษา น้ำหนักตัวภายหลังการลดน้ำหนักให้คงที่เป็นเรื่องที่ท้าทายยิ่งกว่าการลดน้ำหนักเพราะบุคคลต้องปฏิบัติด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่องอย่างมีวินัย การกลับไปรับประทานอาหารอย่างขาดความระมัดระวังหลังสิ้นสุดโปรแกรม อาจทำให้บุคคลรับประทานมากขึ้นกว่าเดิมเพื่อชดเชยกับการได้รับพลังงานจากอาหารที่ลดน้อยลงจากปกติในช่วงการลดน้ำหนักเป็นเวลานาน ในขณะที่เดียวกันร่างกายจะมีการปรับตัวจากการได้รับพลังงานน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ระบบการเผาผลาญพื้นฐานของร่างกาย (Basal Metabolism) ทำงานน้อยลง ส่งผลให้มีน้ำหนักเพิ่มกลับคืนได้ (Greenway, 2015) การมีน้ำหนักเพิ่มเกิดขึ้นได้เป็นธรรมดา ถ้ามีการควบคุมการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานอย่างพอดี และมีการใช้ร่างกายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกลายเป็นนิสัยหรือกิจวัตรประจำวัน จะไม่ทำให้มีโอกาสเกิดน้ำหนักเพิ่มมากจนกลับเป็นโรคอ้วนแบบที่เคยเป็น

ภายหลังสิ้นสุดช่วงการลดน้ำหนักอย่างตั้งใจ คนอ้วนที่ตั้งใจลดน้ำหนักและทำได้สำเร็จ คือ น้ำหนักควรลดอย่างน้อยร้อยละ 5.00 ของน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้น ครึ่งหนึ่งจะกลับมามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นภายใน 1 ปี (Barrea et al., 2022) จากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการแรงกระตุ้นในการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ทำให้คนอ้วนที่ตั้งใจลดน้ำหนักสามารถรักษาน้ำหนักตัวหลังลดน้ำหนักไว้ได้อย่างเหมาะสมหรือล้มเหลว ขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมที่เอื้อต่อการเกิดโรคอ้วนด้วยเช่นกัน การรักษา น้ำหนักตัวให้อยู่ให้เกณฑ์ที่ดีหรือเป็นที่ยอมรับได้ เป็นระยะเวลายาวนาน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย ส่วนความเครียดในการดำรงชีวิตและการใช้แอลกอฮอล์ (Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000) รวมถึงการขาดความใส่ใจน้ำหนัก การให้รางวัลตนเองเป็น การรับประทานอาหาร การเข้าสังคม (Gupta, 2014) ส่งผลต่อความล้มเหลวในการรักษาน้ำหนักตัวในระยะ

ยาว การรักษา น้ำหนักตัวยังมีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีนั้น ต้องมาจากตัวบุคคล ประสบการณ์การเรียนรู้จากสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูล (Tay et al, 2023) รวมถึงการยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เข้ากับวิถีการดำรงชีวิต การปรับเปลี่ยนนี้ บุคคลต้องอาศัยแรงกระตุ้นที่มีความหมาย จึงจะสามารถฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ไปได้ (Gu et al, 2023) การศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการรักษา น้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้ในระยะยาวเชิงลึก ในผู้หญิงวัยก่อนสูงอายุ 50-59 ปี ยังไม่ชัดเจนและมีอยู่น้อยมากในสังคมไทย โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กึ่งเมืองที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูง การเข้าถึงอาหารพลังงานสูงทำได้ง่ายขึ้น แต่การใช้ร่างกายน้อยลงจากความสะดวกสบายที่คล้ายคลึงกับสังคมเมืองมีมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการรักษา น้ำหนักหลังการลดน้ำหนักในระยะยาว จากประสบการณ์การของผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนัก ในเขตพื้นที่กึ่งเมือง ในจังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้หญิงวัยก่อนสูงอายุ อายุ 50-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กึ่งเมือง จังหวัดขอนแก่น และเคยประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนักจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ในการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ในพื้นที่ของจังหวัดขอนแก่น กระทั่งมีน้ำหนักลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5.00 เทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้น ผู้ให้ข้อมูล (Key Informant) คือ ผู้หญิงอายุ 50-59 ปี จำนวน 10 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จนข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) มีเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เคยมีประสบการณ์การลดน้ำหนักด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 2 เดือน มานานอย่างน้อย 1 ปี

2. ยังคงมีรักษา น้ำหนักตัวหลังลดน้ำหนักไว้ได้อย่างน้อยร้อยละ 3.00 เทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้น

3. อ่านเขียนภาษาไทยได้

4. มีประวัติเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่ต้องเข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาควบคุมอาการ

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เคยมีประสบการณ์ลดน้ำหนักจากการรับประทานยาลดน้ำหนัก การผ่าตัด หรือวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ที่นักวิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม จะใช้เป็นแนวคำถาม (Interview Guide) เกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาน้ำหนักตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และสิ่งที่เป็นอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการรักษาน้ำหนัก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน อาจารย์ด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน อาจารย์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ด้านโภชนาการ 1 ท่าน ให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง เพื่อให้แบบสัมภาษณ์สามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจนและได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่สิงหาคม-กันยายน 2567 ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และได้ดำเนินการติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระลับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านผือ และศูนย์บริการสุขภาพชุมชนบ้านเก็ง ในเขตเทศบาลเมือง (Municipal Areas) ในจังหวัดขอนแก่น รวมถึงได้เข้าพื้นที่เพื่อทำความรู้จักกับจาก ทีมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้านและประชาชนในชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมา หลังจากนั้นจะค้นหากลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพิ่มเติม ค้นหาไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ผู้วิจัยจะชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และเชิญชวนให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง ประมาณ 45-60 นาที/คน ผู้วิจัยจะแจ้งกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกสถานที่ เวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์เชิงลึก และขออนุญาตบันทึกเทปทุกครั้ง ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกภาคสนาม ในขณะที่สัมภาษณ์ สังเกตบริบทสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมทางสังคมของชุมชน เมื่อเสร็จสิ้นได้มอบผ้าเช็ดหน้าผืนเล็กตอบแทนการเสียสละเวลาให้การสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะถูกถอดคลิปเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ลงในไฟล์เอกสาร (Microsoft Excel) การวิเคราะห์แก่นสาระ Thematic Analysis (Braun V & Clarke, 2006) โดย (1) การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (Familiarization) (2) การสร้างรหัสเริ่มต้น (Initial Coding) (3)

การค้นหาแก่นสาระ (Search for Themes) (4) การตรวจสอบแก่นสาระซ้ำ (Refining Themes) (5) การตั้งชื่อ หรือการให้นิยามแก่นสาระ (Defining Themes) (6) การรายงาน (Reporting)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) (Carter et al., 2014) ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้การใช้วิธีที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยเป็นเก็บรวบรวมข้อมูลคนเดียว ข้อมูลจึงมีความคงที่

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้รับใบรับรองเลขที่ HE-RDI-NRRU 116/2567 ซึ่งรับรองตั้งแต่ 31 กรกฎาคม 2567 ผลการวิจัยนำเสนอภาพรวม

ผลการวิจัย

1. บริบทชุมชน

ชุมชนเขตเมืองทั้ง 3 แห่ง ตั้งใกล้เทศบาลอำเภอ รัศมีประมาณ 5-10 กิโลเมตร และอยู่ใกล้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนทั้งหมดเป็นชุมชนพุทธ มีคนอยู่หนาแน่นและการคมนาคมสะดวก การเข้าถึงแหล่งอาหารทั่วไปและร้านสะดวกซื้อทำได้ง่ายมาก ไม่แตกต่างกันในทั้ง 3 แห่ง การรับบริการสุขภาพได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด

2. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน ทั้งหมดเป็นผู้หญิงที่เคยเข้าร่วมโครงการการลดน้ำหนักด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น ร่วมกับผู้ดำเนินโครงการซึ่งเป็นพยาบาลเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ เป็นผู้ดำเนินโครงการ เมื่อประมาณ 8 ปีก่อน ใช้เวลาดำเนินโครงการ 4 เดือน รวม 12 ครั้ง ในแต่ละชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับคำปรึกษา ความรู้ และฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทุกคนได้แสดงรูปภาพของตนเองที่มีการบันทึกน้ำหนักทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการครั้งนั้นเก็บไว้ที่บ้าน จึงพบว่าทั้ง 10 คน มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยร้อยละ 11.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.48 (ค่าต่ำสุด 8.35 และค่าสูงสุด 18.46) เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้นเมื่อประมาณ 8 ปีก่อน และน้ำหนักปัจจุบัน เมื่อเทียบกับน้ำหนักเมื่อเริ่มต้น ยังคงลดลง และอยู่ในช่วงร้อยละ 3.55-6.28 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.68 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 คนที่รักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักที่อยู่ช่วงร้อยละ 3-4 พบ 5 คน และ ช่วงร้อยละ ≥ 5 พบ 5 คน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี อายุ ค่าเฉลี่ย 55 ปี และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมปลาย 7 คน ที่เหลือจบระดับประถมศึกษา การประกอบอาชีพพบ รับจ้างทั่วไป 1 คน รับจ้างในโรงงานเล็กๆ 3 คน ค้าขายอาหาร 2 คน และเกษตรกร 4 คน ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 คน ทำเกษตรกรรมตามฤดูกาล ควบคุมการทำงาน รวมถึงคนที่มีอาชีพเกษตรกรเพียงอย่างเดียว ในส่วนของภาวะสุขภาพ ทุกคนแข็งแรงดี มีเพียง 1 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานเมื่อ 5-6 ปีก่อน ปัจจุบันรับประทานยา 1 เม็ดและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

3. อุปสรรคต่อการรักษาน้ำหนักตัว

แรงจูงใจต่ำ (Low Motivation) พบในรูปแบบของ ความรู้สึกความเกียจคร้าน (Laziness) ต่อการออกกำลังกายและไม่มีเวลามากพอ (Time Constrain) เพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ต้องทำภารกิจหลายอย่างในแต่ละวัน ซึ่งใช้แรงกายมาก เช่น การทำงานบ้านทั่วไป การเตรียมอาหาร การทำความสะอาด บ้านการซักเสื้อผ้า และการทำงานประจำที่โรงงาน การค้าขาย รวมถึงการทำเกษตรกรรม ที่มักทำหลังเลิกงาน และในวันหยุด ควบคู่กันไป จนทำให้เกิด ความเมื่อยล้า ไม่อยากออกกำลังกาย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมี การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายน้อยลง แต่ยังคงพยายามที่จะปฏิบัติเมื่อมีความรู้สึกอึดอัด

“มันขี้เกียจ ไปขายของมา เหนื่อยมาก กว่าจะได้เข้าบ้าน ทุ่มหนึ่ง เลยไม่ได้ออกกำลังกาย” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้น ร้อยละ 3-4)

ภาวะเครียดทางกาย (Physical Stress) จากภารกิจที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งเครียด ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีตารางกิจวัตรประจำวันที่ค่อนข้างแน่นทั้งวัน เกี่ยวเนื่องกับการทำมาหาเลี้ยงชีพ และไม่สามารถจัด ตารางเวลาออกกำลังกาย หรือไม่สามารถเลือกหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้มากพอ เนื่องจากต้อง รับผิดชอบงานทั้งในและนอกบ้านอย่างเร่งรีบ เพื่อครอบครัวเป็นสำคัญ

“ทำงานบ้านตั้งแต่ตื่นนอน ทำอาหาร แล้วไปทำงาน จนกระทั่งทุ่ม (19.00 น) กลับมา (จากทำงาน) ทำภารกิจส่วนตัว เข้านอน วันหยุดก็ไปเลี้ยงวัว เลยเหนื่อย เมื่อยล้า ไม่มีแรงออกกำลังกาย” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

การเข้าสังคม พบปะสังสรรค์ (Festivity) เป็นประจำ ทำให้ต้องดื่มและกิน อาหารที่มีพลังงานสูง และ ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมาก การควบคุมตัวเอง (Self-Control) ได้น้อย ทำให้เกิด ความรู้สึกอยากกินอาหาร นอกจากนี้ การอยู่รวมกันหลายคน หรือ ครอบครัวใหญ่หลายๆ ครอบครัวอยู่ รวมกัน กินอาหารร่วมกัน ทำให้กินอาหารได้มาก

“มีไปสังสรรค์บ่อยๆ กับเพื่อน มียก (ดื่มสุรา เบียร์) ...กินไม่คิดเลย การออกกำลังกายไม่ต้องพูดถึง (ไม่ได้ทำเลย)” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

“...ที่บ้านมี 3 ครอบครัวใหญ่อยู่ด้วยกัน ทำกินด้วยกัน เลยอดไม่ไหว ทำให้กินด้วยกัน กินได้เยอะด้วย” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเกิดโรคอ้วน (Obesogenic Environment) เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าถึง อาหารทอด หรือเครื่องดื่มรสหวานที่วางขายทั่วไปรอบๆ ชุมชน ในราคาที่ถูกลงกว่าอาหารเพื่อสุขภาพ อีกทั้ง สถานที่ ในชุมชนที่ไม่มีที่ว่างสำหรับออกกำลังกายหรือสันทนาการที่เหมาะสมไม่สามารถดึงดูดประชาชนให้มา ออกกำลังกาย จากการสังเกต พบร้านเครื่องดื่มรสหวาน และร้านสะดวกซื้อในชุมชน เข้าถึงได้ง่าย ทว่าทั้งชุมชน

“ไม่รู้ยังงี้ ไปขายของที่ตลาด ก็กินอาหารทอด น้ำหวาน ขายเป็น กินไป มันเปลืองไป” (ผู้ให้ข้อมูลมี น้ำหนัก ปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

4. สิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัว

ความตระหนักรู้ (Mindfulness) การมีสุขภาพที่ดีโดยตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีความปรารถนาจากภายในอย่างแรงกล้า (Intrinsic Motivator) ที่จะได้สุขภาพที่แข็งแรง ปราศจาก โรคภัยแรง

ทำให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นประจำ รวมถึงมีความระมัดระวังในการรับประทานอาหาร ด้วยเชื่อว่าการควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนมากช่วยป้องกันโรคได้ และ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นภาระของลูกหลาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการพึ่งตนเอง และมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

“พยายามปฏิบัติตัว ดูแลสุขภาพดีๆ ทำอาหารกินเอง ทำงานออกแรงประจำ เดินไปนาไปหาไข่มดแดง... ออกกำลังกายทำก่อนลูกจากที่นอนทุกเช้า ก็ไม่ยากเป็นภาระ กลัวเป็นโรคเบาหวาน ความดัน แล้ว ติดเตียง (ผู้ป่วยติดเตียง)” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ ≥ 5)

“รู้สึกดีต่อร่างกายทำเอง (เต็มใจปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นประจำ) เพราะอยากให้อายุยืนแข็งแรง ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน ก็เคยทำมาแล้วทำตามที่เคยเรียนรู้มา เอกสารยังเก็บไว้อยู่” (ผู้ให้ข้อมูลมี น้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ ≥ 5)

การติดตามน้ำหนักตัวด้วยตนเอง (Self-Weight Monitoring) การชั่งน้ำหนักตัวบ่อยๆ ทุกสัปดาห์ เป็นการเตือนให้เฝ้าระวังน้ำหนักที่ได้ผลดี เมื่อใดที่น้ำหนักเริ่มเพิ่มขึ้น จะทำให้เพิ่มความระมัดระวังในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายมากขึ้น เช่น การไม่รับประทานอาหารมาก การจำกัด การรับประทานข้าว แป้ง โดยแบ่งข้าวเหนียวแยกใส่จานก่อนรับประทาน แทนการรับประทานจากกระตักข้าวเหนียว การขยับร่างกายแกว่งแขนหลังรับประทานอาหารถี่ขึ้น เป็นต้น

“ชั่งน้ำหนักทุกอาทิตย์ จะได้ระวัง ตัวเอง ชั่งตลอด ตั้งแต่หยุดเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก เพราะไม่อยากอ้วนมากกว่านี้” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ ≥ 5)

“ชั่งน้ำหนักประจำ ช่วยคุมน้ำหนักได้ เวลาน้ำหนักขึ้น เราก็คุม กินข้าว 2-3 คำ แล้วกินน้ำตามเยอะๆ” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ ≥ 5)

ความมั่นใจ (Self-Confidence) และการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-Esteem) ในการควบคุมน้ำหนัก แม้อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้น้ำหนักเพิ่มง่ายมากขึ้น ยังมีความเชื่ออย่างแรงกล้า ว่าสามารถควบคุมน้ำหนักและรักษาน้ำหนักได้ด้วยตัวเอง

“จริงๆ มันไม่ใช่เรื่องยาก เพียงแต่ต้องปฏิบัติ...ก็ยังมีสิ่งที่เคยเรียนรู้มา ต้องนำมาใช้อย่างจริงจังมากขึ้น ก็มั่นใจว่า ทำได้ ขึ้นอยู่กับตัวเราเอง” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ ≥ 5)

ภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน (Health Deviation) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง จากผลของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทำให้ยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อรักษาน้ำหนัก เพราะเชื่อว่าน้ำหนักที่มากเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด และปวดเข้าเวลาเดิน รวมถึงเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน จึงทำให้ยังคงยึดหลักการควบคุม การรับประทานอาหาร เช่น การลดปริมาณข้าวเหนียว การงดอาหารมึนเมา ของหวาน และมัน รวมถึง การเพิ่มการออกกำลังกาย เช่น โดยเริ่มแกว่งแขน ยืดเหยียด และเดินมากขึ้น เป็นต้น

“3-4 ปี หมอบอกน้ำตาลสูงเป็นเบาหวาน ก็ทำให้ ต้องระวังการกิน ออกกำลังกายประจำ (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ ≥ 5)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการอธิบายเชิงปรากฏการณ์ การรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักในผู้หญิงก่อนวัยสูงอายุ ช่วง 50-59 ปี ในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดขอนแก่น ในประเด็นหลัก อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้เป็นระยะเวลานาน จากประสบการณ์ตรงของกลุ่มผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนักได้สำเร็จ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งผ่านมานานถึง 8 ปี ได้ให้ข้อมูลที่เป็นแก่นของประสบการณ์ในประเด็นเดียวกัน แต่จะแตกต่างกันรายละเอียดขึ้นกับบริบทส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักไว้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5 พบประเด็นรอง ที่เป็นสิ่งสนับสนุนชัดเจนมากเมื่อเทียบกับผู้ให้ข้อมูลที่สามารถรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักร้อยละ 3-4 โดยเฉพาะการตระหนักรู้การควบคุมน้ำหนัก จากแรงจูงใจภายในที่ต้องการมีสุขภาพดีและการติดตามน้ำหนักด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่สามารถรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักที่ร้อยละ 3-4 เป็นกลุ่มที่มีแรงจูงใจในระดับลดลง แต่ยังมีทัศนคติเชิงบวกต่อการควบคุมน้ำหนัก แม้ว่าความมั่นใจและความสามารถในการจัดการน้ำหนักค่อนข้างจำกัด

อุปสรรคต่อการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักที่พบ ประเด็นแรก คือ แรงจูงใจที่ลดลงภายใต้ภาระกิจที่ต้องพิชิตในแต่ละวันเพื่อครอบครัวและการยังเลี้ยงชีพ ทั้งงานบ้าน งานประจำ และงานเกษตรกรรม ส่งผลให้แรงจูงใจลดลง จนไม่สามารถควบคุมการปฏิบัติได้ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า และการออกกำลังกาย ประสบการณ์นี้สะท้อนแนวคิด (Deci et al., 2000) ที่ว่าแรงจูงใจภายในจะลดลง เมื่อบุคคลถูกจำกัดอิสระในการเลือกหรือเพื่อควบคุมตนเอง นอกจากนี้ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (Fatigue) สะสม จากหลากหลายปัจจัยจนเกิดความรู้สึกขี้เกียจ (Laziness) สอดคล้องกับ แนวคิดที่ว่าความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า เป็นความรู้สึกซับซ้อนเกิดจากหลายปัจจัย ปัจจัยที่สำคัญคือ แรงจูงใจที่ลดลง (St Clair Gibson et al., 2003) ประเด็นต่อมา คือ ความเครียดของร่างกายและข้อจำกัดของเวลา จากการทำงาน และภาระกิจประจำวัน ทำให้การจัดสรรเวลาสำหรับการรักษาน้ำหนักที่ดีเป็นเรื่องยาก สะท้อนถึงความไม่สมดุลของชีวิตกับการทำงาน (Al-Adawi et al., 2022) ส่งผลต่อกระบวนการคิดลดลง ทำให้ความตั้งใจแน่วแน่ การเรียนรู้และความจำลดลง แต่ขณะเดียวกัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มคนที่กำลังรักษาน้ำหนัก ยังต้องอาศัยแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic Factors) ซึ่งเป็นตัวที่ขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลดี ระดับของแรงจูงใจมีลดและเพิ่มตลอดเวลา การรักษาแรงจูงใจให้อยู่ในระดับสูงจะช่วยรักษาน้ำหนักที่ดีไว้ได้นาน (Gupta, 2014)

ประเด็นต่อมาพบว่า การมีกิจกรรมสังสรรค์ทางสังคม การรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัวใหญ่ หรือ การสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นเป็นวิถีของชุมชน ทำให้การควบคุมตัวเองลดลง ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงอาหารพลังงานสูง หรือมีการรับประทานอาหารมากขึ้น การไม่เข้าร่วมกิจกรรมถือเป็นการปฏิเสธการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือชุมชน (Carter & Fuller, 2015) ประเด็นสุดท้าย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคอ้วน คือ การเข้าถึงอาหารพลังงานสูงได้ง่าย ทั้งอาหารทอด อาหารจานด่วน และเครื่องดื่มที่มีรสหวานทุกชนิด การขาดสถานที่ และเครื่องออกกำลังกาย มีหลักฐานชัดเจน (Giskes et al., 2011) ชี้ว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย แม้ว่าความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมบริโภคอาหารยังคงคลุมเครือ

สิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนัก ประเด็นหลักที่พบสะท้อนถึง การตระหนักรู้ (Mindfulness) ในการควบคุมน้ำหนัก จากการเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดีและการไม่ยอมเป็นภาระของลูกหลาน จึงได้ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เชื่ออย่างยึดหยุ่น ทำให้ปรับพฤติกรรมในระยะยาวได้ดี เชื่อมโยงกับการมีแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic motivator) ที่อยู่ในระดับสูง (Li et al, 2023) ในการรักษาน้ำหนักตัว สอดคล้องกับการศึกษา (Metzar et al., 2015) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงก่อนวัยสูงอายุที่เคยลดน้ำหนัก ภายหลังการลดน้ำหนักระยะสั้น นานกว่า 20 เดือน พบว่า แรงจูงใจที่เกิดจากตนเอง มีบทบาทสำคัญต่อการรักษาน้ำหนัก ขับเคลื่อนให้ลงมือปฏิบัติอย่างตั้งใจ การมีความต้องการมีสุขภาพที่ดีขึ้นเป็นแรงจูงใจที่ดีในกลุ่มคนก่อนวัยสูงอายุ (Timkova et al., 2024) ประเด็นต่อมา คือ การติดตามน้ำหนักตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกๆ สัปดาห์ ส่งผลให้มีความระมัดระวังในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เมื่อรับรู้ว่ามีน้ำหนักกำลังเพิ่มขึ้น การติดตามน้ำหนักตนเองเป็นการสร้างสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา (Laitner et al., 2016) พบว่า ผู้หญิงอ้วน อายุประมาณ 50-60 ปี ที่เคยเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก 6 เดือน และมีการติดตามน้ำหนักด้วยตัวเอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี จะรักษาน้ำหนักที่ลดลงไว้ได้ดี และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งเห็นถึงการติดตามน้ำหนักตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งผลต่อการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักไว้ได้ในระยะยาวเป็นอย่างดี

ประเด็นต่อมา คือ ความเชื่อมั่นในตนเองและการรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ทำให้มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจที่จะควบคุมน้ำหนัก ผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าสามารถรักษาน้ำหนักที่ลดลงไว้ได้นาน (Gupta, 2014) คนที่มีความมั่นใจ มักมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ดี โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย จากการศึกษา (Laosupap et al., 2008) พบว่า ผู้หญิงโตะวันออกเฉียงเหนือในจังหวัดกาฬสินธุ์ อายุ 40-59 ปี ที่เข้าใจประโยชน์ของการออกกำลังกายจะเป็นคนที่มีออกกำลังกายอย่างถูกต้อง (เช่น การออกกำลังกาย 30 นาที 5 วันในแต่ละสัปดาห์) มากกว่าคนที่มีความเข้าใจน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า การเห็นคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์กับการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักในเชิงบวก (Stubbs et al., 2025) ประเด็นสุดท้าย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปราะบาง มีประสบการณ์ตรงจากการเจ็บป่วย หรือความไม่สุขสบาย เป็นตัวกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนและรักษาพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับแนวคิด (Alyafei & Easton-Carr, 2025) แบบจำลองความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) การรับรู้ความไวต่อการเกิดโรค (Susceptibility) และความรุนแรงของโรค (Severity) ส่งผลต่อพฤติกรรม

การรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักในผู้หญิงกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-Aging) ให้ได้เป็นระยะเวลานาน เป็นกระบวนการที่มีความหมาย การเข้าใจประสบการณ์ในผู้หญิงกลุ่มที่รักษาน้ำหนักหลังลดน้ำหนักระยะยาวเช่นนี้ จะช่วยให้เห็นแนวทางพัฒนามาตรการส่งเสริมการรักษาน้ำหนักตัวที่ดีให้คงอยู่ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

ใช้เป็นแนวทางสร้างมาตรการ หรือโครงการที่ต้องเน้นให้ประชาชนตระหนักรู้คุณค่าของการมีสุขภาพดีด้วยตนเอง เช่น ออกแบบโปรแกรมลดน้ำหนัก ที่จะทำให้การรักษาน้ำหนักที่ลดลงไว้ให้นาน

โดยเน้นย้ำการสร้างแรงจูงใจจากภายใน การติดตามน้ำหนักตัว และการเพิ่มความมั่นใจและการเห็นคุณค่าตนเองต่อการควบคุมน้ำหนัก รวมถึงการสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้หญิง ควรทำการศึกษาในผู้ชาย โดยเน้นกลุ่มวัยกลางคนเพื่อให้การลดโรคอ้วนให้ได้ผลอย่างสูงสุด รวมถึงการวิจัยกึ่งทดลอง โดยออกแบบโปรแกรมที่เน้นสร้างแรงจูงใจภายใน การตระหนักรู้ และระบบการเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนัก ควบคู่ไปกับกลไกของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่เป็นโรคอ้วนในระดับเสี่ยงสูง

รายการอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2539). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ (พิมพ์ครั้งที่ 11). บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (พิมพ์ครั้งที่ 6). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

Al-Adawi, S., Alameddine, M., Al-Saadoon, M., Al Balushi, A. A., Chan, M. F., Bou-Karroum, K., Al-Kindy, H., & Al-Harhi, S. M. (2022). The Magnitude and Effect of Work-Life Imbalance on Cognition and Affective Range Among the Non-Western Population: A Study from Muscat. *PloS one*, *17*(2), e0263608. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263608>.

Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). *The Health Belief Model of Behavior Change*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Barrea, L., Salzano, C., Pugliese, G., Laudisio, D., Frias-Toral, E., Savastano, S., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2022). The Challenge of Weight Loss Maintenance in Obesity: A Review of the Evidence on The Best Strategies Available. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, *73*(8), 1030–1046. <https://doi.org/10.1080/09637486.2022.2130186>.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.

Carter, M., & Fuller, C. (2015). Symbolic Interactionism. *Sociopedia.isa*. <https://doi.org/10.1177/205684601561>.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, *41*, 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01.
- Djalalinia, S., Qorbani, M., Peykari, N., & Kelishadi, R. (2015). Health Impacts of Obesity. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(1), 239–242.
<https://doi.org/10.12669/pjms.311.703>.
- Giskes, K., van Lenthe, F., Avendano-Pabon, M., & Brug, J. (2011). A Systematic Review of Environmental Factors and Obesogenic Dietary Intakes Among Adults: Are We Getting Closer to Understanding Obesogenic Environments?. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), e95–e106.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00769.x>.
- Greenway F. L. (2015). Physiological Adaptations to Weight Loss and Factors Favouring Weight Regain. *International Journal of Obesity (2005)*, 39(8), 1188–1196.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2015.59>.
- Gu, Y., Zhou, R., Kong, T., Zhang, W., Chen, Y., Wang, C., Shi, J., & Hu, Y. (2023). Barriers and Enabling Factors in Weight Management of Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Qualitative Study Using The COM-B Model Of Behaviour. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation In Health Care And Health Policy*, 26(1), 355–365. <https://doi.org/10.1111/hex.13665>.
- Gupta H. (2014). Barriers to and Facilitators of Long-Term Weight Loss Maintenance in Adult UK People: A Thematic Analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1512–1520.
- Jeffery, R. W., Levy, R. L., Langer, S. L., Welsh, E. M., Flood, A. P., Jaeb, M. A., Laqua, P. S., Hotop, A. M., & Finch, E. A. (2009). A Comparison of Maintenance-Tailored Therapy (MTT) and Standard Behavior Therapy (SBT) for the Treatment of Obesity. *Preventive Medicine*, 49(5), 384–389. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.08.004>.
- Laitner, M. H., Minski, S. A., & Perri, M. G. (2016). The Role of Self-Monitoring in the Maintenance of Weight Loss Success. *Eating behaviors*, 21, 193–197.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.005>.
- Laosupap, K., Sota, C., & Laopaiboon, M. (2008). Factors Affecting Physical Activity of Rural Thai Midlife Women. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 91(8), 1269–1275.

- Li, L. Y., Meng, X., Hu, W. T., Geng, J. S., Cheng, T. H., Luo, J. C., Hu, M. Y., Li, H. Y., Wang, Y., & Wang, Y. Y. (2023). A Meta-Analysis of the Association Between Mindfulness and Motivation. *Frontiers in Public Health, 11*, 1159902.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1159902>.
- Metzgar, C. J., Preston, A. G., Miller, D. L., & Nickols-Richardson, S. M. (2015). Facilitators And Barriers to Weight Loss and Weight Loss Maintenance: A Qualitative Exploration. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association, 28*(6), 593–603. <https://doi.org/10.1111/jhn.12273>.
- Sarlio-Lähteenkorva, S., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2000). A Descriptive Study of Weight Loss Maintenance: 6 and 15 Year Follow-Up of Initially Overweight Adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity, 24*(1), 116–125.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801094>.
- St Clair Gibson, A., Baden, D. A., Lambert, M. I., Lambert, E. V., Harley, Y. X., Hampson, D., Russell, V. A., & Noakes, T. D. (2003). The Conscious Perception of the Sensation of Fatigue. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.), 33*(3), 167–176.
<https://doi.org/10.2165/00007256-200333030-00001>.
- Stevens, J., Truesdale, K. P., McClain, J. E., & Cai, J. (2006). The Definition of Weight Maintenance. *International Journal of Obesity (2005), 30*(3), 391–399.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803175>.
- Stubbs, J., Hillier, S., Pallister, C., Avery, A., McConnon, A., & Lavin, J. (2015). Changes in Self-Esteem in Participants Associated with Weight-Loss and Maintenance of Commercial Weight Management Programme. *Obesity & Control Therapy, 2*(1), 1-5.
<http://dx.doi.org/10.15226/2374-8354/2/1/00115>.
- Tay, A., Hoeksema, H., & Murphy, R. (2023). Uncovering Barriers and Facilitators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance: Insights from Qualitative Research. *Nutrients, 15*(5), 1297. <https://doi.org/10.3390/nu15051297>.
- Timkova, V., Minarikova, D., Fabryova, L., Buckova, J., Minarik, P., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2024). Facilitators And Barriers to Behavior Change in Overweight and Obesity Management Using the COM-B Model. *Frontiers In Psychology, 15*, 1280071.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1280071>.



Wadden, T. A., Tronieri, J. S., & Butryn, M. L. (2020). Lifestyle Modification Approaches for the Treatment of Obesity in Adults. *The American Psychologist*, 75(2), 235–251.

<https://doi.org/10.1037/amp0000517>.

World Health Organization. Obesity and Overweight. (2024, February 20).

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.



ประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น
โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of a Parent Training Program for Behavioral Modification in
Children with ADHD, Don Mod Daeng Hospital, Ubon Ratchathani Province

ศิริญา แสงตะวัน^{1*}

Sirinya Saengtawan^{1*}

โรงพยาบาลดอนมดแดง^{1*}

Donmoddaeng Hospital^{1*}

(Received: 9 October 2025; Revised: 23 November 2025; Accepted: 26 December 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Pilot quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-15 ปี ที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลดอนมดแดง โปรแกรมนี้มุ่งเน้นเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้แก่ผู้ปกครอง

การดูแลเด็กสมาธิสั้นให้แก่ผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำนวน 10 ราย เข้าร่วมโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการ 7 ขั้นตอน จัดทั้งหมด 7 ครั้ง (ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง) ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) โดยคะแนนอาการขาดสมาธิชยไม่นิ่งลดลงจาก 3.50 เป็น 2.10 และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นลดลงจาก 3.80 เป็น 2.50 พฤติกรรมชยไม่นิ่งลดลงจาก 4.20 เป็น 2.80 ในส่วนการปฏิบัติของผู้ปกครอง คะแนนการสร้างระเบียบวินัยเพิ่มขึ้นจาก 3.20 เป็น 4.10 และการให้แรงเสริมบวกเพิ่มขึ้นจาก 3.00 เป็น 4.30 การมองข้ามพฤติกรรมไม่รุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 2.80 เป็น 4.00 ความคิดเห็นของบุคลากรที่มสุขภาพแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองได้รับการยอมรับอย่างสูง โดยบุคลากร 2 คน เห็นด้วยว่าโปรแกรมนี้มีประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมอบรมผู้ปกครองนี้มีประสิทธิผลในการปรับปรุงพฤติกรรมของเด็กและเสริมสร้างการดูแลของผู้ปกครอง ส่งผลดีต่อพัฒนาการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็กอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: ผู้ปกครอง, พฤติกรรม, เด็กสมาธิสั้น

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: academicdmd@gmail.com , ศิริญา แสงตะวัน)

Abstract

This study was a pilot quasi-experimental research using a one-group pretest–posttest design. The objective was to examine the effectiveness of a parent-training program in improving the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), aged 6–15 years, who received care at Donmoddaeng Hospital. The program aimed to enhance parents' knowledge and skills in caring for children with ADHD. The sample consisted of 10 parents who participated in a seven-step workshop-based training program, delivered over seven sessions (1–2 hours each) within a three-week period. Participants received both theoretical knowledge and hands-on practice.

The results showed that the program significantly reduced undesirable behaviors in children with ADHD (P -value < 0.05). Scores for inattention and hyperactivity decreased from 3.50 to 2.10, impulsive behaviors decreased from 3.80 to 2.50, and hyperactive behaviors decreased from 4.20 to 2.80. Regarding parental practices, discipline-building scores increased from 3.20 to 4.10, positive reinforcement increased from 3.00 to 4.30, and the ability to ignore minor misbehaviors increased from 2.8 to 4.0. Feedback from health-care personnel indicated high acceptance of the program, with two staff members agreeing that it was beneficial and practical for managing children with ADHD.

In conclusion, the parent-training program was effective in improving children's behaviors and strengthening parental caregiving practices, resulting in positive impacts on child development and enhancing the parent–child relationship.

Keywords: ADHD; Parent training, Behavioral modification, Family intervention

บทนำ

สมาธิสั้นเป็นกลุ่มอาการที่แสดงให้เห็นได้ตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผล ต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเข้าสังคม และการเรียนรู้ของเด็กประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการคือ ขาดสมาธิ (Inattention) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Arunothong & Waewsawangwong, 2555) โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่อาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบ ทั้งนี้ด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม แล่น (Arunothong & Waewsawangwong, 2555) การรักษา โรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ การช่วยเหลือด้านจิตใจการช่วยเหลือด้านการเรียน การรักษาด้วยจากแพทย์ เพื่อช่วยแก้ปัญหาในด้านต่างๆ (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2549) โดยการค้นหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขไปในแนวทางที่ถูก ช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ดี เติบโตตามศักยภาพตามวัย สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครูกับเด็กสมาธิสั้น สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ที่เป็นกัลยาณมิตรกับเด็กสมาธิสั้น

ปัจจุบันความชุกของเด็กโรคสมาธิสั้นทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยจากการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 4-17 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.80 ในระยะ 4 ปี จากเดิมมีร้อยละ 7.80 ในปี 2003 โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 9.50 ในปี 2007 หรืออัตราเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 5.50 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2010) และจากการศึกษาหาความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก (worldwide-pooled prevalence) พบว่า มีความชุกร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) ส่วนในประเทศไทย พบเด็ก วัยเรียนมีภาวะสมาธิสั้นร้อยละ 5.00 เป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง ในอัตราส่วน 5.3:1 (อาภรณ์ สุวรรณ, 2550) ซึ่งการคาดการณ์นักเรียนในระบบการศึกษาของไทย ประมาณ 15 ล้านคน จะมีเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นประมาณ 7-9 แสนคน หากห้องเรียนหนึ่งมีนักเรียน 50 คน จะพบเด็กสมาธิสั้นได้ 2-3 คน (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2549)

ประเทศไทย มีการศึกษาและอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กในการปรับพฤติกรรมมาใช้กว่า 10 ปี พบในหลากหลายหน่วยงาน แต่มีการศึกษาวิจัยไม่กว้างขวาง และไม่ค่อยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ สถาบันที่พัฒนาการศึกษาด้านนี้มีไม่มาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นของพรทิพย์ วชิรดิถ และคณะ (2552) พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และลดอาการของโรคสมาธิสั้นได้มากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ แต่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา และความต่อเนื่องที่แตกต่างกันของรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่ม ขณะที่โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาขึ้นโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2549) จากสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ถือเป็นต้นแบบการศึกษา และฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก ในปัจจุบัน โดยอรุโณทอง และแวสว่างวงศ์ (2012) ได้ศึกษาการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก อายุ 2-15 ปี ในเขตภาคเหนือของไทย โดยใช้โปรแกรมของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2549) เพื่อดูประสิทธิผลทั้งในระยะสั้น และระยะยาวมากกว่า 1 ปี พบว่า หลังการฝึกอบรมผู้ดูแล โปรแกรมช่วยเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูก และจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระยะสั้น และใน

ระยะยาวกว่า 1 ปี ทั้งในเด็กปกติ และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น สมาธิสั้น โรคดื้อและโรคเกร เป็นต้น เช่นเดียวกับ วรณีย์ रिमวิทยากร และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรม เด็กสำหรับผู้ปกครองเด็กทั่วไป พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม การฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติ และเมื่อนำโปรแกรมนี้ ไปทดลองใช้ศึกษาในเด็กสมาธิสั้น ดังผลการศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรม การอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นของ เทพลีรินทร์ มากบุญศรี (2549) พบว่า สามารถลดอาการ เครียดได้โดยรวมในผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา หรือผู้ดูแล กับเด็กไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล ขณะที่ผลการศึกษาของชัมยพร จันทร์ศิริ (2553) พบว่า หลัง ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นลดลง และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 ดังนั้นโปรแกรมนี้นับได้ว่า สามารถเตรียมผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์ และถือว่าเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง ให้บริการแก่เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งที่เป็นโรคหลักทางจิตเวช หรือโรคร่วมจากโรคทางกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาทาง พฤติกรรม อารมณ์ ทักษะทางสังคม และปัญหาการเรียนของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ จังหวัด อุบลราชธานี โดยสถิติการให้บริการลำดับที่หนึ่งของกลุ่มงานจิตเวชคือ โรคสมาธิสั้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทุกปี ดังสถิติการให้บริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ ได้รับการรักษา จำนวน 7,748 ราย อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 62.07 (HDC จังหวัด อุบลราชธานี, 2567) โรงพยาบาลดอนมดแดง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษา มี 29 ราย คิดเป็นจำนวน 62 ครั้ง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 2:1 ซึ่งพบว่าปัญหาในการดูแลเด็ก สมาธิสั้นคือ ผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงธรรมชาติ และจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็ก และไม่สามารถจัดการปรับพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม บางปัญหาถูกละเลย หรือถูกแก้ไขอย่างผิดวิธีด้วยความไม่รู้ทำให้ปัญหา พฤติกรรมเหล่านั้นขยายความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2549) โดยสถิติของปัญหา พฤติกรรม ที่ผู้ดูแลเด็กมาขอรับการปรึกษา 3 อันดับแรก ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 ได้แก่ พฤติกรรมดื้อ ไม่เชื่อฟัง จำนวน 5 ราย และ 2 ราย พฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 ราย และ 2 ราย และใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย และ 2 ราย

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งถือว่าเป็นการนำนวัตกรรมที่ได้รับการพิสูจน์ แล้ว มาใช้ในหน่วยงาน โดยใช้กรอบแนวคิดการศึกษา ตามโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับ พฤติกรรมเด็กของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2549) ได้แก่ แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การปรับพฤติกรรม และกระบวนการกลุ่ม โดยนำโปรแกรมมาใช้ตามกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมทั้ง 5 ขั้นตอนของโรเจอร์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติยอมรับ และใช้นวัตกรรมดังกล่าว จนเกิดเป็นแนวทางให้ความช่วยเหลือ ผู้ดูแลในด้านความรู้ และเสริมสร้างทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถือเป็นอีกทางเลือก

ทางการพยาบาล และเป็นการวางแผนการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบองค์รวม เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่โรงพยาบาลดอนมดแดง อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-15 ปี ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมอบรม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมอบรม

3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมอบรมผู้ปกครอง

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น (เช่น การขาดสมาธิ, ความซน) ภายหลังผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. บุคลากรทีมสุขภาพมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยต่อความเหมาะสมและประโยชน์ของโปรแกรม (ตามเกณฑ์ร้อยละที่กำหนด)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น อายุ และเพศของเด็กสมาธิสั้นในความดูแล 2. ประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก 3. โปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น - ใช้โปรแกรมการฝึกอบรม 7 ขั้นตอน รวม 7 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน รวม 3 สัปดาห์ 4. ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ

ตัวแปรตาม

- พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น
- การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก
- ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุระหว่าง 6-15 ปี ที่มารับการรักษา คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมโปรแกรมระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่

ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่พาเด็กสมาธิสั้น อายุระหว่าง 6-15 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยและได้รับการรักษาด้วยยา ตามมาตรฐานการรักษาจากแพทย์ทุกราย ซึ่งตัวยาอาจไม่เหมือนกัน ภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สสจ.อุบลฯ จำนวน 35 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเป็นหลัก การศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 10 ราย เนื่องจากการศึกษาค้างนี้เป็น การศึกษาเบื้องต้น (Pilot study) ที่มุ่งเน้นการประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม (Feasibility) และประสิทธิผลเบื้องต้นก่อนนำไปขยายผล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อให้เหมาะสมกับรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเชิงลึก (Intensive group workshop) และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา

ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่อายุระหว่าง 6-15 ปีรายใหม่ทุกรายที่มารับการรักษา ภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สสจ.อุบลฯ ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ราย

1. เกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (inclusion criteria)

- 1.1. ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่อายุระหว่าง 6-15 ปี
- 1.2. สามารถสื่อสารความหมาย เข้าใจการใช้ภาษาไทย
- 1.3. มีความยินดีให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำ
- 1.4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนอย่างต่อเนื่อง
- 1.5. ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2. เกณฑ์คัดออกดังนี้ (Exclusion criteria)

2.1 ผู้ปกครองที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ เช่น ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงหรือความผิดปกติทางจิตที่ยังไม่ได้รับการรักษา

2.2 เด็กที่มีปัญหาสุขภาพอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรม เช่น ออทิสติก หรือปัญหาพัฒนาการอื่นๆ

2.3 ครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารภาษาไทย หรือใช้ภาษาถิ่น/ภาษาต่างประเทศเป็นหลัก

จนไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาการฝึกอบรมหรือคู่มือปฏิบัติได้

- 2.4 ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมตามกำหนดเวลา
- 2.5 ผู้ปกครองที่มีลูกมากกว่าหนึ่งคนที่มีภาวะสมาธิสั้น เพื่อให้การวิจัยมีความเน้นเฉพาะเจาะจง
- 2.6 ผู้ปกครองที่ไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่ยินยอมให้บันทึกข้อมูลหรือสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ศึกษานำมาใช้ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวทางมาจากโปรแกรมของ ภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ (2563) ซึ่งพัฒนาต่อยอดมาจากแนวคิดของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2553) และได้ปรับปรุงจากการศึกษาในเรื่อง 1) ใช้โปรแกรมเฉพาะกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น 2) ระยะเวลาการเข้าอบรม เป็น 1-2 ชั่วโมง 3) มีวิทยากร 1 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย 4) ให้ความฝึกทักษะการบ้าน จำนวน 2 วัน ซึ่งนำไปทดลองใช้ได้ผลในการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมาแล้วมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีแผนการสอนทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมเด็ก มีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ตามใบความรู้ของเนื้อหา มีการฝึกปฏิบัติกรณีศึกษาตัวอย่างตามใบงาน และให้การบ้านแก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อฝึกปฏิบัติต่อบ้าน โดยให้ระยะเวลานำเทคนิคต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้นในความดูแลของตนเอง ในแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 2 วัน เมื่อเข้ากลุ่มครั้งต่อไปต้องส่งการบ้านนำเสนอในกลุ่ม และให้กลุ่มช่วยกันหาคำตอบในประเด็นที่ไม่สามารถทำการบ้านได้ ทั้งนี้วิทยากรจะเป็นผู้สรุปสาระของการบ้านให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับฟังอีกครั้ง โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นแตกต่างกันออกไปดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก ฝึกปฏิบัติวิเคราะห์พื้นฐานอารมณ์จิตใจของผู้เข้ารับการอบรม

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องเทคนิคในการสื่อสาร (Basic Communication Skill) ฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร

ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการชม (Praise) ฝึกปฏิบัติการใช้การชม

ครั้งที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการให้รางวัล (Reward) ฝึกปฏิบัติการใช้การให้รางวัล

ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการลงโทษ (Punishment) ฝึกปฏิบัติการใช้การลงโทษ

ครั้งที่ 6 ให้ความรู้เรื่องการใช้ระบบคะแนน (Point system) และการใช้เบี้ยยอรรถกร (Token economy) ฝึกปฏิบัติการใช้ระบบคะแนน และการใช้เบี้ยยอรรถกร

ครั้งที่ 7 ให้ความรู้เรื่องการใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกันฝึกปฏิบัติการใช้การประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น อายุ และเพศของเด็กสมาธิสั้นในความดูแล

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก (Practice Parent Test) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ (2563) เป็นแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ปกครองต่อเด็ก จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้น (practice parent test)

- 1 คะแนน ไม่เคย
- 2 คะแนน บางครั้ง
- 3 คะแนน บ่อยครั้ง

คะแนนของการประเมิน มีค่าอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน การแบ่งค่าคะแนน ใช้ค่าพิสัยและอันตรายภาคขึ้นตามหลักการทางสถิติ แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

- 20.00-33.33 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นระดับเล็กน้อย
- 33.34-46.67 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นระดับปานกลาง
- 46.68-60.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2.3 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating Scale) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยภาวิตา จงสุขศิริ (2563) เป็นแบบประเมิน ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็ก จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน ไม่ทำเลย
- 2 คะแนน ทำเล็กน้อย
- 3 คะแนน ทำค่อนข้างมาก
- 4 คะแนน ทำมากที่สุด

คะแนนของการประเมิน มีค่าอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน การแบ่งค่าคะแนน ใช้ค่าพิสัย และอันตรายภาคขึ้นตามหลักการทางสถิติ แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

- 10.00-17.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย
- 17.51-25.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง
- 25.01-32.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมาก
- 32.51-40.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2.4 ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีสุขภาพในการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ใช้แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่มีสุขภาพในการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไปใช้ของ ชัยพร จันทรศิริ (2553) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ซึ่งแปลโดยชัยพร จันทรศิริ และภัทราภรณ์ ทุ่งปันทา (2553) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่บุคลากรที่มีสุขภาพแสดงความคิดเห็นต่อการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไปใช้ มีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ เลือกตอบตามความคิดเห็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยต่อการใช้นวัตกรรมทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย 2) สามารถนำโปรแกรมนี้ มาผสมผสานกับงานประจำที่ทำอยู่เดิมได้ 3) โปรแกรมนี้ มีความยาก-ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 4) สามารถมองเห็นผลได้อย่างชัดเจน จากการนำโปรแกรมนี้ ไปทดลองปฏิบัติ และ 5) สามารถสังเกตและมองเห็นกระบวนการนำโปรแกรมนี้ ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมอบรมผู้ปกครอง

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นดำเนินการดังนี้

1.1 การตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 คน ทำการประเมินเพื่อให้มั่นใจว่าเนื้อหาเหมาะสมกับเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งเกณฑ์คะแนน ≥ 0.5 ถือว่าผ่านการประเมิน

1.2 การทดลองใช้ (Pilot Testing)

ทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมายคือ เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ระยะเวลา และกระบวนการอบรม รวมถึงการสังเกตและเก็บข้อมูลความคิดเห็นจากผู้ปกครองเกี่ยวกับความชัดเจนของกิจกรรม

1.3 การปรับปรุงโปรแกรม

หลังจากการทดลองใช้ นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปกครองมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. แบบประเมินการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินทั้งแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating Scale) และแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก (Practice Parent Test) ถูกนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินเนื้อหาโดยใช้ IOC คะแนน ≥ 0.5 ถือว่าผ่าน

2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ใช้วิธีการคำนวณ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้แบบประเมินกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ราย เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient

- 1) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87
- 2) แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครอง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85

2.3 การปรับปรุงแบบประเมิน

หลังจากการประเมินความเหมาะสม ความเชื่อมั่น และความเข้าใจ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแบบประเมินก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ส่งโครงร่างเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หลังจากโครงร่างได้รับการอนุมัติ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้นำเอกสารเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย โรงพยาบาลดอนมดแดง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยผู้ศึกษาทำการประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ตามกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ประกอบด้วย 5 ระยะดังนี้

ขั้นเตรียมการ (ระยะที่ 1-3 ตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์; Knowledge, Persuasion, Decision)

1. หลังจากที่ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง และได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาได้นำเสนอถึงปัญหาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับการปรึกษาปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และความจำเป็นที่ต้องใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเสนอการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด การนำนวัตกรรมไปใช้ โดยนำโปรแกรมดังกล่าวมาประเมินคุณค่าและประโยชน์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อโปรแกรมที่จะใช้ และมีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการกับทีมสุขภาพคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เกิดการรับรู้ของกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นใหม่ที่ใช้การวิจัยเป็นพื้นฐาน ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแล และส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสวนปรุงของชมัยพร จันทร์ศิริ (2553) ซึ่งนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมนำข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้มาพิจารณาและปรับใช้ให้เหมาะสมในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติ ได้แก่ 1) ควรฝึกสอนการใช้โปรแกรมฯ แก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญในการใช้โปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง และ 2) ควรเพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจพยาธิสภาพของโรค และเข้าใจในตัวเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้โปรแกรมฯ มีการเน้นย้ำเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น

2. ทีมสุขภาพ ยอมรับและใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนการดำเนินการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ระยะที่ 4 ตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์; Implementation)

1. ผู้ศึกษาได้ทำบันทึกข้อความจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง
2. ผู้ศึกษาได้นำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และ ขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ผู้ศึกษาเข้าพบบุคลากรทีมสุขภาพในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่ปรับปรุงแล้วมาใช้ในการศึกษาโดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 นำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่เพิ่มเนื้อหาความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้นไปใช้ โดยทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง ภายหลังจากได้รับอนุมัติผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี

4.2 ผู้วิจัยปฏิบัติตามโปรแกรม การฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และ ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นภายหลังจากได้รับโปรแกรมในแต่ละกิจกรรม และประเมินผล โดยการสอน กำกับ ติดตาม การใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็ก สมาธิสั้น จากการสอบถาม สังเกตจากการปฏิบัติงาน และจากการประชุมปรึกษาหารือระหว่างดำเนินการให้โปรแกรมในแต่ละครั้ง

4.3 มีการประชุมปรึกษาหารือถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในกรณีที่พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับ พฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงให้หัวหน้ากลุ่มงานฯ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโปรแกรม ดังกล่าว

ขั้นประเมินผลลัพธ์ (ระยะที่ 5 ตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์; Confirmation)

การประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล (Practice Parent Test) ต่อเด็กสมาธิ สั้น โดยตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จะ เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พร้อมรายงานค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) และช่วงความ เชื่อมั่น 95% (95% CI) แต่หากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของเด็กสมาธิสั้น (IOWA Conners Rating Scale) โดยดำเนินการทดสอบเช่นเดียวกัน คือเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired Samples t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล เพื่อยืนยัน ว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

2.3 ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีสุขภาพ จากการแสดงความคิดเห็นต่อการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไปใช้ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ การวิเคราะห์ข้อมูลถูกดำเนินการเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้ทั้งการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงอนุมาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้:

1.การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาถูกใช้เพื่ออธิบายลักษณะประชากรตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อสรุปข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2.การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Analysis) ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม โดยมุ่งเน้นการเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นและคะแนนทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีขนาดเล็ก ($n=10$) ผู้วิจัยจึงเริ่มต้นด้วยการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงปกติของข้อมูล (Normality test) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test เพื่อเลือกใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสมที่สุด ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ ผู้วิจัยจะใช้สถิติ Paired Samples t-test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พร้อมทั้งรายงานขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยค่า Cohen's d และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) เพื่อยืนยันความสำคัญในเชิงปฏิบัติ แต่หากพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยจะเลือกใช้สถิติทดสอบแบบนอนพาราเมตริก คือ Wilcoxon Signed-Rank Test ในการวิเคราะห์แทน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 และประมวลผลข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบของตารางและกราฟ เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์จะถูกนำมาอภิปรายเพื่อเชื่อมโยงกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพิจารณาความสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ คือ SSJ.UB 2567-131 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-15 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตอมตแดง โดยมุ่งเน้นผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก และความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับโปรแกรมดังกล่าว ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอแยกตามวัตถุประสงค์เฉพาะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมอบรมผู้ปกครองสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ หลังจากที่คุณผู้ปกครองเข้าร่วมการอบรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของพฤติกรรมเด็กชนอยู่ไม่นิ่ง ลดลงจาก 4.2 (ก่อนการอบรม) เหลือ 2.8 (หลังการอบรม) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับปรุงพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างชัดเจน โดยค่าคะแนนที่ลดลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

1. ประสิทธิภาพโปรแกรมอบรมผู้ปกครองต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 1 ผลการประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

| พฤติกรรมที่ประเมิน | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm SD.$) | หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm SD.$) | สถิติทดสอบ (t) | P-value |
|--------------------|--|--|----------------|---------|
| ขาดสมาธิ | 3.5 ± 0.72 | 2.1 ± 0.55 | 5.14 | 0.001 |
| ชนอยู่ไม่นิ่ง | 4.2 ± 0.68 | 2.8 ± 0.52 | 6.35 | <0.001 |
| หุนหันพลันแล่น | 3.8 ± 0.75 | 2.5 ± 0.45 | 4.92 | 0.001 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ($P\text{-value} < 0.05$)

2. ประสิทธิภาพโปรแกรมอบรมผู้ปกครองต่อการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมอบรมผู้ปกครองช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ การประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กโดยใช้แบบวัด Practice Parent Test แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลเด็กสูงสุด คือ การมองข้ามพฤติกรรมที่ไม่รุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 2.8 (ก่อนการอบรม) เป็น 4.0 (หลังการอบรม) ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างชัดเจน โดยค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก

| พฤติกรรมที่ประเมิน | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm S.D.$) | หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm S.D.$) | สถิติทดสอบ (t) | P-value |
|----------------------|---|---|----------------|---------|
| การสร้างระเบียบวินัย | 3.2 ± 0.65 | 4.1 ± 0.58 | -3.85 | 0.004 |

| พฤติกรรมที่ประเมิน | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M ± S.D.) | หลังเข้าร่วมโปรแกรม (M ± S.D.) | สถิติทดสอบ (t) | P-value |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------|---------|
| การให้แรงเสริมบวก | 3 ± 0.70 | 4.3 ± 0.50 | -4.62 | 0.001 |
| การมองข้ามพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง | 2.8 ± 0.82 | 4.0 ± 0.60 | -4.15 | 0.002 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<0.05)

3. ความคิดเห็นของบุคลากรที่มสุขภาพต่อประสิทธิผลของโปรแกรม

ความคิดเห็นของบุคลากรที่มสุขภาพแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองได้รับการยอมรับอย่างสูง โดยบุคลากร 2 คน เห็นด้วยว่าโปรแกรมนี้มีประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของบุคลากรที่มสุขภาพต่อโปรแกรม

| หัวข้อที่ประเมิน | จำนวนบุคลากรที่เห็นด้วย (คน) | จำนวนบุคลากรที่ไม่เห็นด้วย (คน) |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| โปรแกรมมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย | 2 | 0 |
| โปรแกรมสามารถผสมผสานกับความรู้เดิม | 2 | 0 |
| ผู้ปกครองเรียนรู้และเข้าใจง่าย | 1 | 1 |
| สามารถสังเกตผลการปฏิบัติได้ชัดเจน | 1 | 1 |

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นเชิงประจักษ์ว่า โปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลดอนมดแดง มีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทักษะการปฏิบัติไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังจากที่ผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการครบทั้ง 7 ขั้นตอน พบว่า เด็กสมาธิสั้นในความดูแลมีระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้งในด้านการขาดสมาธิ ด้านความสนใจไม่ตั้งใจ และด้านความหุนหันพลันแล่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาการทางคลินิกของเด็กได้รับการบรรเทาลงเมื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ในขณะเดียวกัน ผลการประเมินด้วยแบบวัดการปฏิบัติของผู้ปกครอง (Practice Parent Test) ยังชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการด้านสมรรถนะในการดูแลบุตรหลานที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการสร้างระเบียบวินัย การใช้คำสั่งที่กระชับเข้าใจง่าย การให้แรงเสริมทางบวกเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และทักษะการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดความขัดแย้ง

ในครอบครัว แต่ยังเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้ ผลการประเมินจากมุมมองของบุคลากรที่มสุขภาพยังยืนยันสอดคล้องกันว่า โปรแกรมนี้มีความเหมาะสม เป็นประโยชน์ และมีความเป็นไปได้สูงที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการให้บริการ ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลเชิงประจักษ์ของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยพบว่าโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กและเพิ่มทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งประเด็นสำคัญสามารถนำมาอภิปรายเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

ประเด็นแรก ผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม (IOWA Conners) ของเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังผู้ปกครองเข้าร่วมอบรม โดยเฉพาะในด้านการขาดสมาธิและความสนใจไม่นิ่งนั้น สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) และ ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของเด็กเป็นผลลัพธ์จากการปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู เมื่อผู้ปกครองปรับเปลี่ยนวิธีการตอบสนอง เช่น การหยุดให้ความสนใจพฤติกรรม ก่อแวนและหันมาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชมัยพร จันทร์ศิริ (2553) และ Arunothong & Waewsawangwong (2555) ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นและพฤติกรรมต่อต้านในเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยในระดับนานาชาติของ Smith et al. (2022) ที่พบว่าการเข้าแทรกแซงโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-based intervention) และการฝึกให้ผู้ปกครองมีทักษะการสื่อสารเชิงบวก เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอาการทางคลินิกของโรคสมาธิสั้น มากกว่าการมุ่งเน้นรักษาที่ตัวเด็กเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Johnson et al. (2021) ที่ยืนยันว่าเมื่อผู้ปกครองมีความเข้าใจในธรรมชาติของโรค และลดการใช้อารมณ์ในการสื่อสาร จะช่วยลดความขัดแย้งและพฤติกรรมต่อต้านของเด็กได้อย่างยั่งยืน

ประเด็นที่สอง ผลต่อทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง การที่คะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครอง (Practice Parent Test) เพิ่มสูงขึ้นในทุกด้าน ทั้งการสร้างวินัย การให้แรงเสริม และการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ที่เน้นการลงมือทำจริง ซึ่งช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของผู้ปกครอง ตามแนวคิดของ Bandura เมื่อผู้ปกครองได้ฝึกฝนเทคนิคต่างๆ และได้รับข้อมูลป้อนกลับจากผู้วิจัย ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะนำเทคนิคไปใช้จริงที่บ้าน ผลการศึกษานี้สนับสนุนงานวิจัยของ ภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ (2563) ที่พบว่าการฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ช่วยเปลี่ยนมุมมองของผู้ปกครองจากการ "จับผิด" มาเป็นการ "จับถูก" และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ทำลายของบุตรหลานด้วยความใจเย็นและมีเหตุผลมากขึ้นซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณิ ริมวิทยากร และคณะ (2551) ที่พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ปกครองเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครองนี้ถือเป็น ปัจจัยทำนายความสำเร็จที่สำคัญที่สุดในการรักษาเด็กสมาธิสั้นในระยะยาว

ประเด็นที่สาม การยอมรับของบุคลากรที่มีสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าทีมสุขภาพมีความคิดเห็นเชิงบวกและยอมรับในประโยชน์ของโปรแกรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers (Innovation Diffusion Theory) ในขั้น ตอน การ ยืนยัน ผล (Confirmation) กล่าวคือ การที่โปรแกรมนี้ถูกออกแบบมาให้มีขั้นตอนชัดเจน ไม่ซับซ้อน และแสดงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของเด็กที่จับต้องได้ ทำให้บุคลากรเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถนำไปบูรณาการกับงานประจำ (Routine work) ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชุมชนได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Brown et al. (2019) ที่ระบุว่า การมีโปรแกรมมาตรฐานที่ผ่านการพิสูจน์ผลแล้ว จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาและส่งต่อความรู้แก่ผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา กล่าวคือ การวิจัยนี้กำหนดรูปแบบเป็นการศึกษาเบื้องต้น (Pilot Study) จึงใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (n=10) และเป็นการศึกษาเฉพาะเจาะจงในพื้นที่โรงพยาบาลตมดแดงเพียงแห่งเดียว ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในด้านความเที่ยงตรงภายนอก (External Validity) หรือการนำไปอ้างอิงในบริบทที่แตกต่างกันมากๆ อีกทั้งระยะเวลาในการติดตามผล 3 สัปดาห์ แม้จะเพียงพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น แต่อาจยังไม่สามารถยืนยันความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาวได้ ดังนั้นข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรพิจารณาขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและครอบคลุมหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มอำนาจในการทดสอบทางสถิติ (Statistical Power) รวมถึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว (Follow-up) เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรม นอกจากนี้ งานวิจัยของ G. Polanczyk และคณะ (2007) ยังได้เสนอแนะแนวทางที่น่าสนใจเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ซึ่งผู้วิจัยเห็นพ้องว่าในอนาคตควรมีการพัฒนาสื่อเสริมการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองสามารถทบทวนบทเรียนและขอคำปรึกษาได้สะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่ได้จากโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหลายบริบท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและเพิ่มทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมอบรมที่มีการใช้เทคนิคการสื่อสาร การให้รางวัล และการลงโทษที่เหมาะสมสามารถช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน หรือกลุ่มชุมชนที่มีการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับการฝึกอบรมและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

1. การนำไปใช้ในหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพสามารถใช้โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยให้ผู้ปกครองเข้าร่วมการอบรมและฝึกปฏิบัติตามเทคนิคที่แนะนำ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การนำไปใช้ในโรงเรียน โรงเรียนสามารถนำผลวิจัยนี้ไปใช้ในการจัดโปรแกรมอบรมผู้ปกครองที่มีเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียน เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและสามารถปรับพฤติกรรมของเด็กได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นและสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การนำไปใช้ในชุมชน กลุ่มชุมชนหรือองค์กรที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถใช้โปรแกรมอบรมนี้ในการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลเด็กและสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่มีความสอดคล้องและต่อเนื่องทั้งที่บ้านและในชุมชน

4. การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ผลการวิจัยนี้ยังสามารถใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทีมสุขภาพที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการสนับสนุนผู้ปกครองและเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การนำไปใช้ในระดับนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและดูแลสุขภาพเด็กสามารถนำผลวิจัยนี้ไปพิจารณาในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระดับประเทศ เพื่อให้มีการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้กว้างขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเฉพาะในพื้นที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งถัดไป นักวิจัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่ที่หลากหลายขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถทั่วไปได้มากยิ่งขึ้นและสะท้อนถึงความหลากหลายของกลุ่มผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นในบริบทต่างๆ

2. เพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล

นักวิจัยควรพิจารณาการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครองหลังการอบรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการวิจัยและดูว่าผลลัพธ์ยังคงคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่ การติดตามผลในระยะยาวจะช่วยให้สามารถเข้าใจผลกระทบของโปรแกรมต่อพฤติกรรมของเด็กและการปฏิบัติของผู้ปกครองได้ดีขึ้น

1. ปรับปรุงรูปแบบการอบรม

ผู้พัฒนานวัตกรรมหรือทีมสุขภาพควรพิจารณาการใช้สื่อการสอนที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การใช้สื่อออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลและฝึกปฏิบัติได้สะดวกมากยิ่งขึ้น รวมถึงสามารถติดตามความก้าวหน้าของการฝึกอบรมได้อย่างต่อเนื่องแม้อยู่ที่บ้าน

2. วิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม

นักวิจัยควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรม เช่น ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ทักษะการคิดของผู้ปกครองต่อการอบรม และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

3. การวิจัยเปรียบเทียบ

นักวิจัยควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองที่ใช้วิธีการและเทคนิคที่แตกต่างกัน เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและเพิ่มทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง การวิจัยเปรียบเทียบนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างและประสิทธิภาพของเทคนิคที่หลากหลาย

4. การสำรวจผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว

นอกจากการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นแล้ว นักวิจัยควรสำรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวโดยรวม เช่น ระดับความเครียดของผู้ปกครองความสัมพันธ์ในครอบครัว และความพึงพอใจของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก การศึกษาเหล่านี้จะช่วยให้เห็นภาพรวมของผลกระทบที่โปรแกรมมีต่อครอบครัวทั้งหมด

รายการอ้างอิง

- อาภรณ์ สุวรรณ. (2550). ภาวะสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน. *วารสารจิตเวชศาสตร์*, 25(1), 39–47.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, วัจนินท์ โรหิตสูข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, นิรมล ยสินทร, & พนม เกตุมาน. (2549). โปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง. *วารสารจิตเวชศาสตร์*, 33(1), 58–65.
- Arunothong, T., & Waewsawangwong, W. (2555). การฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก อายุ 2–15 ปี ในเขตภาคเหนือของไทย. *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 24(1), 45–53.
- วรรณิ์ ริมวิทยากร, สุนทรี ศรีโกไสย, & จักริน ปิงคลาศัย. (2551). ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองเด็กทั่วไป. *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 26(2), 121–130.
- เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2549). *การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยพร จันทร์ศิริ. (2553). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น. *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 27(3), 214–223.
- พรทิพย์ วชรดิถก, และคณะ. (2552). การเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช*, 29(3), 89–97.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). การจัดการปัญหาสมาธิสั้นในโรงเรียน. *วารสารการศึกษา*, 34(2), 58–66.
- ภาวิตา จงสุขศิริ, และคณะ. (2563). แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก (Practice Parent Test). *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 30(2), 145–153.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children—United States, 2003 and 2007. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(44), 1439–1443.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

- Brown, K., Smith, J., & Lee, A. (2019). The role of healthcare professionals in supporting parents of children with ADHD: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing, 45*, 75–82.
- Smith, R., Brown, T., & Patel, V. (2022). Parent training to improve communication and reduce ADHD symptoms in children: A systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 43*(6), 510–517.
- Johnson, P., Miller, S., & Garcia, L. (2021). Parental involvement and its effect on behavior management in children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development, 52*(4), 728–735.
- Davis, H., & Thompson, R. (2020). Parent training interventions for children with ADHD: Reducing stress and enhancing family quality of life. *Journal of Child and Family Studies, 29*(3), 545–560.
- Williams, G., Rodriguez, J., & Patel, V. (2023). Using technology to enhance parent training for ADHD: Effectiveness and challenges. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 64*(2), 225–233.

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก

Factors Affecting the Quality of Life Among the Elderly in Nakhonthai District, Phitsanulok Province

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ^{1*}, พุดพิงศ์ มากมาย²

Amornsak Poum^{1*}, Puttipong Makmai²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร^{1*}, คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก²

Faculty of Public Health, Naresuan University^{1*}, Faculty of Allied Health Science, Northern College, Tak Province²

(Received: 5 October 2025; Revised: 20 November 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

พดพพลัง (Active Aging) เป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 1,651 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel (2010) ได้จำนวน 330 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพและทักษะคิด ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ($P\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ($P\text{-value} = 0.012$) ทำนายได้ร้อยละ 15.60 ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรมีการประสานความร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, ความรู้, ทักษะคิด, การรับรู้ด้านสุขภาพ

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

Abstract

Active aging is an important process to improve quality of life among elderly people. This cross-sectional research study aimed to examine the associations between selected factors and quality of life, and to identify predictors linked to knowledge, attitudes and health perception of quality of life among the elderly. The population in this study consisted of 1,651 elderly individuals aged 60-69 years residing in Nakhonthai District, Phitsanulok Province, in fiscal year 2024. A sample size of 330 was calculated using Daniel's (2010) formula for finite population. Systematic random sampling was employed for data collection. Data were collected using a structured interview questionnaire composed of personal characteristics, knowledge, attitude, health perception, and quality of life among the elderly. To ensure questionnaire quality, content validity was examined by 3 experts, with IOC values ranging from 0.67 to 1.00. Pilot testing was conducted, and the reliability test using Cronbach's alpha coefficient yielded a value of 0.867. Data were analyzed using Pearson product-moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. Correlation analysis revealed that factors positively associated with quality of life among the elderly at the 0.05 significance level included knowledge, health perception, and attitude, respectively. Multiple regression analysis showed that the selected factors accounted for 15.60% of the variance in quality of life among the elderly. Only two factors were included in the final model: perceived risk of illness (P-value<0.001) and perceived barriers to health care (P-value=0.012). Therefore, related health workers and providers should consider these factors and cooperate to promote healthy behavior and improve quality of life in the elderly.

Keywords: Elderly people, Quality of Life, Knowledge, Attitude, Health perception

บทนำ

ผู้สูงอายุหรือคนชราตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศถือว่าเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 14% แนวโน้มและสถานการณ์โครงสร้างประชากรพบสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากปัจจุบันที่มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 พันล้านคน และ 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ.2563 และ

พ.ศ.2593 ตามลำดับโดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่“สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์”(Complete Aged Society) เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในอีก 20 ปี หรือ ปี พ.ศ. 2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 30% (ชมพูนุช พรหมภักดี, 2556)

สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 69,133, 69,506 และ 71,446 คน ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) สามารถดำเนินการประเมิน ADL ให้แก่ผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย ได้ครอบคลุมร้อยละ 88.08, 94.87 และ 96.8 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม มีจำนวน 59,200, 64,112 และ 67,331 คน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1,477, 1,585 และ 1,651 คน และกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 218, 245 และ 238 คน ตามลำดับ สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพพบว่า ปี พ.ศ.2566 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพ มีทั้งหมด 10 ปัญหา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพช่องปากโรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่า ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 31.88) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.62) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.89) (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง

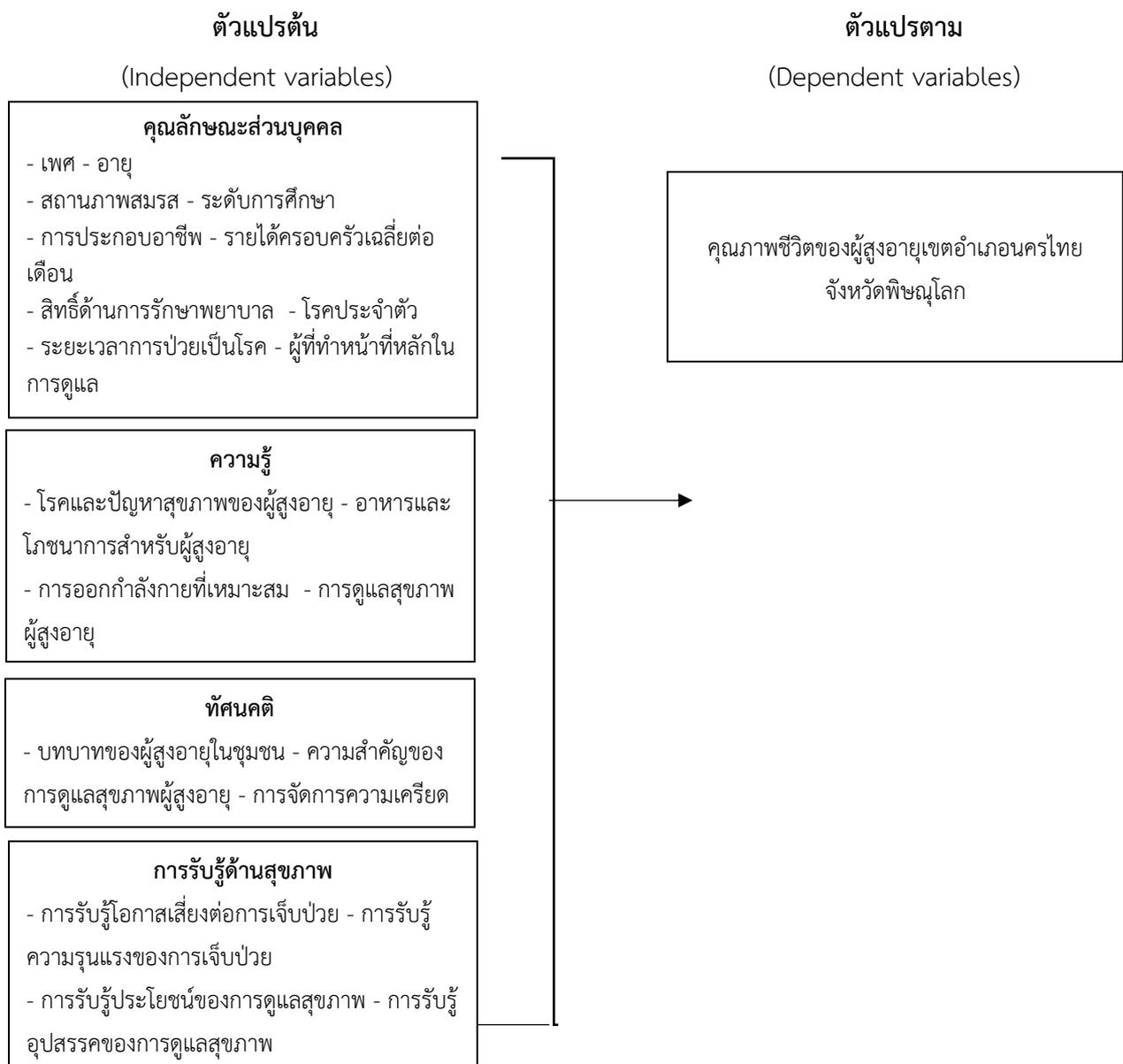
จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆด้านทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามวัย นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ขาดแรงจูงใจและความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง (สุปราณี จินาสวัสดิ์, 2559) การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เกิดการพึ่งพิงทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยลง (สมใจ อ่อนละเอียด, 2564) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลงไป จนถึงมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีได้

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ และการรับรู้ด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 1,651 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดเตียง ไม่ติดบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือนขึ้นไป ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน

การสุ่มตัวอย่าง คือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร์ โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุนำเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ 330 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคและผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ ประกอบด้วย โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 48 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คือ ถูก ไม่แน่ใจ ไม่ถูก โดยให้คะแนนตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนนและตอบไม่ถูก/ไม่แน่ใจ เท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน $\geq 80\%$) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) และความรู้ระดับต่ำ (คะแนน $\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ทักษะปฏิบัติ ประกอบด้วย บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการความเครียด โดยข้อคำถามเป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ข้อคำถาม

เป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 45 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลข้อคำถามส่วนที่ 3 และ 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 5 ตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า WHOQOL-OLD (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 4 มิติ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 1994) การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 26 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่เลย ใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง (61 – 95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) ได้เท่ากับ 0.867

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ช่วยนักวิจัย 2 คน ที่ผ่านมาอบรมและฝึกปฏิบัติวิธีการเก็บและอธิบายแบบสัมภาษณ์เพื่อให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกัน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแล้วจะผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการลงรหัสแล้วบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient และ Stepwise Multiple Regression Analysis

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0091 ลงวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.18) มีอายุมากกว่า 69 ปี (ร้อยละ 44.85) ($M = 66.77, SD. = 7.296, Max=69, Min=60$) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 48.18) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 74.55) รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 20) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 65.15) มีเพียงร้อยละ 0.61 ที่เป็นข้าราชการบำนาญทำให้มีเงินเดือนในการใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000–6,000 บาท (ร้อยละ 54.85) ($M = 4,554.85, SD. = 5,661.746, Max=50,000, Min=600$) ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บุตร (ร้อยละ 35.45) และสามี/ภรรยา (ร้อยละ 35.45) และผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 82.01)

ความรู้ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.48) ($M = 1.83, SD. = 0.624$) ทักษะคิดภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.97) ($M = 2.40, SD. = 0.520$) และการรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.03) ($M = 2.36, SD. = 0.483$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=330)

| ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ด้านสุขภาพ | ระดับ | | | | | | M | SD. |
|--|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|------|-------|
| | สูง | | ปานกลาง | | ต่ำ | | | |
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | | |
| 1. ความรู้ | 42 | 12.73 | 193 | 58.48 | 95 | 28.79 | 1.83 | 0.624 |
| โรคและปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ | 76 | 23.03 | 175 | 53.03 | 79 | 23.94 | 1.99 | 0.686 |
| อาหารและโภชนาการสำหรับ ผู้สูงอายุ | 95 | 28.79 | 161 | 48.79 | 74 | 22.42 | 2.06 | 0.713 |
| การออกกำลังกายที่เหมาะสม | 33 | 10.00 | 206 | 62.42 | 91 | 27.58 | 1.82 | 0.588 |
| การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ | 39 | 11.82 | 197 | 59.70 | 94 | 28.48 | 1.83 | 0.613 |
| 2. ทักษะคิด | 137 | 41.52 | 188 | 56.97 | 5 | 1.52 | 2.40 | 0.520 |
| บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน | 149 | 45.15 | 154 | 46.67 | 27 | 8.18 | 2.36 | 0.630 |
| ความสำคัญของการดูแล สุขภาพ | 157 | 47.58 | 156 | 47.30 | 17 | 5.22 | 2.42 | 0.590 |
| การจัดการความเครียด | 153 | 46.36 | 172 | 52.12 | 5 | 1.52 | 2.44 | 0.527 |
| 3. การรับรู้ด้านสุขภาพ | 122 | 36.97 | 208 | 63.03 | - | - | 2.36 | 0.483 |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ | 79 | 23.94 | 246 | 74.55 | 5 | 1.52 | 2.22 | 0.452 |

เจ็บป่วย

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|-------|-----|-------|---|------|------|-------|
| การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย | 181 | 54.85 | 146 | 44.24 | 3 | 0.91 | 2.53 | 0.517 |
|-----------------------------------|-----|-------|-----|-------|---|------|------|-------|

เจ็บป่วย

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|-------|-----|-------|----|------|------|-------|
| การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ | 216 | 65.45 | 102 | 30.91 | 12 | 3.64 | 2.61 | 0.556 |
|-----------------------------------|-----|-------|-----|-------|----|------|------|-------|

สุขภาพ

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|----|-------|-----|-------|----|------|------|-------|
| การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ | 47 | 14.24 | 269 | 81.52 | 14 | 4.24 | 2.19 | 0.418 |
|----------------------------------|----|-------|-----|-------|----|------|------|-------|

สุขภาพ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (ร้อยละ 59.70) ($M = 1.93$, $SD. = 0.631$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตกลางๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ($M = 1.93$, $SD. = 0.713$) ด้านจิตใจ ($M = 1.92$, $SD. = 0.679$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 1.79$, $SD. = 0.685$) และ ด้านสิ่งแวดล้อม ($M = 1.86$, $SD. = 0.546$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=330)

| คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ | ระดับคุณภาพชีวิต | | | | | | M | SD. |
|--------------------------|------------------|--------|------------|--------|------------|--------|------|-------|
| | ดี | | ปานกลาง | | ไม่ดี | | | |
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | | |
| คุณภาพชีวิต | 55 | 16.67 | 197 | 59.70 | 78 | 23.64 | 1.93 | 0.631 |
| ด้านร่างกาย | 30 | 9.09 | 226 | 68.48 | 74 | 22.42 | 1.93 | 0.713 |
| ด้านจิตใจ | 64 | 19.39 | 176 | 53.33 | 90 | 27.27 | 1.92 | 0.679 |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 50 | 15.15 | 161 | 48.79 | 119 | 36.06 | 1.79 | 0.685 |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | 73 | 22.12 | 161 | 48.79 | 96 | 29.09 | 1.86 | 0.546 |

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้ ($r=0.198$, $P\text{-value}=0.024$) ทักษะคิด ($r=0.179$, $P\text{-value}=0.017$) และการรับรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.183$, $P\text{-value}=0.005$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปรต้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

| | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r) | P-value | ระดับความสัมพันธ์ |
|-------------------------------------|--|--------------|-----------------------------|
| ความรู้ | 0.198 | 0.024 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ | 0.212 | 0.005 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ | 0.114 | 0.039 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การออกกำลังกายที่เหมาะสม | 0.190 | 0.005 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ | 0.113 | 0.027 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| ทัศนคติ | 0.179 | 0.017 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน | 0.166 | 0.034 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ | 0.115 | 0.050 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การจัดการความเครียด | 0.163 | 0.030 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การรับรู้ด้านสุขภาพ | 0.183 | 0.005 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย | 0.193 | <0.001 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย | 0.184 | 0.004 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ | 0.113 | 0.050 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |
| การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ | 0.141 | 0.010 | มีความสัมพันธ์ทางบวก |

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (P-value <0.001) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ (P-value =0.012) ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้ร้อยละ 15.6 ($R^2 = 0.156$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก

| ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์) | B | S.E. | Beta | t | P-value |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย | 0.264 | 0.075 | 0.189 | 3.524 | <0.001 |
| 2. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ | 0.206 | 0.081 | 0.136 | 2.538 | 0.012 |
| Constant | 0.910 | 0.238 | - | 7.753 | <0.001 |

ค่าคงที่ = 0.910, F =9.666, P-value<0.001, R = 0.236, $R^2 = 0.156$

อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในสังคมตามวิถีชีวิตของแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้าน

โดยภาพรวม (ร้อยละ 59.70) ($M = 1.93, SD. = 0.631$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสมใจ อ่อนละเอียด (2564) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.71) โดยผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด ($M = 1.93, SD. = 0.713$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรของตนเอง (ร้อยละ 35.45) มีบุตรคอยดูแลเอาใจใส่ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว่เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรธิดา ซึ่งทำหน้าที่ดูแลและทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012) ที่พบว่า การมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อปัญหาความเครียดที่มากกระทบได้ ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายผลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้ร้อยละ 15.60 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ($P\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ($P\text{-value} = 0.012$) สามารถอธิบายได้ว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.264, P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายผลได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างกันไปจากผู้ที่มีความสุขปกติทั่วไป โดยบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (Becker, 1974) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมกขึ้น (Janz & Becker, 1984) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของอมรศักดิ์ โพธิ์อำ และคณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส ($P\text{-value} = 0.001$)

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.206, P\text{-value} = 0.012$) สอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรมเป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของบุคคลในทางลบเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบายในการมารับบริการหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จะต้องปฏิบัติจะขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันก็ตาม ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ (Becker, 1974) สอดคล้องกับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (1990) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79.00 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ และ

คณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขต
อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส (P-value=0.013)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 59.70 โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมซึ่งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ($M = 1.79, SD. = 0.68$) ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการรณรงค์จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านสุขภาพ

2. การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบโดยให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่แข็งแรงมาเล่าประสบการณ์การดูแลสุขภาพของตนเองให้แก่ผู้สูงอายุคนอื่นๆ ได้นำไปปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิธีการหรือกลยุทธ์อื่นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามช่วง อายุ เช่นอายุ 60 – 64 ปี ,65- 69 ปี, 70-74 ปี, 75 -79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุให้มากที่สุด

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *Health Data Center*. <https://hdcservice.moph.go.th>

ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand).

วารสาร สำนักวิชาการสำนักเลขานุการวุฒิสภา; 3(16): 3.

สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพัฒนาพลัง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*; 14(30),333-345.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2549). *อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สุปราณี จินาสวัสดิ์. (2559). *พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง* [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยพะเยา

- อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, นูรมา สมการณ. (2565). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*; 5(1), 146-155.
- Becker, Marshall H. (1974). *The Health Belief Model and Preventive Behavior*. Health Education Monographs.
- Best, John W. (1977). *Research is Evaluation*. (3rded). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Cronbach. (1997). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row.
- Daniel W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences*. (9thed). New York: John Wiley & Sons.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Pender. NJ, Walker SN, Sechrist KR, Strombory MF. (1990). Predicting Health-Promotion Lifestyle In the Workplace. *Nurs Res* 1990 Nov-Dec; 39(6): 326-32.
- World Health Organization. (1994). *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: WHO(WHO/MNH/PSF/94.1).
- Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012). Predicting Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. *Journal of Nurses, Association of Thailand, North-eastern Division*, 33(3), 50-57. (in Thai).



ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Factors Affecting Digital Competency of Public Health Technical Officers
in Sub-district Health Promoting Hospitals, Nakhon Pathom Province,
under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

ศิริวิทย์ ธรรมกร่าง^{1*}, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์²

Sirawit Thammakrang^{1*}, Sutthisak Surirak²

นักศึกษาลัทธิสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก²

Master of Public Health Student, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and
Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute^{1*}, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty
of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute²

(Received: 20 August 2025; Revised: 15 October 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบันทำให้สมรรถนะดิจิทัลเป็นสิ่งจำเป็นในการยกระดับ
ประสิทธิภาพการทำงานและการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ
ภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะดิจิทัลและปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการ
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม
ตัวอย่างคือ นักวิชาการสาธารณสุข 259 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2568 โดยใช้
แบบสอบถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้ง
ฉบับเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.93, SD. = 0.51$) โดยด้านการใช้ดิจิทัลมี
ค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัล
ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ($\beta = 0.296$) การได้รับการยอมรับนับถือ ($\beta = 0.269$) การรับรู้ความง่ายในการ
ใช้งาน ($\beta = 0.262$) อายุ ($\beta = -0.205$) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ($\beta = 0.114$) ปริญาโท ($\beta = 0.097$) เพศชาย
($\beta = 0.090$) และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี ($\beta = 0.082$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ
สมรรถนะดิจิทัลได้ร้อยละ 64.80 ($R^2 = 0.648, P\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น ผู้บริหารควรส่งเสริมความสัมพันธ์และการ
ยอมรับในที่ทำงาน เลือกใช้เทคโนโลยีที่ใช้งานง่าย และพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมทักษะการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือ
ดิจิทัล เพื่อเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน

คำสำคัญ: นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สมรรถนะดิจิทัล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sirawit690@gmail.com, ศิริวิทย์ ธรรมกร่าง)

Abstract

The transformation of the health system at present has rendered digital competency essential for enhancing the operational efficiency and service delivery of primary care public health personnel. This cross-sectional analytical research aimed to study the level of digital competency and factors affecting the digital competency of public health technical officers at health-promoting hospitals in Nakhon Pathom Province, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The sample consisted of 259 public health technical officers, with data collected between August and September 2025 using a questionnaire. The content validity was between 0.67-1.00, and the reliability of the Cronbach's alpha coefficient for the entire questionnaire was 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The research findings revealed that overall digital competency was at a high level ($M = 3.93$, $SD = 0.51$). The aspect of digital use had the highest mean score, while the aspect of problem-solving using digital tools had the lowest mean score. Factors affecting digital competency included personnel relationships ($\beta = 0.296$), receiving recognition and respect ($\beta = 0.269$), perceived ease of use ($\beta = 0.262$), age ($\beta = -0.205$), career advancement ($\beta = 0.114$), master's degree ($\beta = 0.097$), male gender ($\beta = 0.090$), and receiving technology usage training ($\beta = 0.082$). Together, these factors could explain 64.8% of the variance in digital competency ($R^2 = 0.648$, $P\text{-value} < 0.001$). Therefore, administrators should promote relationships and recognition in the workplace, select user-friendly technology, and develop training courses on problem-solving skills using digital tools to prepare personnel for current technological changes.

Keywords: Public Health Technical Officer, Sub-district Health-Promoting Hospital, Digital Competency

บทนำ

ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในยุคดิจิทัล โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลให้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้อย่างก้าวกระโดด เช่น การแพทย์ทางไกล ระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันสุขภาพบนมือถือ และปัญญาประดิษฐ์ ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2564; Keesara et al., 2020; Limna, 2023) จากการเปลี่ยนแปลงนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับโลกในปี 2020-2025 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และเน้นการพัฒนาศักยภาพ

บุคลากรสาธารณสุขให้มีความพร้อมและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (World Health Organization, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พ.ศ. 2564-2568 ที่ใช้ฐานคิดจากยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับโลกขององค์การอนามัยโลก โดยเน้นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และทันต่อความต้องการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากประสบปัญหาในการทำความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Jarva et al., 2022) และจากผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัลของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ปัญหาสำคัญอันดับแรกที่เกิดจากตัวบุคลากร คือ การขาดความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (ร้อยละ 49) (Deloitte, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่า สมรรถนะดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาที่พบ คือ การขาดทักษะในด้านที่ต้องประยุกต์ใช้เครื่องมือดิจิทัล และการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (ปิติณัช ราชภักดี, 2566; สุพิชญา ผลโชติ, 2567; เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2566) ระดับสมรรถนะดิจิทัลที่ไม่เพียงพอของบุคลากรสาธารณสุข อาจนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Konttila et al., 2019) รวมทั้งเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการผู้ป่วยผ่านช่องทางดิจิทัล (Jarva et al., 2024) ดังนั้นสมรรถนะดิจิทัลจึงจำเป็นสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน และการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลถือเป็นกุญแจสำคัญในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขสมัยใหม่ (Aslam et al., 2023; Limna, 2023)

ในประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมิมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการหลักในการดูแลสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) โดยมีนักวิชาการสาธารณสุขเป็นกำลังคนกลุ่มใหญ่ที่สุดกลุ่มหนึ่งที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. (กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2568; บุญเรือง ขาวนวล และคณะ, 2561) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านการปฏิบัติการที่ครอบคลุมการศึกษา วิเคราะห์ และรวบรวมข้อมูลวิชาการ การวางแผนโครงการ การประสานงาน และการบริการวิชาการด้านสาธารณสุข (พรรษา อินทร์รัมย์ และ ประจักษ์ บัวผัน, 2565; สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2551) ด้วยบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน สมรรถนะดิจิทัลจึงกลายเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในด้านการจัดการข้อมูล การสื่อสาร และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน (เนาวรัตน์ มณีนิล และคณะ, 2565)

จังหวัดนครปฐมมีการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ครอบคลุมพื้นที่ผ่าน รพ.สต. โดยส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 98 แห่ง (ร้อยละ 73.13) (สุภัทร กตัญญูทิตา, 2567) มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลายระบบ เช่น ระบบบันทึกและจัดการข้อมูลผู้ป่วย ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ระบบจัดส่งยาถึงบ้าน (Health Rider) และระบบนัดหมายออนไลน์ เป็นต้น แต่การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัลยังประสบปัญหา โดยเฉพาะด้านศักยภาพบุคลากรที่ยังขาด

ความรู้ความเข้าใจในการใช้งานระบบ และขาดทักษะการแก้ไขปัญหาทางเทคนิค ส่งผลให้การบันทึกและจัดการข้อมูลขาดความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ซึ่งกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการและการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2567; อุดม ทุมไธสิต และคณะ, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้จะมีการศึกษาสมรรถนะดิจิทัลในบุคลากรสุขภาพหลายกลุ่ม แต่ส่วนมากเน้นศึกษากับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขณะที่การศึกษาในกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิยังมีจำกัด ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะดิจิทัลและปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัล ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพดิจิทัลและบริบทการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

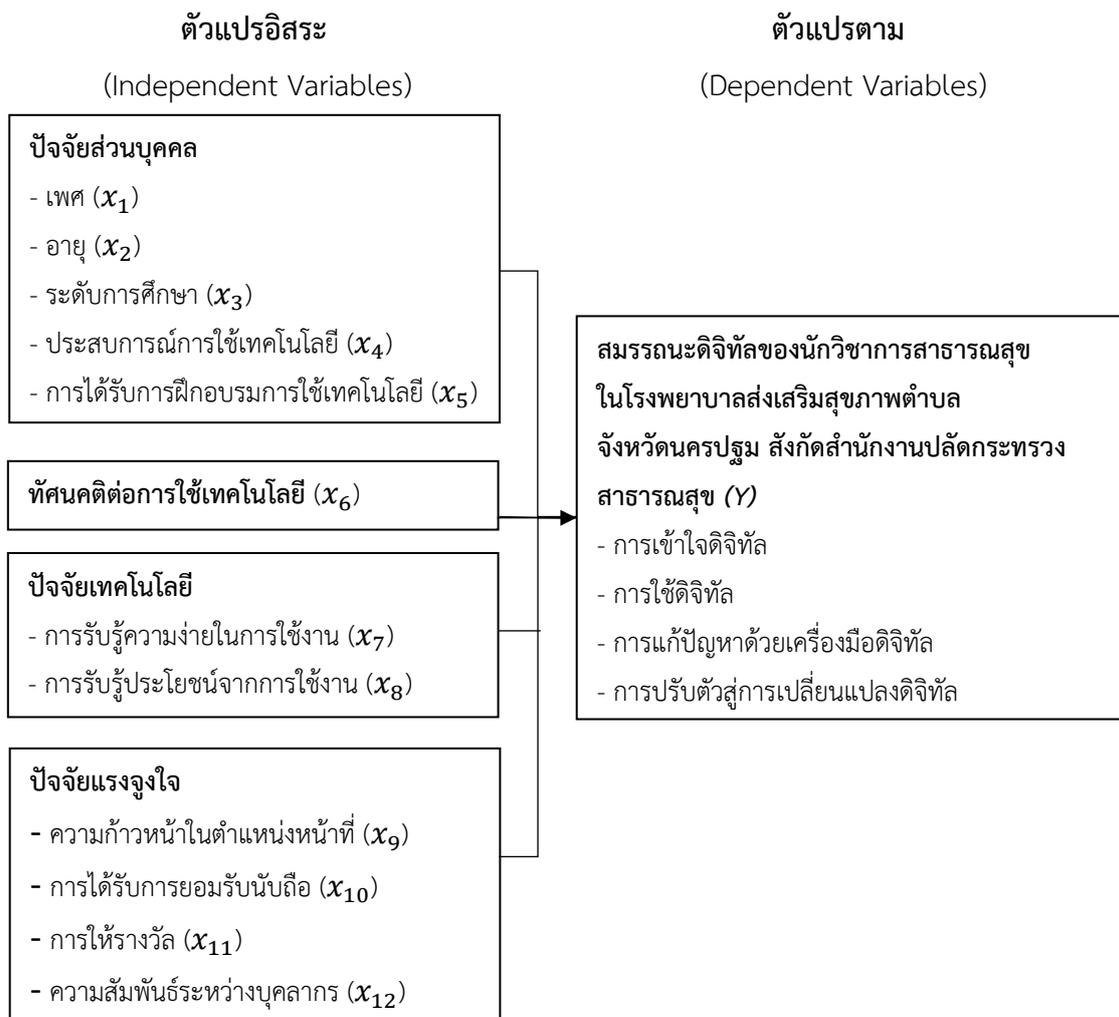
1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ปัจจัยทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ปัจจัยเทคโนโลยี ได้แก่ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. ปัจจัยแรงจูงใจ ได้แก่ ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การได้รับการยอมรับนับถือ การให้รางวัล และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้สังเคราะห์กรอบแนวคิดการวิจัยโดยเลือกใช้กรอบสมรรถนะดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2563) เป็นตัวแปรตาม เนื่องจากเป็นกรอบสมรรถนะดิจิทัลมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การเข้าใจ การใช้ การแก้ปัญหา และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลง สำหรับตัวแปรอิสระด้านทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) (Davis, 1989) ซึ่งเป็นตัวแปรที่ช่วยเพิ่มศักยภาพการทำงานของบุคลากรร่วมกับปัจจัยด้านแรงจูงใจโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ERG (Alderfer, 1972) ซึ่งประกอบด้วย การให้รางวัล (ความต้องการดำรงชีวิต: E) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร การได้รับการยอมรับนับถือ (ความต้องการความสัมพันธ์: R) และความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ (ความต้องการความเจริญเติบโต: G) ซึ่งเหมาะสมสำหรับคนทำงานที่ต้องการเน้นความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน แม้จะไม่ได้ได้รับความพึงพอใจในการดำรงชีวิต และความต้องการความสัมพันธ์เท่าที่ควร แต่ความต้องการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม - กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 261 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 259 คน ที่ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามหลักการของ Green (1991) $N \geq 50 + 8k$ (โดย k คือจำนวนตัวแปรอิสระ 12 ตัว) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 146 คน เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็ก และเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลทั้งหมดโดยได้รับการตอบกลับ 259 คน ซึ่งเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและยินดียินดีตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ย้ายที่ทำงานไปปฏิบัติงานนอกจังหวัดนครปฐม หรือถูกโอนย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในช่วงการเก็บข้อมูล 2) ไม่สามารถติดต่อได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล แม้จะพยายามติดต่อผ่านช่องทางต่าง ๆ แล้ว 3) มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพการจ้างงานในช่วงการเก็บข้อมูล เช่น เกษียณอายุราชการ หรือลาออก 4) อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาคลอด ลาอุปสมบท หรือลาป่วย ในช่วงการเก็บข้อมูล 5) เสียชีวิตในช่วงการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี สร้างขึ้นโดยอ้างอิงทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ของ Davis (1989) และปรับปรุงจากข้อคำถามของ ณัฐรัตน์ ผดุงถิ่น และจันทร์ศรี ภูติอริยวัฒน์ (2565) จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเทคโนโลยี สร้างขึ้นโดยอ้างอิงทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ของ Davis (1989) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ด้านละ 8 ข้อ รวมเป็น 16 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และ 2) การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยแรงจูงใจ สร้างขึ้นโดยอ้างอิงทฤษฎีแรงจูงใจ ERG ของ Alderfer (1972) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ ได้แก่ 1) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ 2) การได้รับการยอมรับนับถือ 3) การให้รางวัล และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสมรรถนะดิจิทัล สร้างขึ้นโดยอ้างอิงกรอบสมรรถนะดิจิทัลของพลเมืองไทย (สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2563) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าใจดิจิทัล 2) การใช้ดิจิทัล 3) การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และ 4) การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลโดยการแบ่งระดับขึ้นตามเกณฑ์ของ Best (1977) คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแปลผล 3 ระดับ ได้ค่าความห่างระหว่างขั้นเท่ากับ 1.33 ดังนั้น ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการบริหารสาธารณสุข ด้านการวิจัยและสถิติทางสาธารณสุข และด้านเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะการใช้เทคโนโลยี ปัจจัยเทคโนโลยี ปัจจัยแรงจูงใจ และสมรรถนะดิจิทัล อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 โดยมีค่า IOC เฉลี่ยแต่ละด้านเท่ากับ 0.87, 1.00, 0.92, 0.93, 1.00 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักวิชาการสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้อยู่ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทักษะการใช้เทคโนโลยี ปัจจัยเทคโนโลยี ปัจจัยแรงจูงใจ และสมรรถนะดิจิทัล เท่ากับ 0.94, 0.95, 0.95, 0.95 ตามลำดับ และทั้งหมดเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

3. ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลกับนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย เอกสารแสดงความยินยอม และวิธีการส่งแบบสอบถามคืน โดยมีกำหนดระยะเวลาในการตอบและส่งแบบสอบถามคืนภายใน 7 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับแบบสอบถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก แล้วนำส่งที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่สังกัดอยู่

4. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยได้รับการตอบกลับ 259 คน จากทั้งหมด 261 คน คิดเป็นร้อยละ 99.23 ส่วนที่เก็บไม่ได้ 2 คน เนื่องจากลาคลอด จากนั้นนำแบบสอบถามมากำหนดรหัสคำตอบเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

1.2 สมรรถนะดิจิทัล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัล โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เนื่องจากเป็นวิธีที่พิจารณาทั้งตัวแปรเข้าและตัวแปรออกไปพร้อมกัน ทำให้ได้สมการที่มีตัวแปรเหมาะสมที่สุดและลดความคลาดเคลื่อนได้ดี โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการที่ระดับนัยสำคัญ .05 และคัดออกที่ .10 พร้อมทั้งแปลงตัวแปรนามบัญญัติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเกินไป (No Multicollinearity) พิจารณาจากค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.49 – 0.92 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.08 – 2.04 มีค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (Durbin-Watson = 1.87) มีการแจกแจงแบบปกติ โดยดูจากกราฟ Normal P-P Plot ที่จุดข้อมูลเกาะกลุ่มบนเส้นทแยงมุมและยืนยันด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov (P-value > 0.05) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและมีความแปรปรวนคงที่ โดยดูจากกราฟ Scatterplot ของเศษเหลือ (Residuals) ที่มีการกระจายตัวแบบสุ่มรอบเส้นศูนย์ (Hair et al., 2019)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP 2568 – 041 ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล บอกถึงประโยชน์ ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมไปถึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ หลังกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นชื่อในใบยินยอม ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ นำเสนอในภาพรวม และทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 259 คน จากทั้งหมด 261 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 99.23 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.56 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 43.24

อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.44 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.59 ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 – 10 ปี ร้อยละ 61.00 ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีเฉลี่ยเท่ากับ 10.16 ปี การได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 – 2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 64.09 และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 ครั้ง/ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=259)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| เพศ | | |
| หญิง | 219 | 84.56 |
| ชาย | 40 | 15.44 |
| อายุ | | |
| 21 – 30 ปี | 108 | 41.70 |
| 31 – 40 ปี | 112 | 43.24 |
| 41 ปีขึ้นไป | 39 | 15.06 |
| <i>(M = 34.44, SD. = 9.40, Min = 23, Max = 60)</i> | | |
| ระดับการศึกษา | | |
| ปริญญาตรี | 245 | 94.59 |
| ปริญญาโท | 14 | 5.41 |
| ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี | | |
| 1 – 10 ปี | 158 | 61.00 |
| 11 – 20 ปี | 90 | 34.75 |
| 21 – 30 ปี | 11 | 4.25 |
| <i>(M = 10.16, SD. = 6.25, Min = 1, Max = 25)</i> | | |
| การได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี | | |
| ไม่เคย | 44 | 16.99 |
| 1 – 2 ครั้ง/ปี | 166 | 64.09 |
| 3 ครั้ง/ปี ขึ้นไป | 49 | 18.92 |
| <i>(M = 1.69, SD. = 1.69, Min = 0, Max = 14)</i> | | |

1. ระดับสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.93, SD. = 0.51$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การใช้ดิจิทัล ($M = 4.11, SD. = 0.57$) รองลงมาคือ การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ($M = 3.88, SD. = 0.59$) การเข้าใจดิจิทัล ($M = 3.87, SD. = 0.53$) และการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ($M = 3.86, SD. = 0.61$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (n=259)

| สมรรถนะดิจิทัล | M | SD. | ระดับ |
|------------------------------------|-------------|-------------|------------|
| การเข้าใจดิจิทัล | 3.87 | 0.53 | สูง |
| การใช้ดิจิทัล | 4.11 | 0.57 | สูง |
| การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล | 3.86 | 0.61 | สูง |
| การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล | 3.88 | 0.59 | สูง |
| รวม | 3.93 | 0.51 | สูง |

2. จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์ 8 ตัวที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะดิจิทัลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร (x_{12}) การได้รับการยอมรับนับถือ (x_{10}) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (x_7) อายุ (x_2) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ (x_9) ปริญาโท (x_3) เพศชาย (x_1) และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี (x_5) โดยตัวแปรทั้ง 8 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะดิจิทัลได้ร้อยละ 64.8 ($R^2 = 0.648$) ซึ่งถือว่าเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ ($F = 57.437$, $P\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรมีอิทธิพลต่อสมรรถนะดิจิทัลสูงที่สุด ($\beta = 0.296$) รองลงมาคือ การได้รับการยอมรับนับถือ ($\beta = 0.269$) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ($\beta = 0.262$) อายุ ($\beta = -0.205$) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ($\beta = 0.114$) ปริญาโท ($\beta = 0.097$) เพศชาย ($\beta = 0.090$) และการได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี ($\beta = 0.082$) โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

$$\text{สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ } Y = 0.844 + 0.283(x_{12}) + 0.246(x_{10}) + 0.241(x_7) - 0.011(x_2) + 0.095(x_9) + 0.219(x_3) + 0.127(x_1) + 0.112(x_5)$$

$$\text{สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน } Z = 0.296(Z_{12}) + 0.269(Z_{10}) + 0.262(Z_7) - 0.205Z_2 + 0.114(Z_9) + 0.097(Z_3) + 0.090(Z_1) + 0.082(Z_5)$$

โดยที่ Y หรือ = สมรรถนะดิจิทัล, x_{12} = ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร, x_{10} = การได้รับการยอมรับนับถือ, x_7 = การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน, x_2 = อายุ (ปี), x_9 = ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่, x_3 = ระดับการศึกษา (ปริญาโท = 1, อื่นๆ = 0), x_1 = เพศ (ชาย = 1, หญิง = 0), x_5 = การได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี (ได้รับ = 1, ไม่ได้รับ = 0)

ซึ่งสมการพยากรณ์สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน สมรรถนะดิจิทัลจะเพิ่มขึ้น 0.296 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

เมื่อการได้รับการยอมรับนับถือเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน สมรรถนะดิจิทัลจะเพิ่มขึ้น 0.269 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

เมื่อการรับรู้ความง่ายในการใช้งานเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน สมรรถนะดิจิทัลจะเพิ่มขึ้น 0.262 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน สมรรถนะดิจิทัลจะลดลง 0.205 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

เมื่อความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน สมรรถนะดิจิทัลจะเพิ่มขึ้น

0.114 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

ผู้ที่จบปริญญาโท มีสมรรถนะดิจิทัล สูงกว่า ระดับการศึกษาอื่น ๆ อยู่ 0.097 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

เพศชาย มีสมรรถนะดิจิทัล สูงกว่า เพศหญิง อยู่ 0.090 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม มีสมรรถนะดิจิทัล สูงกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม อยู่ 0.082 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด ดังตารางที่ 3 ก่อนเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

| ตัวแปร | Y | x ₁ | x ₂ | x ₃ | x ₄ | x ₅ | x ₆ | x ₇ | x ₈ | x ₉ | x ₁₀ | x ₁₁ | x ₁₂ |
|----------------|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Y | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| x ₁ | .134* | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| | - | .330 | | | | | | | | | | | |
| x ₂ | .215** | ** | 1.00 | | | | | | | | | | |
| | | .276 | .224* | | | | | | | | | | |
| x ₃ | .107 | ** | * | 1.00 | | | | | | | | | |
| | - | .255 | .903* | .221* | | | | | | | | | |
| x ₄ | .197** | ** | * | * | 1.00 | | | | | | | | |
| | | | | | - | | | | | | | | |
| x ₅ | | | | | 0.07 | | | | | | | | |
| | .179** | .080 | -.061 | 0.063 | 9 | 1.00 | | | | | | | |
| | | .181 | | | 0.04 | | | | | | | | |
| x ₆ | .433** | ** | .078 | 0.022 | 3 | .154* | 1.00 | | | | | | |
| | | | | | - | | | | | | | | |
| x ₇ | | | | | .143 | - | .425* | | | | | | |
| | .565** | .071 | .158* | 0.019 | * | 0.044 | * | 1.00 | | | | | |

| ตัวแปร | Y | x_1 | x_2 | x_3 | x_4 | x_5 | x_6 | x_7 | x_8 | x_9 | x_{10} | x_{11} | x_{12} |
|----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|----------|----------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| x_8 | .524** | .115 | -.044 | 0.005 | 8 | 0.049 | * | * | 1.00 | | | | |
| x_9 | .531** | .096 | .033 | 0.023 | 3 | 0.043 | * | * | * | 1.00 | | | |
| x_{10} | .655** | * | -.045 | 0.05 | 9 | 0.061 | * | * | * | * | 1.00 | | |
| x_{11} | .509** | .058 | -.066 | 0.018 | 9 | 0.021 | * | * | * | * | * | 1.00 | |
| x_{12} | .614** | .053 | -.019 | 0.035 | 0.04 | * | * | * | * | * | * | * | 0 |

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

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (n=259)

| ตัวแปรพยากรณ์ | b | SE _b | β | t | P-value | 95% CI for b |
|--|--------|-----------------|---------|--------|------------|--------------|
| ค่าคงที่ (Constant) | 0.844 | 0.202 | | 4.185 | < 0.001*** | 0.45, 1.24 |
| ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร (x_{12}) | 0.283 | 0.045 | 0.296 | 6.248 | < 0.001*** | 0.19, 0.37 |
| การได้รับการยอมรับนับถือ (x_{10}) | 0.246 | 0.049 | 0.269 | 5.015 | < 0.001*** | 0.15, 0.34 |
| การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (x_7) | 0.241 | 0.041 | 0.262 | 5.923 | < 0.001*** | 0.16, 0.32 |
| อายุ (x_2) | -0.011 | 0.002 | -0.205 | -4.941 | < 0.001*** | -0.02, -0.01 |
| ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ (x_9) | 0.095 | 0.042 | 0.114 | 2.292 | 0.023* | 0.01, 0.18 |
| ปริญญาโท (x_3) | 0.219 | 0.090 | 0.097 | 2.427 | 0.016* | 0.04, 0.40 |
| เพศชาย (x_1) | 0.127 | 0.059 | 0.090 | 2.159 | 0.032* | 0.01, 0.24 |
| การได้รับการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี (x_5) | 0.112 | 0.053 | 0.082 | 2.103 | 0.036* | 0.01, 0.22 |

$R = 0.805$, $R^2 = 0.648$, $Adj.R^2 = 0.636$, $SE_{est} = 0.310$, $F = 57.437$, P-value = < 0.001***

* P-value < 0.05, ** P-value < 0.01, *** P-value < 0.001

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาในระดับสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สมรรถนะดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ด้านการใช้ดิจิทัล ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายสุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นตัวเร่งให้เกิดการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง (Keesara et al., 2020) ส่งผลให้นักวิชาการสาธารณสุขซึ่งเป็นกำลังสำคัญในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องปรับตัวและพัฒนาทักษะการใช้เครื่องมือดิจิทัลต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นระบบบันทึกและจัดการข้อมูลผู้ป่วย ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ระบบจัดส่งยาถึงบ้าน (Health Rider) และระบบนัดหมายออนไลน์ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม, 2567; อุดม ทุมโฆสิต และคณะ, 2567) การที่นักวิชาการสาธารณสุขต้องใช้ระบบงานเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้สมรรถนะดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง สำหรับด้านการใช้ดิจิทัลที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่านักวิชาการสาธารณสุขมีความสามารถในการใช้เครื่องมือดิจิทัลพื้นฐานที่จำเป็นต่องานประจำวันได้อย่างคล่องแคล่ว เช่น การจัดการข้อมูลผู้ป่วย การสร้างสื่อให้ความรู้สุขภาพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือเครือข่าย ซึ่งเป็นทักษะที่ถูกใช้งานและฝึกฝนอยู่เสมอในการปฏิบัติงาน ในขณะที่ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะทักษะดังกล่าวเป็นความสามารถเชิงเทคนิคขั้นสูงกว่าการใช้งานทั่วไป นักวิชาการสาธารณสุขอาจมีความชำนาญในการใช้โปรแกรมเพื่อปฏิบัติงาน แต่เมื่อเกิดปัญหาขัดข้องทางเทคนิค อาจยังขาดความรู้ความเข้าใจเชิงลึกในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดนครปฐมที่พบว่า บุคลากรยังขาดทักษะการแก้ไขปัญหาทางเทคนิคและขาดผู้เชี่ยวชาญดูแลระบบโดยตรง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2567) จึงทำให้สมรรถนะในด้านนี้ ยังคงต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมต่อไป

ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดสมรรถนะดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2563) ที่ได้จำแนกสมรรถนะออกเป็น 4 ด้าน โดยด้านการใช้ดิจิทัลมีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด สะท้อนถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้เครื่องมือดิจิทัลพื้นฐานในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดที่มองว่าสมรรถนะด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลเป็นทักษะขั้นสูงที่ต้องอาศัยการคิดวิเคราะห์และสร้างสรรค์เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานใหม่ ๆ ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนกว่าการใช้งานทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่า สมรรถนะดิจิทัลอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐรัตน์ ผดุงถิ่น และ จันทร์ศรัณย์ ภูติอรียวัฒน์ (2565) ที่ศึกษาในกลุ่มครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา แม้จะมีความแตกต่างในกลุ่มประชากรและบริบทการทำงาน แต่ผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันนี้ อาจบ่งบอกถึงแนวโน้มการปรับตัวเข้าสู่ยุคดิจิทัลของบุคลากรภาครัฐ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jarva et al. (2024) พบว่าบุคลากรสาธารณสุขในประเทศฟินแลนด์ส่วนใหญ่มีสมรรถนะดิจิทัลสุขภาพอยู่ในระดับสูงถึง

ปานกลาง ซึ่งเป็นประเทศที่มีการส่งเสริมนโยบายสุขภาพดิจิทัลอย่างจริงจัง ส่งผลให้บุคลากรมีแนวโน้มที่จะมีสมรรถนะดิจิทัลในระดับที่สูงขึ้น แต่ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยของ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2566) ที่พบว่าทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับปานกลาง และงานวิจัยของ Tegegne et al. (2023) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์เกือบครึ่งหนึ่งในประเทศเอธิโอเปียยังมีสมรรถนะดิจิทัลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยเชิงบริบทที่หลากหลาย เช่น นโยบายของหน่วยงาน ลักษณะงานเฉพาะทาง และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี

2. จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจ โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและด้านการได้รับการยอมรับนับถือ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อสมรรถนะดิจิทัลของนักวิชาการสาธารณสุข โดยปัจจัยดังกล่าวร่วมกับปัจจัยเทคโนโลยีด้านการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และปัจจัยส่วนบุคคลอีกบางประการ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะดิจิทัลได้ร้อยละ 64.80 ส่วนปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัล ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยี ทักษะคิดต่อการใช้เทคโนโลยี การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน และการให้รางวัล ทั้งนี้การที่ปัจจัยแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและด้านการได้รับการยอมรับนับถือมีอิทธิพลที่สูง อาจเนื่องมาจากบริบทของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเน้นการทำงานเป็นทีม การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่ดีและเกื้อกูลกัน จะทำให้บุคลากรกล้าที่จะเรียนรู้ ทดลอง และขอความช่วยเหลือด้านเทคโนโลยีโดยไม่รู้สีกังวลต่อความผิดพลาดเมื่อผนวกกับการได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ยิ่งเป็นการเสริมแรงทางบวกที่กระตุ้นให้เกิดความภาคภูมิใจและความต้องการพัฒนาตนเอง ซึ่งบรรยากาศการทำงานเช่นนี้สามารถช่วยลดอุปสรรคทางจิตใจในการเผชิญหน้ากับเทคโนโลยี ทำให้บุคลากรรับรู้ว่ายานเทคโนโลยีนั้นง่ายต่อการใช้งานมากขึ้น สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลเชิงลบ อาจเป็นเพราะบุคลากรที่มีอายุน้อย มีความคุ้นเคยและทักษะในการปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้ดีกว่า ในขณะที่บุคลากรที่มีอายุมากกว่าอาจประสบปัญหาในการเรียนรู้และใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายส่งผลเชิงบวก อาจเป็นเพราะเพศชายมีความสนใจและมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางเทคนิคที่สูงกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลเชิงบวก เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่ามีโอกาสในการใช้ทักษะดิจิทัลที่ซับซ้อนในการทำงานวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลมากกว่า ส่วนการได้รับการฝึกอบรมถือเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็น ส่งผลให้บุคลากรมีความพร้อมและมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น

ซึ่งปัจจัยแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและด้านการได้รับการยอมรับนับถือมีอิทธิพลที่สูง สอดคล้องกับทฤษฎี ERG ของ Alderfer (1972) ที่เป็นแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการของบุคลากรในการทำงานในมิติความต้องการด้านความสัมพันธ์ (Relatedness Need) และสอดคล้องกับทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (UTAUT) ด้านอิทธิพลทางสังคม (Social Influence) ของ Venkatesh et al. (2003) ซึ่งเป็นความเชื่อว่าคุณค่าความคิดเห็นหรือการกระทำของบุคคลอื่นที่มีความสำคัญจะมีผลต่อการใช้งานเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มครูของ ณัฐรัตน์ ผดุงถิ่น และ จันทร์ศรี ภูติอริยวัฒน์

(2565) และงานวิจัยในบุคลากรสุขภาพของ De Leeuw et al. (2020), Jarva et al. (2024) และ Longhini et al. (2024) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและองค์กรเป็นแรงผลักดันที่ทำให้สมรรถนะดิจิทัลสูงขึ้น ส่วนปัจจัยเทคโนโลยีด้านการรับรู้ความง่ายในการใช้งานส่งผลเชิงบวก สอดคล้องกับทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ของ Davis (1989) ซึ่งเป็นการไตร่ตรองทัศนคติในเรื่องเทคโนโลยีและความเชื่อส่วนบุคคลต่อวิธีการใช้เทคโนโลยีที่มีขั้นตอนที่เข้าใจง่าย ไม่ต้องยากลำบากหรือใช้ความพยายามในการเรียนรู้ที่จะเข้าใจและใช้งานในระบบ รวมถึงรู้วิธีการใช้งานได้โดยไม่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-zboon et al. (2021) และ Connolly et al. (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความง่ายในการใช้งานส่งผลต่อทัศนคติและการยอมรับการใช้เทคโนโลยีโดยตรง สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่า อายุส่งผลเชิงลบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชานนท์ อ่าวสินธุ์ศิริ (2562), เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2566) และ Longhini et al. (2024) ที่พบว่า บุคลากรที่อายุน้อยอาจมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีมากกว่า ในขณะที่บุคลากรที่อายุงานมากกว่าอาจเผชิญความท้าทายในการเรียนรู้ ดังที่ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2566) พบว่า กลุ่มอายุน้อยมีทักษะสูงกว่า สำหรับปัจจัยเพศชายส่งผลเชิงบวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-zboon et al. (2021), Longhini et al. (2024) และ Rainey et al. (2021) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในความสนใจ (Rainey et al., 2021) หรือทัศนคติ (Al-zboon et al., 2021) ที่ดีกว่าต่อเทคโนโลยี การที่ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลเชิงบวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Erfani et al. (2025), Longhini et al. (2024) และ Tegegne et al. (2023) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงมีโอกาสในการใช้ทักษะดิจิทัลที่ซับซ้อนในการทำงานหรือวิเคราะห์ข้อมูลมากกว่า (Erfani et al., 2025) และปัจจัยการได้รับการฝึกอบรมที่ส่งผลเชิงบวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Li et al. (2019) และ Tegegne et al. (2023) ที่พบว่า การฝึกอบรมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเทคโนโลยีสุขภาพ

สำหรับปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัล ได้แก่ ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี ทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยี การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน และการให้รางวัล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง ซึ่งเป็นคุณลักษณะร่วมกันของบุคลากร ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัล สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอ็ม สายคำหน่อ และคณะ (2567) ที่พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ไม่ส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรมของ อสม. และงานวิจัยของ Rossetto et al. (2023) ที่พบว่าประสบการณ์ด้านเทคโนโลยีไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์หรือการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ในส่วนของปัจจัยการให้รางวัลที่ไม่ส่งผลนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐรัตน์ ผดุงถิ่น และ จันทร์ศม์ ภูติอริยวัฒน์ (2565) ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg et al. (1959) ที่จัดให้ค่าตอบแทนหรือรางวัลเป็นเพียงปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factors) หรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) ที่ช่วยป้องกันความไม่พึงพอใจในการทำงาน แต่ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจ (Motivational Factors) ที่กระตุ้นให้เกิดความสำเร็จหรือการพัฒนาสมรรถนะในการทำงานที่สูงขึ้นโดยตรง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับปัจจัยแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและการได้รับการยอมรับนับถือ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สูง โดยการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การยกย่องชมเชย เพื่อให้บุคลากรมีความคุ้นเคย กล้าที่จะขอความช่วยเหลือ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านดิจิทัลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ควรส่งเสริมการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน โดยการเลือกใช้ระบบหรือซอฟต์แวร์ที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน
2. ผู้รับผิดชอบด้านการพัฒนาบุคลากรควรออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมที่เน้นทักษะการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ซึ่งเป็นด้านที่บุคลากรมีสมรรถนะน้อยที่สุด และควรจัดโปรแกรมพัฒนาที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคลากร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุมากที่ต้องการการสนับสนุนเป็นพิเศษ รวมถึงพิจารณาบุคลากรเพศชายหรือผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่สูงให้มีบทบาทเป็นที่เสี่ยง เพื่อช่วยสนับสนุนบุคลากรกลุ่มอื่น นอกจากนี้ ควรกำหนดให้สมรรถนะดิจิทัลเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ความก้าวหน้าในสายอาชีพ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจถึงเหตุผลและอธิบายปรากฏการณ์ที่ค้นพบจากการวิจัยเชิงปริมาณให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น
2. ควรทำวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกัน และเน้นทักษะการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล
3. ควรขยายขอบเขตการศึกษา โดยการทำวิจัยซ้ำในพื้นที่อื่น หรือศึกษาเปรียบเทียบกับบุคลากรวิชาชีพอื่นในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อตรวจสอบและยืนยันผลการวิจัยให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (2564-2568)*. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ. 2565 - 2569)*. กองบริหารทรัพยากรบุคคล.
- ชานนท์ อ่าวสินธุ์ศิริ. (2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ [การค้นคว้าอิสระปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชูณหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทรานนท์ และ ศุภกิจศิริลักษณ์. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. ที่ควีพี.

- ณัฐรัตน์ ผดุงถิ่น และ จันทรีศรี ภูติอริยวัฒน์. (2565). ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อสมรรถนะดิจิทัลของครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาานครปฐมและสุพรรณบุรี. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 14(2), 126-142.
- เนาวรัตน์ มณีนิล, วงศา เล้าหศิริวงศ์, ไพศาล บางชวด, กิตติพงษ์ สอนล้อม, สติกร พงศ์พานิช, ทศนีย์ บัวคำ, สมใจ สุดจิต, มานะ เปาทุย, อเนก ทิมทับ, สุพจน์ เจริญพร และ คณิต หนูพลอย. (2565). สมรรถนะความต้องการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักสาธารณสุขในประเทศไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 4(4), 27-35.
- บุญเรือง ขาวนวล, นงลักษณ์ พะไก่อะ, ประยูร ฟองสถิตย์กุล, สติกร พงศ์พานิช, วิทยา อยู่สุข, ขวัญใจ อนาคตชัยชื่อ และ ทศนีย์ ศิลาวรรณ. (2561). ความต้องการกำลังคนวิชาชีพสาธารณสุขของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(2), 245-253.
- ปิติณัช ราชภักดี. (2566). สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(1), 336-347.
- พรรษา อินทร์รัมย์ และ ประจักษ์ บัวผัน. (2565). บรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 22(2), 201-212.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2551). *มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ตำแหน่งประเภทวิชาการ สายงานวิชาการสาธารณสุข*. สำนักงาน ก.พ.. <https://knowledge.ocsc.go.th/th/standard-position/officer/36015>
- สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2563). *กรอบสมรรถนะด้านดิจิทัลสำหรับพลเมืองไทย*. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2567). *เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปี 2567 รอบที่ 2 วันที่ 17-20 มิถุนายน 2567*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). *ตารางสรุปจำนวนทรัพยากรเบื้องต้น*. ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ. <https://gis-health.moph.go.th/healthmap/resource.php>
- สุพิชญา ผลโชติ. (2567). *การศึกษาสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลอ่างทอง*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. <https://atg-h.moph.go.th/node/94>
- สุภัทร กตัญญูทิธา. (2567). การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจและยังไม่ถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(2), 608-620.
- อุดม ทุมไธสิต, นิธินันท์ ธรรมากรนนท์ และ สุพัฒน์จิตร ลาดบัวขาว. (2567). *โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่วนที่ 3 :*

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 ระบบข้อมูล/สารสนเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6132>

เอื้องพร พิทักษ์สังข์, เจียมรัตน์ โพธิ์เย็น, จันทนา นามเทพ, ราตรี ฉิมฉลอง, ธนวัฒน์ ปัญญาวงศ์, วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล และ ศิริพร เลاهشุวรรณพานิช. (2566). ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(2), 38-48.

Alderfer, C. P. (1972). *Existence: Relatedness and growth, human needs in organizational setting*. Free Press.

Al-zboon, H. S., Gasaymeh, A. M., & Al-Rsa'i, M. S. (2021). The Attitudes of Science and Mathematics Teachers toward the Integration of Information and Communication Technology (ICT) in Their Educational Practice: the Application of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). *World Journal of Education*, 11(1), 75-85. <https://doi.org/10.5430/wje.v11n1p75>

Aslam, M. S., John, S., & John, S. (2023). Study of Digital Platforms in Primary Healthcare and Competencies for Better Healthcare Services. *Journal of Propulsion Technology*, 44(4), 3468-3476. <https://doi.org/10.52783/tjjpt.v44.i4.1484>

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), Article e12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS quarterly*, 13(3), 319-340. <https://doi.org/10.2307/249008>

De Leeuw, J. A., Woltjer, H., & Kool, R. B. (2020). Identification of Factors Influencing the Adoption of Health Information Technology by Nurses Who Are Digitally Lagging: In-Depth Interview Study. *Journal of medical Internet research*, 22(8), Article e15630. <https://doi.org/10.2196/15630>

Deloitte. (2020). *The Thailand Digital Transformation Survey Report 2020*. Deloitte. <https://www.deloitte.com/southeast-asia/en/services/consulting/perspectives/digital-transformation-survey.html>

Erfani, G., McCREADY, J., Gibson, B., Nichol, B., Unsworth, J., Jarva, E., MIKKONEN, K., & Tomietto, M. (2025). Factors influencing digital health competence among healthcare professionals: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 82, Article 151922. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2025.151922>

- Green S. B. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499–510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
https://eli.johogo.com/Class/CCU/SEM/_Multivariate%20Data%20Analysis_Hair.pdf
- Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Pramila-Savukoski, S., Hammarén, M., & Mikkonen, K. (2024). Healthcare professionals' digital health competence profiles and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(8), 3236-3252.
<https://doi.org/10.1111/jan.16096>
- Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tuomikoski, A. M., Kääriäinen, M., Meriläinen, M., & Mikkonen, K. (2022). Healthcare professionals' perceptions of digital health competence: A qualitative descriptive study. *Nursing open*, 9(2), 1379-1393.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1184>
- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *The New England Journal of Medicine*, 382(23), Article e82.
<https://doi.org/10.1056/nejmp2005835>
- Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A., & Mikkonen, K. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 745-761. <https://doi.org/10.1111/jocn.14710>
- Li, H., Yuan, B., Wang, D., & Meng, Q. (2019). Motivating factors on performance of primary care workers in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 9(11), Article e028619. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028619>
- Limna, P. (2023). The Digital Transformation of Healthcare in The Digital Economy: A Systematic Review. *International Journal of Advanced Health Science and Technology*, 3(2), 127-132. <https://doi.org/10.35882/ijahst.v3i2.244>
- Longhini, J., Rossetti, G., & Palese, A. (2024). Digital health competencies and affecting factors among healthcare professionals: additional findings from a systematic review. *Journal of Research in Nursing*, 29(2), 156-176. <https://doi.org/10.1177/17449871241226899>
- Rainey, C., O'Regan, T., Matthew, J., Skelton, E., Woznitza, N., Chu, K. Y., Goodman, S., McConnell, J., Hughes, C., Bond, R., McFadden, S., & Malamateniou, C. (2021). Beauty Is in the AI of the Beholder: Are We Ready for the Clinical Integration of Artificial Intelligence in Radiography? An Exploratory Analysis of Perceived AI Knowledge, Skills,

- Confidence, and Education Perspectives of UK Radiographers. *Frontiers in digital health*, 3, Article 739327. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.739327>
- Rossetto, F., Borgnis, F., Isernia, S., Foglia, E., Garagiola, E., Realdon, O., & Baglio, F. (2023). System Integrated Digital Empowering and teleRehabilitation to promote patient Activation and well-Being in chronic disabilities: A usability and acceptability study. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1154481. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1154481>
- Tegegne, M. D., Tilahun, B., Mamuye, A., Kerie, H., Nurhussien, F., Zemen, E., Mebratu, A., Sisay, G., Getachew, R., Gebeyehu, H., Seyoum, A., Tesfaye, S., & Yilma, T. M. (2023). Digital literacy level and associated factors among health professionals in a referral and teaching hospital: an implication for future digital health systems implementation. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1130894. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1130894>
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 425-478. <https://doi.org/10.2307/30036540>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. WHO. <https://www.who.int/docs/defaultsource/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

Risk Factors Associated with Falls Among THE Elderly in Ubon Ratchathani Province

อัญชุลี เนืองอุตม์^{1*}, วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร², ประรณนา สติติยวิภาวี², สันต์ สุวรรณมณี²

Aunchulee Neungaud^{1*}, Wisit Chaveepojnkamjorn², Pratana Satitvipawee², San Suwanmanee²

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดทางการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล^{1*},
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²

Master of Science Program in Public Health Infectious Diseases and Epidemiology, Faculty of Public Health,
Mahidol University^{1*}, Faculty of Public Health, Mahidol University²

(Received: 12 October 2025; Revised: 21 November 2025.; Accepted: 26 December 2025)

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาของสังคมผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อสร้างมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับพื้นที่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประชากร คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 760 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบประเมิน และคัดกรองสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน Multivariable Logistic Regression

ผลการศึกษาพบความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 37.24 และพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านบุคคล ได้แก่ ระดับรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน (AOR=6.75) ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีผลข้างเคียงของยารักษาโรค (AOR=3.19) การก้มหลังระดับน้อย (AOR=3.05) เคยดื่มแอลกอฮอล์ และดื่มบางครั้ง/เป็นประจำ/ทุกวัน (AOR=2.19 และ 4.95) การมีความเสี่ยงด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (AOR=7.81) ภาวะกล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง (AOR=1.79) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ (AOR=3.79) ทางเดินในบ้านชำรุด (AOR=3.00) ห้องน้ำไม่ได้มาตรฐาน (AOR=1.78) และการทดสอบตัวแปรเปลี่ยนอิทธิพล พบว่าการมีปัญหาการมองเห็น ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี 2.69 เท่า (OR = 2.69; 95% CI [1.14–5.01], P-value = 0.002) ข้อเสนอแนะควรออกแบบมาตรการป้องกันแบบหลายองค์ประกอบ เน้นการคัดกรองฟื้นฟูการทรงตัวและกำลังกล้ามเนื้อขา ทบทวนการใช้ยา จัดการผลข้างเคียง คัดกรองปัญหาการมองเห็น ส่งเสริมการลด/เลิกแอลกอฮอล์ ป้องกันผู้ดื่มรายใหม่ การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย ช่วยเหลือครัวเรือนรายได้น้อย ผลักดันเป็นนโยบายปฏิบัติการเชิงพื้นที่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและผลกระทบตามมาในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยเสี่ยง

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding e-mail: Aunchulee.neu@gmail.com, อัญชุลี เนืองอุตม์)

Abstract

Falls are a growing public health issue in aging societies. This study aimed to determine the prevalence of falls and related individual, health, and environmental risk factors among older adults in Ubon Ratchathani Province. A total of 760 participants were selected using systematic random sampling. Data were collected through structured questionnaires and health assessment tools. Descriptive statistics were used to summarize participant characteristics, while multivariable logistic regression analyses identified factors associated with falls.

The study found that 37.20% of older adults had experienced a fall within the past year. Several factors were significantly associated with falls. Individual factors included monthly household income below 1,000 THB (AOR = 6.75). Health-related factors included adverse drug effects (AOR=3.19), low-level fear of falling (AOR=3.05), alcohol consumption former or current (AOR=2.19 and 4.95), impaired balance and mobility (AOR=7.81), and Lower limb muscle weakness (AOR=1.79). Environmental factors included inadequate indoor lighting (AOR=3.79), damaged indoor walkways (AOR=3.00), and non-standard bathrooms (AOR=1.78). Effect-modification analysis indicated that visual impairment increased fall risk among adults aged ≥ 80 years compared with those aged 60–69 years (OR=2.69; 95% CI: 1.14–5.01; $p=0.002$).

Falls among older adults are influenced by multidimensional factors encompassing personal, health, and environmental conditions. Comprehensive prevention programs focusing on balance and strength training, medication review, vision care, alcohol reduction, and home environment modifications particularly for low-income households should be prioritized in community and policy interventions.

Keywords: falls, older Adults, elderly, risk factors

บทนำ

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือเป็นผู้สูงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และการเสื่อมของสมรรถนะร่างกาย ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้ม ความพิการ หรือเสียชีวิต(Cao et al., 2024) ผลการศึกษาภาวะโรค โดยองค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มจำนวนผู้สูงวัยที่ประสบภาวะทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมา สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการเตรียมความพร้อมรองรับการดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงวัยอย่างเหมาะสม

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 11,312,447 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 ปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงวัยได้เพิ่มขึ้นเป็น 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2567

ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 14,027,411 คน คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

การพลัดตกหกล้มถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบกับการบาดเจ็บที่เป็นเหตุให้ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดรองจากอุบัติเหตุทางถนน ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลกว่า 71,035 คน และเสียชีวิตกว่า 1,472 เกิดการบาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นกระดูกสะโพกหักกว่า 40,000 รายต่อปี ภาระค่าใช้จ่ายรวมต่อปีที่รัฐต้องจ่ายไปสำหรับการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่บาดเจ็บเนื่องจากการหกล้มประมาณ 2,600 ล้านบาท(กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2566) ในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สสำรวจการหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ใน พ.ศ. 2564 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 418,757 คน (ร้อยละ 5.48), กลุ่มอายุ 70-79 ปี จำนวน 277,767 คน (ร้อยละ 7.05) และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 157,068 คน (ร้อยละ 8.87) ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุจำนวน 788,376 คน (ร้อยละ 5.62) มีประวัติการพลัดตกหกล้ม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

จังหวัดอุบลราชธานี มีขนาดใหญ่และความสำคัญ ประชากรมากเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ ซึ่งเข้าสู่สังคมที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น(กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรที่เคยประสบเหตุหกล้มในช่วง 6 เดือนก่อนการสอบถาม จำนวน 41,408 คน ซึ่งเป็นอันดับที่ 1 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2566 จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยใน (IPD) จากสาเหตุการพลัดตกหกล้มในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,750 คน 1,609 คน 1,892 คน และ 1,960 คน ตามลำดับ ขณะเดียวกันจำนวนผู้ป่วยนอก (OPD) 1,971 คน 3,857 คน 2,240 คน และ 5,410 คน ตามลำดับ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2566; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งมีปัจจัยที่บ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุล้วนเป็นปัจจัยด้านบุคคล ด้านสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาที่สาเหตุปัจจัยซับซ้อนและหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านบุคคล สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยในจังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านมามุ่งศึกษาเฉพาะปัจจัยเดี่ยว ยังขาดการวิเคราะห์แบบบูรณาการการศึกษาปัจจัยเสี่ยงเชิงสหวิทยาการที่ของแต่ละปัจจัยในหลายด้านร่วมกัน ซึ่งข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในหลายด้านมีความจำเป็น ต่อการกำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในบริบทพื้นที่ศึกษา ทั้งนี้ เหตุการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้โดยการประเมินและปรับแก้ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง การวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาความชุกของการพลัดตกหกล้มและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยพิจารณาจากประวัติปัจจัยด้านบุคคล สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ในระยะเวลา 1 ปี ผลลัพธ์ของการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดเหตุการณ์การหกล้ม และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรให้มีความปลอดภัยและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

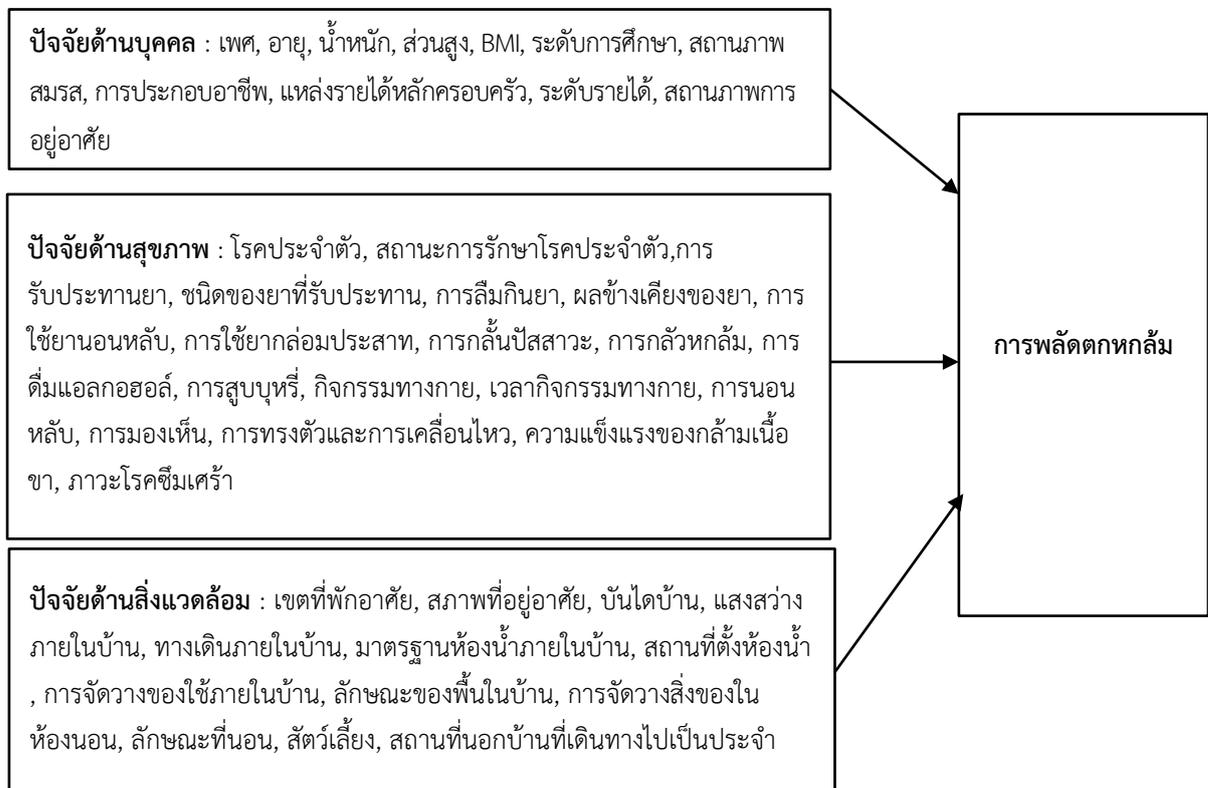
1. เพื่อศึกษาความชุกของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ด้านสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคลมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. ปัจจัยด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจาก “หลายปัจจัยร่วมกัน” (multifactorial) โดยสามารถแบ่งเป็น ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุที่มากขึ้น สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว การมองเห็นลดลง ความเสื่อมของระบบประสาท-การทรงตัว ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และการใช้ยาหลายชนิด ที่มีผลต่อระบบประสาท ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ และสิ่งกีดขวางภายในบ้าน การพลัดตกหกล้มจึงเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัยร่วมกันที่ส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 280,790 คน
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี
จำนวน 760 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970)

$$n = \frac{x^2 Np(1 - p)}{e^2(N - 1) + x^2p(1 - p)}$$

แทนค่าสมการด้วย

n = ขนาดตัวอย่าง

N = กลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 280,790 คน โดยอ้างอิงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด ณ วันที่ 5 พฤษภาคม 2567(Health Data Center (HDC), 2024)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่เกิน 5 % (0.05)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 % ($x^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.35 (เจ้าพิง จรัสสุริยสกุล, 2567))

วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling)

ขั้นที่ 1 จัดกลุ่มอำเภอตามขนาดของประชากร ดังนี้ กลุ่มที่ 1 อำเภอที่มีจำนวนประชากร 1,000-10,000 คน, กลุ่มที่ 2 อำเภอที่มีจำนวนประชากร 10,001-20,000 คน, กลุ่มที่ 3 อำเภอที่มีจำนวนประชากร 20,001-30,000 คน, กลุ่มที่ 4 อำเภอที่มีจำนวนประชากร 30,001 คนขึ้นไป

ขั้นที่ 2 สุ่มอำเภอจากการจัดกลุ่มอำเภอในขั้นที่ 1 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Sampling) กลุ่มละ 1 อำเภอ ในกลุ่มที่มีจำนวนอำเภอมากกว่า 5 อำเภอ ให้สุ่มมา 2 อำเภอ จะได้อำเภอทั้งหมด 5 อำเภอ

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกตำบลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Sampling) อำเภอละ 4 ตำบล 1 เขตเทศบาล จากทั้งหมด 5 อำเภอ จะได้ตำบล/เทศบาลตำบล ในการเก็บตัวอย่าง 25 ตำบล/เทศบาลตำบล

ขั้นที่ 4 แบ่งจำนวนการสุ่มแบบสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม (Proportional Stratified Sampling) สุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี, กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุตอนกลาง 70-79 ปี และ กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากแต่ละกลุ่มจะเป็นสัดส่วนเท่ากับขนาดของกลุ่มนั้นในประชากรทั้งหมด โดยในแต่ละอำเภอได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มที่ 1 อายุ 60-69 ปี จำนวน 85 คน กลุ่มที่ 2 อายุ 70-79 ปี จำนวน 50 คน กลุ่มที่ 3 อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน

ขั้นที่ 5 สุ่มตัวอย่างในระดับตำบลตามสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี, กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุตอนกลาง 70-79 ปี และ กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป ตามจำนวนที่คำนวณได้ในขั้นตอนที่ 4 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชากรชาวไทยในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีรายชื่อตามทะเบียนราษฎร์ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่มีภาวะทุพพลภาพ สามารถให้ข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญของการวิจัยได้ เป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ มีประวัติการพลัดตกหกล้มหรือไม่เคยมีประวัติ เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้ารับการประเมินสุขภาพหรือให้ข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญในการวิจัย และเกณฑ์การให้ผู้อยู่ร่วมการวิจัยเลิกจากการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ไม่เต็มใจและไม่ยินยอมให้ข้อมูล ขณะสัมภาษณ์ครบทุกประเด็น ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์และจบการศึกษาข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ประวัติการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ความถี่ของการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุที่ทำให้เกิดการหกล้ม (ครั้งล่าสุด) การบาดเจ็บจากการหกล้ม(ครั้งล่าสุด) และการรักษาหลังจากหกล้ม (ครั้งล่าสุด)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ แหล่งรายได้หลักครอบครัว ระดับรายได้ และสถานภาพการอยู่อาศัย ค่าน้ำหนักและส่วนสูง ใช้สำหรับหาค่าดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว สถานะการรักษาโรคประจำตัว การรับประทานยาประจำตัว ชนิดของยาที่รับประทาน การลี้มนยาประจำตัว ผลข้างเคียงของยาประจำตัว การไ้ยานนอนหลับ การใช้ยาแก้ปวดประสาท การกลืนปัสสาวะ การกลั้วหกล้ม การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย เวลากิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การมองเห็นประเมินโดยใช้แบบการคัดกรองสุขภาพทางตา(คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย ประเมินจากจากแบบประเมิน Timed Up and Go test: TUG (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาประเมินจากแบบประเมิน ลูกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (30 Seconds Chair Stand)(คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และภาวะโรคซึมเศร้า ประเมินจากจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าจาก แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)(สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560)

ในส่วนของความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหกล้ม วัดโดยใช้คำถามแบบเดี่ยว (single-item measure) “คุณกลัวการหกล้มหรือไม่ ความกลัวหกล้มอยู่ที่ระดับใด?” โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กลัว กลัวเล็กน้อย กลัวปานกลาง และกลัวมาก ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมต่อการสำรวจภาคสนามในชุมชน เนื่องจากใช้เวลาสั้น และลดภาระของผู้ตอบ เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีเวลาจำกัด หรือมีข้อจำกัดทางความรู้ความเข้าใจ(Lavedán et al., 2018; Scheffer et al., 2008)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย ได้แก่ เขตที่พักอาศัย, สภาพที่อยู่อาศัย, บ้านโตบ้าน, แสงสว่างภายในบ้าน, ทางเดินภายในบ้าน, มาตรฐานห้องน้ำภายในบ้าน, สถานที่ตั้งห้องน้ำ, การจัดวางของใช้ภายในบ้าน, ลักษณะของพื้นในบ้าน, การจัดวางสิ่งของในห้องนอน, ลักษณะที่นอน, สัตว์เลี้ยง และสถานที่นอกบ้านที่เดินทางไปเป็นประจำ

การวัดแสงสว่างภายในบ้าน โดยใช้เครื่องวัดแสง (Lux Meter/Light Meter) เกณฑ์การวัดจากคู่มือการจัดการพลังงานสำหรับบ้านพักอาศัย (กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน, 2560) ได้ระบุ ค่าความสว่างที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ของบ้าน ไว้เพื่อให้ประหยัดพลังงานและใช้งานอย่างเหมาะสม ในตัวบ้าน อยู่ที่ 200–300 ลักซ์ (Emad et al., 2025; Osibona et al., 2021)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเชิงเนื้อหา (Content validity) ในแบบสอบถามส่วนปัจจัยด้านบุคคลด้านสุขภาพ (เฉพาะส่วนข้อความถาม ยกเว้นแบบประเมินและคักกรองสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน) และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้เทคนิค Item Objective Congruence (IOC) เพื่อประเมินแต่ละคำถามในแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในกระบวนการนี้มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบ่งเป็น อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการวิจัยสุขภาพของผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถาม มีค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ และการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงในพื้นที่ศึกษา ผู้เก็บข้อมูลเป็นเจ้าของพื้นที่สาธารณสุขในพื้นที่ผ่านการฝึกอบรมคัดกรองและประเมินทางสุขภาพ ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการเก็บข้อมูล (interviewer bias) และเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ ทั้งนี้ การใช้ผู้เก็บข้อมูลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเข้าใจในบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่สนับสนุนความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้ และลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดในการตีความคำถามหรือการบันทึกข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือเรียนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่จากผู้สูงอายุ ใน 5 อำเภอ 25 ตำบล ดังนี้ 1. อำเภอกุดข้าวปุ้น (เทศบาลตำบลกุดข้าวปุ้น ตำบลโนนสว่าง ตำบลแก่งเค็ง ตำบลกาบิน ตำบลหนองทันน้ำ) 2. อำเภอโขงเจียม (เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม ตำบลห้วยยาง ตำบลนาโพธิ์กลาง ตำบลหนองแสงใหญ่ ตำบลห้วยไผ่) 3. อำเภอพิบูลมังสาหาร (เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร ตำบลนาโพธิ์ ตำบลโนนกลาง ตำบลโพธิ์ศรี ตำบลดอนจิก) 4. อำเภอเขื่องใน (เทศบาลตำบลเขื่องใน ตำบลค้อทอง ตำบลสหธาตุ ตำบลหนองเหล่า ตำบลสร้างถ่อ) 5. อำเภอเมือง (เทศบาลนครอุบลราชธานี ตำบลกุดลาด ตำบลหัวเรือ ตำบลหนองบ่อ ตำบลในเมือง) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องลงพื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขอความอนุเคราะห์การตอบแบบสอบถาม ชี้แจงใบพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความอย่างยินยอม ผู้ช่วยวิจัยทำการรวบรวมข้อมูล คัดกรองและประเมินทางสุขภาพ วัดแสงสว่างภายในบ้านโดยใช้เครื่องวัดแสง (Lux Meter/Light Meter) และตรวจสอบประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 26 สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความชุกการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และการหาค่าร้อยละ (Percentage)
2. ตรวจสอบ Multicollinearity หรือภาวะที่ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ในแบบจำลองมีความสัมพันธ์กันสูงมากหรือตัวแปรต้นซ้ำซ้อนกัน ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multivariable Logistic Regression) ได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อระบุปัญหา multicollinearity โดยใช้ค่าสถิติ Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.05–4.13 (เกณฑ์ที่ยอมรับได้ VIF < 10) และมีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.54-0.94 (เกณฑ์ที่ยอมรับได้ Tolerance > 0.01) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับสามารถยืนยันได้ว่า ไม่มีปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระ
3. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์โลจิสติกถดถอยพหุคูณ (Multivariable Logistic Regression) วิธี enter (Entering method) หาอัตราเสี่ยงในตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ Adjusted Odds Ratio (AOR) ค่าสถิติที่ใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สนใจหลังจากที่ได้ควบคุมหรือขจัดอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเข้ามารบกวนความสัมพันธ์นั้นออกแล้ว

จริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (วิจัยและนวัตกรรม) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามใบรับรองเลขที่ COA. MUPH 2025-072 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568 ถึง วันที่ 28 เมษายน 2569

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 760 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.39 เพศชาย ร้อยละ 44.61 อายุ 71.03 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 101 ปี ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ เกินเกณฑ์/โรคอ้วน ร้อยละ 48.68 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 79.61 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.87 มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.68 แหล่งรายได้หลักของครอบครัวมาจากตนเอง ร้อยละ 49.9 ระดับรายได้ครัวเรือนปัจจุบันอยู่ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56.05 การอยู่ร่วมกันกับ สามี/ภรรยา ร้อยละ 66.84 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=760)

| ตัวแปร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 339 | 44.61 |
| หญิง | 421 | 55.39 |
| อายุ | | |
| 60-69 ปี | 417 | 54.87 |
| 70-79 ปี | 247 | 32.50 |

| ตัวแปร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| 80 ปีขึ้นไป | 96 | 12.63 |
| <i>Min = 60, Max = 101, M = 71.03, SD. = 7.40</i> | | |
| ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) | | |
| ต่ำกว่าเกณฑ์ | 61 | 8.03 |
| ปกติ | 329 | 43.29 |
| เกินเกณฑ์/โรคอ้วน | 370 | 48.68 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 25 | 3.29 |
| ประถมศึกษา | 605 | 79.61 |
| มัธยมศึกษา | 87 | 11.45 |
| อื่นๆ เช่น ปวช. ปวส. ปริญญาตรี | 43 | 5.66 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 42 | 5.53 |
| สมรส | 531 | 69.87 |
| หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 27 | 3.55 |
| ม่าย | 160 | 21.05 |
| การประกอบอาชีพ | | |
| ไม่มี | 314 | 41.32 |
| มี | 446 | 58.68 |
| แหล่งรายได้หลักของครอบครัว | | |
| ตนเอง | 379 | 49.87 |
| คู่สมรส | 92 | 12.11 |
| บุตรหลาน | 282 | 37.11 |
| อื่นๆ | 7 | 0.92 |
| ระดับรายได้ครัวเรือนปัจจุบัน | | |
| น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน | 58 | 7.63 |
| 1,001 - 5,000 บาท/เดือน | 426 | 56.05 |
| 5,001 - 10,000 บาท/เดือน | 206 | 27.11 |
| มากกว่า 10,001 บาท/เดือน | 70 | 9.21 |
| สถานภาพการอยู่อาศัย | | |
| อยู่ร่วมกันกับสามี/ภรรยา | 508 | 66.84 |
| อยู่ร่วมกับบุตร | 168 | 22.11 |
| อยู่ร่วมกับญาติพี่น้อง | 43 | 5.66 |
| อยู่คนเดียว | 41 | 5.39 |

2. ความชุกการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

การพลัดตกหกล้มในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 760 คน เคยพลัดตกหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 37.24 ส่วนใหญ่หกล้ม 1-5 ครั้ง ร้อยละ 35.39 สาเหตุหลักคือ เดินสะดุด ร้อยละ 20.79 สถานที่หกล้มเกิดทั้งในบ้าน ร้อยละ 16.97 และนอกบ้าน ร้อยละ 16.71 ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ผลกระทบหลังหกล้มบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ 21.58 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกดูแลตนเองและไปพบแพทย์ในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 12.50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความชุกการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี

| ตัวแปร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| ประวัติการพลัดตกหกล้ม 1 ปีที่ผ่านมา (N = 760) | | |
| เคยหกล้ม | 283 | 37.24 |
| ไม่เคยหกล้ม | 477 | 62.76 |
| ความถี่ในการพลัดตกหกล้มใน 1 ปี (n=283) | | |
| 1-5 ครั้ง | 269 | 35.39 |
| 6-10 ครั้ง | 11 | 1.45 |
| มากกว่า 10 ครั้ง | 3 | 0.39 |
| สาเหตุที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ครั้งล่าสุด (n=283) | | |
| เดินสะดุด | 158 | 20.79 |
| ก้าวพลาด | 39 | 5.13 |
| เวียนหัว/หน้ามืด/เป็นลม | 25 | 3.29 |
| สูญเสียการทรงตัว/เซ | 43 | 5.66 |
| อื่นๆ | 18 | 2.37 |
| สถานที่เกิดการพลัดตกหกล้ม ครั้งล่าสุด (n=283) | | |
| ภายในบ้าน | 129 | 16.97 |
| ภายนอกบ้าน | 127 | 16.71 |
| ในชุมชน | 27 | 3.55 |
| การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ครั้งล่าสุด (n=283) | | |
| ไม่ได้รับบาดเจ็บ | 81 | 10.66 |
| บาดเจ็บเล็กน้อย | 164 | 21.58 |
| บาดเจ็บปานกลาง | 29 | 3.82 |
| บาดเจ็บรุนแรง | 9 | 1.18 |
| การรักษาหลังจากพลัดตกหกล้ม ครั้งล่าสุด (n=283) | | |
| ไม่ได้เข้ารับการรักษา | 93 | 12.24 |
| รักษาด้วยตนเอง | 95 | 12.50 |
| ไปพบแพทย์ | 95 | 12.50 |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับรายได้ครัวเรือนที่น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีโอกาสเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ครัวเรือน มากกว่า 10,001 บาท/เดือน 6.75 เท่า และกลุ่มอายุมีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มในลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการควบคุมตัวแปร ความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย และ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขา ร่วมในการวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression ซึ่งมีลักษณะเป็นตัวแปรกวน (confounder) การเปลี่ยนแปลงค่า OR ของกลุ่มอายุจากมากกว่า 1 ไปน้อยกว่า 1 ภายหลังการควบคุมตัวแปรกวน สะท้อนถึงปรากฏการณ์ที่เรียกว่า negative confounding ซึ่งเป็นภาวะที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและผลลัพธ์ถูกบิดเบือนให้เห็นว่าเสี่ยงมากกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผลของตัวแปรกวนที่มีความสัมพันธ์กับทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตามอย่างชัดเจน ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมตัวแปรกวนในการสร้างแบบจำลองที่แม่นยำ หากไม่ได้ควบคุมความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย และ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขา ไวโนโมเดลสุดท้าย อาจนำไปสู่การตีความที่คลาดเคลื่อน

ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีผลข้างเคียงของยา การกล้วการพลัดตกหกล้มเล็กน้อย พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง/เป็นประจำ/ทุกวัน และเคยดื่มแต่เลิกแล้ว การมีความเสี่ยงด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย และการมีกล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ แสงสว่างภายในบ้าน ไม่เพียงพอ ทางเดินในบ้านชำรุด ห้องน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

| ตัวแปร | ประวัติการหกล้ม 1 ปี ที่ผ่านมา | | Adjusted OR | 95%CI ของ OR _{adj} | P-value |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------|----------------|--------------------------------|---------|
| | ไม่เคยหกล้ม | เคยหกล้ม | | | |
| อายุ^a | | | | | |
| 60-69 ปี | 272 (65.23) | 145 (34.77) | 1.00 | | |
| 70-79 ปี | 156 (63.16) | 91 (36.84) | 0.54 | 0.34-0.87 | 0.011* |
| 80 ปีขึ้นไป | 49 (51.04) | 47 (48.96) | 0.71 | 0.36-1.41 | 0.332 |
| ระดับรายได้ครัวเรือนปัจจุบัน | | | | | |
| มากกว่า 10,001 บาท/เดือน | 60 (85.71) | 10 (14.29) | 1.00 | | |
| 5,001 – 10,000 บาท/เดือน | 137 (66.50) | 69 (33.50) | 4.47 | 1.78-11.23 | 0.001* |
| 1,001 – 5,000 บาท/เดือน | 250 (58.69) | 176 (41.31) | 4.27 | 1.78-10.23 | 0.001* |
| น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน | 30 (51.72) | 28 (48.28) | 6.75 | 2.19-20.75 | 0.001* |
| ผลข้างเคียงของยา | | | | | |
| ไม่มีผลข้างเคียงของยา | 468 (64.29) | 260 (35.71) | 1.00 | | |
| มีผลข้างเคียงของยา | 9 (28.13) | 23 (71.88) | 3.19 | 1.11-9.21 | 0.031* |

| ตัวแปร | ประวัติการหกล้ม 1 ปี ที่ผ่านมา | | Adjusted OR | 95%CI ของ OR _{adj} | P-value |
|--|-----------------------------------|-------------|----------------|--------------------------------|---------|
| | ไม่เคยหกล้ม | เคยหกล้ม | | | |
| การกลืนหกล้ม | | | | | |
| ไม่กลืน | 129 (77.25) | 38 (22.75) | 1.00 | | |
| กลืนน้อย | 138 (57.98) | 100 (42.02) | 3.05 | 1.72-5.93 | <0.001* |
| กลืนปานกลาง | 166 (63.60) | 95 (36.40) | 1.71 | 0.95-3.09 | 0.072 |
| กลืนมาก | 44 (46.81) | 50 (53.19) | 1.10 | 0.51-2.36 | 0.808 |
| การดื่มแอลกอฮอล์ | | | | | |
| ไม่เคย | 305 (74.21) | 106 (25.79) | 1.00 | | |
| เคยดื่ม (เล็กน้อย) | 67 (63.21) | 39 (36.79) | 2.17 | 1.20-3.91 | 0.009* |
| บางครั้ง/เป็นประจำ/ทุกวัน | 105 (43.21) | 138 (56.79) | 4.95 | 3.14-7.79 | <0.001* |
| การทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย | | | | | |
| ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม | 412 (79.08) | 109 (20.92) | 1.00 | | |
| มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม | 65 (27.20) | 174 (72.80) | 7.81 | 4.80-12.71 | <0.001* |
| ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา | | | | | |
| กล้ามเนื้อขาแข็งแรงมาก | 393 (74.15) | 137 (25.85) | 1.00 | | |
| กล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง | 84 (36.48) | 146 (63.52) | 1.79 | 1.10-2.91 | 0.019* |
| แสงสว่างภายในบ้าน | | | | | |
| แสงสว่างเพียงพอ | 463 (63.86) | 262 (36.14) | 1.00 | | |
| แสงสว่างไม่เพียงพอ | 14 (40.00) | 21 (60.00) | 3.79 | 1.40-10.24 | 0.008* |
| ทางเดินภายในบ้าน | | | | | |
| ทางเดินภายในบ้านไม่ชำรุดมี ความสม่ำเสมอ | 449 (67.93) | 212 (32.07) | 1.00 | | |
| ทางเดินภายในบ้านชำรุด ไม่สม่ำเสมอ | 28 (28.28) | 71 (71.72) | 3.00 | 1.66-5.37 | <0.001* |
| มาตรฐานห้องน้ำภายในบ้าน | | | | | |
| ห้องน้ำภายในบ้านได้มาตรฐาน (ส้วมแบบนั่ง, พื้นไม่ลื่น) | 400 (65.68) | 209 (34.32) | 1.00 | | |
| ห้องน้ำภายในบ้านไม่ได้มาตรฐาน (ส้วมนั่งยอง, พื้นลื่น) | 77 (50.99) | 74 (49.01) | 1.78 | 1.07-2.94 | 0.025* |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

^a แสดงเป็นค่าที่ปรับด้วยตัวแปรการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นตัวแปรกวน (confounders) ในแบบจำลองขั้นสุดท้าย

4. การทดสอบตัวแปรเปลี่ยนอิทธิพล

การทดสอบการปรับเปลี่ยนผลกระทบ พบว่ามีกลุ่มอายุที่เป็นตัวเปลี่ยนอิทธิพล (Effect modifier) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการพลัดตกหกล้มกับการมองเห็น ค่า $p = 0.004$ ดำเนินการวิเคราะห์แบบ stratified แยกตามกลุ่มอายุเพื่อดูทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ในแต่ละช่วงอายุ ผลการวิเคราะห์ชี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี 2.69 เท่า ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากร่วมกับปัญหาการมองเห็นมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สูงขึ้น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการมองเห็นต่อการพลัดตกหกล้ม โดยพิจารณาตัวเปลี่ยนอิทธิพล (Effect modifier) ได้แก่ อายุ แสดงโอกาสของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีปัญหา

| การมองเห็น | กลุ่มอายุ | Adjusted OR | 95%CI ของ OR _{adj} | P-value |
|----------------------|-------------|-------------|-----------------------------|---------|
| มีปัญหาการมองเห็น | 60-69 ปี | 1.00 | | |
| | 70-79 ปี | 1.40 | 0.85-2.28 | 0.177 |
| | 80 ปีขึ้นไป | 2.69 | 1.14-5.01 | 0.002* |
| ไม่มีปัญหาการมองเห็น | 60-69 ปี | 1.00 | | |
| | 70-79 ปี | 0.79 | 0.50-1.26 | 0.334 |
| | 80 ปีขึ้นไป | 0.76 | 0.35-1.64 | 0.489 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

† Effect modifier: กลุ่มอายุ, การมองเห็น (p interaction < 0.05)

อภิปรายผล

สถานการณ์การการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 760 คน พบผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยพลัดตกหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 283 คน มีความชุกคิดเป็นร้อยละ 37.24 อาจสะท้อนผลจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายด้าน ได้แก่ การเสื่อมสมรรถภาพทางกายตามวัย รวมถึงสภาพแวดล้อมในบ้านที่มีสิ่งกีดขวางหรือแสงสว่างไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย จึงส่งผลให้ความชุกอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและสอดคล้องกับจังหวัดอื่นในภูมิภาค อาทิการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ในจังหวัดชัยภูมิ พบความชุกการหกล้ม ร้อยละ 35.0 ภายในรอบปีที่ผ่านมา (จำพิง จรัสสุริยสกุล, 2567)

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงถึง 6.75 เท่า ซึ่งการมีรายได้ที่ต่ำเป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายมิติ เช่น การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่ดี, ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่กล้ามเนื้ออ่อนแอ, การอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม รวมถึงการไม่สามารถปรับปรุงสภาพบ้านที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยอย่างปลอดภัยต่อการหกล้มได้ สอดคล้องกับความสัมพันธ์

ระหว่างความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย: กรณีศึกษาพื้นที่ชนบทของประเทศไทย พบว่า รายได้ครัวเรือนที่ลดลงไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน ที่ส่งผลต่อระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งรายได้ที่มีน้อย เนื่องจากศักยภาพในการหารายได้ลดลงอาจทำให้เกิดความเปราะบางและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ (Iamtrakul et al., 2021)

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ อายุ 70-79 ปี มีโอกาสหกล้มน้อยกว่าผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=0.54, 95%CI [0.34-0.87], p=0.011) ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปีอาจมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน การที่ยังคงต้องประกอบอาชีพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ อย่างรอบคอบในการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละช่วงอายุเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของ Iamtrakul และคณะ ดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองของประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล เพื่อระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี มีความเสี่ยงต่อการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี โดยมี ค่า AOR เท่ากับ 0.482 (Iamtrakul et al., 2021)

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีผลข้างเคียงจากการกินยารักษาโรคประจำตัว มีโอกาสต่อการเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มียาผลข้างเคียงของยาถึง 3.19 เท่า ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้เกิดการใช้ยาหลายชนิดและหลายกลุ่ม ที่มีผลข้างเคียงโดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนิชา ธัญญาดี และคณะ มีข้อค้นพบผลจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียการทรงตัวและการเดิน จนนำไปสู่การหกล้ม(ธัญญาดี et al., 2022) และการศึกษา ของฐิตาพร วรภินท์วิศิษฐ์ และคณะ พบผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ อាកาธา อาจทำให้เกิดการล้มได้(Worapanwisit et al., 2018)

ผู้สูงอายุที่กลัวหกล้มในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการหกล้ม 3.05 เท่า (AOR=3.05, 95%CI [1.72-5.93], p<0.001) ความกลัวหกล้มแม้ในระดับน้อย ผู้สูงอายุจะเริ่มหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เคยมีกำลังทำได้ (activity avoidance) การลดลงของสมรรถภาพทางกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อตามขาและลำตัวอ่อนแรง ความระมัดระวังเกินไปอาจทำให้เกิดการทรงตัวแบบผิดจังหวะกลายเป็นเหตุหกล้มได้ สอดคล้องกับการศึกษาชาวไต้หวัน ซึ่งชี้ว่าความกลัวในระดับน้อยถึงปานกลางยังส่งผลต่อการหกล้ม (Tsai et al., 2024) สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ 530 คน พบว่า ความกลัวการพลัดตกหกล้มในระดับเริ่มต้นมีอัตราส่วนอุบัติการณ์ (rate ratio) เท่ากับ 3.70 (95% CI = 2.48-5.67) ในการทำนายการเกิดเหตุหกล้มภายในหนึ่งปี(Asai et al., 2022) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ. 2020 ชี้ให้เห็นว่า ความกลัวการหกล้มส่งผลให้การเคลื่อนไหวถูกจำกัด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ(Yoshikawa et al., 2020)

การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มเป็นบางครั้ง/เป็นประจำ/ทุกวัน รวมทั้งผู้ที่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ 4.95 เท่า และ 2.17 เท่า ตามลำดับ

ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์โดยตรงต่อระบบประสาท ทำให้การทำงานของร่างกายและการควบคุมการทรงตัว ความแม่นยำในการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลทำให้เกิดการเดินเซ สอดคล้องกับการพลัดตกจากที่สูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุไทยพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดการพลัดตกจากที่สูง (Khongboon & Kespichayawatt, 2022) สำหรับในผู้ที่เลิกดื่มแอลกอฮอล์แล้วแต่ยังพบความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์ตามปกติและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ใหญ่ชาวจีนวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์ (former drinkers) มีความเสี่ยงหกล้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยดื่ม (OR 1.24; 95% CI 1.05–1.46) (Sun et al., 2022) แสดงให้เห็นว่า การดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง ไม่เพียงแต่ทำลายโครงสร้างสมองและระบบประสาทส่วนกลางอย่างถาวร แต่ยังส่งผลต่อความสามารถด้าน cognitive และ executive function ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ซึ่งมีผลต่อการประสานการเคลื่อนไหว การวางแผน และกลไกควบคุมการเคลื่อนไหว การทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกายที่แม่นยำ (Caballeria et al., 2020) แม้หยุดดื่มแล้ว ผลเหล่านี้อาจคงอยู่และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับข้อจำกัดของกล้ามเนื้อตัว สายตาไม่แม่นยำ และความสามารถในการวางแผนลดลง ความสามารถในการเปลี่ยนสถานการณ์ (set-shifting) และ ควบคุมการกระทำ (inhibitory control) ที่อาจยังไม่ฟื้นตัวแม้หยุดดื่มแล้ว (Clergue-Duval et al., 2022) จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ “former drinkers” ยังคงมีความเสี่ยงหกล้มสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยดื่ม

การทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหว 7.81 เท่า ความบกพร่องด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกายถือเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในมุมมองทางสรีรวิทยา ความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกายมักลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกายจะลดลงตามธรรมชาติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา 2.9 เท่า (วนิดา ราชมณี, 2565)

ภาวะกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผู้สูงอายุมีแนวโน้มพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้อขาแข็งแรง 1.79 เท่า อาจเกิดจากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ภาวะดังกล่าวถือเป็นปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพที่ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยในเชิงสรีรวิทยา กล้ามเนื้อขาที่อ่อนแรงทำให้ผู้สูงอายุไม่มีกำลังเพียงพอที่จะสร้างแรงเพื่อการก้าวขาหรือปรับเปลี่ยนท่าทางได้อย่างทันท่วงทีเมื่อเสียสมดุล นอกจากนี้ ภาวะดังกล่าวยังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การลุกจากที่นั่ง การก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง หรือการเดินขึ้นลงบันได สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนอายุ ≥ 50 ปี ในชาวดัตช์อาระเบีย พบว่า การทำแบบทดสอบ Five-Times Sit-to-Stand Test แต่ละครั้งสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการหกล้ม โดยทุก 1 วินาทีที่เพิ่มขึ้น มีอัตราส่วนเสี่ยง (OR) เพิ่มขึ้น 1.17 เท่า (95% CI: 1.03–1.33; $p = 0.019$) (Alosaimi et al., 2023)

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านซึ่งมีแสงสว่างไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีแสงสว่างเหมาะสม 3.79 เท่า แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้สูงอายุสะดุดสิ่งกีดขวางจนหกล้มได้ง่าย แม้ว่าผู้สูงอายุมองเห็นแต่เมื่อแสงต่ำจะยิ่งส่งผลให้การจำแนกความสูงของพื้นผิดพลาด ไม่สามารถมองเห็นสิ่งกีดขวางขนาดเล็กบนพื้น ความต่างระดับของพื้นได้อย่างชัดเจน ทำให้สะดุดหรือก้าวพลาดได้ นำไปสู่การพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล NHATS พบว่าผู้หญิงที่อาศัยในบ้านซึ่งมีปัจจัยแวดล้อมภายในที่ไม่ปลอดภัย (กรณีแสงไฟส่องสว่างไม่เพียงพอ) มีโอกาสหกล้มสูงขึ้น 37% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียปัจจัย (OR = 1.37; 95% CI 1.04–1.79)(Lee, 2021) Mortazavi นอกจากนี้ Emad et al. และคณะ ได้สำรวจระดับความสว่าง ในพื้นที่ทำกิจกรรมเฉพาะ ภายในบ้านและวิเคราะห์อัตราการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อค่าความสว่างต่ำกว่า 300 lux ในห้องนอน ห้องน้ำ หรือพื้นที่ใช้งานจะสัมพันธ์กับอัตราการหกล้มที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Emad et al., 2025)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีทางเดินในบ้านชำรุดมีโอกาเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านทางเดินในบ้านไม่ชำรุด 3 เท่า ทางเดินในบ้านที่อยู่ในสภาพชำรุด เช่น พื้นผิวไม่เรียบ พื้นไม้ผุพัง ถือเป็นอันตรายทางกายภาพ ที่สามารถนำไปสู่อุบัติเหตุได้โดยตรง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีความสามารถทางกายภาพถดถอยตามวัย ทั้งในด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการก้าวเดินที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุบางรายมีลักษณะการเดินแบบ “ลากเท้า” ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือการยกเท้าได้ไม่สูงเพียงพอ ทำให้ความไม่สม่ำเสมอของพื้นแม้เพียงเล็กน้อยก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการสะดุดและหกล้มได้ สอดคล้องกับการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลจาก National Health and Aging Trends Study (NHATS) ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลตัดขวางของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น พื้นบ้านที่ชำรุด (flooring in need of repair) เพิ่มโอกาสหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ โดยในภาพรวม OR = 1.30 (95% CI 1.06–1.60)(Lee, 2021) นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย สำรวจผู้สูงอายุชุมชนด้วยแบบสอบถามและวัดปัจจัยต่างๆ สภาพแวดล้อมในบ้านที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัยซึ่งรวมถึงทางเดินหรือพื้นผิวที่ไม่เรียบ มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม AOR = 2.02 (95% CI 1.34–3.04) (Giovannini et al., 2022) (Rani et al., 2025)

และผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในบ้านที่มีห้องน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน เพิ่มความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีห้องน้ำได้มาตรฐาน 1.78 เท่า ซึ่งสภาพห้องน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพลัดตกหกล้มสูงขึ้น เนื่องจากลักษณะห้องน้ำมีความลื่นและพื้นที่จำกัด ซึ่งไม่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยของผู้สูงอายุ ลักษณะของห้องน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่วนนึ่งยong พื้นลื่น สอดคล้องกับการศึกษาตัดขวางในกรุงการาจี ประเทศปากีสถาน พบว่า ห้องน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน พื้นลื่น เพิ่มความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (P < 0.007) (Rani et al., 2025) ส่วนการสำรวจชุมชนอพาร์ทเมนต์ในแคนาดา พบว่า 15% ของเหตุการณ์หกล้มทั้งหมดเกิดในห้องน้ำ แสดงให้เห็นว่าอุปกรณ์ความปลอดภัยในห้องน้ำยังไม่เพียงพอ ห้องน้ำไม่ได้มาตรฐาน(Aminzadeh et al., 2001)

การทดสอบการปรับเปลี่ยนผลกระทบ กลุ่มอายุเป็นตัวเปลี่ยนอิทธิพล (Effect modifier) อย่างมีนัยสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างการพลัดตกหกล้มและการมองเห็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.004

และเมื่อดูทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ในแต่ละช่วงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี 2.69 เท่า (OR = 2.69; 95% CI [1.14–5.01], P-value = 0.002) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากร่วมกับปัญหาการมองเห็นอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียลานสายตา (visual field loss) กับการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีปัญหาการมองเห็นรอบข้างมีความเสี่ยงหกล้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (Freeman et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) กับการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ความบกพร่องในการมองเห็นมีผลต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า โดยมี interaction term ระหว่างอายุและการมองเห็นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) (Wieczorek et al., 2024) และการศึกษา ประเมิน contrast sensitivity impairment ในผู้สูงอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ ≥ 80 ปี ความบกพร่องด้านการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการหกล้มซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ และ interaction P-value < 0.01 ระหว่าง age ≥ 80 \times contrast sensitivity impairment ชี้ชัดว่าอายุที่สูงร่วมกับปัญหาการมองเห็นเพิ่มโอกาสหกล้ม (Jin et al., 2024)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและดำเนินโครงการที่มุ่งเน้นป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุเน้นมาตรการเชิงรุก เป็นข้อมูลสนับสนุนโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีชีวิที่มีสุขโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในการคัดกรองสุขภาพ เยี่ยมบ้าน การประเมินและทบทวนการใช้ยาสม่ำเสมอ จัดโครงการรณรงค์ลดการตีมีแอลกอฮอล์ ป้องกันผู้ดื่มรายใหม่ ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการเคลื่อนไหว ควบคู่กับการส่งเสริมและจัดกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ลงพื้นที่คัดกรองสายตาจัดหาอุปกรณ์ช่วยการมองเห็น การดำเนินการเชิงรุกลงพื้นที่ตรวจคัดกรองสุขภาพเยี่ยมบ้านทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินความเสี่ยงในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งการจัดให้มีโครงการตรวจประเมินบ้านโดยภาครัฐและท้องถิ่น สนับสนุนการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย ประสานสิทธิประโยชน์ให้กับกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ประสานเครือข่ายสังคมและสวัสดิการ แนะนำให้สมัครรับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และสิทธิประโยชน์อื่น ๆ โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ช่วยเชื่อมต่อเข้ากลุ่มดูแลระยะยาว (Long-term Care) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยโครงการเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มอย่างยั่งยืนในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้พบหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การวิจัยในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการสำรวจตัวปัจจัยเพิ่มเติม ที่อาจมีผลต่อการทรงตัวและความแข็งแรงทางกายภาพของผู้สูงอายุ เช่น สถานะโภชนาการ (Nutritional Status) ประเมินปริมาณโปรตีนและวิตามินดีในอาหาร ประวัติหรือการตรวจโรคในระบบหูชั้นใน อาการชาหรือความรู้สึกผิดปกติที่เท้า คุณลักษณะการใส่รองเท้าและพื้นผิว นอกจากนี้ ควรประเมินสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

ศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงลึกมากขึ้น เช่น ลักษณะของทางเดินภายในบ้านที่ชำรุด พื้นต่างระดับที่อาจทำให้สะดุดหกล้ม ลักษณะของห้องน้ำที่ไม่ปลอดภัย การจัดวางของใช้ภายในบ้าน และระดับแสงสว่างในพื้นที่ต่างๆ ของที่อยู่อาศัย เพื่อให้เข้าใจบริบทและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อต่อยอดเชิงนโยบายและการวิจัยในอนาคต

การวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งช่วยส่งเสริมความมั่นคงในการทรงตัว การเคลื่อนไหว และเสริมสร้างกำลังกล้ามเนื้อขา รวมทั้งพัฒนาแนวทางหรือโมเดลการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับผู้สูงอายุในบริบทแต่ละพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความรุนแรงและผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาหลังการพลัดตกหกล้ม

รายการอ้างอิง

- กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. (2560). *คู่มือแนวทางการออกแบบอาคารเพื่อการอนุรักษ์พลังงาน*. http://berc.dede.go.th/wp-content/uploads/2018/05/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87-BEC_Edit.pdf
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2566). *[FP] Fall Data : ข้อมูลพลัดตกหกล้ม*. <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=>
- กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข้อมูลประชากรกลางปี 2537-2566*. <https://spd.moph.go.th/mid-year-population/>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลรณบัตร พ.ศ. 2558 - 2562*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1662820210118045737.pdf>
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธัญญาดี, ณ., โปสิทธิพิเชษฐ, ธ., & ลีศรี, ธ. (2022). การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(1), 236-250. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/255980>
- ราพิง จรัสสุริยสกุล. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *CHAIYAPHUM MEDICAL JOURNAL*, 44(1), 98-110. <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/15252>

วนิดา ราชมณี. (2565). *Factors Affecting Falling and Falling in Elderly Health region 6.*

<https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/cms-of-15/download/?did=213400&id=91524&reload=>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2567.*

https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf?

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือวิทยากรหลักสูตร การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 2560.* สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

Alosaimi, R., Almegbas, N., Almutairi, G., Alqahtani, M., Batook, S., Alfageh, I., Alanazi, S., Alshehri, M., Alhowimel, A., Alqahtani, B., & Alenazi, A. (2023). The Five Times Sit-to-Stand Test is associated with both history of falls and fear of falling among community adults aged 50 years and older. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*, 192. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03287-9>

Aminzadeh, F., Edwards, N., Lockett, D., & Nair, R. (2001). Utilization of bathroom safety devices, patterns of bathing and toileting and bathroom falls in a sample of community living older adults. *Technology and Disability*, 13. <https://doi.org/10.3233/TAD-2000-13202>

Asai, T., Oshima, K., Fukumoto, Y., Yonezawa, Y., Matsuo, A., & Misu, S. (2022). The association between fear of falling and occurrence of falls: a one-year cohort study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03018-2>

Caballeria, E., Oliveras, C., Nuño, L., Balcells-Oliveró, M., Gual, A., & López-Pelayo, H. (2020). A systematic review of treatments for alcohol-related cognitive impairment: lessons from the past and gaps for future interventions. *Psychological Medicine*, 50(13), 2113-2127. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002925>

Cao, X., Tian, Y., Chen, H., Li, S., & Zhou, J. (2024). The Global Research Trends on Intrinsic Capacity of Older Adults: A Bibliometric and Visual Analysis of Papers Published During 2015-2023. *J Multidiscip Healthc*, 17, 3323-3339. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S471324>

Clergue-Duval, V., Barré, T., Cognat, E., Brichet, A. L., Géraud, C., Azuar, J., Michaud, P., Lecallier, D., Arfaoui-Geffroy, S., Hispard, E., Paquet, C., Bellivier, F., Questel, F., & Vorspan, F. (2022). Patients With Severe Alcohol-Related Cognitive Impairment Improve in Flexibility When Abstinence Is Maintained: A Comparative Study With Alzheimer's Disease. *Front Psychol*, 13, 936639. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936639>

- Emad, Y., Neef, S. P., Taylor, L., Kerse, N., Cavadino, A., Moyes, S. A., Comber, K., Wu, X. S., Molloy, J., & Bacon, C. J. (2025). Shedding Light on Falls: The Effect of Lighting Levels on Fall Risk in Long-Term Residential Care Facilities. *J Appl Gerontol*, *44*(8), 1318-1327. <https://doi.org/10.1177/07334648241302552>
- Freeman, E. E., Muñoz, B., Rubin, G., & West, S. K. (2007). Visual Field Loss Increases the Risk of Falls in Older Adults: The Salisbury Eye Evaluation. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *48*(10), 4445-4450. <https://doi.org/10.1167/iovs.07-0326>
- Giovannini, S., Brau, F., Galluzzo, V., Santagada, D. A., Loreti, C., Biscotti, L., Laudisio, A., Zuccalà, G., & Bernabei, R. (2022). Falls among Older Adults: Screening, Identification, Rehabilitation, and Management. *Applied Sciences*, *12*(15).
- Health Data Center (HDC). (2024). ข้อมูลประชากร ปีงบประมาณ 2567 จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a
- Iamtrakul, P., Chayphong, S., Jomnonkwao, S., & Ratanavaraha, V. (2021). The Association of Falls Risk in Older Adults and Their Living Environment: A Case Study of Rural Area, Thailand. *Sustainability*, *13*(24), 13756. <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/24/13756>
- Jin, H., Zhou, Y., Stagg, B. C., & Ehrlich, J. R. (2024). Association between vision impairment and increased prevalence of falls in older US adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *72*(5), 1373-1383. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jgs.18879>
- Khongboon, P., & Kespichayawatt, J. (2022). Accidental falls and associated factors among the elderly in Thailand: a national cross-sectional study in 2007, 2011, 2014 and 2017. *Journal of Health Research*, *36*(4), 767-780. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2020-0308>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, *30*(3), 607-610.
- Lavedán, A., Viladrosa, M., Jürschik, P., Botigué, T., Nuín, C., Masot, O., & Lavedán, R. (2018). Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLoS One*, *13*(3), e0194967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194967>
- Lee, S. (2021). Falls associated with indoor and outdoor environmental hazards among community-dwelling older adults between men and women. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 547. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02499-x>

- Osibona, O., Solomon, B. D., & Fecht, D. (2021). Lighting in the Home and Health: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(2).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020609>
- Rani, I., Zaheer, S., Nasim, S., Shah, N., & Hydrie, M. Z. I. (2025). Assessing hazards and associated fall risks among elderly population: a cross-sectional study of different residential settings in Karachi, Pakistan. *BMC Public Health*, 25(1), 850.
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-22016-8>
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N., van der Hooft, T., & de Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and ageing*, 37(1), 19-24. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm169>
- Sun, Y., Zhang, B., Yao, Q., Ma, Y., Lin, Y., Xu, M., Hu, M., Hao, J., Jiang, M., Qiu, C., & Zhu, C. (2022). Association between usual alcohol consumption and risk of falls in middle-aged and older Chinese adults. *BMC Geriatr*, 22(1), 750.
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03429-1>
- Tsai, Y.-J., Sun, W.-J., Yang, Y.-C., & Wei, M.-Y. (2024). Association of fear of falling and low physical activity with fall risk among older Taiwanese community-dwellers. *BMC Public Health*, 24(1), 3066. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20467-z>
- Wieczorek, M., Isler, M., Landau, K., Becker, M. D., Dawson-Hughes, B., Kressig, R. W., Vellas, B., Orav, E. J., Rizzoli, R., Kanis, J. A., Armbrecht, G., Da Silva, J. A. P., Egli, A., Freystätter, G., & Bischoff-Ferrari, H. A. (2024). Association Between Visual Acuity and Prospective Fall Risk in Generally Healthy and Active Older Adults: The 3-Year DO-HEALTH Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(5), 789-795.e782.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.03.005>
- Worapanwisit, T., Prabpai, S., & Rosenberg, E. (2018). *Correlates of Falls among Community-Dwelling Elderly in Thailand*. *J Aging Res*, 2018, 8546085.
<https://doi.org/10.1155/2018/8546085>
- Yoshikawa, A., Ramirez, G., Smith, M. L., Lee, S., & Ory, M. G. (2020). Systematic review and meta-analysis of fear of falling and fall-related efficacy in a widely disseminated community-based fall prevention program. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91, 104235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104235>

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

The Influence of Health Literacy on Exercise Behavior among Students of
Sirindhorn College of Public Health Trang

บุษยามาศ คล้ายคลึง¹, วรณรดา ทองนุ้ม¹, จักรินทร์ ปริมาณนท์^{2*}, ฉัตรชัย ขวัญแก้ว², ภาณุพงศ์ สยงกุล²
Butsayamas Khlikhlueng¹, Wanrada Thongnum¹, Chakkarin Parimanon^{2*},
Chatchai Kwankaew², Panupong Sayoungkul²

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง¹
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²
Bachelor of Public Health students, majoring in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Trang¹
Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute^{2*}

(Received: 29 May 2025; Revised: 21 October 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

ประชากรเกือบ 500 ล้านคนทั่วโลกเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคอ้วน และโรคเบาหวานจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะวัยรุ่นอายุ 18-24 ปีที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญยิ่งในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษา จำนวน 291 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง โดยเฉพาะทักษะด้านการเข้าถึงและการตัดสินใจ ขณะที่ทักษะการไต่ถามพบว่ายังอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงในสัดส่วนที่สูง นอกจากนี้ พบว่าทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยนักศึกษาที่มีทักษะการเข้าใจในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมถึง 3.62 เท่า (OR Adjusted = 3.62, 95%CI = 1.77–7.40, P-value < 0.001) และทักษะการเข้าถึงข้อมูลในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง เพิ่มความเสี่ยงถึง 2.29 เท่า ที่จะไม่ออกกำลังกาย (OR Adjusted = 2.29, 95%CI = 1.03–5.13, P-value = 0.042) ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาให้เหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, นักศึกษา

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

Abstract

Nearly 500 million people worldwide are at risk of heart disease, obesity, and diabetes due to physical inactivity, particularly adolescents aged 18-24 years with risky behaviors. Developing health literacy and promoting regular physical activity are therefore crucial for preventing non-communicable diseases and reducing healthcare costs. This cross-sectional descriptive study aimed to analyze the influence of health literacy on exercise behavior among students. The sample consisted of 291 students selected through stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire validated by three experts with a reliability (Cronbach's Alpha) of 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis. The results showed that most students had adequate health literacy, particularly in access and decision-making skills, while critical appraisal skills were found to be problematic and inadequate in high proportions. Furthermore, health information understanding and health information access skills were significantly associated with exercise behavior. Students with problematic and inadequate understanding skills were 3.62 times more likely to have inappropriate exercise behavior compared to those with excellent skills (OR Adjusted = 3.62, 95%CI = 1.77–7.40, P-value < 0.001), and problematic and inadequate access skills increased the risk of not exercising by 2.29 times (OR Adjusted = 2.29, 95%CI=1.03–5.13, P-value = 0.042). These findings reflect the importance of promoting health literacy skills, particularly in understanding and accessing health information, to develop appropriate and sustainable exercise behaviors among students.

Keywords: Health Literacy, Exercise behavior, Students

บทนำ

สถานการณ์ทั่วโลกเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในปี ค.ศ. 2022 แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพที่น่าวิตกยิ่ง โดยพบว่าประชากรเกือบ 500 ล้านคนเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคอ้วน โรคเบาหวาน หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อันเป็นผลมาจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้ประเทศต่างๆ จำเป็นต้องเร่งพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ช่วยป้องกันโรค และลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพที่กำลังพุ่งสูงขึ้น (World Health Organization, 2020) กลุ่มที่ได้รับผลกระทบเป็นพิเศษคือวัยรุ่นอายุ 18-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง รวมถึงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ (Akseer et al., 2020) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 18-24 ปีให้มีสุขภาพดีและทำงานได้เต็มศักยภาพจึงเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ

โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดโรคต่างๆ โดยการออกกำลังกายมีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคติดต่อเรื้อรัง การออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญอย่างยิ่งเพื่อการมีสมรรถภาพทางกายและสุขภาพที่ดี (บุญชัย ยิ้มแย้ม, 2565) การที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีสุขภาพที่ดีและสามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้ การออกกำลังกายแต่ละชนิดมีรูปแบบ กระบวนการ และหลักเกณฑ์แตกต่างกันไป ทำให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพที่ต่างกัน การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาจะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมนักศึกษา รวมถึงการพัฒนาการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นหนึ่งในแนวทางและนโยบายขององค์การอนามัยโลกรวมถึงประเทศไทย เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยให้พัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาพของประชาชน อาทิเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต (ราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 82, 2561) ความรู้ด้านสุขภาพหมายถึงความสามารถของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน การใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต การที่บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) งานวิจัยของ Motamedi พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อความมั่นใจในการออกกำลังกาย โดยความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการออกกำลังกาย นักศึกษาที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีความมั่นใจในการออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้น้อยกว่า การเพิ่มความรู้เรื่องสุขภาพและการจัดการสุขภาพส่วนบุคคลสามารถช่วยให้นักศึกษามีแรงจูงใจและเพิ่มความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย (Motamedi et al., 2020) หากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงและบุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถสื่อสารที่ดี ใช้สื่อสุขภาพไม่ถูกต้อง อาจส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมาได้

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เป็นวิทยาลัยในสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่มีวิสัยทัศน์คือ "สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพเพื่อชุมชนชั้นนำของอาเซียน" โดยมุ่งหวังให้ผลิตบัณฑิตมีคุณภาพ คุณธรรมจริยธรรม และมีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมการออกกำลังกายให้แก่แก่นักศึกษาเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะทำให้บัณฑิตบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้นักศึกษารู้จักบริหารเวลา รู้จักการดูแลสุขภาพ มีสุขภาพทางจิตใจที่ดี อันจะส่งผลให้นักศึกษาสามารถศึกษาเล่าเรียนได้สำเร็จและออกไปรับใช้สังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพนักศึกษาโครงการสพข.โมเดลของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มปกติ (สีขาว) ร้อยละ 71.04 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ร้อยละ 24.11 และกลุ่มป่วย (สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) ร้อยละ 3.99, 0.57 และ 0.29 ตามลำดับ สำหรับระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มปกติ (สีขาว) ร้อยละ 96.15 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ร้อยละ 3.24 และกลุ่มป่วย (สีเหลืองและสีส้ม) ร้อยละ 0.14 และ 0.29 ตามลำดับ การคำนวณค่าดัชนีมวลกายของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักสมส่วนร้อยละ 43.94 รองลงมาคือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.82 โรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 14.12 น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 10.56 และโรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 6.56

ในปัจจุบันวัยรุ่นมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกายน้อย อีกทั้งยังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีนัก โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และเกลือสูง รวมถึงเรื่องดื่มที่มีความหวานจัด ประกอบกับการใช้ชีวิตที่ต้องนั่งเล่นโทรศัพท์มือถือ เล่นเกม หรือดูสื่อออนไลน์เป็นเวลานาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ง่าย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเดิมเป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มเกิดขึ้นในวัยรุ่นมากขึ้น การออกกำลังกาย จึงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องพัฒนาระบบต่างๆ ของร่างกาย ทั้งระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจ การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานเป็นปกติ มีสุขภาพแข็งแรงแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มความคล่องแคล่วว่องไว และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังมีส่วนที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาทางอารมณ์ ทำให้มีความมั่นใจในตนเอง ลดความเครียด ความวิตกกังวล และช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น ส่งเสริมพัฒนาการทางสังคม ผ่านการเล่นกีฬาหรือกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งช่วยให้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การแบ่งปัน และการสร้างมิตรภาพ พัฒนาสติปัญญา โดยการออกกำลังกายช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง ส่งผลให้มีสมาธิ ความจำ และความสามารถในการเรียนรู้ดีขึ้น รวมทั้งเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรมให้ดีขึ้นด้วย เช่น ความมีวินัย ความรับผิดชอบ ความอดทน ความซื่อสัตย์ และจิตวิญญาณนักกีฬาที่ดี ทำให้วัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากความสำคัญของการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยให้ความสำคัญที่จะดำเนินการศึกษาพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายให้แก่ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้นักศึกษามีสุขภาพที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเรียนอย่างมีความสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
3. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

สมมติฐานวิจัย

1. นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง
2. นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

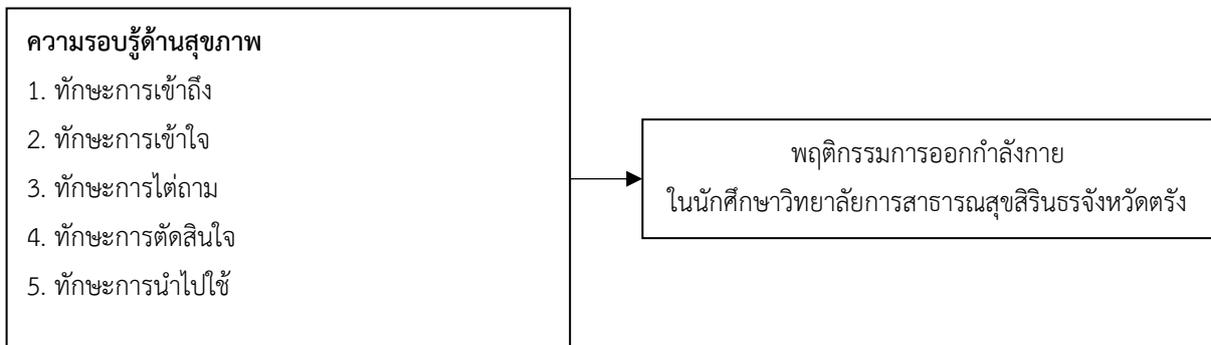
การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (K shape) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) จำนวน 5 ทักษะ ดังนี้ (1) ทักษะการเข้าถึง (2) ทักษะการเข้าใจ (3) ทักษะการใ้ถ่ถาม (4) ทักษะการตัดสินใจ และ (5) ทักษะการนำไปใช้ ดังนี้

ตัวแปรต้น

(Independent variables)

ตัวแปรตาม

(Dependent variables)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มีนาคม - 30 เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรังที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 771 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 291 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (กฤษณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว, 2565) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ตามบัญชีรายชื่อของแต่ละหลักสูตรและชั้นปี โดยนำบัญชีรายนามนักศึกษาทั้งหมดมาเรียงลำดับตามหลักสูตรและชั้นปี จากนั้นคำนวณค่าช่วงห่าง (Sampling Interval) โดยนำจำนวนประชากรหารด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ แล้วทำการสุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้นจากรายชื่อแรก หลังจากนั้นจึงเลือกรายชื่อถัดไปตามช่วงห่างที่กำหนดไว้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการนี้ช่วยให้การสุ่มตัวอย่างมีความเป็นระบบ กระจายตัวอย่างอย่างทั่วถึงในทุกหลักสูตรและชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มี 2 ส่วนดังนี้

1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ทักษะ โดยในแต่ละทักษะมีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีเยี่ยม (ช่วงคะแนน 90.00-100.00%) ระดับพอเพียง (ช่วงคะแนน 75.00-89.90%) ระดับมีปัญหา (ช่วงคะแนน 60.00-74.90%) และระดับไม่พอเพียง (ช่วงคะแนน ต่ำกว่า 60.00%)

2) แบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง โดยประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวตามความถี่ของการออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ "ไม่เคยปฏิบัติเลย" ถึง "ปฏิบัติประจำ" และให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน เกณฑ์การประเมินตามค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-2.33), ระดับปานกลาง (2.34-3.67), และระดับสูง (3.68-5.00) ตามแนวทางของ Best (1977) (อ้างถึงใน ลักษณะ ชอบเสียง และคณะ, 2567)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข วิทยาศาสตร์การกีฬา และการวิจัยด้านความรู้สุขภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.67 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ทุกหมวดคำถาม และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบพบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เพื่อให้เป็นไปตามหลักการคุ้มครองสิทธิ ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด
- 2) ผู้วิจัยประสานงานกับประธานชั้นปีของนักศึกษา เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานของการวิจัย
- 3) ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของแบบสอบถาม ตลอดจนแนวทางปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องและมีจริยธรรม
- 4) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ
- 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาเฉลี่ย ประมาณ 20 นาทีต่อราย ภายใต้การดูแลของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้การตอบแบบสอบถามเป็นไปอย่าง ครบถ้วนและถูกต้อง
- 6) ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้งก่อน นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และระดับความรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (M) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD .)
2. วิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ วิธี Backword

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ตามรหัสรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ P156/2567 ลง วันที่ 18 มีนาคม 2568 หมดอายุการรับรองวันที่ 18 มีนาคม 2569 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วน ก่อนเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรภายใต้หลักการความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะรายงาน เฉพาะในลักษณะภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.66 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.26 ปี ($SD. = 1.27$) โดยมีอายุต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 24 ปี น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 56.75 กิโลกรัม ($SD. = 12.40$) โดยมีน้ำหนักต่ำสุด 39 กิโลกรัม และสูงสุด 90 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยอยู่ที่ 160.67 เซนติเมตร ($SD. = 6.53$) โดยมีค่าต่ำสุด 145 เซนติเมตร และค่าสูงสุด 184 เซนติเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน คิดเป็นร้อยละ 40.55 และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 35.40 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.81 สำหรับช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่าสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นช่องทางหลักในการรับข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 64.95 รองลงมาคือ บุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 17.53 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 291)

| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------|
| 1. เพศ | | |
| ชาย | 33 | 11.34 |
| หญิง | 258 | 88.66 |
| 2. อายุ | | |
| $M \pm SD. (Min : Max)$ | 20.26 \pm 1.27 (24 : 18) | |
| 3. น้ำหนัก | | |
| $M \pm SD. (Min : Max)$ | 56.75 \pm 12.40 (39 : 90) | |
| 4. ส่วนสูง | | |
| $M \pm SD. (Min : Max)$ | 160.67 \pm 6.53 (145 : 184) | |
| 5. สาขา | | |
| สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน | 118 | 40.55 |
| สาขาวิชาทันตสาธารณสุข | 50 | 17.18 |
| สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย | 60 | 20.62 |
| สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม | 36 | 12.37 |
| สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ | 27 | 9.28 |
| 6. ระดับชั้นปีการศึกษา | | |
| ชั้นปีการศึกษาที่ 1 | 90 | 30.93 |
| ชั้นปีการศึกษาที่ 2 | 103 | 35.40 |
| ชั้นปีการศึกษาที่ 3 | 53 | 18.21 |
| ชั้นปีการศึกษาที่ 4 | 45 | 15.46 |
| 7. สถานะสุขภาพ/โรคประจำตัว | | |

| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ไม่มี | 273 | 93.81 |
| มีโรคประจำตัว | 18 | 6.19 |
| 8. ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | | |
| เว็บไซต์ของหน่วยงาน | 24 | 8.25 |
| สื่ออิเล็กทรอนิกส์ | 189 | 64.95 |
| บุคลากรสาธารณสุข | 51 | 17.53 |
| เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่ | 22 | 7.56 |
| สื่อวีดิทัศน์ | 5 | 1.72 |

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

พบว่า ทุกด้านของทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ นักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง โดยแยกตามทักษะ ดังนี้ ด้านทักษะการเข้าถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 68.04 รองลงมาคือ ระดับมีปัญหา จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 12.71 ระดับดีเยี่ยม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 12.37 และระดับไม่พอเพียง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.87 ตามลำดับ ด้านทักษะการเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 59.79 รองลงมาคือ ระดับมีปัญหา จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 17.87 ระดับดีเยี่ยม จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 14.78 และระดับไม่พอเพียง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 7.56 ตามลำดับ สำหรับด้านทักษะการไต่ถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 59.11 รองลงมาคือ ระดับมีปัญหา จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 20.96 ระดับดีเยี่ยมและระดับไม่พอเพียงมีจำนวนเท่ากัน คือ 29 คน คิดเป็นร้อยละ 9.97 ตามลำดับ ในส่วนของด้านทักษะการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 59.79 รองลงมาคือ ระดับมีปัญหา จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 17.18 ระดับดีเยี่ยม จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 14.78 และระดับไม่พอเพียง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 8.25 ตามลำดับ และด้านทักษะการนำไปใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 56.01 รองลงมาคือ ระดับดีเยี่ยม จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 17.53 ระดับมีปัญหา จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 17.18 และระดับไม่พอเพียง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 9.28 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

(n = 291)

| ทักษะ | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | |
|--------------------|---------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ดีเยี่ยม | พอเพียง | มีปัญหา | ไม่พอเพียง |
| 1. ทักษะการเข้าถึง | | 36(12.37) | 198(68.04) | 37(12.71) | 20(6.87) |
| 2. ทักษะการเข้าใจ | | 43(14.78) | 174(59.79) | 52(17.87) | 22(7.56) |

| | | | | |
|---------------------|-----------|------------|-----------|----------|
| 3. ทักษะการไต่ถาม | 29(9.97) | 172(59.11) | 61(20.96) | 29(9.97) |
| 4. ทักษะการตัดสินใจ | 43(14.78) | 174(59.79) | 50(17.18) | 24(8.25) |
| 5. ทักษะการนำไปใช้ | 51(17.53) | 163(56.01) | 50(17.18) | 27(9.28) |

3. ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.80 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 32.30 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.90 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (n=291)

| พฤติกรรมการออกกำลังกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|------------|------------|
| ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) | 94 | 32.30 |
| ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.33 – 3.66) | 142 | 48.80 |
| ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) | 55 | 18.90 |
| รวม | 291 | 100 |

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

พบว่า ทักษะการเข้าใจ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย (OR = 3.67, 95%CI = 1.54–8.71, P-value = 0.003) โดยผู้ที่มีทักษะระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาสมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่ำกว่า 3.67 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีทักษะระดับดีเยี่ยมและพอเพียงเช่นเดียวกันกับทักษะการเข้าถึง (OR = 2.47, 95%CI = 1.000–6.09, P-value = 0.049) และทักษะการไต่ถาม (OR = 2.28, 95%CI = 1.00–5.19, P-value = 0.050) ที่มีอิทธิพลในระดับมีนัยสำคัญเชิงสถิติ โดยทักษะทั้งสองนี้เมื่ออยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง ก็มี โอกาสที่ นักศึกษาจะมี พฤติกรรม การ ออก ก ำ ล ัง ก าย ที่ ล ด ล ง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

| ปัจจัย | OR | 95%CI | P-value |
|---------------------------|------|------------|---------|
| ทักษะการเข้าถึง | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | | 0.049 |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 2.47 | 1.000-6.09 | |
| ทักษะการเข้าใจ | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | | 0.003 |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 3.67 | 1.54-8.71 | |

| ปัจจัย | OR | 95%CI | P-value |
|---------------------------|------|-----------|---------|
| ทักษะการไต่ถาม | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | | 0.050 |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 2.28 | 1.00-5.19 | |
| ทักษะการตัดสินใจ | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | | 0.360 |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 0.64 | 0.25-1.66 | |
| ทักษะการนำไปใช้ | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | | 0.352 |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 0.66 | 0.27-1.59 | |

5. การวิเคราะห์พหุตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

พบว่า ทักษะด้านการเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยนักศึกษาที่มีทักษะการเข้าใจในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมหรือพอเพียงถึง 3.62 เท่า (OR Adjusted = 3.62, 95%CI = 1.77–7.40, P-value < 0.001) ในขณะที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงก็มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมหรือพอเพียงถึง 2.29 เท่า (OR Adjusted = 2.29, 95%CI = 1.03–5.13, P-value = 0.042) สำหรับทักษะการไต่ถาม แม้จะพบว่าผู้ที่มีทักษะในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (OR Adjusted = 1.65) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์พหุตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย
ในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

| ปัจจัย | OR _{Crude} | OR | 95%CI | P-value |
|---------------------------|---------------------|------|-----------|---------|
| ทักษะการเข้าถึง | | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | Ref. | | |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 2.47 | 2.29 | 1.03-5.13 | 0.042 |
| ทักษะการเข้าใจ | | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | Ref. | | |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 3.67 | 3.62 | 1.77-7.40 | <0.001 |
| ทักษะการไต่ถาม | | | | |
| ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง | Ref. | Ref. | | |
| ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง | 2.28 | 1.65 | 0.84-3.24 | 0.147 |

อภิปรายผล

จากการศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียงในทุกด้านของทักษะความรอบรู้ โดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงและการตัดสินใจ ซึ่งมีนักศึกษาอยู่ในระดับพอเพียงร้อยละ 68.04 และ 59.79 ตามลำดับ ในขณะที่ทักษะการนำไปใช้ มีสัดส่วนของนักศึกษาในระดับดีเยี่ยมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.53 ส่วนทักษะที่พบว่าผู้ตอบในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมากที่สุด คือทักษะการไต่ถาม โดยมีนักศึกษาอยู่ในระดับมีปัญหาร้อยละ 20.96 และไม่พอเพียงร้อยละ 9.97 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชินกฤต ฌินยกุล และอรรวรรณ นามมนตรี (2567) ที่พบว่านักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรส่วนใหญ่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก แต่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดีถึงปานกลาง นอกจากนี้ งานวิจัยของบุบผา รักชานาม และคณะ (2567) ยังชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเข้าใจข้อมูลและการตัดสินใจในการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อีกทั้ง งานวิจัยของนฤมล เฉ่งไฉ่ และคณะ (2564) ที่พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดตรัง โดยใช้กิจกรรมปัญญาประดิษฐ์และเครือข่ายสังคมก็พบว่าการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้งานวิจัยของกรรณิศา การีสรพร และคณะ (2564) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก็พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.80 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 32.30 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.90 ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มที่นักศึกษามีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างที่สามารถพัฒนาได้เพิ่มเติม การที่นักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากภาระงานด้านการเรียนที่หนักหน่วง หรือการขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญชลี อรรคเศรษฐัง และสุพัฒน์ จำปาหวาย (2564) ที่พบว่านักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.05 และระดับปรับปรุง ร้อยละ 30.23 นอกจากนี้ การศึกษาของ ชินกฤต ฌินยกุล และอรรวรรณ นามมนตรี (2567) ยังชี้ให้เห็นว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา โดยนักศึกษาที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำถึงปานกลาง 4.74 เท่า อย่างไรก็ตาม ยังมีนักศึกษจำนวนหนึ่งที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดแคลนสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม หรือการขาดแรงสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว ดังที่ กฤติยา วงศ์ศิริ (2564) ได้ระบุไว้ในงานวิจัย จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา

อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับความสนใจของนักศึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายจะเป็นแนวทางที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพที่ดีในระยะยาวของนักศึกษา

ความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่า ทักษะด้านการเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง โดยนักศึกษาที่มีทักษะการเข้าใจในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมหรือพอเพียงถึง 3.62 เท่า ในขณะที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงก็มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมหรือพอเพียงถึง 2.29 เท่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานศึกษาของชินกฤต ฌินกุล และอรวรรณ นามมนตรี (2567) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยนักศึกษาที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้ในระดับต่ำถึงปานกลาง นอกจากนี้ งานวิจัยของกรรณิการ์ การิสรพร และคณะ (2564) ยังชี้ให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ทักษะการไต่ถาม แม้จะพบว่าผู้ที่มีทักษะในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่นักศึกษาไม่ได้รับการส่งเสริมทักษะการไต่ถามอย่างเพียงพอ หรือขาดโอกาสในการฝึกฝนทักษะดังกล่าวในบริบทของการดูแลสุขภาพ จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทักษะการเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมในกลุ่มนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษา วิทยาลัยฯ ควรจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะที่พบว่ายังอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง ได้แก่ ทักษะการไต่ถาม การเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเลือกและใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. บูรณาการองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่รายวิชาและกิจกรรมนักศึกษา ควรบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและสุขภาพเข้าไปในรายวิชา และกิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น ชมรมสุขภาพหรือกิจกรรมพลศึกษา เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำหรือปานกลาง

3. สร้างระบบสนับสนุนและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย วิทยาลัยฯ ควรจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น พื้นที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัย จัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรม

ออกกำลังกายในตารางเรียน และมีระบบสนับสนุนจากอาจารย์ เพื่อน และครอบครัว เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปรแทรกซ้อน เช่น แรงจูงใจภายในในบทบาทของเพื่อนหรือครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ฯลฯ เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างรอบด้านมากขึ้น และเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อบริบทของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ออกแบบการวิจัยแบบทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อวัดผลของโปรแกรม ควรมีการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นทักษะการเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในกลุ่มนักศึกษา โดยออกแบบการวิจัยในลักษณะกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) หรือการทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการพัฒนาได้ในระดับสถาบัน

รายการอ้างอิง

- กรรณิกา การีสรรพ, ชุตินา ศรีวิเศษ, และสุภาภรณ์ ภู่อารัม. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(3), 67–78.
- กรรณิการ์ การีสรรพ. (2564). *ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กฤศภณ เทพอินทร์, และเสนห์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 14(1), 206–218.
- กฤติยา วงศ์ศิริ. (2564). *พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในอำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ชินกฤต นิยกุล, และอรวรรณ นามมนตรี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1), 69–83.
- นฤมล ฉ่งไฉ่, วิลาสินี จงรักดี, และ ศิริลักษณ์ มณีโชติ. (2564). การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์และเครือข่ายสังคม. *วารสารพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์*, 35(2), 112–123.

- บุญชัย ยิ้มแย้ม. (2565). การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬา*, 12(2), 45–58.
- บุบผา รักษานาม, สุรรัตน์ เสนาะสำเนียง, และ สุรางค์วลัย อินทร์รักษา. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขตะวันตกเฉียงใต้*, 6(1), 30–43.
- ลักขณา ขอบเสียง, นภัทร บุญเทียม, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์, และ ทัดถณ พลไชย. (2567). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงอายุ” (NEST) จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารกองการพยาบาล*, 51(3), 157–167.
- สมนึก แก้ววีไล. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- อัญชลี อรรถเศรษฐัง, & สุพัฒน์ จำปาหวาย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 4(1), 60–69.
- ประกาศยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580. (2561). ราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 82.
- Akseer, N., Mehta, S., Wigle, J., Chera, R., Brickman, Z. J., Al-Gashm, S., Sorichetti, B., & Bhutta, Z. A. (2020). Non-communicable diseases among adolescents: Current status, determinants, interventions, and policies. *Adolescent Health Journal*, 15(1), 1–20.
- Motamedi, M., Peyman, N., & Afzalaghaee, M. (2020). Relationship of health literacy and regular physical activity self-efficacy with body mass index in adolescent girls aged 15-18 years. *Journal of Adolescent Health*, 5, 64–73.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- World Health Organization. (2020). *Adolescent health: A global perspective*.
<https://www.who.int>



การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว”

The Development of Community Based Treatment and Motivation Interview for Drug Addicts: The “Phayao Lom Rak” Model

ปานุพันธ์ ไพฑูรย์^{1*}, อภิชัย สีธิ¹, สติชัย ไสสม¹

Panupun Paitoon^{1*}, Apichai Sithi¹, Sittichai Saisom¹

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จังหวัดพะเยา^{1*}

Phayao Provincial Public Health Office^{1*}

(Received: 11 November 2025.; Revised: 12 December 2025; Accepted: 26 December 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มสหวิชาชีพ 6 คน เครือข่ายชุมชน 49 คน ผู้ป่วยยาเสพติด 35 คน และญาติผู้ป่วย 35 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พฤติกรรมการใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาหลักคือ ผู้เสพยาใหม่และการกลับมาเสพยาซ้ำในกลุ่มเยาวชนจากปัญหาครอบครัว การขาดอาชีพและรายได้ และกระบวนการทำงานด้านยาเสพติดแบบเชิงอำนาจที่ถูกสั่งการจากหน่วยงานรัฐและให้ชุมชนดำเนินการต่อ ซึ่งขาดการมีส่วนร่วม จึงได้มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ จึงก่อให้เกิดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ภายใต้ชื่อ “พะเยาล้อมรั้ว” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง การบำบัด การติดตามโดยทีม “5 สหาย” (ทีมสหวิชาชีพ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้นำชุมชน, และตำรวจ) และการฟื้นฟูโดยใช้หลักการ “ให้อภัย ให้ออกัส” ผลการประเมินพบว่า หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองเพิ่มขึ้น (P-value < 0.001) พฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง (P-value < 0.001) คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (P-value < 0.05) และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < 0.001)

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟู, การมีส่วนร่วม, สร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยยาเสพติด

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding e-mail: pnpptt@gmail.com, ปานุพันธ์ ไพฑูรย์)

Abstract

This research and development aimed to develop a community-based treatment and motivation interview for drug addiction in Chun District, Phayao Province. The sample consisted of six drug rehabilitation team members, 49 community network members, 35 drug addicts, and 35 family members of the patients. Research instruments included In-depth interview guidelines, focus group guidelines, the Self-Recovery Motivation Questionnaire (SOCRATES 8D), the Drug Use Behavior Questionnaire, the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI), and the Community Participation Assessment Form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the main problems were new drug users and relapses among youth, stemming from family problems, lack of employment and income, and a top-down, power-based approach to drug-related interventions. This conventional approach was characterized by government agencies issuing directives for communities to implement predetermined actions, which lacked genuine community participation and failed to respond to local needs. To address this gap, a new model was developed in which the community itself designed the intervention process. This collaborative effort resulted in a community-driven rehabilitation model called the "Phayao Lom Rak" Model, comprising four components: (1) screening, identification, and surveillance; (2) treatment; (3) follow-up by the "Five Partners" team (interdisciplinary rehabilitation team, public health personnel, village health volunteers, community leaders, and police); and (4) rehabilitation based on the principles of "forgiveness and opportunity." Evaluation results indicated that after implementing the model, patients exhibited significantly increased self-recovery motivation (P -value $< .001$), decreased drug use behavior (P -value $< .001$), improved quality of life (P -value $< .05$), and significantly enhanced community participation (P -value $< .001$).

Keywords: Rehabilitation, Community Participation, Motivation Interview, Drug Addicts

บทนำ

การเสพติดเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติทั่วโลกส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติบ้านเมือง จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง ร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา

(United Nations Office on Drugs and Crime, 2022) จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือที่ประสบปัญหายาเสพติดอย่างรุนแรง เนื่องจากเป็นพื้นที่ติดต่อกับพื้นที่เสี่ยงด้านการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้านและเป็นเส้นทางผ่านของยาเสพติดจากสามเหลี่ยมทองคำ ส่งผลให้มีจำนวนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้น สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนและครอบครัวอย่างมาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568) พบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดพะเยา ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 1,281, 671 และ 1,642 ราย ตามลำดับ และยังพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับสีแดง (คลุ้มคลั่ง) ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 98, 68 และ 86 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะอำเภอจุนในปี พ.ศ.2568 เป็นอำเภอที่พบผู้ป่วยยาเสพติดสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดรองจากอำเภอเมืองพะเยา พบผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอจุนในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 277, 87 และ 288 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 39 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.44 เป็นกลุ่มผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.78 ยาเสพติดหลักที่ใช้ คือ ยาบ้า ร้อยละ 94.72 สถานะของผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 65.56 รองลงมาในสถานะผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 28.33 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศ ซึ่งผู้ใช้ยาเสพติดหน้าใหม่จะมีแนวโน้มอายุน้อยลงซึ่งเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยพบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับสีแดง (คลุ้มคลั่ง) ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 2, 1 และ 0 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มสีแดงดังกล่าวเป็นกลุ่มคนที่อันตรายและอาจจะสร้างความเดือดร้อนในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมก็เป็นได้ นอกจากนี้ปัญหาอีกอย่างของกระบวนการบำบัดรักษา ในปี พ.ศ. 2565-2567 ร้อยละ 75.23, 66.67 และ 43.65 ตามลำดับ มีอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามของ ผู้ผ่านการบำบัดทุกระบบมีแนวโน้มลดลงทุกปี นอกจากนี้ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดแล้ว ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำในกลุ่มผู้ที่ผ่านกระบวนการดูแลบำบัดรักษาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568) นอกเหนือจากมาตรการป้องกัน บำบัด ปรามปรามแล้ว อีกมาตรการหนึ่งที่สำคัญ คือ มาตรการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือประคับประคองหลังจากกระบวนการบำบัดเสร็จสิ้นก็เป็นอีกหนึ่งตัวแปรสำคัญที่อาจจะช่วยลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามเพื่อที่จะส่งผลให้ผู้ผ่านกระบวนการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทักษะชีวิตและพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การเลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดได้อย่างจริงจัง การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน สิ่งที่จะช่วยให้ปัญหานี้ลดความรุนแรงลง คือ การช่วยให้ผู้เสพติดสามารถลด ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติดได้ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม โดยอาศัยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ที่ประกาศให้ผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท คือ ผู้ป่วยและต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมาย โดยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบันภาครัฐเองไม่สามารถนำผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการบำบัดในสถานพยาบาลได้ทั้งหมด (Hospital based) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community based) เพื่อตอบโจทยการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงมีแนวคิดที่ว่าผู้เสพทุกคนไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ครอบครัวและบุคคลในชุมชนสามารถดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ จึงเกิดแนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community Based Treatment and Care : CBTX) ขึ้น (นภัทร ภัคติสรวิชญ์ และคณะ, 2564) ซึ่งแนวทางนี้

สอดคล้องกับแนวคิดที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) แนะนำให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้เฒ่าและสารเสพติดให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคม ชุมชน ที่ตนอาศัยอยู่ได้โดยไม่ทำให้สังคมชุมชนเดือดร้อน (นิตยา ฤทธิศรี และคณะ, 2565)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม Community Based Treatment and Care : CBTx เป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีความยืดหยุ่นและแทรกแซงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยน้อยกว่าวิธีอื่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะชีวิตด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาตนเองให้สามารถลด ละหรือเลิกเสพยาเสพติดได้ โดยให้ชุมชนออกแบบระบบการบำบัดฟื้นฟูตามบริบทของพื้นที่ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเป็นการช่วยลดมลทิน (Stigma) และกระตุ้นให้ชุมชนมีการคาดหวังถึงผลลัพธ์เชิงบวกอันเป็นการเสริมพลังชุมชน องค์กร เครือข่าย องค์กรด้านสังคมในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน สมาชิกในชุมชนทุกคนส่งเสริมกันให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเครือข่ายการบูรณาการงานในรูปแบบของการสร้างเสริมพลังในตนเอง ลดการส่งผู้ป่วยเข้าสู่สถานบำบัดและลดการกักขังผู้ป่วยในศูนย์บำบัดหรือเรือนจำ กระบวนการหลักในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากการศึกษาของ ญัฐพร ผลงาม (2564) ในจังหวัดระยอง พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและลดปัญหาเสพยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของสันติ โพธิ์ทอง และมนชญา เสรีวิวัฒนา (2567) ในจังหวัดนนทบุรี พบว่าการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย งานวิจัยหลายฉบับสะท้อนว่าแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนผสมผสานกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและศรัทธาในตนเอง ช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ซ้ำได้อย่างชัดเจน เช่น งานวิจัยของอารี จันโต และปรียา ภูพานิช (2561) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการเสริมพลังด้านความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย การศึกษาหลายชิ้นยังยืนยันว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ผ่านกระบวนการ เช่น การวางแผนร่วม การสร้างกลไกเฝ้าระวัง การอบรมทักษะอาชีพ และการติดตามต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนในการฟื้นฟูและลดการเสพยาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ, 2566 และประพัทธ์ ธรรมวงศา, 2567)

จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง ชุมชนยังคงมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดพะเยาเดิมมีโครงการ “CBTx พะเยาล้อมรั้วอย่างยั่งยืน” เป็นโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติดจังหวัดพะเยา ร่วมกับ ตำรวจภูธรจังหวัดพะเยา เพื่อให้คนในชุมชนในพื้นที่จังหวัดพะเยา เกิดความเข้มแข็ง เข้าใจ รับรู้ถึงปัญหาและพิษภัยที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด สามารถแก้ไขปัญหได้อย่างรอบด้าน โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลผ่านการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างสงบสุข แต่ด้วยการดำเนินงานเป็นแบบบนลงล่าง ชุมชนมักเป็นผู้รับคำสั่งมากกว่าผู้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทำให้ขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืน เมื่อโครงการหรือการสนับสนุนหมดลง การดำเนินงานก็จะชะงักไปด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568)

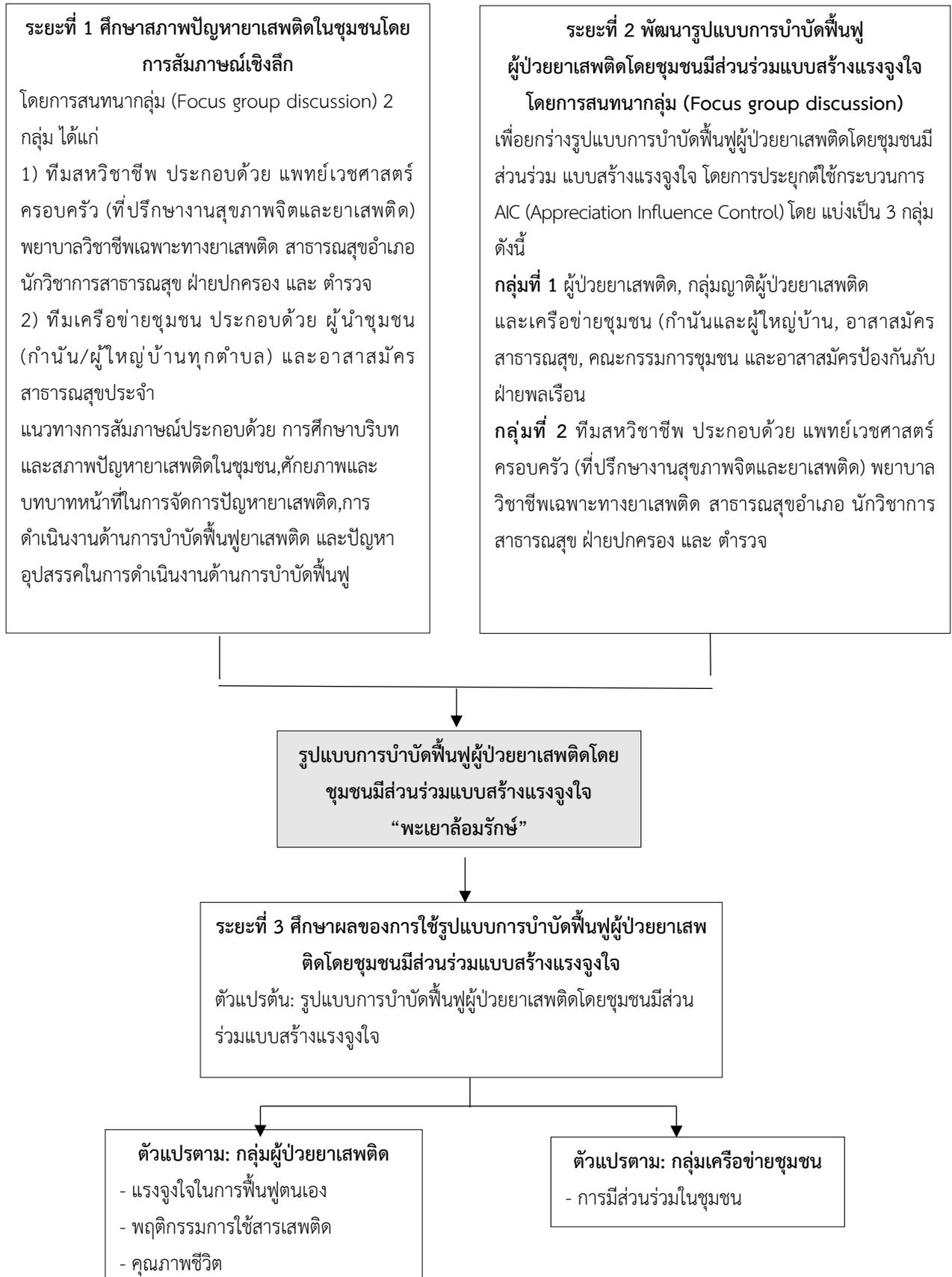
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนา “รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ” โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในดำเนินการตั้งแต่เริ่มวางแผน ออกแบบโปรแกรม จนถึงการประเมินผล เพราะเป็นการใช้พลังของชุมชนและภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกให้กับผู้ป่วยในการเลิกใช้ยาเสพติดอย่างยั่งยืน และให้สอดคล้องกับบริบทในชุมชนของอำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาสังคม และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบำบัดฟื้นฟู ดังนั้น การศึกษาและพัฒนาแบบนี้จะไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ แต่ยังสามารถนำไปขยายผลในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสังคมปลอดภัยจาก ยาเสพติดตามนโยบายของภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ได้รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไปได้ รวมทั้งเป็นการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาเสพติด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาเสพติดของชุมชนในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบบสร้างแรงจูงใจในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบบสร้างแรงจูงใจครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้ดำเนินการออกแบบการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเสพติดของชุมชน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ และระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบบสร้างแรงจูงใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพ คือ ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลจุนที่มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 6 คนประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ที่ปรึกษางานสุขภาพจิตและยาเสพติด) 1 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางยาเสพติด 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ฝ่ายปกครองระดับอำเภอ 1 คน และตำรวจ 1 คน
2. เครือข่ายชุมชน คือ ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนและมีความเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านทุกตำบล) 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 คน คณะกรรมการชุมชน 14 คน อาสาสมัครป้องกันฝ่ายพลเรือน (อปพร.) 14 คน
3. ผู้ป่วยยาเสพติด คือ ผู้สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชน จำนวน 35 คน
4. ญาติผู้ป่วยยาเสพติด คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดยาเสพติดในชุมชนครอบครัวละ 1 คน จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด SOCRATES 8D 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด บคก.กสธ. V.2 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI และ 4) แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation Assessment Form) (รอดิหัยะ เจ๊ะโซ๊ะ และคณะ, 2561; ราศรี อาษาจิตรและสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, 2566; เสาวลักษณ์ บุญรัตน์, 2567; และประพันธ์ ธรรมวงศา, 2567)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ 2) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group) ในประเด็นคำถามปัญหายาเสพติด การดำเนินการ การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปัญหา อุปสรรคในอดีตและปัจจุบัน และความคาดหวังในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ได้แก่ แบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ แบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบจากผู้พัฒนา ผู้วิจัยได้ขอและได้รับอนุญาตในการใช้แบบสอบถามและนำไปใช้ตามต้นฉบับโดยไม่มีการดัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงข้อความ เพื่อรักษาคุณภาพและมาตรฐานของเครื่องมือที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทและลักษณะแตกต่างจากงานวิจัยต้นฉบับ ผู้วิจัยจึงได้ทำการ

ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92, 0.80, 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (≥ 0.70) แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในบริบทของการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) การตรวจสอบด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) และการตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเสพติดในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา รวมทั้งศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เชิงลึกในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน และนำข้อมูลมาสรุปและจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ผู้ป่วยยาเสพติดและญาติที่ผ่านการบำบัดและไม่กลับมาเสพซ้ำ และเครือข่ายชุมชน และกลุ่มที่ 2 ทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในชุมชนในอดีต ปัจจุบัน ความคาดหวัง/ไฝฝืนการแก้ไขปัญหาเสพติด และแนวทางในการจัดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในแบบฉบับของชุมชนดำเนินการ สำหรับการจัดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการออกแบบรูปแบบการบำบัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ย้อนอดีต ทบทวนปัจจุบัน วาดฝันอนาคต (Appreciation) ร่วมกันค้นหาปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ
2. สร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด (Influence) โดยเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกันกำหนดรูปแบบฯ
3. กำหนดแนวทางการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสร้างแรงจูงใจ (Control) โดยนำแนวทางการพัฒนาจากขั้นตอน Influence มาจัดลำดับความสำคัญและร่วมกันกำหนดรูปแบบจากการมีส่วนร่วม
4. นำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ

5. การติดตามและประเมินผล หลังจากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้
5.1. กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ใช้เครื่องมือแบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรม
การใช้สารเสพติด แบบสอบถามคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ

5.2 กลุ่มเครือข่ายชุมชน ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในก่อนและหลังเข้าร่วมใช้รูปแบบฯ
ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้าง
แรงจูงใจ นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูไปใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจอำเภอจุน จำนวน 35 คน กลุ่ม
เครือข่ายชุมชน ประกอบด้วยกำนันและผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการชุมชน และ
อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 49 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟู
ตนเอง, พฤติกรรมการใช้สารเสพติด, และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีสถิติที่ใช้ ประกอบด้วย
สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ
แรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด, พฤติกรรมการใช้สารเสพติด, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด
และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการวิจัยด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษยศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พะเยาตรวจสอบ ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรม เลขที่ 030/2568 วันที่ 4 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา ยาเสพติดและความต้องการของชุมชนพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ในชุมชนพบผู้เสพยาใหม่และกลับมาเสพยาจำนวนมาก โดยเฉพาะ
กลุ่มเยาวชนด้วยปัญหาด้านครอบครัว ส่วนใหญ่เยาวชนจะอาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย เนื่องจากบิดาและมารดา
ต้องทำงานนอกบ้านทำให้ขาดความใกล้ชิดและระยะของช่วงอายุทำให้มีความคิดที่แตกต่างระหว่างเยาวชน
และครอบครัว ส่งผลให้เยาวชนหันไปปรึกษาเพื่อน จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่เยาวชนติดเพื่อนและมีพฤติกรรม
เสี่ยงที่จะใช้ ยาเสพติด ประกอบกับการถูกชักชวนโดยวัยรุ่นจากหมู่บ้านอื่น ปัญหาการกลับมาเสพยา ส่วนใหญ่
ผู้เสพยาไม่มีอาชีพเป็นหลักแหล่งทำให้ขาดรายได้ จึงหันกลับไปเป็นลูกค้าหรือผู้เสพยา รวมทั้งครอบครัวไม่ให้ความ
ร่วมมือในการดูแลผู้เสพยาหลังจากผ่านการบำบัดหรือผ่านการดำเนินคดี ระยะเวลาในการบำบัดน้อยเกินไป
ปัญหากระบวนการทำงานด้านยาเสพติดในชุมชน ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมี

ส่วนร่วมในชุมชน โดยให้หน่วยงานภาครัฐ เป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ โดยชุมชนจะเป็นผู้รับคำสั่งและดำเนินการตามแนวทางที่ได้รับการสั่งการเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ชุมชนขาดความใส่ใจในการเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาที่แท้จริง อีกทั้งคนในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเนื่องจากปัญหาหายาเสพติดเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน อ่อนไหวต่อความรู้สึกของคนในชุมชน มีความซับซ้อนต่อกลไกและกระบวนการทางสังคมในชุมชน ดังนั้นชุมชนมีความต้องการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ ร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไรให้สอดคล้องกับบริบทของอำเภอจุน เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ ติดตามและประเมินผลให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว”

จากการออกแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของชุมชน และการร่วมกันคิด วางแผน กำหนดรูปแบบผ่านการสนทนากลุ่มอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน จึงก่อให้เกิดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ ภายใต้ชื่อ “พะเยาล้อมรั้ว” ที่ตอบสนองต่อบริบทของอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นการนำแนวคิดความรักและความเอื้ออาทรของชุมชนมาเป็นพลังในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้กลับมาเป็นคนดีของสังคม ลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และลดผลกระทบเชิงลบที่มีต่อชุมชนและครอบครัวในระยะยาว โดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบำบัดฟื้นฟู ดังนี้

2.1 การค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง กำหนดให้มีศูนย์คัดกรองทั้งระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้านทุกแห่ง แบ่งหน้าที่การดูแลอาสาสมัครเฝ้าระวังภัยและยาเสพติด 1 คนดูแล 5-7 ครัวเรือน โดยมีการประชุมหมู่บ้าน ประชาคมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ ร่วมคิด วิเคราะห์แนวทางการดำเนินงาน แจ้งข่าวสารและกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งค้นหา คัดกรองและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติดและหาวิธีแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด โดยการนำผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดทั้งจากข้อมูลตำรวจ ชุมชน โดยใช้หลักความสมัครใจ และสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัด โดยมีเงื่อนไข คณะกรรมการจะทราบรายชื่อหรือข้อมูลได้ ไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ ไม่ส่งตำรวจ จะดูแลกันในชุมชน รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างเข้าใจ การยอมรับและความไว้วางใจจากคนในชุมชน

2.2 การบำบัด กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูโดยเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจโดยถูกออกแบบจากชุมชน ใช้เวลาการดำเนินกิจกรรม 20 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลา 5 เดือน (รอดิหะยะ เจ๊ะโซ๊ะ และคณะ, 2561) ดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจตัวตน ครั้งที่ 2 การรู้จักและยอมรับปัญหา ครั้งที่ 3 การค้นหาแรงจูงใจภายใน ครั้งที่ 4 การสร้างเป้าหมายชีวิตใหม่ ครั้งที่ 5 การจัดการอารมณ์และความเครียด ครั้งที่ 6 การสร้างความภูมิใจในตัวเอง ครั้งที่ 7 การเผชิญหน้ากับสิ่งกระตุ้น ครั้งที่ 8 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ครั้งที่ 9 การค้นหาความหมายและจุดประสงค์ชีวิต ครั้งที่ 10 การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ครั้งที่ 11 Art

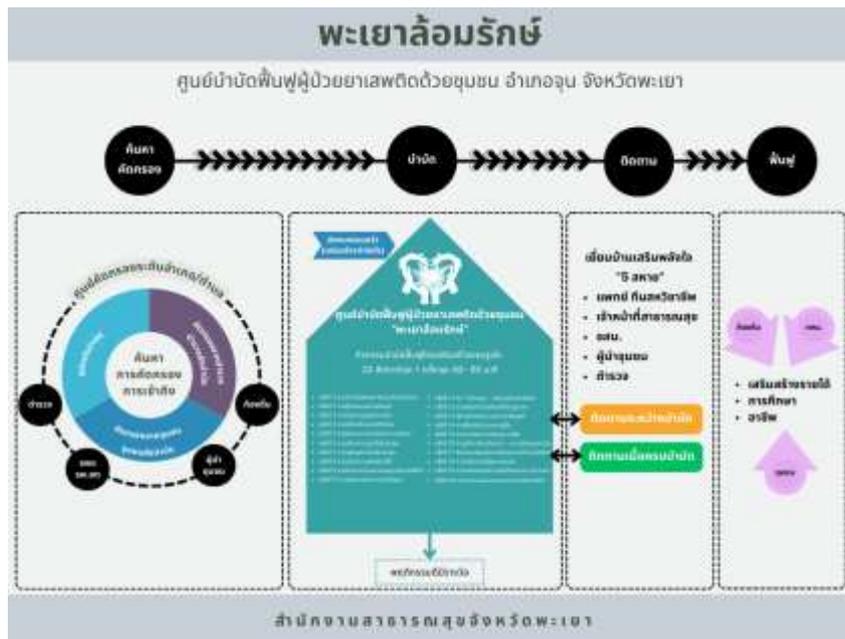
Therapy – แสดงออกผ่านศิลปะ ครั้งที่ 12 การสร้างกิจวัตรใหม่ที่ดีต่อสุขภาพ ครั้งที่ 13 Mindfulness และการเจริญสติ ครั้งที่ 14 การให้อภัยตัวเองและผู้อื่น ครั้งที่ 15 การวางแผนการเงินและอาชีพ ครั้งที่ 16 การสร้าง Resilience – ความยืดหยุ่นทางใจ ครั้งที่ 17 กิจกรรมกลุ่มกลางแจ้งและการทำงานเป็นทีม ครั้งที่ 18 การเตรียมตัวสู่โลกภายนอก ครั้งที่ 19 การเฉลิมฉลองความสำเร็จและความก้าวหน้า และครั้งที่ 20 การวางแผนอนาคตและการเดินทางต่อไป ตัวแทนชุมชนร่วมกันทำค้ำยันสัญญาร่วมกับผู้บำบัดและสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน ในระหว่างการบำบัดมีการเสริมกำลังใจโดยนัดพบครอบครัวกับผู้บำบัดพบปะกันและชุมชนมีการมอบรางวัลแก่ผู้บำบัดที่มีพฤติกรรมที่ดี

2.3 การติดตาม ชุมชนจะมีการติดตามและประเมินผลทั้งระหว่างบำบัดและหลังจากบำบัดเสร็จ โดยเยี่ยมบ้านเสริมพลังใจจากทีม “5 สหาย” ได้แก่ แพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน และตำรวจ อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้บำบัดกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งลดผู้เสพรายใหม่ ด้วยการดูแลในชุมชน โดยการติดตาม 2 ช่วงได้แก่ การติดตามระหว่างบำบัด จะมีการติดตามเดือนละ 1 ครั้ง จนครบระยะเวลาการบำบัด และการติดตามหลังการบำบัด จะมีการติดตามทุก 3,6,9 เดือน 1 ปี และ 2 ปี

2.4 การฟื้นฟู ใช้หลักการ “ให้อภัย ให้ออกาส” โดยจัดกิจกรรมสร้างความสามัคคี จิตอาสา ระหว่างผู้บำบัดและชุมชน ให้เกิดความตระหนักและจิตสำนึกในการช่วยเหลือและร่วมมือกัน จัดกิจกรรมสร้างอาชีพ สร้างฝีมือ ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียน โดยหน่วยงานจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กรมส่งเสริมการเรียนรู้ (สกร.) และชุมชน

3. ผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว”

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ ภายใต้ชื่อ “พะเยาล้อมรั้ว” มาทดลองใช้ในกลุ่มผู้บำบัดยาเสพติดในอำเภोजุน จังหวัดพะเยา จำนวน 35 คน โดยโปรแกรมกิจกรรมบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 20 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที และมีการติดตามระหว่างบำบัดทุกเดือน พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยยาเสพติด 35 คน ในอำเภोजุน พบว่าส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 98.00 อยู่ในช่วงอายุ 21-45 ปี ร้อยละ 64.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 68.00 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 58.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.00 ช่วงรายได้ 0-5,000 บาท ร้อยละ 78.00 อาศัยร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 80.00 ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความราบรื่น ร้อยละ 58.00 การเข้าร่วมระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสมัครใจยินยอมตามมาตรการกีดกันทางกฎหมาย (ม.114) ร้อยละ 60.00 ยาเสพติดที่ใช้หลักในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเป็นยาบ้า ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1



ภาพที่ 2 โมเดลพะเยาล้อมรั้ว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรูปแบบ CBTx พะเยาล้อมรั้วอย่างยั่งยืน กับ พะเยาล้อมรั้วอำเภอจุน

| ประเด็นเปรียบเทียบ | CBTx พะเยาล้อมรั้วอย่างยั่งยืน (รูปแบบเดิม) | พะเยาล้อมรั้ว อำเภอจุน (รูปแบบใหม่) |
|--------------------|---|---|
| ที่มาและแนวคิดหลัก | เน้นแนวคิด CBTx การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างแรงจูงใจ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นำกระบวนการร่วมกับชุมชน | เกิดจากกระบวนการ AIC โดยชุมชนร่วมคิด-วางแผน-ออกแบบรูปแบบการบำบัดเอง |
| จุดมุ่งหมายหลัก | เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถดูแลผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบติดตามต่อเนื่อง | พัฒนารูปแบบบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจ ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน มุ่งฟื้นฟูความสัมพันธ์ ความรัก และความเอื้ออาทรในชุมชน |
| โครงสร้างกิจกรรม | เน้นการพัฒนาศักยภาพทีมคณะทำงาน ในการเฝ้าระวัง ค้นหา บำบัดฟื้นฟู และติดตาม | ครอบคลุม 4 กระบวนการหลัก (ค้นหา/คัดกรอง - บำบัด - ติดตาม - ฟื้นฟู) โดยเนื้อหาออกแบบเองโดยชุมชน |
| บทบาทของชุมชน | ชุมชนมีบทบาทสำคัญ แต่โครงสร้างถูกกำหนดจากส่วนกลางและหน่วยงานรัฐเป็นหลัก | ชุมชนเป็นผู้คิด-วางแผน-ดำเนินการ-ออกแบบ โปรแกรมบำบัด-ติดตาม-และประเมินผลด้วยชุมชนเอง |
| รูปแบบการบำบัด | ใช้ค่าย CBTx รูปแบบมาตรฐาน ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, เสริมแรงจูงใจ, และส่งเสริมอาชีพ | ใช้โปรแกรมบำบัด 20 สัปดาห์ ระยะเวลาสั้นขึ้น เน้นแรงจูงใจภายใน, ศิลปะบำบัด, การเจริญสติ, การพัฒนาชีวิต, และส่งเสริมอาชีพ |

| ประเด็นเปรียบเทียบ | CBTx พะเยาล้อมรั้วอย่างยั่งยืน (รูปแบบเดิม) | พะเยาล้อมรั้ว อำเภोजุน (รูปแบบใหม่) |
|----------------------------------|--|---|
| ระยะเวลาโปรแกรมบำบัด | ระยะเวลาสั้น 8 สัปดาห์ (ขึ้นกับค่าย CBTx มาตรฐาน) | 20 สัปดาห์ (5 เดือน) เข้มข้นและต่อเนื่อง |
| วิธีคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง | ใช้ระบบ Re-Xray ระดับรุนแรงสีเขียวและเหลือง ผ่านศูนย์คัดกรอง | ใช้โครงสร้างคัดกรองหลายระดับ (อำเภอ-ตำบล-หมู่บ้าน) และ อส. ดูแล 5-7 คริวเรือน พร้อมประชาคมหมู่บ้าน |
| การติดตามหลังบำบัด | ใช้ชุดติดตามหมู่บ้าน (ขตม.) ร่วมกับตำรวจ (ขป.) เผื่อระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง | ทีม “5 สหาย” ได้แก่ แพทย์หรือสหวิชาชีพ สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ตำรวจ ระหว่างบำบัดติดตามทุก 1 เดือน และหลังบำบัดติดตาม 3-6-9-12-24 เดือน |
| ความต่อเนื่องในการฟื้นฟูผู้บำบัด | เชื่อมต่อการส่งเสริมอาชีพ และให้ชม. ติดตามช่วยเหลือ | เน้น “ให้อภัย ให้โอกาส” สร้างกิจกรรมชุมชน, จิตอาสาและพัฒนาทักษะอาชีพ โดยหลายหน่วยงานร่วมสนับสนุน |
| ความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่ | ใช้รูปแบบกลางที่ประยุกต์ให้เข้ากับจังหวัดพะเยา | ออกแบบให้มีความเหมาะสมสูงที่สุดตามบริบทชุมชน |
| ความยั่งยืน | ยั่งยืนผ่านระบบขตม. และการบูรณาการหลายฝ่าย | ยั่งยืนด้วยการที่ ชุมชนเป็นเจ้าของรูปแบบและร่วมดูแลทุกขั้นตอน |

ผลการเปรียบเทียบแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พฤติกรรมใช้สารเสพติด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู พบว่าค่าเฉลี่ยแรงจูงใจด้านการรับรู้ตนเองก่อนเท่ากับ 22.04 และหลังเพิ่มเป็น 29.02 แรงจูงใจด้านความลึกลับก่อนเท่ากับ 10.80 และหลังลดลงเป็น 7.52 แรงจูงใจด้านการลงมือทำก่อนเท่ากับ 33.28 และหลังเพิ่มเป็น 35.56 และแรงจูงใจรวมก่อนเท่ากับ 66.12 และหลังเพิ่มเป็น 72.10 โดยแรงจูงใจทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.001$ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดก่อนและหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ก่อนบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเท่ากับ 18.00 และหลังจากบำบัดฯ มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง 11.64 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.001$ ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายก่อนเท่ากับ 31.32 และหลังเพิ่มเป็น 32.82 ด้านจิตใจก่อนเท่ากับ 25.16 และหลังลดลงเป็น 24.12 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนเท่ากับ 10.58 และหลังเพิ่มเป็น 11.84 ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนเท่ากับ 29.92 และหลังเพิ่มเป็น 31.64 และคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนเท่ากับ 100.88 และหลังเพิ่มเป็น 104.26 โดยคุณภาพชีวิตทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในชุมชนก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ประกอบด้วยเครือข่ายชุมชน พบว่า พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และตัดสินใจก่อนเท่ากับ 10.41 และหลังเพิ่มเป็น 12.55 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อนเท่ากับ 3.64 และหลังเพิ่มเป็น 4.46 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ก่อนเท่ากับ 3.71 และหลังเพิ่มเป็น 4.29 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลก่อนเท่ากับ 3.70 และหลัง

เพิ่มเป็น 4.41 และการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเท่ากับ 21.47 และหลังเพิ่มเป็น 25.70 โดยคุณภาพชีวิต ทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ P-value < 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พฤติกรรมใช้สารเสพติด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด และการมีส่วนร่วมในชุมชนของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

| | ด้าน | ระดับ | M | SD. | t | df | P-value | |
|---|---------------------------|---------|---------|--------|-------|--------|-----------|-----------|
| แรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด (n=35) | ด้านการรู้ตนเอง | ก่อน | ต่ำมาก | 22.04 | 5.63 | -10.71 | 34 | <0.001*** |
| | | หลัง | ต่ำ | 29.02 | 2.54 | | | |
| | ด้านความลังเล | ก่อน | ต่ำมาก | 10.80 | 3.29 | 5.95 | 34 | <0.001*** |
| | | หลัง | ต่ำมาก | 7.52 | 2.51 | | | |
| | ด้านการลงมือทำ | ก่อน | ปานกลาง | 33.28 | 4.16 | -4.99 | 34 | <0.001*** |
| | | หลัง | ปานกลาง | 35.56 | 3.02 | | | |
| แรงจูงใจโดยรวม | ก่อน | ปานกลาง | 66.12 | 10.02 | -5.42 | 34 | <0.001*** | |
| | หลัง | สูง | 72.10 | 5.27 | | | | |
| พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด (n=35) | พฤติกรรมการใช้สารเสพติด | ก่อน | ปานกลาง | 18.00 | 7.61 | 8.62 | 34 | <0.001*** |
| | หลัง | น้อย | 11.64 | 5.94 | | | | |
| คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด (n=35) | ด้านสุขภาพกาย | ก่อน | ดี | 31.32 | 4.78 | -2.65 | 34 | 0.011* |
| | | หลัง | ดี | 32.82 | 3.48 | | | |
| | ด้านจิตใจ | ก่อน | ดี | 25.16 | 3.63 | 2.74 | 34 | 0.008** |
| | | หลัง | ดี | 24.12 | 2.64 | | | |
| | ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | ก่อน | ปานกลาง | 10.58 | 2.38 | -3.35 | 34 | 0.002** |
| | | หลัง | ดี | 11.84 | 1.09 | | | |
| | ด้านสิ่งแวดล้อม | ก่อน | ดี | 29.92 | 5.17 | -3.31 | 34 | 0.002** |
| | | หลัง | ดี | 31.64 | 4.66 | | | |
| | คุณภาพชีวิตโดยรวม | ก่อน | ดี | 100.88 | 13.86 | -2.48 | 34 | 0.017* |
| | | หลัง | ดี | 104.26 | 10.15 | | | |
| การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (n=49) | การคิด วางแผน และตัดสินใจ | ก่อน | ปานกลาง | 10.41 | 2.47 | -11.27 | 49 | <0.001*** |
| | | หลัง | ดี | 12.55 | 2.09 | | | |
| | การดำเนินงาน | ก่อน | ดี | 3.64 | 0.93 | -9.15 | 49 | <0.001*** |
| | | หลัง | ดี | 4.46 | 0.50 | | | |
| | การรับผลประโยชน์ | ก่อน | ดี | 3.71 | 0.79 | -7.48 | 49 | <0.001*** |
| | | หลัง | ดี | 4.29 | 0.53 | | | |
| การติดตามและ | ก่อน | ดี | 3.70 | 1.01 | -8.94 | 49 | <0.001*** | |
| | หลัง | ดี | 4.29 | 0.53 | | | | |

| ด้าน | ระดับ | M | SD. | t | df | P-value |
|---------------|--------------|-------|------|--------|----|-----------|
| ประเมินผล | หลัง ดี | 4.41 | 0.65 | | | |
| การมีส่วนร่วม | ก่อน ปานกลาง | 21.47 | 4.25 | -12.22 | 49 | <0.001*** |
| โดยรวม | หลัง ดี | 25.70 | 3.34 | | | |

***P-value \leq 0.001, ** P-value \leq 0.01, * P-value \leq 0.05

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาสุขภาพเสพติดและความต้องการของชุมชนพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ปัญหาผู้เสพรายใหม่และการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มเยาวชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัญหาหลักเกิดจากปัจจัยด้านครอบครัว โดยเยาวชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย เนื่องจากบิดามารดาต้องทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ขาดความใกล้ชิดและมีช่องว่างของความเข้าใจระหว่างวัย ทำให้เยาวชนหันไปพึ่งพากลุ่มเพื่อนและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกรัตน์ หามนตรี (2561) พบว่าการขาดความอบอุ่นในครอบครัว การขาดพ่อแม่ดูแลและการขาดแบบอย่างที่ดีจากผู้ปกครองเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสพยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนภาคเหนือ นอกจากนี้ยังพบว่าช่องว่างระหว่างวัยและความแตกต่างทางความคิดระหว่างเยาวชนกับผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและความเข้าใจในครอบครัว และการพึ่งพากลุ่มเพื่อนเป็นแหล่งปรึกษาแทนครอบครัว (ผกามาศ โรยทอง, 2565) ปัญหาการกลับมาเสพซ้ำ พบว่า สาเหตุหลักมาจากการขาดอาชีพและรายได้ที่มั่นคง ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดหันกลับไปค้าหรือเสพยาเสพติดอีกครั้ง ประกอบกับการขาดความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแลหลังการบำบัด และระยะเวลาในการบำบัดที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2564) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญของการกลับไปเสพซ้ำคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม การขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และระบบการติดตามดูแลหลังการบำบัดที่ไม่มีประสิทธิภาพและการขาดเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นตัวอย่างยั่งยืนของผู้เสพ การดำเนินงานด้านยาเสพติด ในพื้นที่ส่วนใหญ่ใช้แนวทางเชิงอำนาจ โดยหน่วยงานภาครัฐ เป็นผู้กำหนดนโยบายและสั่งการ ขณะที่ชุมชนเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง ส่งผลให้ชุมชนขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและขาดแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิวิมล คำเมือง และคณะ (2565) ที่พบว่า การแก้ปัญหาเสพติดที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องมีการมีส่วนร่วมของชุมชนเริ่มจากสถาบันครอบครัว ชุมชนและการเมือง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในบริบทท้องถิ่นและการยอมรับจากคน ในชุมชน (ประสงค์ รัศมีมูงทอง และคณะ, 2566)

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรัศมี”

รูปแบบการบำบัดฯ ที่ได้รับการออกแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวัง รูปแบบฯ กำหนดให้มีศูนย์คัดกรองทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประสงค์ รัศมีมูงทอง และคณะ (2566) ที่พบว่า ระบบเฝ้า

ระวังชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ฤทธิศรี (2565) ที่เน้นความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์คัดกรองในหลายระดับเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง การใช้หลักความสมัครใจและการไม่เปิดเผยชื่อที่อยู่ของผู้เข้ารับการรักษาในรูปแบบนี้ การสร้างความไว้วางใจและการรักษาความลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวกล้าเข้าสู่กระบวนการบำบัด กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูแบบสร้างแรงจูงใจ โดยถูกออกแบบจากชุมชน ใช้เวลาการดำเนินกิจกรรม 20 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลา 5 เดือน ซึ่งการบำบัดที่มีประสิทธิภาพควรใช้ระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไปสอดคล้องกับงานวิจัยของผ่องพรรณ คำน้อย (2568) ที่พบว่ากลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาด้วยโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางและติดตามในระยะเวลา 3 เดือน มีการกลับไปเสพยาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาแบบปกติ และการบำบัดควรใช้แนวทางสร้างแรงจูงใจ ที่เน้นการให้ผู้บำบัดตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของการใช้ยาเสพติดด้วยตนเอง พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง เน้นความสำคัญของการพัฒนาทักษะชีวิตและการสร้างทางเลือกใหม่ในชีวิตสำหรับผู้บำบัด การบูรณาการกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งด้านจิตใจ สุขภาพกาย และทักษะอาชีพ เน้นการดูแลผู้บำบัดอย่างครอบคลุมทุกมิติ (สันติ โพธิ์ทอง และมนัชญา เสรีวิวัฒนา, 2567) รูปแบบฯ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวระหว่างการบำบัด โดยมีการนัดพบระหว่างครอบครัวกับผู้บำบัด รวมทั้งชุมชนมีการมอบรางวัลแก่ผู้บำบัดที่มีพฤติกรรมที่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำ การติดตามโดยทีม "5 สหาย" รูปแบบการติดตามและประเมินผลที่ใช้ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์/ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตำรวจ เพื่อเยี่ยมบ้านและเสริมพลังใจอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารมณ์ ภูมิ (2567) พบว่า การทำงานแบบบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ การฟื้นฟูโดยใช้หลักการ "ให้อภัย ให้ออกาส" รูปแบบการฟื้นฟูที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ จิตอาสา ระหว่างผู้บำบัดและชุมชน การจัดกิจกรรมสร้างอาชีพและส่งเสริมการศึกษา โดยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐและชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐภัทร ดีช่วย และคณะ (2568) ที่พบว่า ความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่ใช้หลักการ "ชุมชนบำบัด" (Community-Based Treatment) การสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพ และการยอมรับจากชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

3. ผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ "พะเยาล้อมรักรักษ์"

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศเยาวชนชาย การศึกษามัธยมศึกษา ว่างานและรายได้น้อยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผกามาศ โรยทอง (2565) ที่พบว่า กลุ่มผู้ใช้ยา

เสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดและการกลับไปเสพติด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่ระบุว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและมีอาชีพไม่มั่นคงมีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติดต่อเนื่องเนื่องจากขาดทางเลือกในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 80.00) และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ราบรื่น (ร้อยละ 58.00) แสดงให้เห็นว่า แม้จะมีครอบครัวแต่ยังคงมีปัญหาการใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชลี อินต๊ะสงค์ (2565) ที่พบว่า การมีครอบครัวเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการป้องกันการใช้ยาเสพติด หากขาดการสื่อสารที่มีคุณภาพและการเฝ้าระวังที่เหมาะสม ผลต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบ "พะเยาล้อมรั้ว" ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .001$) ทั้งด้านการรับรู้ตนเอง (จาก 22.04 เป็น 29.02) ด้านการลงมือทำ (จาก 33.28 เป็น 35.56) และแรงจูงใจรวม (จาก 66.12 เป็น 72.10) ขณะที่ความลังเลลดลง (จาก 10.80 เป็น 7.52) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชลี อินต๊ะสงค์ (2565) ที่พบว่า การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) สามารถเพิ่มการรับรู้ตนเองและลดความลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการบังคับหรือสั่งการ ผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .001$) จาก 10.80 เป็น 7.52 สอดคล้องกับงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และคณะ (2567) ที่พบว่า การบำบัดที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวสามารถลดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดได้มากกว่าการบำบัดแบบปกติที่เน้นเฉพาะตัวผู้บำบัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อารณ ภูมิ (2567) ที่ระบุว่า การติดตามอย่างใกล้ชิดโดยทีม สหวิชาชีพ และชุมชน เช่น ทีม "5 สหาย" เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยป้องกันการกลับไปเสพติด แม้ว่าพฤติกรรมที่ใช้สารเสพติดจะลดลง แต่ยังไม่หมดไปอย่างสิ้นเชิง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดยาเสพติดที่ว่าเป็นกระบวนการต่อเนื่องและต้องการการติดตามระยะยาวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .05$) ทั้งด้านสุขภาพกาย (จาก 31.32 เป็น 32.82) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (จาก 10.58 เป็น 11.84) ด้านสิ่งแวดล้อม (จาก 29.92 เป็น 31.64) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (จาก 100.88 เป็น 104.26) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และมนัญญา เสรีวิวัฒนา (2567) ที่พบว่า การบำบัดแบบองค์รวมที่ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดได้การได้รับการยอมรับจากชุมชนและการมีโอกาสนในการประกอบอาชีพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจกลับลดลง (จาก 25.16 เป็น 24.12) แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจเกิดจากการที่ผู้บำบัดเริ่มตระหนักถึงปัญหาและความท้าทายที่ต้องเผชิญในการเปลี่ยนแปลงชีวิต ในช่วงแรกของการบำบัด ผู้บำบัดอาจมีความวิตกกังวลและความกดดันทางจิตใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเผชิญหน้ากับความเป็นจริงและการปรับตัว แต่มักจะดีขึ้นในระยะติดตามระยะยาว ผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ เครือข่าย

ชุมชนและญาติผู้ป่วยยาเสพติดมีการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < .001) ทุกด้าน ได้แก่ ด้าน การคิด วางแผน และตัดสินใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีชญานี คำเหลือ และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2566) ที่พบว่า การใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงสามารถเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและ ความรับผิดชอบของชุมชนในการแก้ปัญหาเสพติด การให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการออกแบบจนถึงการ ประเมินผลจะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืนที่ เน้นการสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน (Community Empowerment) (ณัฐภัทร ดีช่วย และคณะ, 2568)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้สอดคล้องกับ บริบทของชุมชนมากขึ้น และผลการดำเนินงานสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของการบำบัดฟื้นฟูในพื้นที่อื่น ตลอดจนการประสานงานร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ วัด โรงเรียน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคเอกชน โดยเฉพาะในการสร้างโอกาสการประกอบอาชีพให้กับผู้ผ่านการบำบัด สร้างเครือข่ายผู้ผ่านการบำบัด ให้เป็นกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Peer Support Group) ซึ่งจะช่วยลดการ เสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดและลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบสนับสนุนครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับยา เสพติด ทักษะการสื่อสาร และการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ป่วย ให้เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยน ประสบการณ์
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว อย่างน้อย 2-3 ปีหลังการบำบัด เพื่อประเมินความยั่งยืนของ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อัตราการกลับไปเสพยา และคุณภาพชีวิตในระยะยาว
3. การวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผล เปรียบเทียบรูปแบบ "พะเยาล้อมรั้ว" กับรูปแบบ การบำบัดอื่นๆ ทั้งแบบ Hospital-based และ Community-based แบบอื่นๆ เพื่อประเมินข้อได้เปรียบ ข้อจำกัด และความคุ้มค่า วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) ของรูปแบบ "พะเยาล้อมรั้ว" เพื่อ เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณและขยายผลในระดับนโยบาย

รายการอ้างอิง

กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, เนาวรัตน์ เกษมพร, ภาสินี โทอินทร์, และนวลละออง ทองโคตร. (2564). ปัจจัยที่มีผล ต่อการบำบัดรักษาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), 1-12.
ณัฐพร ผลงาม. (2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนจังหวัดระยอง. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมการ*, 1(2), 49-71.

- ณัฐภัทร ดีช่วย, อมร หวังอัครางกูร, และวาสนา จาตุรัตน์. (2568). ถอดบทเรียนชุมชนต้นแบบด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษา:ชุมชนบ้านปากด่าน หมู่ 5 ตำบลบางเหริ่ง อำเภอบ้านลาด จังหวัดพะเยา. *วารสารศิลปการจัดการ*, 9(4), 90-104.
- นภัทร ภักดีศรีวิชัย, ภาคิน เจริญนนทสิทธิ์, และวรรณวรงค์ ศุภชัย. (2564). การมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐกับภาคประชาชนในการพัฒนาการบริการสาธารณสุขด้านบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 11(3), 371-383.
- นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, และศุภลักษณ์ จันทาญ. (2565). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง:กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(2), 50-63.
- นุชรีย์ ทองเจิม, อีรวัดณ์ สกุลมานนท์, และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์*, 13(2); 17-30.
- ประพันธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 6(1), 1-14.
- ประสงค์ รักมียองทอง, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, สุภาพร พูลเพิ่ม, และสิทธิธานนท์ แจ่มหอม. (2566). การพัฒนารูปแบบกสนจัดการเครือข่ายชุมชนเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมด้านการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพของชุมชนรอยต่อชายขอบจังหวัดสระบุรี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุนทรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(1), 187-199.
- ปรัชญาณี คำเหลือ, และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(3), 115-129.
- ผกามาศ ไรยทอง. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในสถานบริการ จังหวัดภูเก็ต. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(3), 63-80.
- ผ่องพรรณ คำน้อย. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในการกลับไปเสพซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด. *วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย*, 2(1), 1-17.
- รอดิหะ เจ๊ะโซ๊ะ, อรพิน คงหนู, และทิพย์สุคนธ์ มุลจันที. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเฮโรอีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. (รายงานการวิจัย). โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. ปัตตานี.
- ราศรี อาษาจิตร และสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านลาด จังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*. 16(2), 244-257.
- วัลลี อินตะสงค์. (2565). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. *วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา*, 2(2), 11-25.

- ศศิวิมล คำเมือง, สระเกตุ ปานเถื่อน, อีรตนย์ คงสิทธิ์รัตนตระกูล, และภาสกร ดอกจันทร์. (2565). นโยบายสาธารณสุขด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของประเทศไทย. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 22(2), 409-420.
- สันติ โพธิ์ทอง, และมนัชญา เสรีวิวัฒนา. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. *วารสารร้อยแก่นสาร*, 9(12), 1658-1675.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2568). *งานยาเสพติดและสุขภาพจิต*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://pyo.moph.go.th/index.php>.
- เสาวลักษณ์ บุญรัตน์. (2567) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเขียว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(4), 236-247.
- อาภรณ์ ภูมิ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 8(16), 70-85.
- เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 5(2), 434-451.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022: Booklet 2 — Global overview of drug demand and drug supply* [PDF]. United Nations. https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_2.pdf

การยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ โรงพยาบาลบ้านไร่

Enhancing the Quality of Outpatient Services with the Smart Hospital Concept at Ban Rai Hospital

ชล ศีลาเจริญ^{1*}
Chon Silacharoen^{1*}
โรงพยาบาลบ้านไร่^{1*}
Ban Rai Hospital^{1*}

(Received: 18 October 2025; Revised: 16 November 2025; Accepted: 29 December 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกภายใต้แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะของโรงพยาบาลบ้านไร่ โดยพิจารณาตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพบริการ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากร รวมถึงประสบการณ์รับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณประกอบด้วยผู้รับบริการและญาติ 428 คน และบุคลากร 20 คน รวม 448 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ ข้อมูลประสิทธิภาพบริการรวบรวมจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ในช่วงก่อนและหลังการยกระดับระบบอย่างน้อย 10 วันทำการ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการ 10 คน และบุคลากร 5 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired Sample t test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 120.00 นาทีเป็น 105.50 นาที $t = 9.214$ $P\text{-value} < 0.001$ จำนวนขั้นตอนบริการลดลงจาก 7 เป็น 5 ขั้นตอน $t = 12.006$ $P\text{-value} < 0.001$ ความหนาแน่นพื้นที่บริการลดลงจาก 58.20 เป็น 44.50 คนต่อชั่วโมง $t = 8.528$ $P\text{-value} < 0.001$ และจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันเพิ่มจาก 98.50 เป็น 121.30 คน $t = -7.334$ $p < 0.001$ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 3.95 เป็น 4.45 $t = -10.127$ $P\text{-value} < 0.001$ และความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มจาก 3.80 เป็น 4.32 $t = -7.958$ $P\text{-value} < 0.001$ ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนผลดังกล่าว โดยผู้รับบริการมองว่าขั้นตอนบริการชัดเจนขึ้น รู้ลำดับคิว ลดความสับสน และมองว่าระยะเวลารอคอยสั้นลง ขณะที่บุคลากรรายงานว่าระบบช่วยให้การทำงานคล่องตัวและมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น แม้ในช่วงเริ่มต้นจะต้องใช้เวลาในการปรับตัวและสนับสนุนผู้รับบริการบางกลุ่ม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะสามารถยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกทั้งด้านประสิทธิภาพและประสบการณ์ของผู้รับบริการและบุคลากร และสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: โรงพยาบาลอัจฉริยะ, คุณภาพบริการ, ผู้ป่วยนอก, ความพึงพอใจ, การประเมินผล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chonsilamd@gmail.com, ชล ศีลาเจริญ)

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of implementing a smart hospital model on the quality of outpatient services at Ban Rai Hospital focusing on service efficiency indicators patient and staff satisfaction and perceived experiences of stakeholders A mixed methods design was employed The quantitative sample comprised 448 participants including 428 patients or relatives and 20 staff members selected by systematic random sampling Service efficiency data were obtained from the hospital information system for at least ten working days before and after implementation Qualitative data were collected through in depth interviews with 10 patients and 5 staff and were analysed using content analysis Descriptive statistics and paired sample t tests were used for quantitative analysis After implementation mean waiting time decreased from 120.00 to 105.50 minutes $t = 9.214$ $P\text{-value} < 0.001$ the number of service steps decreased from 7 to 5 $t = 12.006$ $P\text{-value} < 0.001$ service area crowding decreased from 58.20 to 44.50 persons per hour $t = 8.528$ $P\text{-value} < 0.001$ and the mean number of outpatients per day increased from 98.50 to 121.30 persons $t = -7.334$ $P\text{-value} < 0.001$ Patient satisfaction scores increased from 3.95 to 4.45 $t = -10.127$ $P\text{-value} < 0.001$ and staff satisfaction from 3.80 to 4.32 $t = -7.958$ $P\text{-value} < 0.001$ Qualitative findings supported the quantitative results indicating clearer service processes more predictable queues reduced confusion and improved workflow and patient tracking although some staff reported a period of adaptation and additional support needs for older or less digitally literate patients The findings suggest that implementing a smart hospital model can effectively enhance outpatient service quality and may inform service development in similar community hospital settings.

Keywords: Smart hospital, Outpatient services, Waiting time, Satisfaction

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในยุคดิจิทัลเผชิญทั้งความท้าทายและโอกาสจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ภาระโรคและความคาดหวังของประชาชนที่ต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบบริการสุขภาพได้รับการผลักดันทั้งในระดับโลกและระดับประเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการบริการและลดภาระของระบบสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดิจิทัลเพื่อสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกรวมเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบและยั่งยืน (World Health Organization, 2021)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนโยบายการยกระดับโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ โดยเน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน

ลดระยะเวลาารอคอย และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564; สำนักสุขภาพดิจิทัล, 2566; กระทรวงสาธารณสุข, 2562) แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การใช้เครื่องมือดิจิทัลสนับสนุนงานบริการ การพัฒนาสภาพแวดล้อมและโครงสร้างพื้นฐาน และการออกแบบบริการเชิงรุกที่เน้นความสะดวกและความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (สำนักสุขภาพดิจิทัล, 2566; อาวีนา จันทะกล, 2567)

บริการผู้ป่วยนอกเป็นด้านหน้าสำคัญของโรงพยาบาลภาครัฐที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกต่อคุณภาพบริการในภาพรวม โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัดแต่ต้องรองรับผู้รับบริการจำนวนมาก ปัญหาระยะเวลาารอคอย ความแออัด และจำนวนขั้นตอนบริการที่ซับซ้อนเป็นประเด็นที่พบอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญ (ภณทิรา ปริญญารักษ์, 2564; Bidari et al., 2021) การลดระยะเวลาารอคอยและการจัดระบบบริการให้มีความชัดเจน โปร่งใส และคาดการณ์ได้ จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งถูกระบุไว้ในตัวชี้วัดด้าน Smart Service และ Smart Hospital ของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2562; กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

งานวิจัยในประเทศไทยหลายฉบับรายงานว่า การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะและการใช้ระบบคิวอัจฉริยะหรือระบบดิจิทัลอื่น ได้นำไปสู่การลดระยะเวลาารอคอย ลดความแออัด และเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างชัดเจน ได้แก่ การพัฒนารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการโรงพยาบาลอัจฉริยะในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม (สุภาพร แสนจันทร์, 2567) การพัฒนารูปแบบการให้บริการงานผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลาารอคอยและลดความแออัดด้วยระบบคิวอัจฉริยะและนวัตกรรมดิจิทัลในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น (นงนุช พลเขต, 2568) และการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทางโรงพยาบาลอัจฉริยะในโรงพยาบาลระดับอำเภอ (อาวีนา จันทะกล, 2567) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่พบว่า การจัดการคิวและกระบวนการบริการด้วยระบบดิจิทัลสามารถลดทั้งระยะเวลาารอคอยจริงและระยะเวลาารอคอยที่ผู้ป่วยรับรู้ พร้อมทั้งเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการอย่างมีนัยสำคัญ (Bidari et al., 2021)

โรงพยาบาลบ้านไร่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยนอกแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบจำนวนมากต่อวัน ก่อนการยกระดับระบบบริการพบปัญหาที่คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ได้แก่ ระยะเวลาารอคอยที่ยาว ความแออัดบริเวณพื้นที่รอคอย และจำนวนขั้นตอนบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีไม่เอื้อต่อความสะดวกสบาย ภายใต้นโยบายโรงพยาบาลอัจฉริยะ โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในกระบวนการสำคัญ ได้แก่ ระบบนัดหมายและระบบคิวอัตโนมัติ การเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และการปรับปรุงบริการเพื่อให้การไหลเวียนของผู้ป่วยมีความต่อเนื่องมากขึ้น

แม้ว่าจะมีนโยบายและตัวอย่างการดำเนินงานจากหลายพื้นที่ แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมินผล การยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกภายใต้แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอแต่ละแห่งยังมีจำกัด โดยเฉพาะการประเมินแบบผสมผสานทั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณด้านประสิทธิภาพ

บริการ และความพึงพอใจของทั้งผู้รับบริการและบุคลากร รวมถึงการสะท้อนมุมมองเชิงคุณภาพเพื่ออธิบาย ปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งประเมินผลการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกภายใต้แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะของโรงพยาบาลบ้านไร่ โดยพิจารณาทั้งตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพของระบบบริการ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากร และประสบการณ์รับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยมีเป้าหมายเพื่อใช้เป็น ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลบ้านไร่ และอาจเป็นแนวทางอ้างอิงสำหรับ โรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันในการออกแบบและขับเคลื่อนระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะให้เกิด ผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ ในด้านประสิทธิภาพของระบบบริการ
2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจและประสบการณ์ของผู้รับบริการและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ต่อระบบบริการผู้ป่วยนอกภายใต้แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ โรงพยาบาลบ้านไร่
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัย จุดแข็ง และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอก ด้วยแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายและแนวทางพัฒนาระบบบริการในอนาคต

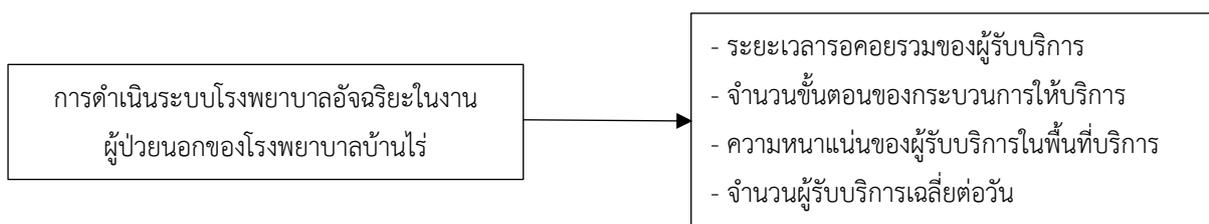
สมมติฐานวิจัย

1. การดำเนินการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ มีค่าดีขึ้นกว่า ก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการผู้ป่วยนอก สูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ระบบสารสนเทศ บุคลากร และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษาคือแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไร่ ซึ่งได้ดำเนินการยกระดับระบบบริการภายใต้แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะแล้ว ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกดังกล่าว ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2569 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของผู้รับบริการอาศัยสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 384 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 428 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและลดอัตราความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างบุคลากร ใช้วิธีการสำรวจแบบครบกลุ่ม (Census) จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน 20 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากผู้ที่มารับบริการในแต่ละวันตามลำดับการลงทะเบียน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาต่าง ๆ ของวันมากที่สุด กระบวนการเริ่มต้นด้วยการคำนวณช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval) โดยนำจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันมาเป็นฐาน จากนั้นจึงทำการสุ่มหมายเลขเริ่มต้นขึ้นมาหนึ่งหมายเลข และดำเนินการคัดเลือกผู้รับบริการรายแรกตามหมายเลขที่สุ่มได้ ก่อนจะคัดเลือกผู้รับบริการรายถัดไปในทุก ๆ ลำดับที่ของช่วงการสุ่มนั้นตามบัญชีลงทะเบียน จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละวัน ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุครบตามกฎหมาย กำลังมารับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีอาการฉุกเฉินหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วม

ข้อมูลด้านประสิทธิภาพบริการได้ถูกรวบรวมจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) โดยเก็บข้อมูลในช่วง “ก่อน” และ “หลัง” การยกระดับระบบอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 วันทำการ เพื่อให้ข้อมูลมีความเสถียร ลดความผันแปรรายวัน และสะท้อนลักษณะการให้บริการจริงของหน่วยงาน ในส่วนของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับการใช้ระบบอัจฉริยะ รวมทั้งสิ้น 15 คน ประกอบด้วยผู้รับบริการ 10 คน และบุคลากร 5 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและตรงตามวัตถุประสงค์ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจนสำหรับผู้รับบริการ คือ เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์รับบริการทั้งในช่วงก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนระบบ และสามารถให้ข้อมูลเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน ส่วนบุคลากรจะถูกคัดเลือกจากผู้ที่มีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการบริการและปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาที่นานพอที่จะสามารถเปรียบเทียบการทำงานระหว่างระบบเก่าและระบบใหม่ได้ โดยครอบคลุมบุคลากรจากหลากหลายหน้าที่ เช่น พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เพื่อให้ได้มุมมองที่รอบด้าน สำหรับเกณฑ์การคัดออกโดยทั่วไปคือผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการสัมภาษณ์ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ทุกท่านจะ

ได้รับการอธิบายข้อมูลการวิจัยอย่างละเอียดและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับเครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล โดยแบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการและญาติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะการมารับบริการ ประวัติการใช้บริการ และประสบการณ์การใช้ช่องทางดิจิทัล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ จำนวน 12 ข้อ พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด SERVQUAL มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ 4.51–5.00 (สูงมาก), 3.51–4.50 (สูง), 2.51–3.50 (ปานกลาง), 1.51–2.50 (น้อย), และ 1.00–1.50 (น้อยที่สุด) และส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ สำหรับให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สำหรับแบบสอบถามของบุคลากร แบ่งเป็น 3 ส่วนเช่นกัน โดยส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการทำงาน จำนวน 11 ข้อ ซึ่งใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับและเกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกัน และส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อรับข้อเสนอแนะ นอกจากแบบสอบถามแล้ว เครื่องมือเชิงปริมาณยังรวมถึงแบบบันทึกข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงวัตถุประสงค์ด้านประสิทธิภาพบริการ ได้แก่ ระยะเวลารอคอย, จำนวนขั้นตอนบริการ, ความหนาแน่นของผู้รับบริการในพื้นที่, และจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน

สำหรับเครื่องมือเชิงคุณภาพที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guideline) ซึ่งถูกออกแบบขึ้นเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของผู้ใช้งานในเชิงลึก โดยมีแนวคำถามแยกสำหรับกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มบุคลากร สำหรับแนวคำถามของผู้รับบริการจะมุ่งเน้นการสอบถามถึงประสบการณ์โดยรวมในการรับบริการ, การรับรู้ต่อระบบคิวอัตโนมัติ, ความสะดวกในการใช้แอปพลิเคชันนัดหมาย, และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงบริการ ในขณะที่แนวคำถามสำหรับบุคลากรจะเน้นประเด็นด้านผลกระทบของระบบดิจิทัลต่อกระบวนการทำงาน, ประโยชน์และอุปสรรคของเครื่องมือที่ใช้, และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การสัมภาษณ์จะใช้เวลาโดยประมาณ 30-45 นาทีต่อคน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและลึกซึ้งเพียงพอต่อการวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทุกชิ้นได้รับการตรวจสอบคุณภาพตามหลักระเบียบวิธีวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งแบบสอบถามและแนวคำถามสัมภาษณ์ทุกชุดได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบบริการสุขภาพและการวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือระหว่าง 0.67–1.00

จากนั้น ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสูงและเหมาะสมสำหรับนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป

สำหรับเครื่องมือเชิงคุณภาพ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและระบบบริการสุขภาพ เพื่อประเมินความชัดเจนของถ้อยคำ ความครอบคลุมของประเด็นสำคัญ และความเหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการและบุคลากร หลังจากนั้นมีการปรับแก้ถ้อยคำและลำดับคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงในการเก็บข้อมูลเชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นขึ้นภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตจากผู้บริหารของโรงพยาบาลแล้ว โดยผู้ช่วยวิจัยทุกคนได้ผ่านการอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอนการขอความยินยอม และการรักษาความลับของข้อมูล เพื่อให้กระบวนการเก็บข้อมูลเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

ในส่วนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ข้อมูลจากแบบสอบถาม และข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล สำหรับข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ/ญาติที่ได้รับการคัดเลือกตามวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ และจากบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด โดยผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอมก่อนแจกแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลเชิงวัตถุประสงค์ด้านประสิทธิภาพบริการ ผู้วิจัยได้ทำการดึงข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) โดยรวบรวมข้อมูลในช่วงก่อนและหลังการยกระดับระบบบริการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 วันทำการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพการให้บริการจริงและลดผลกระทบจากความผันผวนรายวัน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับบริการและบุคลากรที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการใช้งานระบบ และสมัครใจเข้าร่วมการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ได้จัดขึ้นในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและไม่รบกวนกระบวนการให้บริการ โดยมี การขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนามหลังจากที่ผู้เข้าร่วมได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมแล้ว ภายหลังจากสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ข้อมูลที่บันทึกเสียงไว้จะถูกนำมาถอดความเป็นคำต่อคำอย่างละเอียด และตรวจสอบความถูกต้องกับบันทึกภาคสนาม ก่อนจะนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป โดยข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จะถูกจัดเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งหมดที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) ได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนและความสมเหตุสมผลของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ การวิเคราะห์เริ่มต้นด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อสรุปลักษณะพื้นฐานของข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศและ

ระดับการศึกษา และใช้ค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายค่ากลางและการกระจายของตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพบริการและคะแนนความพึงพอใจ

จากนั้นจึงเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพและความพึงพอใจระหว่างช่วงก่อนและหลังการดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ นอกจากนี้ ยังมีการใช้สถิติ Independent t-test และ One-Way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มย่อยตามลักษณะประชากรศาสตร์ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05 และก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานทุกครั้ง ได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption Checking) ของสถิตินั้น ๆ เช่น การทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลและความเท่ากันของความแปรปรวน เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือและถูกต้องตามหลักสถิติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด ได้รับการถอดความเป็นคำต่อคำและนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) อย่างเป็นระบบ กระบวนการเริ่มต้นด้วยการที่ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาทั้งหมดหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม จากนั้นจึงดำเนินการเข้ารหัสข้อมูล (Coding) โดยการสกัดหน่วยความหมายที่สำคัญ และนำรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดกลุ่มเพื่อสร้างเป็นหมวดหมู่ย่อย (Categories) และสังเคราะห์ขึ้นเป็นประเด็นหลัก (Themes) ที่สะท้อนถึงประสบการณ์และมุมมองต่อระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะในมิติต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความตรงของข้อค้นพบ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยนำผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่ได้มาเปรียบเทียบและสังเคราะห์กับข้อมูลจากแหล่งอื่นอีก 2 แหล่ง ได้แก่ 1) มุมมองของบุคลากรผู้ให้บริการ และ 2) ข้อมูลเชิงวัตถุประสงค์จากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) การเปรียบเทียบข้อมูลจากทั้งสามด้านนี้ช่วยให้สามารถยืนยันความสอดคล้องหรือระบุความขัดแย้งของข้อมูลได้ ซึ่งนำไปสู่การตีความที่รอบด้านและลึกซึ้งยิ่งขึ้น ท้ายที่สุด ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว จะถูกนำไปเชื่อมโยงกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพื่ออธิบายและขยายความภาพรวมของผลการวิจัยคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกได้อย่างสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ 24/2568 เมื่อวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2568 โดยกระบวนการวิจัยทั้งหมดได้ยึดมั่นตามหลักจริยธรรมสากล ได้แก่ Belmont Report, Declaration of Helsinki, CIOMS Guideline และ ICH-GCP อย่างเคร่งครัด ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และการรักษาความลับอย่างครบถ้วน ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ โดยการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพตามปกติ

ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่รวบรวมได้จะถูกจัดเก็บในรูปแบบนิรนามและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น โดยจะถูกเก็บรักษาไว้ในสถานที่ปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงเฉพาะทีมผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลและเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยจะถูกทำลายอย่างถูกวิธีภายในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากที่โครงการวิจัยได้เสร็จสิ้นลง เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างสูงสุด

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 448 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 296 คน (ร้อยละ 66.10) อายุเฉลี่ย 44.2 ปี ($SD = 12.5$) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41–50 ปี (ร้อยละ 36.60) ระดับการศึกษา ร้อยละ 39.70 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ด้านลักษณะบทบาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการหรือญาติ ร้อยละ 95.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 448$)

| ตัวแปร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 152 | 33.90 |
| หญิง | 296 | 66.10 |
| ช่วงอายุ | | |
| ต่ำกว่า 30 ปี | 68 | 15.20 |
| 31–40 ปี | 102 | 22.80 |
| 41–50 ปี | 164 | 36.60 |
| 51 ปีขึ้นไป | 114 | 25.40 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 92 | 20.50 |
| มัธยมศึกษา | 178 | 39.70 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 96 | 21.40 |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 82 | 18.30 |
| ประเภทผู้ตอบ | | |
| ผู้รับบริการ/ญาติ | 428 | 95.50 |
| บุคลากร | 20 | 4.50 |

2. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยนอก

เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกภายใต้แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะตามกรอบ SERVQUAL พบว่าภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($M = 4.45, SD. = 0.51$) และทุกมิติอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก มิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ “ความเอาใจใส่” ($M = 4.60, SD. = 0.46$) และ “การให้ความมั่นใจ” ($M = 4.53, SD. = 0.48$) อยู่ในระดับสูงมาก รองลงมาคือมิติ “ความน่าเชื่อถือ” ($M = 4.48, SD. = 0.50$) และ “ความเป็นรูปธรรมของบริการ” ($M = 4.40, SD. = 0.52$) อยู่ในระดับสูง “การตอบสนอง” มี ($M = 4.23, SD. = 0.61$) อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกตามกรอบ SERVQUAL (n = 428)

| มิติความพึงพอใจ | M | SD. | ระดับประเมิน |
|--------------------------|-------------|-------------|---------------|
| ความเป็นรูปธรรมของบริการ | 4.40 | 0.52 | สูง |
| ความน่าเชื่อถือ | 4.48 | 0.50 | สูงมาก |
| การตอบสนอง | 4.23 | 0.61 | สูง |
| การให้ความมั่นใจ | 4.53 | 0.48 | สูงมาก |
| ความเอาใจใส่ | 4.60 | 0.46 | สูงมาก |
| รวม | 4.45 | 0.51 | สูงมาก |

3. ระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ

ระดับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานต่อระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.32, SD. = 0.50$) โดยทุกมิติอยู่ในระดับสูงเช่นกัน มิติ “ความสะดวกและประสิทธิภาพของระบบดิจิทัลที่ใช้” ($M = 4.35, SD. = 0.48$) มิติ “ผลกระทบต่อภาระงานและคุณภาพการให้บริการ” ($M = 4.33, SD. = 0.50$) มิติ “ความสอดคล้องของระบบกับการปฏิบัติงานจริง” ($M = 4.28, SD. = 0.52$) อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ (n = 20)

| มิติความพึงพอใจ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับประเมิน |
|---------------------------------------|-------------|----------------------|--------------|
| ความสะดวกและประสิทธิภาพของระบบดิจิทัล | 4.35 | 0.48 | สูง |
| ความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง | 4.28 | 0.52 | สูง |
| ผลกระทบต่อคุณภาพเคสและภาระงาน | 4.33 | 0.50 | สูง |
| รวม | 4.32 | 0.50 | สูง |

4. ประสิทธิภาพของระบบบริการผู้ป่วยนอกภายหลังดำเนินการระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ

ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพบริการผู้ป่วยนอกจากข้อมูลระบบสารสนเทศโรงพยาบาลภายหลังดำเนินการระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ พบว่าระยะเวลาารอคอยรวมของผู้รับบริการเฉลี่ย 107.23 นาที ($SD. = 18.47$) อยู่ในระดับ “ดีขึ้นมาก” จำนวนขั้นตอนของกระบวนการบริการลดลงเหลือ 5 ขั้นตอน ถือว่า “ดีขึ้น” เมื่อเทียบกับกระบวนการเดิมที่มีจำนวนขั้นตอนมากกว่า ส่วนจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 121.3 คน ($SD. \approx 18.4$) อยู่ในเกณฑ์ “ดีขึ้น” ความหนาแน่นในพื้นที่บริการเฉลี่ยประมาณ 45 คนต่อชั่วโมง จัดอยู่ในระดับ “ดี” ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพบริการผู้ป่วยนอกหลังดำเนินการระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ (ข้อมูล HIS)

| ตัวชี้วัด | ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการระบบ | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | การประเมิน |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------|------------|
| ระยะเวลาารอคอยรวม (นาที) | 107.23 | 18.47 | ดีขึ้นมาก |
| จำนวนขั้นตอนบริการ (ขั้นตอน) | 5 | 0.70 | ดีขึ้น |
| ความหนาแน่นพื้นที่บริการ (คน/ชั่วโมง) | 45 | 10.35 | ดี |
| จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน (คน) | 121.30 | 18.40 | ดีขึ้น |

5. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพระบบบริการผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการดำเนินการระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ

ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพและความพึงพอใจระหว่าง “ก่อน” และ “หลัง” การดำเนินการระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่า ทุกตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.001$ ระยะเวลาารอคอยรวมของผู้รับบริการลดลงจากเฉลี่ย 120.00 นาที ($SD. = 20.10$) เป็น 105.50 นาที ($SD. = 18.30$) ($t = 9.214, P\text{-value} < 0.001$) จำนวนขั้นตอนการให้บริการลดลงจากเฉลี่ย 7 ขั้นตอน ($SD. = 0.80$) เป็น 5 ขั้นตอน ($SD. = 0.70$) ($t = 12.006, P\text{-value} < 0.001$) ความแออัดในพื้นที่บริการลดลงจากเฉลี่ย 58.20 คนต่อชั่วโมง ($SD. = 12.40$) เป็น 44.50 คนต่อชั่วโมง ($SD. = 10.35$) ($t = 8.528, P\text{-value} < 0.001$) ขณะที่จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 98.50 คน ($SD. = 15.20$) เป็น 121.30 คน ($SD. = 18.40$) ($t = -7.334, P\text{-value} < 0.001$)

ในด้านผลลัพธ์เชิงประสบการณ์และความพึงพอใจ พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 3.95 ($SD. = 0.58$) ก่อนดำเนินการระบบ เป็น 4.45 ($SD. = 0.51$) หลังดำเนินการระบบ ($t = -10.127, P\text{-value} < 0.001$) คะแนนความพึงพอใจของบุคลากรที่เพิ่มจากเฉลี่ย 3.80 ($SD. = 0.62$) เป็น 4.32 ($SD. = 0.50$) ($t = -7.958, P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อน-หลังดำเนินการระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Paired Sample t-test)

| ตัวชี้วัด | ก่อน ($M \pm SD.$) | หลัง ($M \pm SD.$) | t | P-value |
|------------------------------|----------------------|----------------------|--------|---------|
| ระยะเวลาารอคอยรวม (นาที) | 120.00 \pm 20.10 | 105.50 \pm 18.30 | 9.214 | < 0.001 |
| จำนวนขั้นตอนบริการ (ขั้นตอน) | 7.00 \pm 0.80 | 5.00 \pm 0.70 | 12.006 | < 0.001 |

| ตัวชี้วัด | ก่อน (M ± SD.) | หลัง (M ± SD.) | t | P-value |
|--|----------------|----------------|---------|---------|
| ความหนาแน่นพื้นที่บริการ (คน/ชั่วโมง) | 58.20 ± 12.40 | 44.50 ± 10.35 | 8.528 | < 0.001 |
| จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน (คน) | 98.50 ± 15.20 | 121.30 ± 18.40 | -7.334 | < 0.001 |
| คะแนนความพึงพอใจผู้รับบริการ | 3.95 ± 0.58 | 4.45 ± 0.51 | -10.127 | < 0.001 |
| คะแนนความพึงพอใจบุคลากร | 3.80 ± 0.62 | 4.32 ± 0.50 | -7.958 | < 0.001 |

6. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการและบุคลากรจำนวน 15 คน พบประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับผลเชิงปริมาณ ผู้รับบริการส่วนใหญ่รายงานว่าระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะช่วยให้ขั้นตอนการมารับบริการมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น สามารถทราบลำดับคิวและขั้นตอนต่อไปได้ชัดเจน ลดความสับสน และรับรู้ว่าจะระยะเวลารอคอย “สั้นลง” เมื่อเทียบกับก่อนมีระบบ การมีระบบนัดหมายออนไลน์และระบบคิวอัตโนมัติช่วยให้สามารถวางแผนการมารับบริการได้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาระงานหรือดูแลครอบครัว ผู้รับบริการบางส่วน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี ยังรู้สึกไม่มั่นใจในการใช้ระบบดิจิทัล และมักพึ่งพาญาติหรือเจ้าหน้าที่ช่วยดำเนินการ สะท้อนความจำเป็นในการสนับสนุนและส่งเสริมทักษะด้านดิจิทัลเพิ่มเติม

มุมมองของบุคลากร ระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะถูกมองว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยจัดการคิวและข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อนของงานเอกสาร และช่วยให้ติดตามสถานะผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนการให้บริการได้สะดวกยิ่งขึ้น ในช่วงเริ่มต้นของการนำระบบมาใช้ บุคลากรบางส่วนประสบภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการต้องปรับกระบวนการทำงานและช่วยเหลือผู้รับบริการที่ไม่คุ้นเคยกับระบบดิจิทัล รวมทั้งยังพบข้อจำกัดด้านความเสถียรของระบบและการเชื่อมต่อเครือข่ายในบางช่วงเวลา ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องของการให้บริการและจำเป็นต้องมีการจัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

ข้อเสนอแนะจากทั้งผู้รับบริการและบุคลากรเห็นพ้องว่าควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ระบบนัดหมายออนไลน์และระบบคิวอัตโนมัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี รวมทั้งควรมีช่องทางสำรองเมื่อระบบดิจิทัลขัดข้อง เช่น ช่องบริการเฉพาะกรณี หรือเจ้าหน้าที่ประจำจุดให้คำปรึกษาที่ชัดเจนโดยเฉพาะ โดยภาพรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณว่า การดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะมีส่วนช่วยยกระดับทั้งประสิทธิภาพกระบวนการและประสบการณ์การรับบริการของผู้ป่วย ขณะเดียวกันชี้ให้เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการการเปลี่ยนผ่านการเสริมสร้างทักษะดิจิทัล และการพัฒนาความเสถียรของระบบเทคโนโลยี เพื่อให้การยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกมีความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านไร่มีส่วนสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสบการณ์ของผู้ใช้บริการ การอภิปรายผลจัดลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

ประสิทธิภาพของระบบบริการผู้ป่วยนอกภายหลังดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ

ผลการประเมินด้านประสิทธิภาพพบว่า ระยะเวลารอคอย ความแออัดในพื้นที่บริการ และจำนวนขั้นตอนบริการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินระบบ ข้อมูลจาก HIS แสดงให้เห็นว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 120 นาทีเหลือประมาณ 105 นาที จำนวนขั้นตอนบริการลดลงจาก 7 ขั้นตอนเป็น 5 ขั้นตอน ขณะที่ความหนาแน่นของพื้นที่บริการลดลงอย่างชัดเจน ทั้งยังรองรับจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 98.5 คนเป็น 121.3 คน ซึ่งเป็นสัญญาณในเชิงระบบว่าการดำเนินการมีประสิทธิภาพเพียงพอรองรับความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกเหล่านี้สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิด Donabedian โดยการพัฒนากระบวนการจัดและการจัดการกระบวนการบริการใหม่ (Structure/Process) ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของคุณภาพบริการ (Outcome) ด้านคุณภาพบริการที่ดีขึ้น ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของแสนจันทร์ (2567) และพลเขต (2568) ซึ่งศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยเช่นเดียวกัน และได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า การนำระบบคิวอัจฉริยะและกระบวนการโรงพยาบาลอัจฉริยะมาประยุกต์ใช้ สามารถลดระยะเวลารอคอยและความแออัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังได้ให้การสนับสนุนผลเชิงปริมาณอย่างหนักแน่น โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่รายงานว่าระบบคิวอัตโนมัติทำให้การรอคอย “คาดการณ์ได้” และรู้ขั้นตอนต่อไปอย่างชัดเจน ซึ่งช่วยลดความกังวลและความสับสนระหว่างรอคอยได้เป็นอย่างดี ในขณะที่บุคลากรสะท้อนว่าระบบช่วยให้สามารถติดตามสถานะผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดภาระงานด้านเอกสาร และเพิ่มความคล่องตัวในการให้บริการ แม้ว่าในช่วงเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนระบบจะต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการปรับตัวและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่ยังไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีก็ตาม

ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพทางปฏิบัติการของหน่วยบริการได้จริง ทั้งในด้านเวลา ทรัพยากร และความสามารถในการรองรับผู้ป่วย

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรหลังการยกระดับระบบบริการ

ผลการวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 โดยพบว่าระดับความพึงพอใจทั้งของผู้รับบริการและบุคลากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ โดยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.95 เป็น 4.45 และของบุคลากรเพิ่มขึ้นจาก 3.80 เป็น 4.32 ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือมิติที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดจากผู้รับบริการคือ “ความเอาใจใส่” และ “การให้ความมั่นใจ” ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อเทคโนโลยีเข้ามาช่วยลดขั้นตอนและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ บุคลากรจึงมีเวลาและสมาธิในการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยเชิงคุณภาพได้มากขึ้น

ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ซึ่งระบุว่าเมื่อผู้ใช้งานรับรู้ว่าคุณประโยชน์ (Perceived Usefulness) และใช้งานง่าย (Perceived Ease of Use) จะนำไปสู่ทัศนคติที่ดีและความพึงพอใจในการใช้งาน ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bidari et al. (2021) ที่พบว่าระบบจัดการคิวที่มีประสิทธิภาพส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย เช่นเดียวกับระดับความพึงพอใจที่สูงขึ้นของบุคลากร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบดิจิทัลไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับบริการแก่ผู้ป่วย แต่ยังเป็นเครื่องมือที่สนับสนุนการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพและลดความซ้ำซ้อนของงานได้จริง

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้ให้การสนับสนุนข้อค้นพบนี้อย่างชัดเจน โดยผู้รับบริการได้สะท้อนความรู้สึกผ่านคำพูด เช่น บริการ “สะดวกขึ้น ชัดเจนขึ้น และไวขึ้น” ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากกระบวนการที่คาดการณ์ได้และลดความสับสน ในขณะที่เดียวกัน บุคลากรก็ได้ยืนยันว่าถึงแม้จะต้องเผชิญกับความท้าทายในช่วงเริ่มต้น แต่เมื่อระบบเข้าที่แล้ว รูปแบบการทำงานมีความคล่องตัวมากขึ้น ทำให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพยังได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาต่อไป คือกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี ซึ่งยังคงต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเป็นไปอย่างเท่าเทียม

ผลการเปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วย Paired Sample t-test ที่พบว่าตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพและความพึงพอใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกรายการ ถือเป็นการยืนยัน สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 อย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกที่วัดผลได้จริง ทั้งในด้านการลดระยะเวลารอคอย การลดความแออัด การเพิ่มประสิทธิภาพในการรองรับผู้รับบริการ และการยกระดับความพึงพอใจของทั้งผู้รับบริการและบุคลากร

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้เข้ามาเสริมบทบาทสำคัญในการยืนยันและให้ความหมายแก่การเปลี่ยนแปลงเชิงตัวเลขนี้ โดยผู้รับบริการได้สะท้อนประสบการณ์ว่าขั้นตอนบริการ “เป็นระบบมากขึ้น” และ “ใช้เวลาน้อยลง” ในขณะที่บุคลากรยืนยันว่าแม้จะมีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงแรก แต่เมื่อระบบเริ่มมีเสถียรภาพ รูปแบบการทำงานก็มีความคล่องตัวมากขึ้น การที่ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสอดคล้องกันอย่างชัดเจนเช่นนี้ (Triangulation) ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับข้อสรุปที่ว่า ผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการดำเนินระบบอัจฉริยะอย่างแท้จริง ไม่ใช่เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการยกระดับคุณภาพบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อตอบ วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 และ สมมติฐานข้อที่ 3 ได้ระบุถึงปัจจัยสำคัญหลายประการที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ โดยปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหาร, การเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ, การออกแบบกระบวนการบริการใหม่ให้กระชับ, และความร่วมมืออย่างแข็งขันของทีมบุคลากร

อย่างไรก็ตาม การวิจัยยังได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยท้าทายที่ต้องได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของระบบ อันได้แก่ ความเสถียรของระบบสารสนเทศ, ช่องว่างทางทักษะดิจิทัล (Digital Literacy Gap)

ของผู้รับบริการบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรในช่วงเปลี่ยนผ่าน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จำเป็นต้องมีมาตรการสนับสนุนที่ชัดเจน เช่น การจัดอบรม การมีเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ และการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรรักษามาตรฐานและขยายผลการใช้ระบบคิวอัตโนมัติ การนัดหมายออนไลน์ และกระบวนการบริการที่กระชับไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ เพื่อยกระดับประสบการณ์ของผู้ป่วยในภาพรวม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจสูงสุด
2. ควรจัดตั้ง "จุดบริการให้คำแนะนำดิจิทัล" หรือมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครประจำจุดอย่างถาวร เพื่อให้ความช่วยเหลือและสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี
3. ควรจัดอบรมทักษะด้านดิจิทัลและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดภาระงานในช่วงปรับตัวและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
4. ควรจัดให้มีทีมงานด้านเทคนิคที่พร้อมให้การสนับสนุนอย่างรวดเร็ว และวางแผนระบบสำรองในกรณีที่ระบบหลักขัดข้อง เพื่อให้การบริการมีความต่อเนื่องและน่าเชื่อถือ
5. สามารถใช้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลต้นแบบสำหรับผู้บริหารในการวางแผนขยายผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะในหน่วยบริการอื่น หรือสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบในแผนกผู้ป่วยนอกกับคลินิกอื่นภายในโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลกระทบในบริบทการทำงานที่แตกต่างกัน
2. ควรติดตามและประเมินผลในระยะยาว (1-2 ปี) เพื่อศึกษาความยั่งยืนของผลลัพธ์และค้นหาปัญหาใหม่สำหรับงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)
3. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการสนับสนุนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง
4. ควรวิเคราะห์ผลกระทบของระบบต่อภาระงานและขั้นตอนการทำงานของบุคลากรอย่างละเอียด เพื่อหาแนวทางลดภาระงานและเพิ่มความคล่องตัวให้มากขึ้น
5. ควรทำการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ของระบบ เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนและใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนงบประมาณในอนาคต

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขด้านบริการสุขภาพและดิจิทัลเฮลท์*. กระทรวงสาธารณสุข.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลประเทศไทย พ.ศ. 2564–2568*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสุขภาพดิจิทัล. (2566). *แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทะกล, อ. (2567). รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะในโรงพยาบาลระดับอำเภอ. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 20(1), 78–92.
- ปริญญารักษ์, ภ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการสาธารณสุข*, 51(3), 321–333.
- พลเขต, น. (2568). การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอยและความแออัดในโรงพยาบาลพล. *วารสารสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 37(1), 45–56.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2568). *เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการเลขที่ 24/2568* [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์].
- แสนจันทร์, ส. (2567). การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการโรงพยาบาลอัจฉริยะในโรงพยาบาลบรบือ. *วารสารพยาบาลและสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 45(2), 112–126.
- Bidari, A., Adhikari, S., Shrestha, R., & Paudel, S. (2021). Effects of a queue management system on patient satisfaction in the emergency department. *International Journal of Emergency Medicine*, 14, Article 72.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- World Health Organization. (n.d.). *Digital health guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. World Health Organization.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของแรงงานพม่าในโรงงานพื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดสูง จังหวัดตาก

Factors Influencing Preventive Behavior on Coronavirus Disease 2019 among Myanmar
Migrants Workers in Factories at High Incidence Rate of Border Areas Tak Province

ชไมกาญจน์ แซ่เตีย^{1*}, ภัทรพล มากมี²

Chamaikarn Saetia^{1*}, Phataraphon Markmee²

นักศึกษาลัทธิสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร^{1*}

อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร²

Master of Public Health Student, Faculty of Public Health Naresuan University, Phitsanulok^{1*}

Lecturer, Faculty of Public Health Naresuan University, Phitsanulok²

(Received: 29 May 2025; Revised: 30 October 2025; Accepted: 26 December 2025)

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วส่วนหนึ่งเกิดจากการแพร่กระจายในกลุ่มแรงงานในสถานประกอบการ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติชาวพม่า การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของแรงงานพม่าในโรงงาน ตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 350 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.78 – 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26 ปี และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง ร้อยละ 69.70 ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสในโรงงาน (Beta = 0.492, P-value <0.001) การได้รับคำแนะนำจากโรงงาน (Beta = 0.262, P-value <0.001) สิ่งแวดล้อมภายในโรงงาน (Beta = 0.248, P-value <0.001) และการได้รับอุปกรณ์ป้องกันโรค (Beta = -0.079, P-value <0.001) ตามลำดับ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 76.30 (Adjusted R² = 0.763)

ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบ คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองให้กับแรงงานพม่า โดยมีการทบทวนด้านมาตรการการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัส การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันรูปแบบการให้คำแนะนำในการป้องกัน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้แรงงานพม่าได้มีพฤติกรรมอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, แรงงานพม่า, โรงงาน, พฤติกรรมการป้องกันโรค, การรับรู้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chamaikarns64@nu.ac.th, Chamaikarn Saetia)

Abstract

The rapid spread of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) was partly due to transmission among workers in industrial settings, especially among Myanmar migrant workers. This descriptive research aimed to study the factors influencing preventive behaviors against COVID-19 among Myanmar workers in factories located in Mae Tao Subdistrict, Mae Sot District, Tak Province. The sample consisted of 350 workers aged 20 years and above, selected through multi-stage random sampling. Data was collected using an interview questionnaire with reliability coefficients ranging from 0.78 to 0.99. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the participants had an average age of 26.01 years (SD = 4.46), and 69.7% exhibited a high level of preventive behavior. Statistically significant factors influencing preventive behaviors included the isolation of patients and contacts within the factory (Beta = 0.492, P-value <0.001), receiving guidance from the factory (Beta = 0.262, P-value <0.001), the factory environment (Beta = 0.248, P-value <0.001), and the provision of protective equipment (Beta = -0.079, P-value <0.001), respectively. These factors could collectively predict preventive behavior at 76.3% (Adjusted R² = 0.763).

We recommend that authorities should have a plan to promote self-protection behaviors for workers consist of measures to separate patients and contacts, support for protective equipment, forms of advice on prevention, and creating an environment that supports workers to behave correctly.

Keywords: Coronavirus Disease 2019, Migrant Workers, Factories, Preventive Behavior, Perception

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั่วโลก โดยจุดเริ่มต้นของการระบาดเกิดขึ้นในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ก่อนที่องค์การอนามัยโลก จะประกาศให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 (Sohrabi et al., 2020) ซึ่งเชื้อก่อโรคคือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ SARS-CoV-2 ที่สามารถทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงและระบบหายใจล้มเหลว โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยประมาณร้อยละ 3.40 (สุรียา หมามานะ และคณะ, 2563) พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกมากกว่า 704 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตกว่า 7.01 ล้านราย (worldometer, 2024) ซึ่งการระบาดครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการชะงักงันของระบบเศรษฐกิจทั่วโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) รายงานว่าอัตราการว่างงานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ร้อยละ 4.99 ขณะที่ประเทศไทยมีอัตราว่างงานเพียงร้อยละ 1.20 อย่างไรก็ตามการระบาดของโรคทำให้อัตราว่างงานทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization) คาดการณ์ว่าแรงงานกว่า 25 ล้านคนจะหลุดออกจากระบบแรงงาน และอาจมีผู้ตกงานทันทีสูงถึง 188 ล้านคน (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2563)

รัฐบาลไทยมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 เพื่อบริหารจัดการการระบาดโดยมีมาตรการสำคัญ เช่น การปิดเมือง การจำกัดการเดินทาง และการบังคับใช้เคอร์ฟิว ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนในหลากหลายมิติ ทั้งสุขภาพ รายได้ และความมั่นคงทางอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การระบาดในภาคโรงงานอุตสาหกรรมเห็นได้อย่างชัดเจนจากกรณีการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มก้อนในจังหวัดสมุทรสาครในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยพบว่าแรงงานต่างด้าวซึ่งพักอาศัยอยู่อย่างแออัดในหอพัก มีส่วนสำคัญในการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว การทำงานในพื้นที่จำกัดที่ต้องอยู่ใกล้กันยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่งผลให้มีการแพร่เชื้อทั้งในโรงงานและชุมชนโดยรอบ จนทำให้โรงงานหลายแห่งต้องหยุดกิจการชั่วคราว (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ทั้งนี้พื้นที่จังหวัดตาก โดยเฉพาะอำเภอแม่สอด เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากและเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษตามนโยบายของรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2564 มีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในจังหวัดตากจำนวนถึง 61,348 คน (สำนักงานแรงงานจังหวัดตาก, 2565) เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2564 มีการตรวจพบหญิงชาวเมียนมาติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งทำงานในโรงงานแห่งหนึ่งในตำบลแม่ตาว ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขต้องดำเนินการตรวจเชิงรุกในชุมชน พบผู้ติดเชื้อถึง 452 คน จากการตรวจทั้งหมด 840 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 53.81 โดยส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวที่พักอาศัยในโรงงานและชุมชนรอบข้างจากสถานการณ์ดังกล่าว จังหวัดตากจึงนำมาตรการ Bubble & Seal (BBS) มาใช้ในการควบคุมโรคในสถานประกอบการ โดยมีการจำกัดการเคลื่อนย้ายแรงงาน และแยกแรงงานออกเป็นกลุ่มย่อยเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินการผลิตได้อย่างต่อเนื่องและลดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดต่อในกลุ่มวัยแรงงานในโรงงานพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีทั้งด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และที่พักอาศัย ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อิทธิพลระหว่างบุคคล อุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรการที่ได้รับ ข้อมูลข่าวสาร โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (อภิวดี อินทเจริญ และคณะ, 2564) ด้านสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการพบว่า มีการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เช่น การตรวจคัดกรองอุณหภูมิ สังเกตอาการก่อนเข้าทำงาน การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ระบบการระบายอากาศ การจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน การควบคุมการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน และการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมโรคของโรงงาน เช่น มาตรการเฝ้าระวัง แยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสภายในโรงงาน (Malekpour et al., 2021)

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงาน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่ายังขาดข้อมูลด้านพฤติกรรมกำป้องกัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model มาใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรม แม้ปัจจุบันรัฐบาลประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคประจำถิ่น การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันในกลุ่มแรงงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อประเมินความเสี่ยง พัฒนามาตรการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นแนวทางเชิงวิชาการในการเตรียมความพร้อมต่อโรคอุบัติการณ์ใหม่ในอนาคต โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีอัตราการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกำป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงานพื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงาน พื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

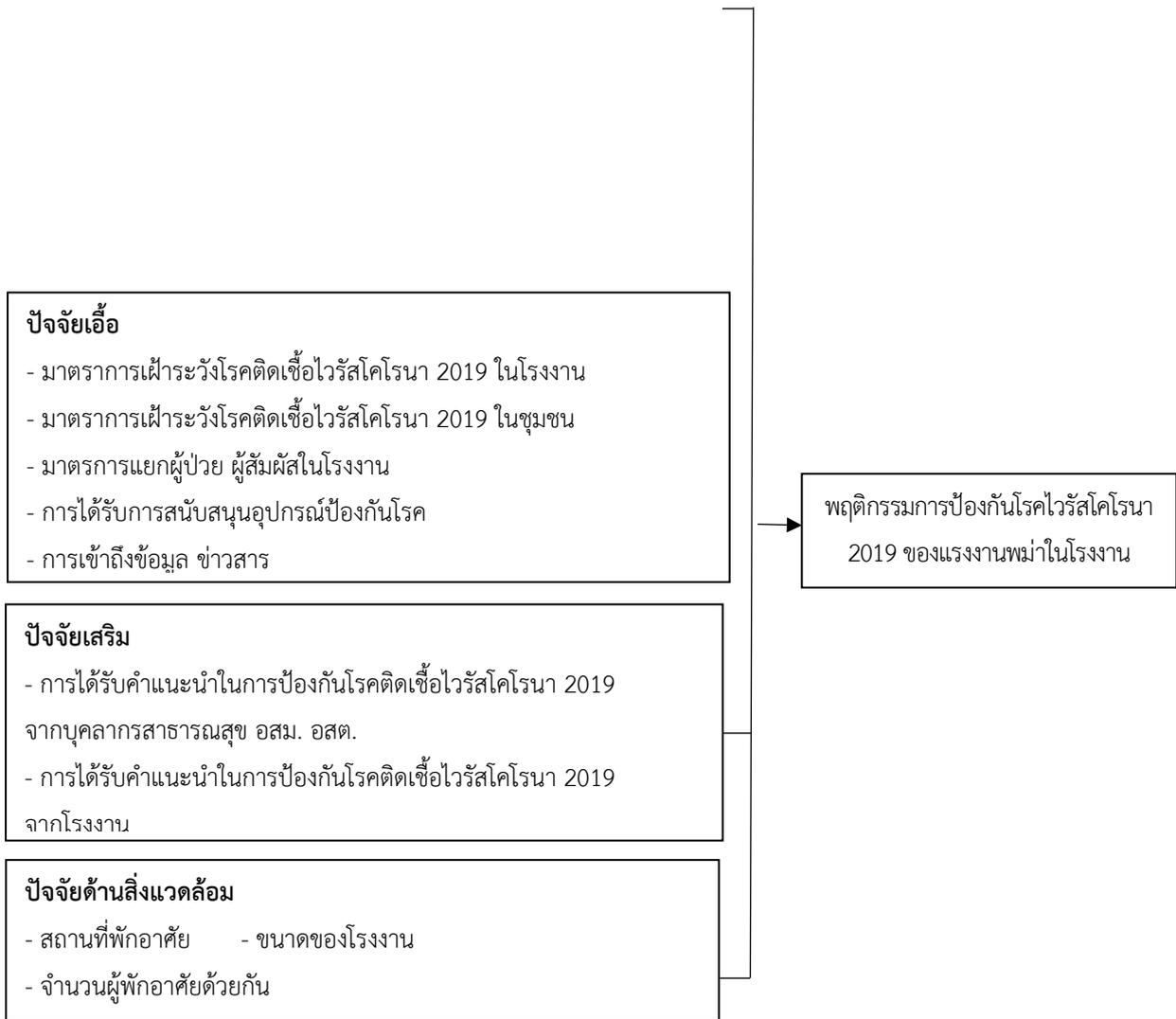
สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยนำประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรู้ความรุนแรง ปัจจัยเสริมประกอบด้วยค่าแนะนำจากบุคคลากรและโรงงาน ปัจจัยเอื้อด้านมาตรการเฝ้าระวังในโรงงาน ชุมชนแ แยกผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยนำ

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| - เพศ | - อายุ |
| - สถานภาพสมรส | - ระดับการศึกษา |
| - รายได้ต่อเดือน | - การได้รับวัคซีน COVID-1 |
| - จำนวนสมาชิกในครอบครัว | - ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 |



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงาน พื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณศึกษาในกลุ่มประชาชนพม่าอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ทำงานโรงงานของพื้นที่ตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 1,908 คน (กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลแม่สอด, 2565) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรโดยทราบจำนวนประชากร (Wayne, 1995) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 350 ราย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยเลือกโรงงานในพื้นที่ตำบลแม่ตาวที่ประกอบกิจการในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโค

โรนา 2019 จำนวน 11 แห่ง จาก 24 แห่ง ดำเนินการจับฉลากรายชื่อโรงงาน และกำหนดขนาดประชากร และคัดเลือกแรงงานเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อของแต่ละโรงงาน ทำการสุ่มรายชื่อ ทุก ๆ 6 รายชื่อ จนครบจำนวน 350 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ประยุกต์จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ และคณะ (2563), วิริญญา ศรีบุญเรือง และคณะ (2564) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในประเทศไทย สิทธิด้านการรักษาพยาบาล การได้รับวัคซีนป้องกันโรค ประวัติการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย สถานที่พักอาศัย จำนวนผู้พักอาศัยด้วยกัน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ จำนวน 18 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดคะแนนการตอบตั้งแต่ 1-5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การรับรู้ระดับต่ำ ($\leq 60\%$) การรับรู้ระดับปานกลาง (61% - 79%) การรับรู้ระดับสูง ($\geq 80\%$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 21 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วยข้อความมาตรการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงงาน มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน มาตรการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสในโรงงาน การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงเล็กน้อย ไม่เป็นจริงเลย

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วยข้อความ การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงงาน ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงเล็กน้อย ไม่เป็นจริงเลย

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 15 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วยข้อความ สิ่งแวดล้อมของสถานที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมของสถานที่ปฏิบัติงานในโรงงาน โรงงาน ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงเล็กน้อย ไม่เป็นจริงเลย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

การแปลผล ด้านมาตรการเฝ้าระวังโรค การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำในการป้องกันโรคจากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคจากโรงงาน สิ่งแวดล้อมของสถานที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมของสถานที่ปฏิบัติงานในโรงงาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้นของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และการรับรู้ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณาจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความครอบคลุม และสอดคล้องกับนิยามตัวแปร จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) ในงานวิจัยนี้มีค่า CVI เท่ากับ 0.98 ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดำเนินการโดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทำการทดลองใช้ สอบถามกับแรงงานพม่าในโรงงานในตำบลท่าสายลวด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ต่อจากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (0.98) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (0.97) มาตรการเฝ้าระวังโรคในโรงงาน (0.98) มาตรการเฝ้าระวังโรคในชุมชน (0.99) มาตรการแยกผู้ป่วยผู้สัมผัสในโรงงาน (0.96) การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค (0.81) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (0.92) การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค จากบุคลากรสาธารณสุข อสม. อสต. (0.78) การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค จากโรงงาน (0.82) สิ่งแวดล้อมด้านสถานที่พักอาศัย (0.99) สิ่งแวดล้อมด้านสถานที่ปฏิบัติงานในโรงงาน เท่ากับ 0.99) พฤติกรรม การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (0.99)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาดำเนินการด้วยตนเองร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ที่สามารถสื่อสารทั้งภาษาไทยและพม่าได้ โดยได้จัดอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแบบสัมภาษณ์ที่แปลเป็นภาษาพม่าโดยผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขต่างชาติ เพื่อให้การสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นไปอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างชาติที่มีข้อจำกัดด้านภาษาไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว การเก็บข้อมูลใช้เวลา 2 เดือน (ตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566) ภายใต้ การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และนำไป วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความยินยอมอย่างสมัครใจ และได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในประเทศไทย สถิติด้านการรักษาพยาบาล การได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย สถานที่พักอาศัย จำนวนผู้พักอาศัยด้วยกัน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (Normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Multicollinearity) ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่า โดยวิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบถดถอยพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า (Enter multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 223/2023 รับรองเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.45 โดยมีอายุเฉลี่ย 26 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.61 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 7,500 บาท/เดือน ร้อยละ 61.32 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 6 คน ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในประเทศไทยเฉลี่ย 4 ปี ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยมีแรงงานที่ไม่สามารถสื่อสารได้มากถึง ร้อยละ 86.85 แรงงานพม่าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ภายนอกโรงงาน สำหรับสถิติด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว ร้อยละ 98.90 และมีการได้รับวัคซีนป้องกันโรค มากที่สุดจำนวน 4 เข็ม ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 86.57 ทั้งมีประวัติการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าร้อยละ 60.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของแรงงานพม่าในโรงงาน (n=350)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 114 | 32.55 |
| หญิง | 236 | 67.45 |
| อายุ (ปี) (M= 26.01, SD.= 4.46, max= 40, min= 20) | | |
| 20 – 29 ปี | 286 | 81.71 |
| 30 – 39 ปี | 60 | 17.14 |
| 40 ปีขึ้นไป | 4 | 1.15 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 142 | 39.84 |
| สมรส | 195 | 55.61 |
| หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่ | 13 | 4.55 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 17 | 4.86 |
| ประถมศึกษา | 175 | 50.00 |
| มัธยมศึกษา | 148 | 42.28 |
| ปริญญา | 10 | 2.86 |
| รายได้ต่อเดือน | | |
| น้อยกว่า 6,000 บาท/เดือน | 44 | 12.30 |
| 6,001 – 7,500 บาท/เดือน | 93 | 26.47 |
| 7,501 – 9,000 บาท/เดือน | 126 | 36.90 |
| มากกว่า 9,001 บาท/เดือน | 87 | 24.33 |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว (M = 6.11, SD.= 2.07, max= 15, min= 2) | | |
| 1 - 4 คน | 92 | 24.87 |
| 5 - 8 คน | 210 | 61.50 |
| 9 คนขึ้นไป | 48 | 13.63 |
| ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในประเทศไทย (M= 4.17, SD.= 1.90, max= 15.6, min= 1.5) | | |
| 1 – 4 ปี | 178 | 50.53 |
| 4.1 – 8 ปี | 160 | 45.99 |
| 8.1 ปีขึ้นไป | 12 | 3.48 |
| สิทธิด้านการรักษาพยาบาล | | |
| ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล (จ่ายเงินเอง) | 4 | 1.07 |
| สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว | 346 | 98.93 |
| การได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | |
| ไม่ได้รับ | 3 | 0.86 |
| ได้รับ | 347 | 99.14 |

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของแรงงานพม่าในโรงงาน (ต่อ)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| จำนวนเข็มได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | |
| 1 เข็ม | 1 | 0.86 |
| 2 เข็ม | 4 | 1.43 |
| 3 เข็ม | 42 | 12.00 |
| 4 เข็ม | 300 | 85.71 |
| ประวัติการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | |
| ไม่เคย | 137 | 39.14 |
| เคย | 213 | 60.86 |
| ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย | | |
| ไม่สามารถสื่อสารได้ | 304 | 86.85 |
| สามารถสื่อสารได้ | 46 | 13.15 |

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ปัจจัยเอื้อได้แก่มาตรการเฝ้าระวังและการสนับสนุนภายในโรงงาน พบว่ามาตรการเฝ้าระวังโรคในโรงงานมีมาตรการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 70.00 ขณะที่มาตรการเฝ้าระวังในชุมชนมีความหลากหลายมากกว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 47.00 ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับสูง ในส่วนของการจัดการแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสในโรงงานส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีมาตรการในระดับสูงร้อยละ 69.71 อย่างไรก็ตามการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.00 ขณะเดียวกันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของแรงงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.00 ปัจจัยเสริมแรงงานได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากบุคลากรสาธารณสุข อสม. และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ในระดับสูงร้อยละ 72.90 และยังได้รับคำแนะนำจากโรงงานในระดับสูง ร้อยละ 77.40 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่สถานที่พักอาศัยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 74.90 และสิ่งแวดล้อมสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 78.90 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ของแรงงานพม่าในโรงงาน (n=350)

| ปัจจัย | ระดับ | | | | | |
|--|-------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | ต่ำ | | ปานกลาง | | สูง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค | 12 | 3.43 | 13 | 3.71 | 325 | 92.86 |
| ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค | 18 | 5.14 | 21 | 6.00 | 311 | 88.86 |
| ระดับมาตรการเฝ้าระวังโรคในโรงงาน | 11 | 3.14 | 80 | 22.86 | 259 | 74.00 |
| ระดับมาตรการเฝ้าระวังโรคในชุมชน | 19 | 5.43 | 155 | 44.28 | 176 | 50.29 |
| มาตรการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสในโรงงาน | 12 | 3.43 | 94 | 26.86 | 244 | 69.71 |
| ระดับการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค | 9 | 2.57 | 203 | 58.00 | 138 | 39.43 |

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ของแรงงานพม่าในโรงงาน (n=350) (ต่อ)

| ปัจจัย | ระดับ | | | | | |
|---|-------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | ต่ำ | | ปานกลาง | | สูง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร | 10 | 2.86 | 165 | 47.14 | 175 | 50.00 |
| ระดับการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคจากบุคลากรสาธารณสุข อสม. อสต. | 17 | 4.86 | 78 | 22.29 | 255 | 72.85 |
| ระดับการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคจากโรงงาน | 10 | 2.86 | 69 | 19.71 | 271 | 77.43 |
| ระดับสิ่งแวดล้อมด้านสถานที่พักอาศัย | 17 | 4.86 | 71 | 20.29 | 262 | 74.85 |
| ระดับสิ่งแวดล้อมด้านสถานที่ปฏิบัติงานในโรงงาน | 17 | 4.86 | 57 | 16.29 | 276 | 78.85 |

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.70 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการแยกรับประทานอาหารชุดของตัวเอง ไม่ใช้ภาชนะร่วมกัน ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์ หลังสัมผัสบริเวณหรือสิ่งของและปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=350)

| พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | M | SD. | ระดับการปฏิบัติ |
|---|------|------|-----------------|
| 1. ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์ หลังสัมผัสบริเวณ หรือสิ่งของ | 3.58 | 0.66 | สูง |
| 2. ล้างมือสม่ำเสมอด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 20 วินาที ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70% | 3.57 | 0.66 | สูง |
| 3. เมื่อไอ / จามหันหน้าออกจากผู้คน และใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก | 3.57 | 0.66 | สูง |
| 4. สวมหน้ากากอนามัย / ผ้า เมื่อออกจากบ้าน | 3.57 | 0.65 | สูง |
| 5. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ | 3.58 | 0.64 | สูง |
| 6. แยกรับประทานอาหารชุดของตัวเอง ไม่ใช้ภาชนะร่วมกัน | 3.61 | 0.61 | สูง |
| 7. ปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม | 3.59 | 0.63 | สูง |
| 8. ตรวจวัดอุณหภูมิตนเอง ที่จุดคัดกรอง ตามจุดคัดกรองต่างๆ เช่น จุดคัดกรองก่อนเข้าสถานที่ทำงาน ห้างสรรพสินค้า | 3.58 | 0.60 | สูง |
| 9. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ จาม เจ็บคอ | 3.58 | 0.57 | สูง |
| 10. ติดตามเผื่อระวังข้อมูลการระบาดของโรค ล่าสุดอย่างใกล้ชิด | 3.57 | 0.59 | สูง |
| 11. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย | 3.58 | 0.57 | สูง |
| 12. หลีกเลี่ยงเข้าไปยังสถานที่ที่มีคนพลุกพล่านหรือแออัด | 3.58 | 0.58 | สูง |
| 13. ทำความสะอาดที่พักอาศัยและเปิดให้อากาศถ่ายเทอยู่เสมอ | 3.57 | 0.59 | สูง |
| 14. เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อากาศไอ จาม มีน้ำมูกเจ็บคอ แนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน | 3.59 | 0.56 | สูง |

| | | | |
|--------|------|------|-----|
| ภาพรวม | 3.58 | 0.62 | สูง |
|--------|------|------|-----|

วิเคราะห์หาอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรดังกล่าวโดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (Multiple linear coefficient) โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยนำปัจจัยทุกตัวที่มีความสัมพันธ์จากการหาความสัมพันธ์เบื้องต้น และนำเข้าจนได้โมเดลที่ดีที่สุดและมีอำนาจทำนายสูงสุด ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่า ในโรงงาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรผันของ พฤติกรรมการป้องกันโรค ของแรงงานพม่า ในโรงงานมี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยเอื้อด้านมาตรการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสในโรงงาน, 2) ปัจจัยเสริมการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค, 3) ปัจจัยเสริมการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค, และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโรงงาน สามารถอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงาน ได้ร้อยละ 76.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

| ตัวแปรที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | b | Beta | t | Sig |
|--|--------|-------------|------------------|--------|
| มาตรการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสในโรงงาน | 1.739 | 0.492 | 9.062 | <0.001 |
| การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค | -0.341 | -0.079 | -2.284 | 0.023 |
| การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคติดเชื้อจากโรงงาน | 0.901 | 0.262 | 4.482 | <0.001 |
| สิ่งแวดล้อมโรงงาน | 0.370 | 0.248 | 3.969 | <0.001 |
| Constant (b) = 7.423 | | R = 0.876 | R Square = 0.768 | |
| Adjusted R Square = 0.763 | | F = 188.732 | p-value = <0.001 | |

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าแรงงานพม่าในโรงงานอายุ 20 – 45 ปี ในโรงงาน พื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดสูง จังหวัดตากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.10 ปัจจัยนำ ด้านเพศ อายุ สภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานที่พักอาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการทำงาน ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงาน ปัจจัยเอื้อ ด้านมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงงาน มาตรการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสในโรงงาน การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ปัจจัยเสริม ด้านการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านสถานที่พักอาศัย ลักษณะการทำงาน จำนวนผู้พักอาศัยด้วยกัน ขนาดของโรงงานที่ทำงานอยู่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานพม่าในโรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ มาตรการแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสในโรงงาน มีผลบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของแรงงานพม่า โดยการจัดการแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสช่วยลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อและส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน เช่น การเว้นระยะห่างและการสวมหน้ากากอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา นิลศิริ และคณะ (2565) ที่ศึกษาการประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่เขตเมือง พบว่า ไม่มีพฤติกรรมการใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น และล้างมือทุกครั้งหลังจากการไอ จาม การแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสในโรงงาน แรงงานสามารถกระทำได้ แต่หากแรงงานพม่าที่อาศัยอยู่ข้างนอกโรงงาน จะไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสได้ เนื่องจากส่วนใหญ่จะพักอยู่รวมกันในบ้านเช่าหรือหอพักคับแคบ ทั้งนี้การสนับสนุนจากนายจ้างและการสื่อสารที่เข้าใจง่ายช่วยสร้างความมั่นใจในปฏิบัติการดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรม และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค (2564) ที่กล่าวว่ามาตรการป้องกันโรคในระดับองค์กรมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของแรงงาน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่แรงงานอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง การแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสจึงเป็นทั้งกลยุทธ์ป้องกันการแพร่เชื้อและเครื่องมือสร้างพฤติกรรมเชิงบวกในกลุ่มแรงงาน การได้รับอุปกรณ์ป้องกันโรค ไม่ส่งผลบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หากไม่มีการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งาน สอดคล้องกับ Perceived Invulnerability (การรับรู้ที่ตนเองไม่เสี่ยง) อ้างถึงใน Millstein และ Halpern-Felsher (2002) การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสน้อยมากหรือไม่มีความเสี่ยงต่ออันตรายหรือผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น แม้ว่าจะมีหลักฐานหรือสถานการณ์ที่บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงก็ตาม ทั้งนี้ แรงงานที่ได้รับอุปกรณ์แต่ขาดการตระหนักถึงความสำคัญจะลดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค มีผลบวกต่อพฤติกรรมการป้องกัน โดยการให้คำแนะนำในภาษาที่เข้าใจและตรงกับบริบทช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตาม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา นิลศิริ และคณะ (2565) ที่พบว่าแรงงานต่างด้าวไม่มีการติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มแรงงานที่พูด และฟังภาษาไทยไม่ได้ ส่วนใหญ่การรับรู้ข่าวสารด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาจากเฟสบุ๊ก (Facebook) รองลงมา หนังสือพิมพ์/วิทยุ/โทรทัศน์ และจากการบอกเล่าในกลุ่มของแรงงานต่างด้าวด้วยกันเอง การให้คำแนะนำที่ชัดเจนและเหมาะสมสามารถลดความเข้าใจผิดและส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้ใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประเทศไทย และสิ่งแวดล้อมในโรงงาน เช่น การเว้นระยะห่างและการมีจุดล้างมือ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคได้ สอดคล้องกับ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้จัดทำคู่มือมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (BUBBLE AND SEAL) สำหรับสถานประกอบการ ระบุว่า แรงงานที่ทำงานในโรงงานที่มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การติดตั้งแผงกั้นระหว่างโต๊ะทำงาน หรือการกำหนดทางเดินในโรงงานเพื่อหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกัน จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่จัดไว้อย่างเหมาะสมช่วยลดข้อจำกัดในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน เช่น การเว้นระยะห่าง นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่ดีในโรงงานยังช่วยสร้างความรู้สึกลดภัยในสถานที่ทำงาน ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจและความรับผิดชอบในพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค สิ่งแวดล้อมที่ดีช่วยลดข้อจำกัดในการปฏิบัติตามมาตรการ เช่น การสวมหน้ากากและการล้างมือ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แพรพรธณ ภูริปัญญา และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของสถานประกอบการ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การที่โรงงานจัดให้มีแอลกอฮอล์ หรือเจลล้างมือบริการอย่างเพียงพอ มีการตรวจวัด อุณหภูมิร่างกาย ปรับรูปแบบการทำงาน ช่วยในการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสถานประกอบการ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน, มาตรการแยกผู้ป่วย ผู้สัมผัสในโรงงาน, 3) การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค, การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, สิ่งแวดล้อมโรงงาน ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขและโรงงาน ควรมีการฝึกอบรมและให้คำแนะนำป้องกันโรคให้กับแรงงานต่างชาติในโรงงานโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมจัดหาสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย เช่น การใช้ภาพและข้อความสั้น ๆ นอกจากนี้ควรกำหนดมาตรฐานสิ่งแวดล้อมในโรงงานให้ปลอดภัย เช่น จัดระยะห่างระหว่างบุคคลการติดตั้งจุดล้างมือ และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคให้แก่แรงงาน พร้อมอบรมการใช้งานอย่างถูกต้อง

สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ควรจัดกิจกรรมอบรมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อสำหรับแรงงานพม่าในโรงงานอย่างสม่ำเสมอ และประชาสัมพันธ์โรคติดเชื้อโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้ภาษาพม่าในการให้ข้อมูล การแสดงภาพหรือสื่อสัญลักษณ์ที่ช่วยให้การป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

โรงงานควรจัดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ เช่น การติดตั้งจุดล้างมือหรือเจลแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่แรงงานเข้าถึงได้ง่าย การปรับพื้นที่ทำงานให้มีระยะห่างระหว่างบุคคล การติดตั้งแผงกั้นระหว่างพนักงานหรือการกำหนดเส้นทางเดินให้ชัดเจนเพื่อลดการสัมผัสใกล้ชิด นอกจากนี้ควรมีการทำความสะอาดพื้นที่ทำงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ เช่น ลูกบิดประตู โต๊ะทำงาน และอุปกรณ์ต่าง ๆ และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคให้กับแรงงานทุกคนอย่างเพียงพอและเหมาะสม เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ รวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่น ๆ โดยโรงงานต้องมีการตรวจสอบและติดตามการ

ใช้งานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าแรงงานใช้สิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ควรมีการอบรมให้แรงงานรู้วิธีการใช้และดูแลอุปกรณ์ป้องกันโรคอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากลุ่มแรงงานที่หลากหลายมากขึ้น เช่น แรงงานจากประเทศอื่น เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม รวมถึงศึกษานโยบายและการบังคับใช้มาตรการในระดับชาติและท้องถิ่นเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการป้องกันโรคในโรงงาน

รายการอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Prentice-Hall. <https://books.google.co.th/books?id>
- Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning.
- Malekpour, F., Ebrahimi, H., Yarahmadi, R., Mohammadin, Y., Kharghani Moghadam, S. M., & Soltanpour, Z. (2021). Prevention measures and risk factors for COVID-19 in Iranian workplaces. *Work*, 69(2), 327-330.
- Millstein, S. G., และ Halpern-Felsher, B. L. (2002). Judgments about risk and perceived invulnerability in adolescents and young adults. *Journal of research on adolescence*, 12(4), 399-422.
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76, 71-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2020.02.034>
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.)*.
- worldometer. (2024). *Coronavirus Cases*. Retrieved 28 Feb from <https://www.worldometers>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (BUBBLE AND SEAL) สำหรับสถานประกอบกิจการ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ยุทธศาสตร์การจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่.
- กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลแม่สอด. (2565). รายงานทะเบียนรายชื่อสถานประกอบกิจการ อำเภอแม่สอด.
- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการดำเนินการ เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับสถานประกอบการ*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์. <https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/manual/item/20-2019>

พรพัฒน์ ภูนาภรณ์, วานิช รุ่งราม, พเยาวดี แอปไรสง, และ บารเมษฐ์ ภีราล้า. (2563). Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand, 2020. *OSIR Journal*, 13(3).

แพรวพรรณ ภูริปัญญา, เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์, และ ปวีณา จังภูเขียว. (2565). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของสถานประกอบการ จังหวัดมหาสารคาม. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(1), 48-62.

ศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรม และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.

(2564). *หลักสูตรพัฒนาผู้นำด้านอาชีวอนามัยเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 ในสถานประกอบการที่มีแรงงานข้ามชาติ (ออร์พันท์ อันติมานนท์)*. <http://klb.ddc.moph.go.th>

สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน. (2563). COVID-19 ส่งผลกระทบต่อแรงงานทั้งในและนอกระบบอย่างไร. ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน. *OSHE Magazine*, 13, 17-18.

สำนักงานแรงงานจังหวัดตาก. (2565). *รายงานสถานการณ์และดัชนีชี้วัดภาวะแรงงานจังหวัดตาก รายปี 2564*. <https://tak.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/19/2022/02/รายงานสถานการณ์และดัชนีชี้วัดภาวะแรงงานจังหวัดตาก-รายปี-2564-1.pdf>

สุพัตรา นิลศิริ, เขมกร เทียงทางธรรม, กมลทิพย์ อัครวารานันต์, พรหมพร จำปาทอง, และ สุขญา โตมา. (2565). การประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่เขตเมือง. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*, 7(1), 106-121. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/iudcJ/article/view/256537>

สุรียยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, และ สุนนมาลย์ อุทัยมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 124-133.

อภิวัต อินทเจริญ, คันธมานท์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, และ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 19-30.



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 ฝั่งงานของการส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ลงวารสาร 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

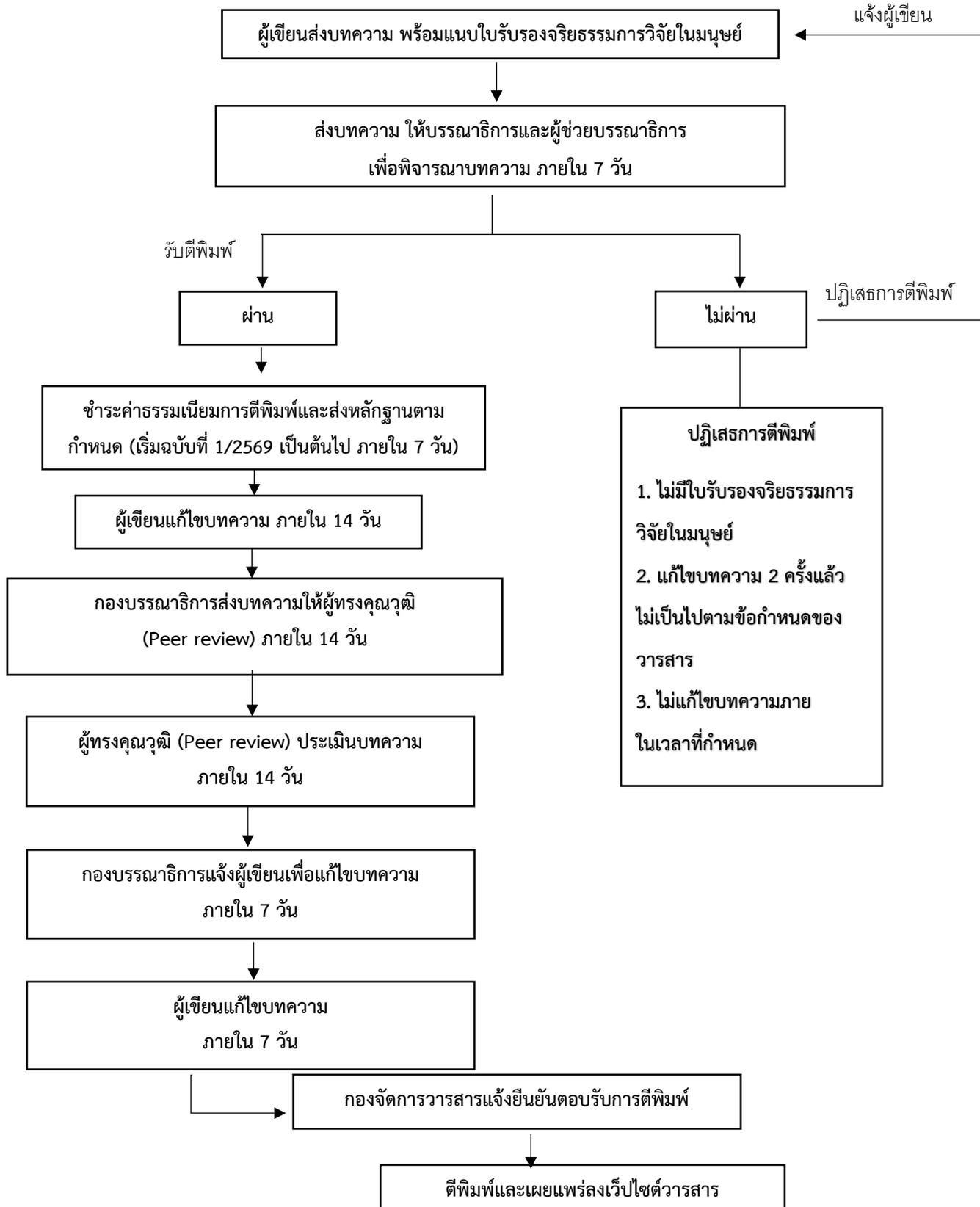
1.2 กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

| ที่ปรึกษา | กองบรรณาธิการ | |
|---|--|---|
| ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล | ศาสตราจารย์ ดร.สฤตกร พงศ์พานิช | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงคณิกัญญา | 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.สุภัทนา กลางคาร | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| | รองศาสตราจารย์ ดร.ปญญาพัฒน์ ไชยเมส | 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.ณัฐรุจ แก้วสุทธา | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| ผู้ช่วยบรรณาธิการ | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ | 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 | พญ.เสาวนีย์ วิบูลสันติ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| สภาการสาธารณสุขชุมชน | ว่าที่ร้อยเอกวีระศักดิ์ เดชอรัญ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง |
| | นายคณยศ ชัยอาจ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น |
| | กำหนดออก | |
| | ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ | |
| | ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน | |
| | ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม | |
| | ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม | |
| | เจ้าของ | |
| | สภาการสาธารณสุขชุมชน | |

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลดตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ (เริ่มฉบับที่ 1 ปี 2569 เป็นต้นไป) โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชนไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2.1 ผังงานของการส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ลงวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ขั้นตอนการส่งบทความ



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
สภากาารสาธารณสุขชุมชน

2. รูปแบบบทความตามที่วารสารสภากาารสาธารณสุขชุมชนกำหนด

3. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

- หากบทความของท่านผ่านการพิจารณาเบื้องต้นและโอนเงินชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์และส่งหลักฐานตามที่กำหนด ภายใน 7 วัน (เริ่มฉบับที่ 1/2569 เป็นต้นไป) กองจัดการจะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 กองบรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review)

- คณะทำงานวารสารสภากาารสาธารณสุขชุมชน 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. บทความวิจัยและบทความวิชาการจะได้รับการพิจารณาล้นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง (Peer reviewers) ที่มาจากหลากหลายสถาบันและไม่ได้มาจากสถาบันเดียวกับผู้ประพันธ์บทความ จำนวน 3 คน (เริ่มฉบับที่ 1/2569)

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

- ผ่านเลขที่บัญชีสภาการสาธารณสุขชุมชน

ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 142-0185-330

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

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ใน “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 ณ์ภูธโรสภณ. (2562). ความสุขในการทำงานและประสิทธิผลองค์กร. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุ่มัทนา คลังแสง, นูร์ปาซียะห์ ภูนา, และ พงศ์ชัย ณ์ภูธโรสภณ. (2564). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรสาธารณสุข. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566-2570. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.

อติญาณ์ศร เกษตริน, สมาน งามสนิท, และฐนันต์ศักดิ์ บวรนนท์กุล. (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*}, ปฐมา มาศ 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>ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรเชียงใหม่จังหวัดเชียงใหม่</i> . โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. |
| | Bandura, A. (1977). <i>Self-efficacy: The exercise of control</i> . W. H. Freeman & Co. |
| ผู้แต่ง 2 คน | อรชพร ทัพพัวรา และ พงศ์ชัย ณ์ภูริโสภณ. (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 ภูนา, และ พงศ์ชัย ณ์ภูริโสภณ. (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 ศรีดามา (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. |
| อติญาณ์สร เกษตริน, สมาน งามสนิท, และฐนันต์รงค์ 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)./ <i>ชื่อเรื่อง</i> [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต/ปริญญาานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต/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). <i>ชื่อรายงาน</i> . หน่วยงาน. URL (ถ้ามี) |
| ชื่อหน่วยงาน. (ปี, เดือน วัน). <i>ชื่อรายงาน</i> . 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

.....

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

มี (โปรดแนบพร้อมกับการส่งบทความที่ขอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่) ไม่มี

ใบรับรองการตรวจสอบภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญ (หากมีจะรับพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ)

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/บทความวิชาการตามที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนกำหนด

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>

เลขที่จดทะเบียนการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)



จัดทำโดย : กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน



JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health

จัดพิมพ์โดย

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ท่าบตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-055-6585

e-mail:the.jccph@gmail.com



วสช.

ISSN 2730-1729

ISSN ONLINE 2697-5653