

JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

journal Of Council Of Community-Public Health



ปีที่ 8 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

Vol.8 no.2 May - August 2026



วสช.

ISSN 2730-1729

ISSN ONLINE 2697-5653

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต
 ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.สุรศักดิ์ ฐานันพานิชกุล
 ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมัน พงษ์นิญญ
 รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
 นายชำนาญ มีมูล
 ดร.กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ
 สภาการสาธารณสุขชุมชน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
 สถาบันพระบรมราชชนก
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
 สถาบันพระบรมราชชนก
 อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
 สถาบันพระบรมราชชนก
 อาจารย์ ดร.นพดล ทองอร่าม
 สถาบันพระบรมราชชนก

กองจัดการ

นางสาวภรณ์ภัทร แจ่มวงษ์
 สภาการสาธารณสุขชุมชน

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
 ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชครัตน์
 ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
 รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์
 รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
 รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพตระการพร
 รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
 รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทนา กลางคาร
 รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ
 รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ สงเสริม
 รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชูศักดิ์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อณี
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐธ แก้วสุทธา
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม
 อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตุลชาติ
 อาจารย์ ดร.อำพล บุญเพียร
 อาจารย์ ดร.กนกพร สมพร
 อาจารย์ ดร.นภาพา สิงห์วีระธรรม
 อาจารย์ ภญ.ดร.ดาวรุ่ง คำวงศ์
 อาจารย์ ทพ.ภาสกร ศรีไทย
 พญ.กฤษณาพร เกื่อนโอสถ
 พญ.ฐิตาภรณ์ ภูตเขต
 ว่าที่ร้อยเอกวีระศักดิ์ เดชอรัญ
 นายคณยศ ชัยอาจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 มหาวิทยาลัยบูรพา
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสยาม
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 มหาวิทยาลัยทักษิณ
 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
 มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
 สถาบันพระบรมราชชนก
 สถาบันพระบรมราชชนก
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 สถาบันพระบรมราชชนก
 สถาบันพระบรมราชชนก
 โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
 โรงพยาบาลแกด้า จังหวัดมหาสารคาม
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

กำหนดออก

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

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

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

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569

วัตถุประสงค์การวิจัย

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

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-055-6585 กด 0 (ติดต่องานวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน)

E-mail: the.jccph@gmail.com

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

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิตี้ จำกัด

67 อาคารทอปัสชูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน

แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISBN 2730-1729 (Print)

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ฉบับประจำปี 8 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2569 ถือเป็นฉบับปฐมฤกษ์ของคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน วาระที่ 3 ที่มีโอกาสได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวารสารฯ โดยมีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่เป็นประโยชน์และมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ในสาขานั้นๆ เรื่องละ 2-3 ท่าน ซึ่งการจัดทำวารสารฯ จะเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานวิชาการและเป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้รับการรับรองจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็นวารสารฯ กลุ่มที่ 2 โดยวารสารฯ ฉบับนี้ขอนำเสนอทั้งหมด จำนวน 15 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 15 เรื่อง

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

กองบรรณาธิการหวังว่า เนื้อหาของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่วารสารฯ ได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านและผู้สนใจ รวมไปถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงการสาธารณสุขชุมชนและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ
บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

การพัฒนารูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรไปสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากร.....	E-287484
Development of A Model for Implementing The Strategic Plan of Buddhasothon Hospital Through Personnel Participation อุบลรัตน์ แสงเมฆ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี	E-286428
Factors Influencing Performance of Village Health Volunteers in Non- Communicable Disease Prevention and Control in Samkhok District, Pathum Thani Province เพ็ญภา สนสกุล, เฉลิมลีนญ์ สิริเศรษฐ์ภพ, ขนิษฐา นาคเกลี้ยง	
การเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยง ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ	E-286364
A Comparison of the Effects of Exercise Combined with Balance Training on Fall Risk Prevention in Older Adults วินิจตา ขวัญชู	
ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนม ทวน จังหวัดกาญจนบุรี จากการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การ บริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี	E-286580
Factors Influencing the Work Efficiency of Village Health Volunteers in Phanom Thuan District, Kanchanaburi Province, Following the Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to the Provincial Administrative Organization จำนงค์ โพธิ์ทา	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

- การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการใน
คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ E-286579
Development of Integrated Care Model for Type 2 Diabetes Mellitus and
Hypertension Patients in the Chronic Disease Clinic at Non-Din Daeng
Hospital, Buriram Province
นิสาชล ไกรสุข
- ความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนปลายในจังหวัดสุพรรณบุรี E-287484
Health Literacy Affecting E-cigarette Prevention Behaviors Among High School
Students in Suphan Buri Province
สมภพ ปานมณี, นพดล ทองอร่าม
- ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา
จังหวัดสงขลา E-286939
Factors Influencing Parents' Decisions to have Their Children Receive all
Recommended Vaccinations in Area of Thepha District, Songkhla Province
พัชรี รัตนจินดา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ
- อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดในผู้ป่วย
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
..... E-286718
Incidence and Factors Associated with Intraoperative Anesthetic
Complications among Surgical Patients at Rayong Hospital in Honor
of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn
สโรชา ศรีสวัสดิ์

บทความวิจัย (Original Article) :

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	E-288696
Health Literacy in Preventing dust Particles of No More than 2.5 Microns (PM2.5) of Village Health Volunteers จริญญา ผาทอง, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, อารีย์ จันทะโพธิ์	

ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนโดยใช้เทคนิคเหมืองข้อมูลใน บริบทโรงพยาบาลชุมชน	E-289382
Predictive Factors Associated with Access to Stroke Fast-Track Services: A Data Mining Approach in Community Hospital Settings วีระชัย สมอหมอบ , สุปราณี โรจน์สุพร , กริช สมกันธา และคณะ	

รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม	E-289334
A model for preparing for old age among people aged 50-59 years, through the participation of network partners in Sam Phran District, Nakhon Pathom Province พัชรวัฒน์ พัชรเกียรติกันก	

การพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี	E-286735
Development of a Model for Surveillance and Promotion of Early Childhood Development in Prachantakham Subdistrict, Prachinburi Province. พิฐษญาณ์ ผ่องแผ้ว	

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยหลายระดับที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

จังหวัดเพชรบูรณ์ E-287077

Multi-level Factors Influencing Community Empowerment in Community

Health System Management, Phetchabun Province

บรรณกร เสือสิงห์, จินานารถ โพธิ์สัย, วันสรุา เขาวนนิยม และคณะ

การศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัย

สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก E-289226

A Study of Health Status, Health Behaviors Associated with Disease and

Health Risk Prevention Behaviors Among Migrant Buddhist Monks in Mae Sot

City Municipality, Mae Sot District, Tak Province

พนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอาย, อภิชา มัคควัชรกุล, พิมลพรรณ กิติเงิน และคณะ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบาง

กระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก E-89605

Factors Influencing to Stress among High School Students at a School in

Bang Krathum District, Phitsanulok Province

ปวรวิสา ทับอินทร์, ปฏิภาณ ศรีอยู่, นรินทร์ธิดา หอมหวาน และคณะ

คู่มือวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

-

การพัฒนาแบบแผนการนำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรไปสู่การปฏิบัติ
โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากร

Development of A Model for Implementing The Strategic Plan of
Buddhasothon Hospital Through Personnel Participation

อุบลรัตน์ แสงเมฆ

Ubonrat Saengmek

โรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothon Hospital

(Received: 16 March 2026; Revised: 26 April 2026; Accepted: 19 May 2026)

บทคัดย่อ

การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นความท้าทาย เพราะโครงสร้างองค์กรซับซ้อนและบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร ขนาด 650 เตียง บุคลากร 1,871 คน พบว่าร้อยละ 43.90 ไม่เคยมีส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และร้อยละ 56.7 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การวิจัยนี้มุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแบบแผนการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากร ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2022) ร่วมกับการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน 3 ระยะ (มกราคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569) ระยะที่ 1 สํารวจเชิงปริมาณ 360 คน (Cronbach's Alpha = 0.92) ระยะที่ 2 วิเคราะห์เชิงคุณภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 41 คน และระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบผ่านวงจร PAOR กับบุคลากร 185 คนจาก 5 หน่วยงานนำร่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 1 พบว่าบุคลากรมีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.50) และการรับรู้การนำแผนไปปฏิบัติระดับปานกลาง ($M = 2.99$) ทั้งนี้ทัศนคติ (เจตคติ/ความเชื่อ) เป็นคนละมิติกับการรับรู้สภาพจริง แม้มีทัศนคติเชิงบวกระดับมาก ($M = 4.04$) แต่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนอยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.94$) ระยะที่ 2 พบ 6 ประเด็นเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1. ช่องว่างการรับรู้ระหว่างลำดับชั้น 2. การสื่อสารแบบบนลงล่างขาดการสะท้อนกลับ 3. ขาดการเชื่อมโยงตัวชี้วัดกับงานประจำ 4. ปัจจัยความสำเร็จ 6 ด้าน 5. อุปสรรค 3 ประการ และ 6. ความต้องการรูปแบบที่เรียบง่ายและมีระบบติดตามที่รวดเร็ว ระยะที่ 3 พัฒนา BSH-MAP Model 6 องค์ประกอบ ได้แก่ Balanced Communication, Stakeholder Participation, Horizontal Accountability, Managing Resources, Assessing & Tracking และ Practice Integration ทุกหน่วยงานนำร่องบรรลุตัวชี้วัดร้อยละ 82.00 การรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($M = 3.01$ เป็น 4.22; $t=16.34$, $P\text{-value} < .001$, Cohen's $d=1.58$) ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมระดับสูง ($M = 4.68$) และบุคลากรมีความพึงพอใจระดับมาก ($M = 4.33$) BSH-MAP Model มีประสิทธิผลในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ ควรขยายผลสู่หน่วยงานอื่นพร้อมพัฒนาระบบสารสนเทศรองรับการติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ, การมีส่วนร่วมของบุคลากร, รูปแบบ BSH-MAP Model

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mui.ubo@gmail.com, อุบลรัตน์ แสงเมฆ)

Abstract

Strategic plan implementation in tertiary-care hospitals presents persistent challenges due to complex organizational structures and multidisciplinary workforces, resulting in a substantial gap between planned strategies and actual practice. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a participatory strategic implementation model at Buddhasothon Hospital, a 650-bed tertiary-care hospital with 1,871 personnel. A participatory action research (PAR) design, grounded in Kemmis and McTaggart's framework (2022), was employed alongside mixed-methods data collection across three phases (January 2025–February 2026). Phase 1 involved a quantitative survey of 360 personnel using validated questionnaires measuring knowledge, perception, and attitudes toward strategic implementation (Cronbach's Alpha = 0.92). Phase 2 employed qualitative analysis through in-depth interviews, participatory observation, and focus group discussions with 41 key informants. Phase 3 involved the development and implementation of the model through the PAOR cycle with 185 personnel across five pilot units over eight weeks. Phase 1 findings revealed that personnel demonstrated moderate levels of knowledge ($M = 3.06$, $SD = 0.97$) and favorable attitudes (defined as beliefs about the importance of strategic implementation, distinct from perception of actual implementation status) toward participation ($M = 4.04$); however, practical participation ($M = 2.94$) and resource allocation ($M = 2.88$) remained underdeveloped. Phase 2 identified six critical themes, including hierarchical perception gaps, top-down communication lacking feedback mechanisms, and disconnection between performance indicators and routine work. These findings collectively informed the development of the BSH-MAP Model, comprising six components: Balanced Communication, Stakeholder Participation, Horizontal Accountability, Managing Resources, Assessing & Tracking, and Practice Integration. Following eight weeks of model implementation, all pilot units successfully developed operational plans linking strategic indicators to routine tasks, achieving 82.00% of unit-level performance targets. Personnel perception of strategic implementation improved significantly ($M = 3.01$ to $M = 4.22$; $t = 16.34$, $P\text{-value} < .001$, Cohen's $d = 1.58$). Expert panels rated the model's appropriateness highly ($M = 4.68$), and personnel reported high satisfaction ($M = 4.33$). The BSH-MAP Model demonstrated effectiveness within a tertiary-care hospital context and should be scaled to other units, with the concurrent development of information systems to support long-term monitoring and evaluation.

Keywords: Strategic Plan Implementation, Personnel Participation, BSH-MAP Model

บทนำ

การบริหารยุทธศาสตร์เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กรสุขภาพในยุคที่ระบบสาธารณสุขเผชิญการเปลี่ยนแปลงอย่างซับซ้อน (Kaplan & Norton, 2004) อย่างไรก็ตาม ช่องว่างระหว่างการวางแผนและการปฏิบัติ (Strategy – to - Execution Gap) ยังคงเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่รุนแรงเป็นพิเศษในโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ ซึ่งมีความซับซ้อนด้านลำดับชั้นองค์กรและความหลากหลายของวิชาชีพสูงกว่าโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ (Beer & Eisenstat, 2000; Hrebiniak, 2006) โรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิตั้งอยู่ริมแม่น้ำเจ้าพระยา มีบุคลากร 1,871 คน สะท้อนบริบทดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนการวิจัยพบว่ามีเพียงร้อยละ 45.2 ของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งในการศึกษานี้ให้นิยามว่าคือความสามารถในการอธิบายวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด รวมถึงการเชื่อมโยงบทบาทของตนเข้ากับเป้าหมายองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม (โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2568) ทั้งนี้ ความคาดหวังดังกล่าวมิได้ครอบคลุมบุคลากรทุกคนในองค์กรอย่างเท่าเทียมกัน หากแต่มุ่งเฉพาะบุคลากรที่มีภารกิจเกี่ยวข้องโดยตรงกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยยกเว้นพนักงานและพนักงานบริการซึ่งมีหน้าที่สนับสนุน รวมถึงบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 12 เดือน เนื่องจากความรอบรู้ด้านยุทธศาสตร์ (Strategic Literacy) มีความหมายเชิงปฏิบัติที่ต่อการตัดสินใจของบุคลากรนั้นส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการให้บริการ (Li et al., 2008)

แม้งานวิจัยต่างประเทศจะสนับสนุนแนวทางการมีส่วนร่วมในการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Waterman et al., 2001; Andrews et al., 2009) และงานวิจัยไทยได้พัฒนารูปแบบเช่น PDMI และ IDEL สำหรับบริบทปฐมภูมิ (บุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ, 2562; รติยา วิภักดิ์ และคณะ, 2563) แต่รูปแบบเหล่านั้นออกแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อน จึงไม่สามารถนำมาใช้ได้โดยตรงในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีลำดับชั้นองค์กรหลายระดับ บุคลากรหลากหลายวิชาชีพ และตัวชี้วัดที่ซับซ้อนกว่ามาก ในด้านทฤษฎีการจัดการการมีส่วนร่วม (Participatory Management) Cotton et al. (1988) ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ทั้งการวางแผน การตัดสินใจ และการปฏิบัติ มิใช่เพียงการรับทราบข้อมูลจากบนลงล่าง ขณะที่ McNamara (2022) เน้นว่ากลยุทธ์การมีส่วนร่วม (Participation Strategies) ที่มีประสิทธิภาพต้องผนวกกลไกสะท้อนกลับและความรับผิดชอบร่วมกันในทุกระดับขององค์กร ยิ่งไปกว่านั้น ยังไม่มีงานวิจัยใดที่บูรณาการ Participatory Action Research เข้ากับกรอบแนวคิด Balanced Scorecard และ Strategy Map ในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย ส่งผลให้บุคลากรระดับปฏิบัติการขาดกลไกที่ทำให้ตนรับรู้บทบาทของตนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ได้อย่างเป็นรูปธรรม การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว ด้วยการพัฒนารูปแบบที่บูรณาการกลยุทธ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเข้ากับระบบตัวชี้วัดและกลไกติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม (Kaplan & Norton, 1996; Kemmis & McTaggart, 2022) เพื่อเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในองค์กรสุขภาพที่มีบริบทใกล้เคียงกัน



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ระดับความรู้ การรับรู้ ทักษะ และปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติของบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร (ระยะที่ 1)
2. เพื่อวิเคราะห์เชิงลึกถึงปัจจัย อุปสรรค และเงื่อนไขความสำเร็จของการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ (ระยะที่ 2)
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพุทธโสธร ผ่านกระบวนการ PAR (ระยะที่ 3)
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (ระยะที่ 3)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสังเคราะห์กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยบูรณาการแนวคิด Balanced Scorecard และ Strategy Map ของ Kaplan และ Norton (2004) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ McNamara (2022) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อพัฒนารูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรไปสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร ดังแสดงในภาพที่ 1

ระยะที่1 : การศึกษาสถานการณ์ (วัตถุประสงค์ ข้อ1 และ2)

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative)

ประชากร : บุคลากร รพ.พุทธโสธร (n=360คน)

เครื่องมือ : แบบสอบถาม(Cronbach's $\alpha=0.92$)

ตัวแปรที่ศึกษา :

- ความรู้เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์
- การรับรู้/ทัศนคติการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ
- ปัจจัย 5 ด้าน : ผู้บริหาร/การสื่อสาร/การมีส่วนร่วม/
ทรัพยากร/การติดตามประเมินผล

วิเคราะห์ : ความถี่, ร้อยละ, M , SD .

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก : 41 คน (Purposive)

วิธีเก็บข้อมูล

- สัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) 21 คน
- สนทนากลุ่ม (Focus Group) 2 กลุ่ม (20 คน)
- สังเกตแบบมีส่วนร่วม (Observation)

ประเด็นที่ศึกษา : อุปสรรค/ ปัจจัยความสำเร็จ/ช่องว่าง /

ประสบการณ์/ข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์: Content/Thematic Analysis + Triangulation

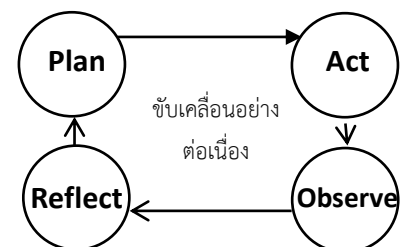
Input : ข้อมูลสถานการณ์ + ปัจจัยเชิงลึก + ประเด็น/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะจาก Stakeholders นำไปใช้ออกแบบและพัฒนารูปแบบในระยะที่2

ระยะที่2 : การพัฒนารูปแบบ (วัตถุประสงค์ข้อ3)

Stakeholders

- ผู้บริหารรพ.
- คณะกรรมการแผนยุทธศาสตร์
- หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน
- บุคลากรระดับปฏิบัติจาก5หน่วยงานนำร่อง(n-185)
- ร่วมกัน : วิเคราะห์ปัญหา/ออกแบบรูปแบบ/ทดลองใช้+ปรับปรุง

วงจร PAOR ดำเนินการ2รอบใน 8 สัปดาห์



Output : รูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่3 : การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (วัตถุประสงค์ข้อ4)

รูปแบบการประเมิน

- Pre test/Post test Design
- หน่วยงานนำร่อง 5 แห่ง
- ระยะเวลา 8 สัปดาห์
- n = 185 คน

ตัวชี้วัดที่ประเมิน

- การรับรู้ก่อน-หลังใช้รูปแบบ
- ผลตัวชี้วัดของหน่วยงานนำร่อง
- ความเหมาะสม/ความเป็นไปได้
- การสะท้อนของ Stakeholders

การวิเคราะห์

- สถิติเชิงพรรณนา
- Paired t-test ($\alpha=.05$)
- Effect Size (Cohen's d)
- 95% Confidence Interval
- Content Analysis (เชิงคุณภาพ)

หมายเหตุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะถูกกำหนดชื่อและกำหนดองค์ประกอบหลังจากกระบวนการ PAR ในระยะที่ 2 เสร็จสิ้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2022) โดยบุคลากรโรงพยาบาลในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบ การทดลองใช้ และการประเมินผล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ดำเนินการระหว่างมกราคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สำรวจเชิงปริมาณเพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ ทักษะ และปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ระยะที่ 2 ศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อขยายและอธิบายผลจากระยะที่ 1 และระยะที่ 3 บูรณาการผลจากทั้งสองระยะ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์เชิงปริมาณ ประชากรคือบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร 1,845 คน (ไม่รวมคนงาน พนักงานบริการ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 1 ปี) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Cochran (1977) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% ปรับด้วย Finite Population Correction และเพิ่มสำรองร้อยละ 15 (Polit & Beck, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่าง 360 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified Random Sampling) ครอบคลุม 15 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จักษุวิทยา โสต ศอ นาสิก จิตเวช ทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล เทคนิคการแพทย์ รังสีวิทยา บริหาร สนับสนุนบริการ และหน่วยงานอื่น ๆ (Creswell & Creswell, 2018)

เกณฑ์คัดเข้า: 1. บุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธรทุกประเภท (ยกเว้นคนงานและพนักงานบริการ) 2. ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ วันเริ่มเก็บข้อมูล และ 3. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก: 1. คนงานหรือพนักงานบริการ 2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี และ 3. บุคลากรที่ลาป่วยต่อเนื่อง ลาศึกษาต่อ ย้าย หรือลาออก

ระยะที่ 2: การวิเคราะห์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก 41 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก 21 คน (ผู้บริหาร 9 คน และหัวหน้ากลุ่มงาน 12 คน) และการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม รวม 20 คน (สายวิชาชีพ 10 คน และสายสนับสนุน 10 คน) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประชุมและการปฏิบัติงานจริง วิเคราะห์ด้วย Content Analysis จนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Hsieh & Shannon, 2005)

ระยะที่ 3: การพัฒนาและประเมินรูปแบบด้วยกระบวนการ PAR ระยะนี้เป็นการพัฒนาและประเมินรูปแบบ BSH-MAP Model โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) คัดเลือกหน่วยงานนำร่องแบบเจาะจง 5 กลุ่มงาน ตามความพร้อมและความหลากหลายของลักษณะงาน (Kemmis et al., 2014) รวมบุคลากร 185 คน ได้แก่ กุมารเวชกรรม (32 คน) สูติ-นรีเวชกรรม (29 คน) ศัลยกรรม (38 คน) เวชกรรมสังคม (41 คน) และอายุรกรรม (45 คน) ดำเนินการ 8 สัปดาห์ ตามวงจร PAOR จำนวน 2 รอบ ดังนี้

1) Plan: จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงองค์ประกอบของ BSH-MAP Model วิเคราะห์ปัญหาและบริบทของแต่ละหน่วยงานร่วมกัน และจัดทำแผนการนำรูปแบบไปใช้ พร้อมกำหนดตัวชี้วัดและวิธีการเก็บข้อมูล

2) Act: บุคลากรนำรูปแบบไปใช้จริงในงานประจำตามแผนที่กำหนด โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานกำกับติดตามการดำเนินงาน

3) Observe: เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ (Pre-test/Post-test) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน บันทึกการสังเกต และข้อมูลสะท้อนจากผู้ปฏิบัติงานเป็นรายสัปดาห์

4) Reflect: จัดประชุมสะท้อนผลร่วมกัน วิเคราะห์ผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบในรอบถัดไป

การประเมินผลใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พร้อมรายงานขนาดอิทธิพล (Cohen's d) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (Field, 2018) โดยกระบวนการ PAR ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมและพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยแบ่งตามระยะการดำเนินการ 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (9 ข้อ) แบบวัดความรู้แบบถูก-ผิด (16 ข้อ) แบบวัดการรับรู้การนำแผนไปปฏิบัติ มาตรฐานค่า 5 ระดับ (10 ข้อ) แบบวัดทัศนคติ (เจตคติ/ความเชื่อต่อความสำคัญของการนำแผนไปปฏิบัติ) มาตรฐานค่า 5 ระดับ (10 ข้อ) ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนไปปฏิบัติ 5 ด้าน (30 ข้อ) และข้อเสนอแนะ (3 ข้อ) รวม 72 ข้อ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม (Kaplan & Norton, 1996; Cotton et al., 1988)

ระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ 3 ชนิด ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (45 – 60 นาที/คน) ครอบคลุม 5 ประเด็น เช่น "ท่านรับรู้แผนยุทธศาสตร์จากช่องทางใด" และ "อุปสรรคสำคัญในการนำแผนไปปฏิบัติคืออะไร" แนวคำถามสนทนากลุ่ม (90–120 นาที/กลุ่ม) เช่น "องค์ประกอบใดจำเป็นต่อรูปแบบที่มีประสิทธิผล" และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกพฤติกรรมสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการประชุม และการเชื่อมโยงงานจริงกับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของแต่ละกลุ่มงาน ข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบ BSH-MAP Model

ระยะที่ 3 ใช้เครื่องมือ 6 ชนิด ได้แก่ แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบประเมินองค์ประกอบรูปแบบ BSH-MAP Model (24 ข้อ) แบบประเมินการรับรู้หลังใช้รูปแบบ (30 ข้อ) แบบติดตามรายสัปดาห์ของ 5 หน่วยงานนำร่อง (8 ครั้ง) ติดตามความก้าวหน้าการนำ BSH-MAP Model ไปปฏิบัติในงานประจำ ได้แก่ ความพึงพอใจผู้ป่วย เวลารอคอย และอัตราการติดเชื้อ แบบบันทึกสังเกตการณ์ประชุม PAOR บันทึกกระบวนการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน (Plan – Act – Observe - Reflect) และการปรับปรุงรูปแบบระหว่างรอบดำเนินงาน และคู่มือการนำรูปแบบไปปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1 และ 3) ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.87 (≥ 0.50) และความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.92 (≥ 0.70)

(Polit & Beck, 2017; Field, 2018) เครื่องมือเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 2 และ 3) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย Triangulation ทั้งด้านแหล่งข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการ และ Member Checking โดยนำข้อมูลกลับคืนให้ผู้ให้ข้อมูล 15 คน (จากทั้งหมด 41 คน ครอบคลุมทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ) ตรวจสอบความถูกต้อง และความเป็นกลางด้วย Peer Debriefing โดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก 3 ท่าน ตรวจสอบกระบวนการวิเคราะห์และตีความข้อมูล (Denzin, 1978; Lincoln & Guba, 1985)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 (มิ.ย. – ก.ค. 2568) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามบุคลากร 360 คน ใน 15 หน่วยงาน โดยแจก - เก็บด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 (ส.ค. – ต.ค. 2568) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน 21 คน สนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม (20 คน) และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ภายใต้ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 3 (16 ธ.ค. 2568 – 13 ก.พ. 2569) ดำเนินการตามวงจร PAOR 2 รอบ รวม 8 สัปดาห์ โดย รอบที่ 1 (สัปดาห์ 1 – 4) ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดตัวชี้วัดรายหน่วยงาน (Plan) ทดลองนำรูปแบบไปใช้ในงานประจำ (Act) ติดตามบันทึกผลรายสัปดาห์ (Observe) และประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุง (Reflect) รอบที่ 2 (สัปดาห์ 5 – 8) นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้เต็มรูปแบบ เก็บข้อมูล Post-test และประชุมสรุปประเมินประสิทธิผล เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ก่อน-หลัง ตัวชี้วัดรายหน่วยงาน แบบประเมินความพึงพอใจ และบันทึกการประชุมและสังเกตการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ (1.00 – 5.00)

ระยะที่ 2 ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทาง Braun and Clarke (2021) 6 ขั้นตอน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย Triangulation (Denzin, 1978) Member Checking และ Peer Debriefing (Lincoln & Guba, 1985)

ระยะที่ 3 วิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ ก่อน - หลังการใช้รูปแบบ รายงาน Effect Size (Cohen's d) และ 95% Confidence Interval กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 027/2568 วันที่ 24 กันยายน 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงและลงนามยินยอมโดยสมัครใจ โดยข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ ระดับความรู้ การรับรู้ ทักษะและปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติของบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มตัวอย่าง 360 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.80) อายุ 31 – 40 ปี (ร้อยละ 39.40) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.30) และปฏิบัติงานในระดับผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ 75.60) โดยร้อยละ 43.90 ไม่เคยมีส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และร้อยละ 56.70 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารเชิงยุทธศาสตร์

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ พบคะแนนเฉลี่ย 9.84 คะแนน จาก 16 คะแนน ($SD. = 2.31$, ร้อยละ 61.50) อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านวิสัยทัศน์และพันธกิจมีคะแนนสูงสุด ส่วนด้านตัวชี้วัดและกลยุทธ์มีคะแนนต่ำสุด 2. ด้านการรับรู้การนำแผนไปสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.99$, $SD. = 0.99$) ด้านนโยบายและทิศทางมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.28$) และด้านระบบติดตามประเมินผลต่ำสุด ($M = 2.68$) 3) ขณะที่ทัศนคติ (เจตคติต่อความสำคัญของการนำแผนไปปฏิบัติ ซึ่งต่างจากการรับรู้สภาพจริง) อยู่ในระดับมาก ($M = 4.04$, $SD. = 0.65$) โดยสรุป พบ Attitude - Behavior Gap คือบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกสูง ($M = 4.04$) แต่การรับรู้สภาพการดำเนินงานจริงและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนช่องว่างสำคัญในการพัฒนารูปแบบระยะถัดไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ (n=360)

รายการ	ค่าเฉลี่ย/คะแนน	SD.	ร้อยละ	ระดับ
1. ความรู้เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์(16คะแนน)	9.84	2.31	61.50	ปานกลาง
วิสัยทัศน์และพันธกิจ (6 คะแนน)	3.98	1.12	66.33	ปานกลาง
ประเด็นยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ (5 คะแนน)	3.05	1.08	61.00	ปานกลาง
ตัวชี้วัดและกลยุทธ์ (5 คะแนน)	2.81	1.15	56.20	ปานกลาง
2. การรับรู้การนำไปปฏิบัติ	2.99	0.99	-	ปานกลาง
นโยบายและทิศทาง	3.28	1.09	-	ปานกลาง
บทบาทและความเชื่อมโยงกับงาน	3.00	1.13	-	ปานกลาง
ระบบติดตามประเมินผล	2.68	1.20	-	ปานกลาง
3. ทักษะ (เจตคติต่อการนำแผนไปปฏิบัติ)	4.04	0.65	-	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.06	0.97	-	ปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่า ปัจจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD. = 0.89$) โดยการสนับสนุนจากผู้บริหารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.52$) ขณะที่การจัดสรรทรัพยากร ($M = 2.88$) และการมีส่วนร่วมของบุคลากร ($M = 2.94$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งสะท้อนระดับการรับรู้ของบุคลากรต่อปัจจัยเมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการวิเคราะห์เนื้อหาสอดคล้องกัน โดยระบุว่าการจัดสรร

ทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นประเด็นท้าทายสำคัญ ขณะที่การสนับสนุนจากผู้บริหารและการสื่อสารแบบสองทางเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ดังตารางที่ 2

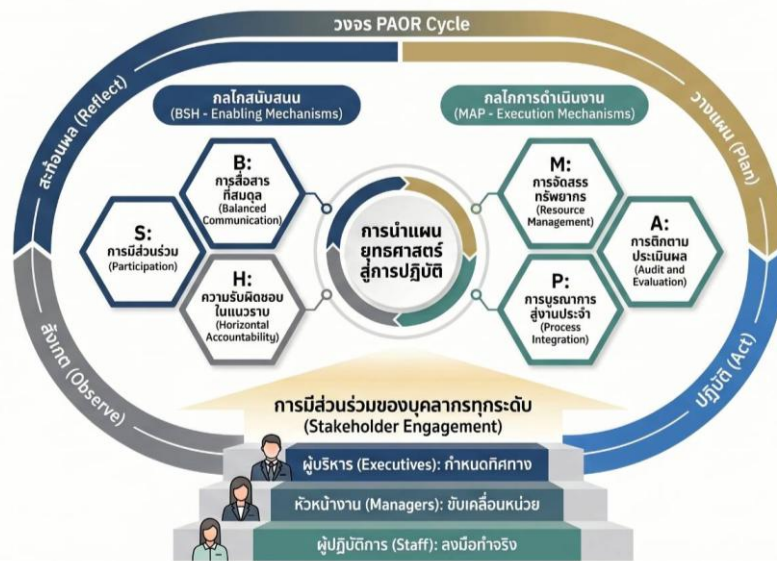
ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ จำแนกตามด้าน (n=360)

ปัจจัย	M	SD.	ระดับ	อันดับ
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	3.52	0.92	มาก	1
การสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์	3.16	0.98	ปานกลาง	2
การติดตามประเมินผล	3.02	1.00	ปานกลาง	3
การมีส่วนร่วมของบุคลากร	2.94	1.02	ปานกลาง	4
การจัดสรรทรัพยากร	2.88	1.04	ปานกลาง	5
ค่าเฉลี่ยรวม	3.10	0.89	ปานกลาง	

ระยะที่ 2: การวิเคราะห์เชิงลึกของปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ให้ข้อมูล 41 คน วิเคราะห์ด้วยThematic Analysis พบ 6 ประเด็น ได้แก่ 1. การรับรู้ยุทธศาสตร์แตกต่างกันตามลำดับชั้น โดยระดับปฏิบัติการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน 2. การสื่อสารแบบบนลงล่างที่ไม่ต่อเนื่อง 3. การขาดการเชื่อมโยงตัวชี้วัดกับงานประจำ 4. ปัจจัยความสำเร็จ 6 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การสื่อสารสองทาง การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาความรู้ วัฒนธรรมองค์กร และแรงจูงใจ 5. อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ภาระงานสูง ระบบรายงานซ้ำซ้อน และนโยบายเปลี่ยนแปลงบ่อย และ 6. รูปแบบควรเรียบง่าย ส่งเสริมการมีส่วนร่วม มีการสื่อสารต่อเนื่อง และระบบติดตามที่ให้ข้อมูลย้อนกลับรวดเร็ว

ระยะที่ 3: การพัฒนาและประเมินรูปแบบ BSH-MAP Model (ตามวัตถุประสงค์ข้อ 3 และข้อ 4 จาก การสังเคราะห์ผลระยะที่ 1-2 ร่วมกับ PAOR, Balanced Scorecard และ Strategy Map ได้พัฒนา BSH-MAP Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสื่อสาร (B) การมีส่วนร่วม (S) ความรับผิดชอบ (H) การบริหารทรัพยากร (M) การติดตามประเมินผล (A) และการบูรณาการสู่การปฏิบัติ (P) ดำเนินการผ่านวงจร PAOR ได้แก่ Plan: ออกแบบรูปแบบและกำหนดตัวชี้วัด/ผู้รับผิดชอบ Act: ถ่ายทอดและดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม Observe: ติดตามประเมินผล Reflect: สะท้อนผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินพบว่า รูปแบบช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วม ความชัดเจนในการปฏิบัติงาน และประสิทธิผลของการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ



ผลลัพธ์ที่คาดหวัง : เพิ่มการรับรู้การนำแผนยุทธศาสตร์ไป/เพิ่มผลงานตัวชี้วัดยุทธศาสตร์/มีความเป็นเจ้าของยุทธศาสตร์/เกิดความยั่งยืนขององค์กร

ภาพที่ 2 Conceptual Model Diagram ของ BSH-MAP Model แสดงความสัมพันธ์ของ 6 องค์ประกอบ (B-S-H-M-A-P) ภายใต้วงจร PAOR และการมีส่วนร่วมของ Stakeholders

3. ผลการดำเนินงานตามวงจร PAOR

รอบที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-4): Stakeholders Plan-ร่วมประชุมออกแบบ 6 องค์ประกอบและกำหนดตัวชี้วัด (หน่วยงานละ 2 ตัว) Act-ทดลองใช้ในงานประจำ Observe-ติดตามผลรายสัปดาห์ และ Reflect -สะท้อนผลเพื่อปรับปรุงการสื่อสารและบทบาทให้ชัดเจน

รอบที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-8): Plan-ปรับปรุงรูปแบบจากรอบแรก Act-นำไปใช้เต็มรูปแบบในหน่วยงานนำร่อง Observe-ติดตามตัวชี้วัดและPost-test และReflect-ประชุมสรุปบทเรียน ร่วมให้ประเมินให้ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผลโดย Stakeholders มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนในฐานะผู้ร่วมขับเคลื่อน

ผลการดำเนินงานของหน่วยงานนำร่อง (วัตถุประสงค์ข้อ 3) จากการทดลองใช้รูปแบบใน 5 หน่วยงานนำร่อง (n=185) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทุกหน่วยงานมีผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับการใช้รูปแบบ โดยมีค่าเฉลี่ยความสำเร็จรวมร้อยละ 82.00 หน่วยงานเวชกรรมสังคมมีค่าเฉลี่ยความสำเร็จสูงสุด (ร้อยละ 91.50) รองลงมาคือกุมารเวชกรรม (ร้อยละ 83.50) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ BSH-MAP Model

หน่วยงาน	ตัวชี้วัดหลัก	เป้าหมาย	ผลก่อนใช้	ผลหลังใช้	ความสำเร็จ (ร้อยละ)
อายุรกรรม (45 คน)	- ความพึงพอใจผู้ป่วย (ร้อยละ)	90.00	85.00	89.20	84.00
	- เวลารอบพบแพทย์ (นาที)	25	38.00	28.00	77.00

หน่วยงาน	ตัวชี้วัดหลัก	เป้าหมาย	ผลก่อนใช้	ผลหลังใช้	ความสำเร็จ (ร้อยละ)
ศัลยกรรม (38 คน)	- อัตราการติดเชื้อ (ร้อยละ)	1.00	2.10	1.30	73.00
	- ความพึงพอใจผู้ป่วย (ร้อยละ)	88.00	83.00	87.10	82.00
กุมารเวชกรรม(32 คน)	- เวลารอพบแพทย์ (นาที)	20	43.00	23.00	87.00
	- ความพึงพอใจผู้ปกครอง (ร้อยละ)	90.00	84.00	88.80	80.00
สูตินรีเวชกรรม(29 คน)	- ความพึงพอใจหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ)	92.00	86.10	90.50	73.00
	- เวลาารับบริการ (นาที)	25	40.00	27.00	87.00
เวชกรรมสังคม(41 คน)	- ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้รับบริการ	80.00	58.00	74.40	93.00
	- ความพึงพอใจ (ร้อยละ)	88.00	82.00	87.40	90.00
ค่าเฉลี่ยรวม					82.00

4. การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ (วัตถุประสงค์ข้อ 4)

การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 6 ท่าน พบว่า BSH-MAP Model มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD. = 0.35$) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติระดับมาก ($M = 4.49$, $SD. = 0.44$) โดยทุกองค์ประกอบมีค่าความเหมาะสมมากกว่า 4.60 ผลสะท้อนในชั้น Reflect ยืนยันว่ารูปแบบใช้ได้จริง เหมาะสมกับบริบท และส่งเสริมการสื่อสารและการมีส่วนร่วม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ BSH-MAP Model

องค์ประกอบ	ความเหมาะสม	ความเป็นไปได้
	$M (SD.)$	$M (SD.)$
B – Balanced Communication	4.65 (0.41)	4.46 (0.49)
S – Stakeholder Participation	4.71 (0.39)	4.51 (0.50)
H – Horizontal Accountability	4.69 (0.40)	4.51 (0.51)
M – Managing Resources	4.63 (0.42)	4.36 (0.54)
A – Assessing & Tracking	4.68 (0.40)	4.51 (0.48)
P – Practice Integration	4.71 (0.39)	4.56 (0.46)
ค่าเฉลี่ยรวม	4.68 (0.35)	4.49 (0.44)

5. ผลการเปรียบเทียบก่อน – หลังใช้ BSH-MAP Model พบว่าการรับรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) ในทุกองค์ประกอบ โดยค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 3.01 เป็น 4.22 (ร้อยละ 40.20) และมีขนาดอิทธิพลสูงมาก ($d=1.58$) เด่นชัดในด้านการมีส่วนร่วมและการบูรณาการสู่งานประจำ ซึ่งสะท้อนความเป็นเจ้าของยุทธศาสตร์ของบุคลากรได้อย่างชัดเจน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ BSH-MAP Model ($n=185$)

องค์ประกอบ	ก่อนใช้ <i>M (SD.)</i>	หลังใช้ <i>M (SD.)</i>	<i>t</i>	<i>P-value</i>	<i>Cohen's d</i>	95% CI
B – Balanced Communication	3.12 (0.98)	4.24 (0.68)	12.45*	<.001	1.33	[0.94, 1.30]
S – Stakeholder Participation	2.94 (1.02)	4.32 (0.64)	15.12*	<.001	1.62	[1.20, 1.56]
H – Horizontal Accountability	3.08 (0.96)	4.28 (0.66)	13.20*	<.001	1.46	[1.02, 1.38]
M – Managing Resources	2.88 (1.04)	3.96 (0.78)	10.85*	<.001	1.17	[0.88, 1.28]
A – Assessing & Tracking	3.02 (1.00)	4.18 (0.70)	11.94*	<.001	1.34	[0.97, 1.35]
P – Practice Integration	3.04 (0.98)	4.36 (0.62)	14.56*	<.001	1.61	[1.14, 1.50]
ค่าเฉลี่ยรวม	3.01 (0.88)	4.22 (0.58)	16.34*	<.001	1.58	[1.16, 1.26]

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภายหลังการทดลองใช้ BSH-MAP Model บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 4.33$, $SD. = 0.52$) โดยสูงสุดด้านการมีส่วนร่วม ($M = 4.42$, $SD. = 0.48$) รองลงมาคือด้านผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบ BSH-MAP Model ($n=185$)

รายการประเมินความพึงพอใจ	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านกระบวนการและองค์ประกอบของรูปแบบ	4.28	0.55	มาก
2. ด้านผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	4.39	0.5	มาก
3. ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น	4.42	0.48	มาก
4. ด้านความเป็นรูปธรรมและง่ายต่อการปฏิบัติ	4.24	0.54	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.33	0.52	มาก

อภิปรายผล

การศึกษาพบว่าบุคลากรมีความรู้ และการรับรู้การนำไปปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.50; $M = 2.99$) แม้มีทัศนคติเชิงบวกสูง ($M = 4.04$) แต่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริงยังต่ำ ($M = 2.94$) สะท้อนช่องว่างระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม (Attitude – Behavior Gap) โดยบุคลากรยังไม่สามารถ

เชื่อมโยงบทบาทของตนกับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ได้ชัดเจน สอดคล้องกับ Armenakis et al. (1993) ที่ชี้ว่าการรับรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ Cotton et al. (1988) ที่เน้นว่าการมีส่วนร่วมต้องเกิดในทุกขั้นตอน ปัจจัยที่ได้คะแนนต่ำสุดคือการมีส่วนร่วมและการจัดสรรทรัพยากร ($M = 2.94$ และ 2.88 ตามลำดับ)

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 41 คน ช่วยยืนยันและอธิบายผลเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ พบว่าอุปสรรคหลักเกิดจากโครงสร้างการสื่อสารแบบบนลงล่างที่ขาดกลไกสะท้อนกลับ และการไม่เชื่อมโยงตัวชี้วัดกับงานประจำ มากกว่าปัจจัยระดับบุคลากร สอดคล้องกับ Hrebiniak (2006) และ Li et al. (2008) ที่ชี้ว่าความล้มเหลวในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มีรากจากระบบการจัดการ ทั้งนี้ เจาะใจความสำเร็จ 6 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การสื่อสารสองทาง การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาความรู้ วัฒนธรรมองค์กร และแรงจูงใจ ถูกนำไปใช้เป็นฐานออกแบบ BSH-MAP Model อย่างเป็นระบบสะท้อนความเชื่อมโยงชัดเจนระหว่างข้อค้นพบเชิงคุณภาพกับการพัฒนารูปแบบ

ความน่าเชื่อถือของการพัฒนา BSH-MAP Model มาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1. การสังเคราะห์ผลจากระยะที่ 1 และ 2 อย่างเป็นระบบ 2. วงจร PAOR 2 รอบที่บุคลากรมีส่วนร่วมออกแบบและปรับปรุงด้วยตนเอง และ 3. การประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับสูงมาก ($M = 4.68$) สอดคล้องกับ Kemmis และ McTaggart (2022) และ Waterman et al. (2001) ที่ยืนยันว่า PAR ทำให้รูปแบบสอดคล้องกับบริบทจริงและเกิดการยอมรับสูง BSH-MAP Model มีข้อได้เปรียบเหนือ PDMI Model ของบุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ (2562) ที่เน้นกระบวนการวางแผนแบบบนลงล่าง และ IDEL Model ของรติยา วิภักดิ์ และคณะ (2563) ที่เน้นพัฒนาศักยภาพรายบุคคล ทั้งสองรูปแบบออกแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อน จึงขาดกลไกเชื่อมโยงตัวชี้วัดระดับองค์กรกับงานประจำของแต่ละกลุ่มงาน และไม่มีกระบวนการความรับผิดชอบแนวราบที่ครอบคลุมบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ในขณะที่ BSH-MAP Model ผนวกทั้งสองกลไกดังกล่าวเป็นองค์ประกอบหลัก ทำให้เหมาะสมกว่าสำหรับองค์กรตติยภูมิที่มีความซับซ้อนสูง

ประสิทธิผลของรูปแบบ การออกแบบ Pre-test/Post-test ร่วมกับ Paired t-test, Effect Size และ 95% CI รองรับการอภิปรายประสิทธิผลได้อย่างเชื่อมั่น หลังทดลองใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ การรับรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($M = 3.01$ เป็น 4.22 ; $t = 16.34$, $P\text{-value} < .001$, Cohen's $d = 1.58$, 95% CI $[1.14, 1.29]$) บรรลุตัวชี้วัดร้อยละ 82.00 และบุคลากรพึงพอใจระดับมาก ($M = 4.33$) ขนาดอิทธิพลที่สูงสะท้อนความสำเร็จในการสร้าง "ความเป็นเจ้าของยุทธศาสตร์" ตามแนวคิดของ Pierce et al. (2003) และการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติตามกรอบ Balanced Scorecard ของ Kaplan และ Norton (1996) สอดคล้องกับ Andrews et al. (2009) และ Hendrick (2003) ที่ยืนยันว่ากระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่เน้นการมีส่วนร่วมส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของหน่วยงานภาครัฐ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา ได้แก่ การดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งจำกัดความตรงภายนอก (External Validity) การคัดเลือกหน่วยงานนำร่องตามความพร้อมซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์มีความเป็นบวกสูงกว่าบริบททั่วไป และระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ที่ยังไม่เพียงพอต่อการประเมินความ

ยั่งยืน รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ยังจำกัดอยู่ที่การรับรู้ของบุคลากรและตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน โดยยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์ทางคลินิก การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการศึกษาระยะยาว 1-3 ปีในหลายสถาบัน เพื่อทดสอบความสามารถในการถ่ายโอนของรูปแบบ ประเมินผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กรและผลลัพธ์ทางคลินิก และพัฒนาระบบ Real-time Dashboard เพื่อสนับสนุนการติดตามผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ขยายผล BSH-MAP Model ไปยังหน่วยงานอื่นในองค์กร
2. พัฒนาระบบ Real-time Dashboard ลดภาระงานและเชื่อมโยงผลกับการประเมิน
3. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารเชิงยุทธศาสตร์
4. บูรณาการ BSH-MAP Model เข้าระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดตัวชี้วัดการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม พร้อมสนับสนุนงบประมาณและเทคโนโลยี
2. ระดับเขตสุขภาพควรขยาย BSH-MAP Model สู่เครือข่ายโรงพยาบาลและพัฒนการเรียนรู้ร่วมกัน
3. สถาบันการศึกษาควรบรรจุทักษะการสื่อสารยุทธศาสตร์และ PAR ในหลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว 1 – 3 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กร
2. ขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงพยาบาลในระดับต่างๆ และองค์กรสุขภาพประเภทอื่น
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้รูปแบบ BSH-MAP Model กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
4. ศึกษาการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มาช่วยวิเคราะห์และพยากรณ์ผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์

รายการอ้างอิง

บุญเลิศ พิมศักดิ์, อำนาจ ศิริบุรณ, สมลักษณ์ เทียนถาวร, และ มัณชิมา สงวนพงษ์. (2562).

การพัฒนาและประเมินรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพปทุมธานี จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(2), 45–61.

รติยา วิภักดิ์, อำนาจ ศิริบุรณ, สมลักษณ์ เทียนถาวร, และ นิรุวรรณ เทรินโบล. (2563). รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(3), 120–138.



โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2568). แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพุทธโสธร (พ.ศ. 2566–2570) ฉบับทบทวน
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. โรงพยาบาลพุทธโสธร.

Andrews, R., Boyne, G. A., Law, J., & Walker, R. M. (2009). Strategy formulation, strategy
content and performance. *Public Management Review*, 11(1), 1–22.

<https://doi.org/10.1080/14719030802489989>

Armenakis, A. A., Harris, S. G., & Mossholder, K. W. (1993). Creating readiness for organizational
change. *Human Relations*, 46(6), 681–703.

<https://doi.org/10.1177/001872679304600601>

Beer, M., & Eisenstat, R. A. (2000). The silent killers of strategy implementation and learning.
Sloan Management Review, 41(4), 29–40.

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Cotton, J. L., Vollrath, D. A., Froggatt, K. L., Lengnick-Hall, M. L., & Jennings, K. R. (1988).

Employee participation: Diverse forms and different outcomes. *Academy of
Management Review*, 13(1), 8–22. <https://doi.org/10.2307/258351>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and
mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.

Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*.
McGraw-Hill.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Hendrick, R. (2003). Strategic planning environment, process, and performance in public
agencies: A comparative study of departments in Milwaukee. *Journal of Public
Administration Research and Theory*, 13(4), 491–519.

<http://www.jstor.org/stable/3525659>

Hrebiniak, L. G. (2006). *Making strategy work: Leading effective execution and change*.
Pearson Education.

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis.
Qualitative Health Research, 15(9), 1277–1288.

<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into
action*. Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into
tangible outcomes*. Harvard Business School Press.

- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2022). *The action research planner: Doing participatory action research*. Springer Nature.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Springer.
- Li, Y., Guohui, S., & Eppler, M. J. (2008). *Making strategy work: A review of the literature on strategy implementation* (ICA Working Paper No. 2/2008). University of Lugano.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- McNamara, C. (2022). *Field guide to consulting and organizational development: A collaborative and systems approach to performance, change and learning*. Authenticity Consulting.
- Pierce, J. L., Kostova, T., & Dirks, K. T. (2003). The state of psychological ownership: Integrating and extending a century of research. *Review of General Psychology*, 7(1), 84–107. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.1.84>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & de Koning, K. (2001). *Action research: A systematic review and guidance for assessment*. *Health Technology Assessment*, 5(23). <https://doi.org/10.3310/hta5230>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี
Factors Influencing Performance of Village Health Volunteers in Non-
Communicable Disease Prevention and Control in Samkhok District,
Pathum Thani Province

เพ็ญภา สนสกุล^{1*}, เฌอลินญ์ สิริเศรษฐ์ภพ², ขนิษฐา นาคเกลี้ยง²

Pennapa Sonsakul^{1*}, Cherlyn Sirisetpop², Kanittha Nakkliang²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี¹,

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี²

Bangphonuea Sub-District Health Promoting Hospital, Samkhok, Pathumthani¹, Faculty
of Public Health, Walaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province²

(Received: 2 March 2026; Revised: 7 May 2026; Accepted: 19 May 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 249 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่น 0.96 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าความเชื่อมั่น 0.94 และแบบสอบถามการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อมีค่าความเชื่อมั่น 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1. การปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.70 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = 0.312$, P-value = 0.002) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.227$, P-value = 0.023) และระดับการศึกษา ($\beta = 0.165$, P-value = 0.005) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 33.30 ($R^2 = 0.333$, P-value < 0.001)

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน, การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ, แรงจูงใจ, การสนับสนุนทางสังคม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pennapason12@gmail.com, เพ็ญภา สนสกุล)

Abstract

This cross-sectional analytical design with the objectives of 1. examining the performance of village health volunteers in non-communicable disease (NCD) prevention and control and 2. identifying factors influencing such performance. The sample consisted of 249 village health volunteers selected through multi-stage sampling. Data were collected using validated questionnaires on work motivation (reliability = 0.96), social support (reliability = 0.94), and NCD prevention and control performance (reliability = 0.96). Data were analyzed using statistical software, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

The results revealed that 1. the overall performance of village health volunteers in NCD prevention and control was at a high level (70.7%); and (2) the factors significantly influencing performance were work motivation ($\beta = 0.312$, P-value = 0.002), social support ($\beta = 0.227$, p P-value = 0.023), and educational level ($\beta = 0.165$, P-value = 0.005). These variables jointly explained 33.3% of the variance in performance ($R^2 = 0.333$, P-value < 0.001).

The knowledge derived from this study indicates that work motivation and social support are significant factors that promote the performance of village health volunteers in non-communicable disease prevention and control at the community level. Public health agencies should therefore place emphasis on continuously strengthening both motivation and social support in order to enhance the effectiveness and sustainability of community - based non - communicable prevention and control.

Keywords: Performance, NCD Prevention and Control, Motivation, Social Support, Village Health Volunteers

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และมีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ก่อนอายุ 70 ปี) ถึง 17 ล้านคน โดยร้อยละ 86.00 เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับประเทศไทยพบว่าประชาชนเสียชีวิตจากโรค NCDs มากกว่าร้อยละ 80.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือมากกว่า 400,000 รายต่อปี โดยมีสาเหตุหลักจาก 4 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมลพิษทางอากาศ (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2567)

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยมุ่งเน้น การนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่กับการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อมีความครอบคลุมและยั่งยืน ทั้งนี้ แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ ไทยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยมีภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพผ่านกลไกภาคประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรภาคประชาชนที่ได้รับการคัดเลือก จากชุมชนและผ่านการอบรมด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างประชาชนกับหน่วย บริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ และสนับสนุน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น การคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การติดตามการรักษา และการประสาน การดูแลกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งล้วนมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มอัตราการควบคุมโรคในระดับชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560; 2565)

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอสม. ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านข้อมูล ข่าวสาร กำลังใจ และทรัพยากรที่จำเป็น ซึ่งมีส่วนช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ความผูกพันต่อบทบาทหน้าที่ และประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่ม ศักยภาพของอสม. ในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 687 คน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบประมาณ 14 หลังคาเรือน ซึ่งต้องดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมโรค ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่พบว่าโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหา สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ ประสบข้อจำกัดด้านทรัพยากร กำลังคน และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ สำหรับกำหนดแนวทางพัฒนาการสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน และ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ

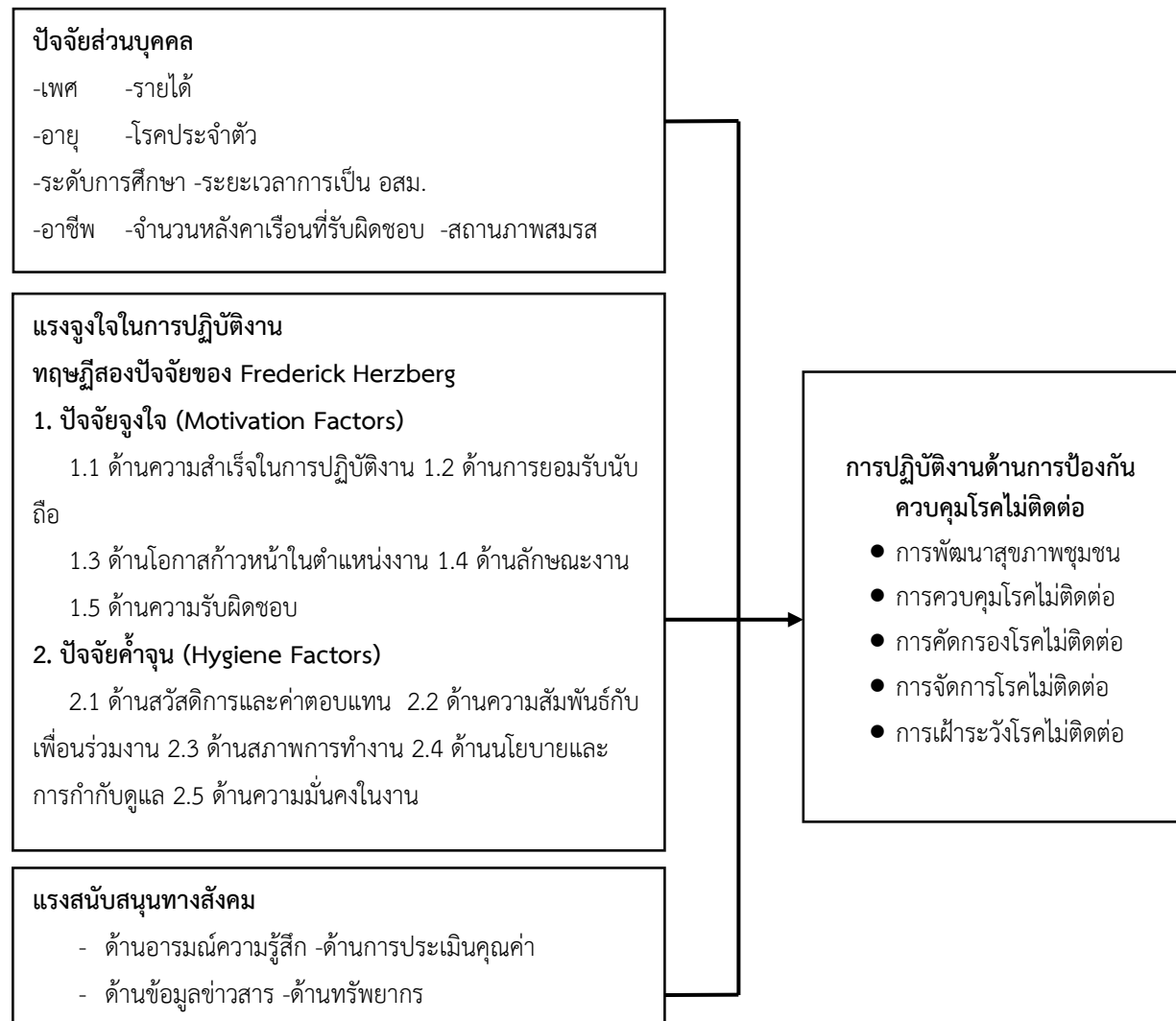
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical research) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2568 - มกราคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 687 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสามโคก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 249 คน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ผลการคำนวณพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 224 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.00 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 249 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยในแต่ละตำบล จับฉลากเพื่อเลือกสถานพยาบาลประจำตำบล จำนวน 1 แห่ง ในพื้นที่อำเภอสามโคก ทำการสุ่มจำนวนตามสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) นำรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของแต่ละสถานพยาบาลมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละสถานพยาบาล จนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ รวมทั้งสิ้น 249 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาจากงานวิจัยของ นาดยา สดจ้อย (2564) พัฒนาขึ้นจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงงูใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 ข้อ ครอบคลุม 10 ด้าน เป็นข้อคำถามเชิงบวกชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5,4,3,2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนระดับแรงงูใจในการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best, 1977

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับต่ำ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

การแปลความหมายคะแนนระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best, 1977

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามความคิดเห็น คือ ทุกครั้ง บ่อย บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5,4,3,2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best, 1977

การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับสูง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00
การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับปานกลาง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67
การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับต่ำ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมเบื้องต้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษาให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์ที่ต้องการวัด จากนั้นนำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ทุกข้อ

2.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) รายงานผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.94 และด้านการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีค่าเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามโคก เพื่อขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
4. นำข้อมูลทั้งหมด จำนวน 249 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ ก่อนจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติและดำเนินการอภิปรายผล
5. ดำเนินการเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมุติฐาน

จริยธรรมการวิจัย

1. ผู้วิจัยยื่นโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อขอการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2568/68 เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2568
2. การรักษาความลับทางข้อมูล แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่มีการระบุอ้างอิงถึงผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์และเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 217 คน ร้อยละ 87.15 อายุเฉลี่ย 56.49 ± 10.52 ปี กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 74 คน ร้อยละ 29.72 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 83 คน ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 141 คน ร้อยละ 56.63 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งรวมรายได้จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้ว จำนวน 119 คน ร้อยละ 47.79 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว จำนวน 130 คน ร้อยละ 52.21 มีระยะเวลา

ในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี จำนวน 89 คน ร้อยละ 35.74 และมีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ 16-30 หลังคาเรือน จำนวน 111 คน ร้อยละ 44.58 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 24.35 ± 17.82 หลังคาเรือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=249)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	12.85
หญิง	217	87.15
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	16	6.43
40 - 49 ปี	43	17.27
50 - 59 ปี	96	38.55
60 ปีขึ้นไป	94	37.75
(M = 56.49 $\pm$ 10.52 ,Median=57 ,Min = 27 ,Max = 86)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	74	29.72
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	20.08
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	73	29.32
อนุปริญญา/ปวส.	19	7.63
ปริญญาตรี	33	13.25
อาชีพ		
ว่างงาน	61	24.5
เกษตรกรกรรม	16	6.43
รับจ้าง	83	33.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	52	20.88
พนักงานบริษัทเอกชน	3	1.20
พนักงานของรัฐ/วิสาหกิจ	10	4.02
ข้าราชการบำนาญ	4	1.61
อื่นๆ	20	8.03
สถานภาพสมรส		
โสด	63	25.30
สมรส	141	56.63
หม้าย/หย่า/แยก	45	18.07
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	119	47.79
5,000 - 10,000 บาท	71	28.51

มากกว่า 10,000 บาท	59	23.69
$(M = 8003.82 \pm 7819.28, \text{Min} = 1000, \text{Max} = 80000)$		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	119	47.79
มี	130	52.21
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข		
ต่ำกว่า 5 ปี	89	35.74
5 - 9 ปี	44	17.67
10 - 14 ปี	35	14.06
15 - 19 ปี	32	12.85
มากกว่า 19 ปี	49	19.68
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ		
น้อยกว่า 15 หลังคาเรือน	94	37.75
16 - 30 หลังคาเรือน	111	44.58
30 หลังคาเรือนขึ้นไป	44	17.67
$(M = 24.35 \pm 17.82, \text{Median} = 18.0, \text{Min} = 7, \text{Max} = 92)$		

2. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ร้อยละ 69.88 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) ร้อยละ 30.12 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูง	174	69.88
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง	75	30.12

3. ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ร้อยละ 69.48 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) ร้อยละ 30.12 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	173	69.48
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	75	30.12
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	1	0.40

4. การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) ร้อยละ 70.68 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) ร้อยละ 29.32 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคระดับสูง	176	70.68
การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคระดับปานกลาง	73	29.32

5. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยนำตัวแปรอิสระเข้าสมการพร้อมกันด้วยวิธี Enter Method เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ได้แก่ ความเป็นเส้นตรงของความสัมพันธ์ ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน การแจกแจงปกติ ความแปรปรวนคงที่ และภาวะความสัมพันธ์พหุร่วม (Multicollinearity) ของตัวแปรอิสระ พบว่าค่า Tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.280 – 0.933 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.071–3.572 ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด ($VIF < 10$) แสดงว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.577 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 33.32 ($R^2 = 0.333$) และเมื่อปรับค่าความคลาดเคลื่อนแล้ว พบว่ามีค่า Adjusted R^2 เท่ากับ 0.302 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 10.733$, $P\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ $\hat{Y} = 0.783 + 0.400$ (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) $+ 0.273$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) $+ 0.072$ (ระดับการศึกษา)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานมากที่สุด ($\beta = 0.312$, $p = 0.002$) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.227$, $P\text{-value} = 0.023$) และระดับการศึกษา ($\beta = 0.165$, $P\text{-value} = 0.005$) โดยตัวแปรดังกล่าวมีอิทธิพลในทิศทางเชิงบวกต่อการปฏิบัติงาน

ในขณะที่ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจำนวนหลักาเรือนที่รับผิดชอบ ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=249)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	sig	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	Std.Error	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	0.783	0.396		1.977	0.049		
เพศ	0.076	0.098	0.043	0.781	0.435	0.910	1.098
อายุ	0.000	0.003	-0.005	-0.082	0.935	0.796	1.257
ระดับการศึกษา	0.072	0.026	0.165	2.822	0.005**	0.826	1.211
อาชีพ	-0.001	0.017	-0.004	-0.079	0.937	0.887	1.127
สถานภาพ	0.078	0.051	0.087	1.545	0.124	0.892	1.120
รายได้	-0.007	0.000	-0.010	-0.182	0.856	0.908	1.101
โรคประจำตัว	0.114	0.066	0.097	1.721	0.087	0.885	1.130
ระยะเวลาการเป็นอสม.	0.000	0.001	0.032	0.584	0.560	0.944	1.060
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ							
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.400	0.127	0.312	3.144	0.002**	0.287	3.490
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.273	0.120	0.227	2.284	0.023**	0.285	3.503

R = 0.577, R² = 0.333, Adjusted R² = 0.302, F = 10.733, P-value < 0.001

อภิปรายผล

1. ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Two - Factor Theory) ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ที่อธิบายว่าแรงจูงใจในการทำงานเกิดจากปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยสะท้อนให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่พบว่าด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการมีความร่วมมือ การช่วยเหลือกัน และการทำงานเป็นทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนร่วมงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมแรงจูงใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานโดยตรง ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลือชัย จันะโร (2566) ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์

กับเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการทำงานเป็นทีม การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากครอบครัว เพื่อน ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนช่วยในการสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิระดา เสือมาก และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2566) ที่พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ได้รับกำลังใจ และมีทรัพยากรเพียงพอในการดำเนินงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อาสาสมัครที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถในการรับรู้ ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่า ส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร และการตัดสินใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สรินญา ปุติ และคณะ (2567) ที่พบว่า ความรู้ ทักษะ และความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถพัฒนาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และการศึกษา โดยอาสาสมัครที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้จะมีทักษะและความสามารถในการให้บริการสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การมีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัคร อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน แต่เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลพบว่าอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยแรงจูงใจและการสนับสนุนจากสังคมร่วมด้วย

ผลการศึกษาปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้จากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีลักษณะเป็นงานที่มีบทบาท หน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนตามนโยบายและมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังได้รับการอบรม พัฒนาศักยภาพ และการกำกับติดตามจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้ในระดับใกล้เคียงกัน โดยไม่ขึ้นอยู่กับความแตกต่างด้านลักษณะส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงพร กัตถุญญานนท์ และคณะ(2561) ที่พบว่า อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวม และด้านการประเมิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวัญชนอร ทิพย์เพชร(2560) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในตำแหน่ง อสม. รายได้ การศึกษา สถานภาพ การเข้ารับการอบรม ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับชุมชน เกิดจากการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการได้รับการยอมรับในบทบาทหน้าที่ การมีปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพและความต่อเนื่องในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน นอกจากนี้ ระดับการศึกษายังมีส่วนส่งเสริมศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ การเข้าถึงองค์ความรู้ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการปฏิบัติงานเชิงรุก องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึงมีคุณค่าในเชิงวิชาการและสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนสนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อยกระดับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การส่งเสริมความภาคภูมิใจในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนมีความต่อเนื่องและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาระงาน ความเครียดจากการปฏิบัติงาน และสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้องค์ความรู้เชิงลึกที่ครอบคลุมบริบทการดำเนินงานในระดับชุมชนมากยิ่งขึ้น
2. ควรนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในการศึกษาค้นคว้าไปพัฒนาเป็นรูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นแนวทางเชิงระบบในการพัฒนาศักยภาพและยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบทบาทในระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC).

<https://hdc.moph.go.th/center/public/main>

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2568). ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน

<https://www.thaiphc.net/new2020>

กรมควบคุมโรค. (2567). แผนปฏิบัติการด้านโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2567–2571).

กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). คู่มือ อสม. สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ปิงปิงประมาณ 2565.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2564.

ดวงพร กตัญญูตานนท์, อมลวรรณ อนุการ, เบญจมาศ โนนวัฒน์, ทศนีย์ คงคล้าย, ศรีจิตรา อินสว่าง,

วชิราภรณ์ บรรหาร, และ ปิยาภรณ์ เวชการ. (2561). การปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งใน

จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 21(42), 1–12.

นิตยา สุตจ้อย. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [รายงานการวิจัย].

ภารัญญ์นอร์ ทิพย์เพชร. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลมาบโป่ง อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา].

ลือชัย จันวะโร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอดงหลวง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.



สรินภา ปุติ, ปรีณาภา ชูรัตน์, ฮารีซอล ชุนอินคีรี, ฮานานมุฮิบบะตุตดิน นอจิ, และ วาสนา จิ. (2567). ความรู้ เจตคติ ทักษะและความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการใช้นโยบายการ ช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้. *วารสารวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 44(2), 63–79.

วิระดา เสือมาก, และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิเชียร อำเภอมืองภูเก็ต จังหวัด ภูเก็ต. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 3(2), 14-31.

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

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York, NY: John Wiley and Sons.

การเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยง ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

A Comparison of the Effects of Exercise Combined with Balance Training on Fall Risk Prevention in Older Adults

วินิจตา ขวัญนู

Vinijta Khwannoo

โรงพยาบาลศิครภูมิ

Sikhoraphum Hospital

(Received: 2 March 2026; Revised: 27 April 2026; Accepted: 11 June 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียวการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าวต่อสมรรถภาพทางกายและความเสี่ยงการหกล้ม และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 – 79 ปี จำนวน 40 คน ที่รับบริการ ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิครภูมิ ซึ่งได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้คือแบบทดสอบ Timed Up and Go (TUG) และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า เวลาเฉลี่ยในการทดสอบ TUG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 14.50 ± 3.00 เป็น 11.70 ± 2.60 วินาที (Mean difference = 2.80 วินาที, 95% CI: 2.18-3.42, $t = 9.12$, $P\text{-value} < .001$) สัดส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการหกล้มลดลงจากร้อยละ 50.00 เหลือร้อยละ 10.00 ขณะที่กลุ่มความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.00 เป็นร้อยละ 45.00 คะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.52 ± 0.38) ข้อเสนอแนะคือ โรงพยาบาลชุมชนสามารถนำโปรแกรม 8 สัปดาห์นี้ไปประยุกต์ใช้เป็นชุดกิจกรรม (Intervention Package) ในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดความเสี่ยงการหกล้ม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การหกล้ม, การออกกำลังกาย, การทรงตัวด้วยกะลามะพร้าว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vinijta.jithan@g.swu.ac.th, วินิจตา ขวัญนู)

Abstract

This pre-experimental, one-group pretest-posttest study aimed to evaluate the effects of an exercise program combined with coconut-shell balance training on physical performance and fall risk, and to assess satisfaction among older adults in a community hospital. A total of 40 older adults aged 60–79 years attending the elderly clinic of Sikhoraphum Hospital participated in an 8-week program (three sessions per week). The Timed Up and Go (TUG) test and a satisfaction questionnaire were utilized. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The results indicated that the mean TUG time significantly decreased from 14.50 ± 3.00 to 11.70 ± 2.60 seconds (Mean difference = 2.80 seconds, 95% CI: 2.18–3.42, $t = 9.12$, $P\text{-value} < .001$). The proportion of participants classified as having a high fall risk declined from 50.00% to 10.00%, while the low-risk group increased from 15.00% to 45.00%. Overall satisfaction with the program was at the highest level (mean score 4.52 ± 0.38). It is recommended that community hospitals implement this 8 week program as an intervention package in elderly clinics to improve physical performance and mitigate fall risk.

Keywords: Older Adults, Falls, Exercise, Coconut-Shell Balance Training

บทนำ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยและการลดลงของอัตราการเกิด โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) รายงานว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ประชากรร้อยละ 16.00 ของโลกจะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1.4 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2030 สอดคล้องกับรายงานขององค์การสหประชาชาติที่คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มเป็นประมาณ 1.5 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 (United Nations, 2019) ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบแล้ว โดยรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยระบุว่าร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาระโรคและความต้องการด้านบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงตามไปด้วย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) หนึ่งในปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุคือ “การพลัดตกหกล้ม” ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ การนอนโรงพยาบาล ความพิการระยะยาวและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย (Bergen et al., 2016; Florence et al., 2018; กรมควบคุมโรค, 2562)

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้านร่วมกัน ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง การเสื่อมของระบบประสาทและการทรงตัว โรคเรื้อรังร่วมหลายชนิด การใช้ยา ตลอดจนปัจจัยด้านการมองเห็นและสิ่งแวดล้อม (Ambrose et al., 2013) ข้อมูลในประเทศ

ไทยชี้ให้เห็นว่าการหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2562) เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องเตรียมระบบบริการสุขภาพและมาตรการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นด่านหน้าสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (กรมอนามัย, 2566)

ในบริบทเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุทำให้ปัญหาการพลัดตกหกล้มเป็นประเด็นสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายด้าน เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น โรคร่วมเรื้อรัง กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวลดลง และประวัติการหกล้มในอดีต ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการหกล้มที่ใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย ต้นทุนต่ำ และสามารถกำกับความปลอดภัยโดยบุคลากรสุขภาพได้ จึงมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงการหกล้มและส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ

หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากสนับสนุนว่าการออกกำลังกายที่เน้นการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเคลื่อนไหวหลายองค์ประกอบ สามารถลดอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sherrington et al., 2019) การออกกำลังกายรูปแบบไทเก๊ก (Tai Chi) ซึ่งเน้นการเคลื่อนไหวช้าอย่างมีสมาธิและการควบคุมศูนย์ถ่วงของร่างกาย ก็พบว่าช่วยเพิ่มการทรงตัวและลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (Chen et al., 2023) ในประเทศไทยมีการนำโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago) มาประยุกต์ใช้เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ และพบผลลัพธ์เชิงบวกทั้งด้านการทรงตัวและพฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ชนก ปานทอง และคณะ, 2567) สะท้อนให้เห็นว่าการออกกำลังกายที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันการหกล้มได้

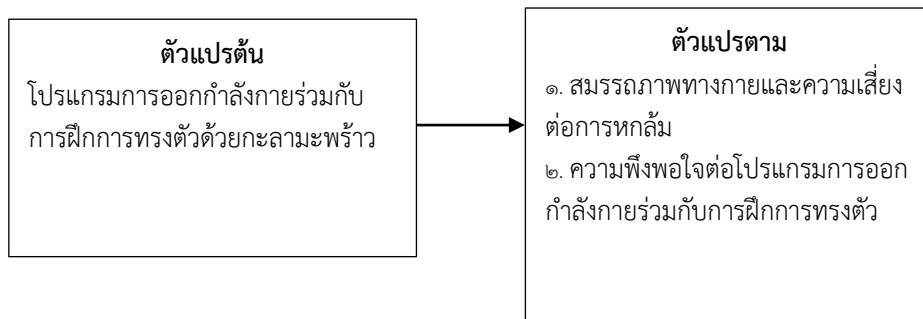
การประเมินสมรรถภาพทางกายและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุจำเป็นต้องการคัดกรองและติดตามผลของโปรแกรม โดยแบบทดสอบ Timed Up and Go (TUG) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการหกล้ม (Podsiadlo & Richardson, 1991) ข้อมูลเชิงบรรทัดฐานของค่าการทดสอบ TUG ในผู้สูงอายุชุมชนในภูมิภาคเอเชียยังช่วยให้สามารถตีความผลการทดสอบและวางแผนการประเมินความเสี่ยงได้เหมาะสมยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายหลายรูปแบบ แต่การพัฒนาโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าว ยังมีข้อจำกัดด้านหลักฐานเชิงประจักษ์โดยเฉพาะในบริบทคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชน ในเชิงสรีรวิทยา การฝึกบนพื้นผิวโค้งมนและไม่มั่นคงของกะลามะพร้าว คาดว่าจะช่วยกระตุ้นการทำงานของตัวรับรู้ความรู้สึกการเคลื่อนไหว (Proprioceptors) บริเวณข้อเท้าและฝ่าเท้าได้อย่างลึกซึ้ง ส่งผลให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อต้องทำงานประสานกันเพื่อรักษาสสมดุล ซึ่งมีกลไกคล้ายคลึงกับการฝึกบนพื้นผิวไม่มั่นคงอื่น ๆ (เช่น Wobble board หรือ BOSU ball) แต่กะลามะพร้าวมีความได้เปรียบในด้านต้นทุนที่ต่ำและการเป็นวัสดุที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยในวิถีชีวิตประจำวัน ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อ

ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและขยายผลรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายและความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัว
2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิครินทร์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองค่าในกลุ่มเดียว (Paired-sample t-test) ผ่านโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect size, Cohen's d_z) = 0.50 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 (Two-tailed) และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน เมื่อเผื่ออัตราการสูญเสียการติดตามร้อยละ 20.00 จึงได้ขนาดตัวอย่างสุดท้ายเท่ากับ 40 คน

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60 – 79 ปี ที่มีหรือไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เดินได้โดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดินหรือใช้เพียงไม้เท้า และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง โดยอาศัยฐานข้อมูลผู้รับบริการจาก

คลินิกผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลาศึกษา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มเดียว และเพื่ออัตราการสูญเสียการติดตาม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมประมาณ 40 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติและสะท้อนลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในบริบทโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 9

การคัดกรองอาสาสมัครดำเนินการโดยทีมวิจัยร่วมกับบุคลากรคลินิกผู้สูงอายุ โดยตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนและการซักประวัติ เกณฑ์การไม่เข้าร่วม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจหรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะสมองเสื่อมหรือโรคทางระบบประสาทรุนแรง มีการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกและกล้ามเนื้อที่จำกัดการออกกำลังกาย มีข้อห้ามทางการแพทย์ต่อการออกกำลังกาย หรือไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฝึกได้อย่างปลอดภัย ผู้ที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับเชิญให้เข้าร่วม และเมื่อให้ความยินยอมแล้วจึงเข้าสู่กระบวนการเก็บข้อมูลและการทดลองตามลำดับที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าวที่ออกแบบโดยนักกายภาพบำบัดห้องกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิครามุมิ ใช้พื้นที่ห้องฝึกและบริเวณที่จัดเตรียมให้ปลอดภัย ประกอบด้วยกะลามะพร้าวสำหรับฝึกการทรงตัว เสื่อรองพื้น แก้วสำหรับนั่งพักและเริ่มการทดสอบ รวบรวมหรือจุดพยางค์สำหรับป้องกันการหกล้ม ตลอดจนซอฟต์แวร์หรือแบบบันทึกข้อมูลสำหรับจดบันทึกผลการทดสอบและการเข้าร่วมโปรแกรม นาฬิกาจับเวลามาตรฐานใช้ในการวัดเวลาของแบบทดสอบ Timed Up and Go (TUG)

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ อาชีพ โรคร่วม ประวัติการวินิจฉัยและประวัติการหกล้ม แบบทดสอบ Timed Up and Go (TUG) เพื่อประเมินสมรรถภาพทางกายด้านความคล่องตัวการเคลื่อนไหวและใช้เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัว ซึ่งพัฒนาเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้สูงอายุในด้านความเหมาะสม ความเข้าใจง่าย ความรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกมีส่วนร่วม และความพึงพอใจโดยรวม

ตัวแปรอิสระในการศึกษานี้คือ โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าว ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที ภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัด ตัวแปรตาม ได้แก่ สมรรถภาพทางกายที่วัดด้วยเวลาในการทำแบบทดสอบ TUG ความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ดีความจากเกณฑ์เวลาของ TUG และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโปรแกรมจากคะแนนแบบสอบถาม ส่วนตัวแปรกำกับคือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ใช้ในการอธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและประกอบการตีความผลการศึกษา

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านกายภาพบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อให้มั่นใจว่าแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลมีความครบถ้วนเหมาะสมกับระดับการรู้หนังสือของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับบริบทของคลินิกผู้สูงอายุ แบบสอบถามความพึงพอใจผ่านการทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่าความเชื่อมั่น

ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ส่วนแบบทดสอบ TUG ใช้วิธีปฏิบัติตามมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในงานวิจัยสากล โดยมีการฝึกทีมประเมินให้ใช้เกณฑ์เดียวกันเพื่อลดความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้ประเมิน

โปรแกรมการฝึกดำเนินการต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที โดยมีการกำหนดความก้าวหน้าของการฝึก (Progression) จากระดับง่ายไปยาก (เช่น เริ่มจากเกาะราวจับจนถึงการปล่อยมือและก้าวเดินบนกะลามะพร้าว) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการความปลอดภัยอย่างรัดกุม ได้แก่ การใช้ราวจับ พื้นยางกันลื่น การเลือกขนาดกะลามะพร้าวที่เหมาะสมและมั่นคง และมีนักกายภาพบำบัดดูแลแบบตัวต่อตัวอย่างใกล้ชิด

แบบสอบถามความพึงพอใจเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย (ช่วงความกว้าง 0.80) ดังนี้: 1.00-1.80 = น้อยที่สุด, 1.81-2.60 = น้อย, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 3.41-4.20 = มาก, และ 4.21-5.00 = มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของทุกข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82 สำหรับการทดสอบ TUG ดำเนินการโดยผู้ประเมิน (Rater) คนเดิมตลอดการศึกษาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้ประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็นระยะเตรียมการ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ในระยะเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับทีมบริหารและบุคลากรคลินิกผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย บทบาทหน้าที่ของทีมผู้เก็บข้อมูล รวมทั้งกำหนดพื้นที่และช่วงเวลาสำหรับการฝึกโปรแกรม จากนั้นจัดการอบรมสั้นให้กับนักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล การใช้แบบสอบถาม การปฏิบัติตามขั้นตอนของแบบทดสอบ TUG และการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่ออกแบบเฉพาะ ในระยะก่อนการทดลอง เมื่อผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ ทีมวิจัยจะอธิบายรายละเอียดโครงการแบบตัวต่อตัวแก่ผู้สูงอายุและญาติที่มาด้วย หากผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมและลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลพื้นฐาน โดยสัมภาษณ์หรือให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นนัดหมายหรือดำเนินการประเมินสมรรถภาพทางกายและความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยแบบทดสอบ TUG ในห้องกายภาพบำบัดที่เตรียมไว้ การทดสอบดำเนินการโดยให้อาสาสมัครนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง จากนั้นลุกขึ้นเดินไปข้างหน้าระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวกลับ และเดินกลับมานั่งบนเก้าอี้ โดยเริ่มจับเวลาตั้งแต่คำสั่งให้เริ่มลุกจนกลับมานั่งเรียบร้อยแล้ว ผลเวลา TUG จะบันทึกในแบบฟอร์มข้อมูลก่อนการทดลอง

ระยะการทดลองเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าวอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ กิจกรรมเพิ่มระดับความยากจากง่ายไปยาก โดยสัปดาห์ที่ 1 – 2 ฝึกลุก – นั่ง เดินช้า ยืนทรงตัวบนพื้นราบ และถ่ายน้ำหนักโดยจับราว สัปดาห์ที่ 3 – 4 เพิ่มการยกส้นเท้า

ยกปลายเท้า ย่อตัว ก้าวหน้า – ถอยหลัง และเริ่มยืนบนกะลามะพร้าวโดยจับราว สัปดาห์ที่ 5 – 6 ฝึกถ่ายน้ำหนักหน้า – หลัง ซ้าย – ขวา และก้าวขึ้น – ลงกะลามะพร้าว และสัปดาห์ที่ 7 – 8 ฝึกการเคลื่อนไหวเชิงหน้าที่ เช่น ลุก เดิน หมุนตัว เดินกลับมานั่ง ร่วมกับการทรงตัวบนกะลามะพร้าว ทั้งนี้ การลดการพุงหรือเพิ่มการเคลื่อนไหวพิจารณาตามความสามารถและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ แต่ละรายมาตรวจความปลอดภัย ได้แก่ ใช้พื้นเรียบไม่ลื่น มีเสื่อกันลื่น ราวจับหรือจุดพุง มีนักกายภาพบำบัดดูแลใกล้ชิด ตรวจสภาพกะลามะพร้าวก่อนใช้ทุกครั้ง และหยุดฝึกทันทีหากมีอาการ เวียนศีรษะ หน้ามืด เจ็บหน้าอก เหนื่อยผิดปกติ ปวดข้อ เดินเซ หรือทรงตัวไม่มั่นคง ผู้วิจัยบันทึกการเข้าร่วม กิจกรรม อาการผิดปกติ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกครั้ง

หลังครบระยะเวลา 8 สัปดาห์ จะดำเนินการเก็บข้อมูลระยะหลังการทดลอง โดยประเมินสมรรถภาพ ทางกายและความเสี่ยงการหกล้มด้วยแบบทดสอบ TUG ข้าที่ห้องกายภาพบำบัด โดยใช้ขั้นตอนเดียวกับการ ประเมินก่อนการทดลอง จากนั้นให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม หากผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือการเขียน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะช่วยอ่านคำถามและบันทึกคำตอบตามคำบอก อย่างเป็นกลาง ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากทั้งสามช่วงจะตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้อง ก่อนนำเข้าสู่ โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยได้รับการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสมเหตุสมผลของ ค่าก่อนการวิเคราะห์ หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือผิดปกติ ผู้วิจัยตรวจสอบกลับจากแบบบันทึกข้อมูลต้นฉบับ เพื่อให้ข้อมูลที่น่าเข้าสู่การวิเคราะห์มีความถูกต้องมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ โรคร่วม การใช้ยา และประวัติการหกล้ม ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของตัวแปร

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าวต่อสมรรถภาพ ทางกาย วิเคราะห์จากเวลาในการทดสอบ Timed Up and Go (TUG) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired-Samples T-test เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่อเนื่องในกลุ่ม ตัวอย่างเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแตกต่าง เฉลี่ย ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าความแตกต่าง ค่า t องศาอิสระ และค่า P-value กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $P\text{-value} < .05$

ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มวิเคราะห์จากค่าเวลา TUG โดยจำแนกเป็นกลุ่มความเสี่ยงตามเกณฑ์ ที่กำหนด แล้วนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในแต่ละระดับความเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม เพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลงของการกระจายระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มภายหลังได้รับโปรแกรม

ข้อมูลความพึงพอใจต่อโปรแกรมวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และระดับการแปลผลตามเกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1.00 – 1.80 หมายถึง

น้อยที่สุด, 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย, 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง, 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก และ 4.21–5.00 หมายถึง มากที่สุด

การศึกษานี้ไม่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพทางกายกับความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เนื่องจากสมรรถภาพทางกายและความเสี่ยงต่อการหกล้มในการศึกษานี้ประเมินจากค่า TUG เดียวกัน กล่าวคือ ค่า TUG ใช้เป็นทั้งตัวชี้วัดสมรรถภาพด้านการเคลื่อนไหวและใช้เป็นเกณฑ์จำแนกระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม การนำตัวแปรที่มาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันมาหาความสัมพันธ์กันจึงไม่เหมาะสมทางระเบียบวิธีวิจัย และอาจทำให้เกิดการตีความซ้ำซ้อน นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์เดิมที่นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างอายุและเวลา TUG ไม่ได้ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ระบุไว้ จึงตัดการวิเคราะห์ดังกล่าวออกจากผลการศึกษา เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และผลการศึกษานำเสนอ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (เลขที่โครงการวิจัย 113/2568, เอกสารรับรอง COA No. 115/2568 รับรอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2568) ผู้เข้าร่วมได้รับการอธิบายข้อมูลโครงการอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมโดยสมัครใจ ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และจัดเก็บในระบบที่จำกัดการเข้าถึงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.3 ± 5.1 ปี อยู่ในช่วงอายุ 61 – 79 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 โดยมากมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง และเกือบครึ่งหนึ่งมีประวัติการหกล้มภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง มีโรคร่วมทางกายภาพ และเกือบครึ่งหนึ่งมีประวัติการหกล้มในช่วงปีที่ผ่านมา ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางและความจำเป็นในการได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายและการฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 40)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69.30 $\pm$ 5.10	–
ช่วงอายุ 60 – 69 ปี	22	55.00
ช่วงอายุ 70 – 79 ปี	18	45.00
เพศชาย	12	30.00

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศหญิง	28	70.00
มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค	26	65.00
ไม่มีโรคร่วม	14	35.00
มีประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา	19	47.50
ไม่มีประวัติหกล้ม	21	52.50

สมรรถภาพทางกายและความเสี่ยงการหกล้มก่อนและหลังการทดลอง

สมรรถภาพทางกายและความเสี่ยงการหกล้มประเมินโดยใช้แบบทดสอบ Timed Up and Go (TUG) ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย ประเมินจากค่าเฉลี่ยเวลา TUG

พบว่าเวลาเฉลี่ยในการทำแบบทดสอบ TUG หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจาก 14.5 ± 3.0 วินาที เหลือ 11.7 ± 2.6 วินาที โดยความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 วินาที และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.001$ แสดงว่าโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าวสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายด้านการเคลื่อนไหวและความคล่องตัวของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลา TUG ก่อนและหลังโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัว ($n = 40$)

ตัวแปร	ก่อนโปรแกรม ($M \pm SD$)	หลังโปรแกรม ($M \pm SD$)	ค่าต่างเฉลี่ย	95% CI ของค่าต่าง	สถิติทดสอบ (t)	P-value
เวลาในการ ทดสอบ TUG (วินาที)	14.50 ± 3.00	11.70 ± 2.60	2.80	2.18, 3.42	9.12	$< 0.001^*$

เมื่อจัดระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มจากค่า TUG ตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการกระจายระดับความเสี่ยงในทิศทางที่ดีขึ้น

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงก่อน-หลังโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในทิศทางที่ดีขึ้น โดยก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 50.00 จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม และมีเพียงร้อยละ 15.00 ที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า สัดส่วนของผู้ที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10.00 ในขณะที่กลุ่มความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.00 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนดังกล่าวสอดคล้องกับค่าเวลาเฉลี่ยในการทดสอบ TUG ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการช่วยลดระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงก่อน - หลังโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ระดับความเสี่ยงการหกล้ม	ก่อนโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	P-value
ความเสี่ยงต่ำ (< 10 วินาที)	6 (15.00)	18 (45.00)	< 0.001*
ความเสี่ยงปานกลาง (10-14 วินาที)	14 (35.00)	18 (45.00)	
ความเสี่ยงสูง (> 14 วินาที)	20 (50.00)	4 (10.00)	
รวม	40 (100.00)	40 (100.00)	

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโปรแกรม

คะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าว วัดจากมาตราส่วน Likert 5 ระดับ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด โดยจำแนกรายด้าน

พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดในทุกด้าน โดยเฉพาะด้าน ความรู้สึกปลอดภัยระหว่างการฝึก และด้านการดูแลและคำแนะนำจากผู้ให้บริการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมหากล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลเชิงประสิทธิผลต่อสมรรถภาพทางกายและความเสี่ยง การหกล้มเท่านั้น แต่ยังได้รับการยอมรับและความร่วมมือที่ดีจากผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการนำไปใช้จริงในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าว (n = 40)

ด้านความพึงพอใจ	<i>M ± SD.</i>
ความเหมาะสมของท่าฝึกและความยากง่าย	4.60 ± 0.40
ความรู้สึกปลอดภัยระหว่างการฝึก	4.70 ± 0.35
การดูแลและคำแนะนำจากผู้ให้บริการ	4.65 ± 0.37
ความรู้สึกละเอียดอ่อนต่อการฝึกที่บ้านได้	4.45 ± 0.50
ความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรม	4.52 ± 0.38

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมการออกกำลังกายที่ผสมผสานการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่วมกับการฝึกการทรงตัวด้วยกะลามะพร้าวเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาสมรรถภาพทางกายและลดระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน การลดลงของเวลาในการทดสอบ Timed Up and Go (TUG) โดยเฉลี่ย 2.80 วินาที ซึ่งมีความนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ถึงการพัฒนาความสามารถในการลุก-ยืน, การเดิน, และการหมุนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Sherrington et al.

(2019) ซึ่งสรุปว่าการออกกำลังกายหลายองค์ประกอบที่เน้นการฝึกการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการหกล้ม

ปัจจัยสำคัญที่อธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมนี้สามารถพิจารณาได้จากสององค์ประกอบหลักที่ทำงานเสริมกัน องค์ประกอบแรกคือ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ซึ่งมุ่งเป้าไปที่กล้ามเนื้อกลุ่มสำคัญที่ใช้ในการทรงตัวและเคลื่อนไหว เช่น กล้ามเนื้อต้นขาและกล้ามเนื้อสะโพก การที่กล้ามเนื้อเหล่านี้แข็งแรงขึ้นส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการลุกจากเก้าอี้ การก้าวเดินที่มั่นคง และการตอบสนองต่อการเสียสมดุลได้ดีขึ้น องค์ประกอบที่สองซึ่งเป็นความโดดเด่นของการวิจัยครั้งนี้คือ การฝึกการทรงตัวบนกะลามะพร้าว การเดินบนพื้นผิวที่ไม่มั่นคงและโค้งมนของกะลามะพร้าวเป็นการกระตุ้นระบบประสาทรับรู้การเคลื่อนไหวบริเวณข้อเท้าและฝ่าเท้าอย่างเข้มข้น ทำให้ร่างกายต้องเรียนรู้ที่จะปรับการทำงานของกล้ามเนื้อและการทรงตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาสสมดุล ซึ่งเป็นการฝึกการควบคุมระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ซับซ้อนกว่าการฝึกบนพื้นเรียบปกติ กลไกนี้มีความคล้ายคลึงกับการฝึกไทเก็ก (Tai Chi) ที่เน้นการควบคุมศูนย์ถ่วงของร่างกาย ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดความเสี่ยงการหกล้มได้ (Chen et al., 2023)

ความสำเร็จของการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่ยืนยันหลักการทางวิทยาศาสตร์ แต่ยังชี้ให้เห็นถึงนัยสำคัญของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับบริการสุขภาพสมัยใหม่ กะลามะพร้าวเป็นวัสดุที่หาได้ง่าย มีต้นทุนต่ำ และเป็นที่ยอมรับในบริบทของชุมชนไทย การนำมาใช้เป็นเครื่องมือฝึกจึงไม่เพียงแต่ลดข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่ยังอาจสร้างการยอมรับและแรงจูงใจในการเข้าร่วมได้ดีกว่าการใช้อุปกรณ์กายภาพบำบัดที่มีราคาแพงหรือไม่คุ้นเคย ประเด็นนี้สะท้อนผ่านคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคะแนนในด้านความรู้สึกลดภัยระหว่างการฝึกและการดูแลเอาใจใส่จากนักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางกล้าที่จะท้าทายความสามารถของตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจในระดับสูงจึงเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าผลลัพธ์ทางคลินิก เพราะเป็นกุญแจสำคัญสู่ความยั่งยืนและการขยายผลของโปรแกรมในอนาคต

อย่างไรก็ตาม แม้ผลลัพธ์จะเป็นไปในทิศทางบวก แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดจากการออกแบบวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ซึ่งไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้เทียบเท่ากับการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงอาจมีอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้เข้าร่วมในช่วง 8 สัปดาห์ ถึงกระนั้น การที่ผลการเปลี่ยนแปลงมีความชัดเจนและสอดคล้องกับทฤษฎีอย่างยิ่ง ก็ทำให้สามารถอนุมานได้ว่าโปรแกรมการฝึกเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การศึกษานี้จึงถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เบื้องต้นที่สำคัญซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของโปรแกรมนี้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และเป็นฐานสำหรับการวิจัยที่รัดกุมยิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม 8 สัปดาห์ (รวม 24 ครั้ง) สามารถลดเวลา TUG เหลือได้ถึง 2.80 วินาที และลดสัดส่วนผู้มีความเสี่ยงสูงจากการหกล้มได้อย่างชัดเจน โรงพยาบาลชุมชนรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงสามารถนำโปรแกรมนี้ไปกำหนดเป็น 'ชุดกิจกรรมมาตรฐาน (Intervention package) ประจำคลินิกผู้สูงอายุได้

2. ในเชิงปฏิบัติ ควรมีการจัดอบรมระยะสั้นให้แก่บุคลากรพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ อสม. ในพื้นที่ โดยกำหนดขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงด้วย TUG ก่อนเข้าโปรแกรม การดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐานความปลอดภัยที่จัดเตรียมสภาพแวดล้อมอย่างเหมาะสม (ได้แก่ มีราวจับ พื้นกันลื่น) และการประเมินซ้ำเมื่อครบกำหนด เพื่อผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น รวมถึงการขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบต่ออัตราการหกล้มที่เกิดขึ้นจริงและประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). *สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2566). *ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 9 (แดชบอร์ดข้อมูลประชากร)*. กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์ชนก ปานทอง, และคณะ. (2567). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบ Otago ต่อการทรงตัวและพฤติกรรมป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายบริการสุขภาพเขต 9*, 12(1), 1–14.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51–61.
- Bergen, G., Stevens, M. R., & Burns, E. R. (2016). Falls and fall injuries among adults aged ≥65 years — United States, 2014. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(37), 993–998.
- Chen, W., Li, M., Li, H., Lin, Y., & Feng, Z. (2023). Tai Chi for fall prevention and balance improvement in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Public Health*, 11, 1236050.

- Florence, C. S., Bergen, G., Atherly, A., Burns, E., Stevens, J., & Drake, C. (2018). Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 693–698.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148.
- Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., ... & Lord, S. R. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD012424.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. United Nations.
- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*.

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จากการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป
สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

Factors Influencing the Work Efficiency of Village Health Volunteers in
Phanom Thuan District, Kanchanaburi Province, Following the Transfer of
Subdistrict Health Promoting Hospitals to the Provincial Administrative
Organization

จ่านงค์ โพธิ์ทา

Chumnong Phota

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

Phanom Thuan District Public Health Office, Kanchanaburi Province

(Received: 9 March 2026; Revised: 26 June 2026; Accepted: 9 July 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมอธิบายการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ภายใต้บริบทภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 315 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน 4 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และแบบประเมินการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. แบบสอบถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.21, SD = 0.54$) ปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเข้าใจในบทบาทหน้าที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = .752, P\text{-value} < .001$) และปัจจัยทั้ง 4 ด้านสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานได้ร้อยละ 64.50 ($R^2 = 0.645, \text{Adjusted } R^2 = 0.640, P\text{-value} < .001$) โดยความเข้าใจในบทบาทหน้าที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุด (Beta = 0.421) ผลการวิจัยชี้ว่า อบจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสื่อสารบทบาทหน้าที่ของ อสม. ภายใต้โครงสร้างใหม่ให้ชัดเจน ควบคู่กับการพัฒนาทักษะและระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงาน, การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chumnong2520@gmail.com, จ่านงค์ โพธิ์ทา)

Abstract

This cross-sectional descriptive correlational study aimed to assess perceived work efficiency and analyze factors explaining perceived work efficiency among Village Health Volunteers (VHVs) in Phanom Thuan District, Kanchanaburi Province, under the context following the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to the Provincial Administrative Organization. The sample consisted of 315 VHVs selected by proportional stratified random sampling. Data were collected using a self-administered questionnaire covering general information, four work-related factors—work motivation, knowledge and skills for practice, organizational support, and role clarity—and perceived work efficiency. The questionnaire had IOC values ranging from 0.67 to 1.00 and an overall reliability coefficient of 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis. The results showed that overall perceived work efficiency was at a high level ($M = 4.21$, $SD = 0.54$). All four factors were positively associated with perceived work efficiency, with role clarity showing the strongest correlation ($r = .752$, $P\text{-value} < .001$). The four factors jointly explained 64.50% of the variance in perceived work efficiency ($R^2 = 0.645$, Adjusted $R^2 = 0.640$, $P\text{-value} < .001$), with role clarity as the strongest influencing factor ($Beta = 0.421$). The findings suggest that the Provincial Administrative Organization and related agencies should clearly communicate VHVs' roles under the new administrative structure while strengthening essential skills and work support systems in the community.

Keywords: Village Health Volunteers, Perceived Work Efficiency, Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals, Provincial Administrative Organization

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่เชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพกับประชาชนในชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ การติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชน บทบาทดังกล่าวทำให้การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. มีความสำคัญต่อการพัฒนางานสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในช่วงที่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง (บัญญัติ อรรถศรีวร, 2565)

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ตามแนวทางการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566; คณะกรรมการการกระจาย

อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุน และการประสานงานของ อสม. เช่น สายการประสานงาน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การนิเทศติดตาม การ รายงานข้อมูล และการสื่อสารนโยบายระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ, 2567)

จากการทบทวนเอกสาร พบว่าการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัย หลายด้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะในช่วงหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ที่ อสม. อาจต้องประสานงานกับ หลายหน่วยงานและเผชิญความไม่ชัดเจนของระบบงานบางประการ การสื่อสารบทบาท หน้าที่ และระบบ สนับสนุนจึงมีความสำคัญต่อความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ศรเกษตริณ และคณะ, 2567)

อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี มี รพ.สต. ในพื้นที่จำนวน 9 แห่ง และมี อสม. จำนวน 1,472 คน ภายใต้บริบทหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. กาญจนบุรี อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์จำกัด ว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจ ความรู้และทักษะ การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ มี ความสัมพันธ์และร่วมอธิบายการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. มากน้อยเพียงใด การศึกษานี้จึงมุ่ง วิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพ ของ อสม. ให้สอดคล้องกับบริบทการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้โครงสร้างใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ภายใต้บริบทหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. กาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการร่วมอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. จากปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่

สมมติฐานวิจัย

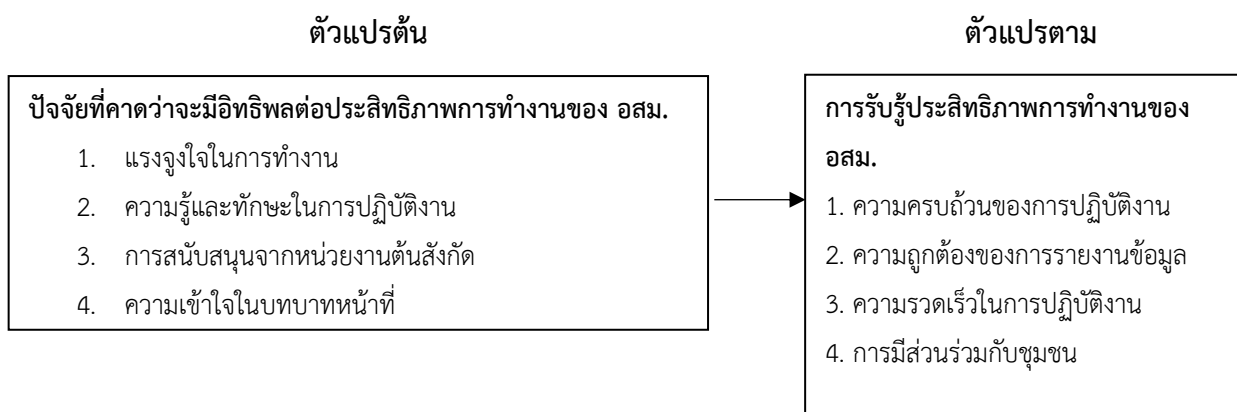
1. ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.
2. ปัจจัยทั้ง 4 ด้านสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดตัวแปรอิสระเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการทำงานของ อสม. จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจ

ในบทบาทหน้าที่ ส่วนตัวแปรตาม คือ การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามที่ อสม. ตอบด้วยตนเอง ครอบคลุมความครบถ้วนของการปฏิบัติงาน ความถูกต้องของการรายงานข้อมูล ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมกับชุมชน

การสนับสนุนจากหน่วยงาน หมายถึง การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การนิเทศ วัสดุอุปกรณ์ และความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบจ. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ หมายถึง ความชัดเจนของขอบเขตงาน ช่องทางประสานงาน และความคาดหวังต่อบทบาทของ อสม. ภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการใหม่ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลใช้เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและประกอบการอภิปรายผลเท่านั้น ไม่ได้นำเข้าเป็นตัวแปรอิสระหลักในกรอบแนวคิด เนื่องจากการศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ปัจจัยด้านการงานและระบบสนับสนุนที่สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาเชิงบริหารได้โดยตรง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงาน และปัจจัยที่ร่วมอธิบายการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ภายใต้บริบทภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กาญจนบุรี การศึกษานี้มีได้มุ่งเปรียบเทียบก่อนและหลังการถ่ายโอน หรือสรุปผลกระทบเชิงสาเหตุจากการถ่ายโอนโดยตรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติหน้าที่ในเขตอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 1,472 คน จากฐานข้อมูลทะเบียน อสม. ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ทราบจำนวนแน่นอน ได้จำนวน 315 คน และตรวจสอบ

ความเพียงพอของขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนด effect size $f^2 = 0.15$, $\alpha = .05$, power = .95 และตัวแปรทำนาย 4 ตัว ได้ขนาดขั้นต่ำ 129 คน (Faul et al., 2009) จึงถือว่ากลุ่มตัวอย่างจริงมีจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามตำบล จัดสรรตามสัดส่วนจำนวน อสม. ในแต่ละตำบล แล้วสุ่มรายชื่อแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็น อสม. ในเขตอำเภอพนมทวน ปฏิบัติงานต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีข้อจำกัดที่ทำให้ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน พันสภาพการเป็น อสม. ระหว่างเก็บข้อมูล หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบในตัวแปรหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของ อสม. 4 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน 10 ข้อ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน 5 ข้อ การสนับสนุนจากหน่วยงาน 5 ข้อ และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ 5 ข้อ รวม 25 ข้อ และ 3) การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมความครบถ้วนของการปฏิบัติงาน ความถูกต้องของการรายงานข้อมูล ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมกับชุมชน [สี่ฟ้า] ทั้งนี้ ตัวแปรตามเป็นการประเมินจากการรับรู้ของ อสม. ผ่านแบบสอบถาม มิใช่การวัดจากตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานจริงจากระบบบริการ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึงระดับมาก 2.51–3.50 หมายถึงระดับปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึงระดับน้อย และ 1.00–1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยนำร่างแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน การบริหารสาธารณสุข และระเบียบวิธีวิจัย เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ พบว่าข้อความคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงถ้อยคำตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. จำนวน 30 คน ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรเป้าหมาย แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงและไม่ได้อยู่ในรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อความคำถาม ความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรายงานค่าความเชื่อมั่นแยกตามรายด้าน ดังนี้ ด้านแรงจูงใจในการทำงาน เท่ากับ 0.90 ด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.88 ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน เท่ากับ 0.91 ด้านความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เท่ากับ 0.89 และด้านการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. เท่ากับ 0.92 โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก และเหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ตามหนังสือรับรองเลขที่ EC.NO.001/2569 ลงวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2569 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจริงภายหลังวันรับรองจนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ช่วงก่อนวันรับรองเป็นเพียงการทบทวนเอกสาร ศึกษาบริบทพื้นที่ ประสานงานเบื้องต้น และเตรียมเอกสารการวิจัย โดยยังไม่มีติดต่อกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอม หรือเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย

ภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยง การรักษาความลับ และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามโดยไม่ระบุตัวตน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและระดับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยแปลระดับความสัมพันธ์จากค่า r ดังนี้ 0.00–0.20 ระดับต่ำมาก 0.21–0.40 ระดับต่ำ 0.41–0.60 ระดับปานกลาง 0.61–0.80 ระดับสูง และ 0.81–1.00 ระดับสูงมาก

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมอธิบายการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter Method โดยนำตัวแปรอิสระทั้ง 4 ด้านเข้าสมการพร้อมกัน ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ [สี่ฟ้า] โดยหลีกเลี่ยงการตีความในลักษณะเหตุและผล เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ความเป็นเส้นตรง การแจกแจงปกติและความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ความแปรปรวนคงที่ และ multicollinearity โดยพิจารณา ค่า Tolerance มากกว่า 0.10 และค่า VIF น้อยกว่า 10.00 รายงานผลด้วยค่า b , SE , 95% CI ของ b , $Beta$, t , P -value, R , R^2 , Adjusted R^2 , F , Tolerance และ VIF กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงข้อมูลอย่างครบถ้วนและเข้าร่วมโดยสมัครใจ มีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อสถานะการเป็น อสม. หรือสิทธิใด ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ ไม่ระบุตัวบุคคล ในรายงานผล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 315 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 248 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.73 มีอายุเฉลี่ย 54.20 ปี ($SD. = 8.45$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51–60 ปี จำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.54 ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.38 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.46 เมื่อพิจารณาประสบการณ์การทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. 11 – 20 ปี จำนวน 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.49 รองลงมาคือมากกว่า 20 ปี จำนวน 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.10 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ด้านสาธารณสุขในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 298 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($n = 315$)

รายการ/ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	21.27
หญิง	248	78.73
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 40 ปี	24	7.62
41 – 50 ปี	85	26.98
51 – 60 ปี	134	42.54
61 ปีขึ้นไป	72	22.86
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	165	52.38
มัธยมศึกษา/ปวช.	118	37.46
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	32	10.16

รายการ/ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.		
น้อยกว่า 10 ปี	58	18.41
11 – 20 ปี	137	43.49
มากกว่า 20 ปี	120	38.10
ประวัติการอบรมพัฒนาความรู้ด้านสาธารณสุขในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	298	94.60
ไม่เคย	17	5.40

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นต่อตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยอิสระทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านความเข้าใจในบทบาทหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.35$, $SD. = 0.51$) รองลงมาคือ แรงจูงใจในการทำงาน ($M = 4.28$, $SD. = 0.58$) ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ($M = 4.15$, $SD. = 0.62$) และการสนับสนุนจากหน่วยงาน ($M = 3.92$, $SD. = 0.68$) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.21$, $SD. = 0.54$) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความครบถ้วนของการปฏิบัติงาน ($M = 4.32$, $SD. = 0.51$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมกับชุมชน ($M = 4.27$, $SD. = 0.55$) ความถูกต้องของการรายงานข้อมูล ($M = 4.18$, $SD. = 0.57$) และความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ($M = 4.07$, $SD. = 0.60$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยที่ศึกษาและการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.

ตัวแปรที่ศึกษา	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับ
ตัวแปรอิสระ			
1. แรงจูงใจในการทำงาน	4.28	0.58	มาก
2. ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน	4.15	0.62	มาก
3. การสนับสนุนจากหน่วยงาน	3.92	0.68	มาก
4. ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่	4.35	0.51	มาก
ตัวแปรตาม : การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.			
ความครบถ้วนของการปฏิบัติงาน	4.32	0.51	มาก
ความถูกต้องของการรายงานข้อมูล	4.18	0.57	มาก
ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน	4.07	0.60	มาก
การมีส่วนร่วมกับชุมชน	4.27	0.55	มาก
รวม	4.21	0.54	มาก

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระกับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยอิสระทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ($r = .752$, $P\text{-value} < .001$) รองลงมาคือ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ($r = .721$, $P\text{-value} < .001$) แรงจูงใจในการทำงาน ($r = .684$, $P\text{-value} < .001$) และการสนับสนุนจากหน่วยงาน ($r = .655$, $P\text{-value} < .001$) ตามลำดับ นอกจากนี้ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และไม่สูงเกินเกณฑ์ที่บ่งชี้ปัญหา multicollinearity เบื้องต้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ($n = 315$)

ตัวแปรอิสระ	1	2	3	4	5
แรงจูงใจในการทำงาน	1				
ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน	.580*	1			
การสนับสนุนจากหน่วยงาน	.550*	.590*	1		
ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่	.610*	.640*	.600*	1	
การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.	.684*	.721*	.655*	.752*	1

* $P\text{-value} < 0.001$

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter Method พบว่า ปัจจัยอิสระทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ได้ร้อยละ 64.50 ($R = 0.803$, $R^2 = 0.645$, Adjusted $R^2 = 0.640$, $F = 141.25$, $P\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่าเท่ากับ 0.32 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานสูงที่สุดคือ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ($Beta = 0.421$, $P\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ($Beta = 0.284$, $P\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากหน่วยงาน ($Beta = 0.156$, $P\text{-value} = 0.002$) และแรงจูงใจในการทำงาน ($Beta = 0.124$, $P\text{-value} = 0.003$) ตามลำดับ ผลการตรวจสอบ multicollinearity พบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.52–0.62 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.61–1.92 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงว่าไม่พบปัญหาความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระในระดับที่กระทบต่อการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	95% CI ของ b	Beta	t	P-value	Tolerance	VIF
ค่าคงที่	0.842	0.204	0.440 ถึง 1.244	–	4.125	< 0.001*	–	–

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	95% CI ของ b	Beta	t	P-value	Tolerance	VIF
ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่	0.445	0.052	0.342 ถึง 0.548	0.421	8.542	< 0.001*	0.52	1.92
ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน	0.248	0.047	0.156 ถึง 0.340	0.284	5.316	< 0.001*	0.55	1.82
การสนับสนุนจากหน่วยงาน	0.124	0.038	0.049 ถึง 0.199	0.156	3.245	0.002*	0.59	1.69
แรงจูงใจในการทำงาน	0.115	0.039	0.039 ถึง 0.191	0.124	2.987	0.003*	0.62	1.61

หมายเหตุ. R = 0.803, R² = 0.645, Adjusted R² = 0.640, F = 141.25, *P-value < 0.001, SEest = 0.32

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ภายใต้บริบทภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. กาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าแม้อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่ อสม. ยังคงรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ในระดับดีทั้งด้านความครบถ้วนของการปฏิบัติงาน ความถูกต้องของการรายงานข้อมูล ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมกับชุมชน

ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 54.20 ปี อยู่ในช่วงอายุ 51–60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.54 และมีประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มากกว่า 10 ปี เมื่อรวมกลุ่ม 11–20 ปี และมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.59 ประสบการณ์การทำงานต่อเนื่องในชุมชนอาจทำให้ อสม. มีความคุ้นเคยกับบทบาทหน้าที่ พื้นที่รับผิดชอบ และประชาชนในชุมชน ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ด้านสาธารณสุขในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 94.60 ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่อธิบายว่า ความรู้ ทักษะ และการฝึกอบรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพร้อมและคุณภาพของการปฏิบัติงาน (Noe et al., 2017) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในชุมชน (บัญญัติ อรรถศรีวรร, 2565; ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2568)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงาน พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. มีความเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยจากระบบสนับสนุนการทำงาน โดยแรงจูงใจช่วยสนับสนุนความตั้งใจและความต่อเนื่องในการ

ทำงาน ความรู้และทักษะช่วยให้ปฏิบัติงานได้ถูกต้องและมั่นใจ การสนับสนุนจากหน่วยงานช่วยให้ อสม. มีทรัพยากรและคำแนะนำที่จำเป็น ส่วนความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้ตรงตาม ความคาดหวังของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. สูงที่สุด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ในบริบทภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. อสม. จำเป็นต้องเข้าใจบทบาทของตนเองทั้งในฐานะกลไกภาคประชาชนด้านสุขภาพและ ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ ความชัดเจนของบทบาทช่วยให้ อสม. ทราบขอบเขต หน้าที่ ช่องทางการประสานงาน รูปแบบการรายงานข้อมูล และความคาดหวังของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงช่วยลดความคลุมเครือในการปฏิบัติงาน และเอื้อต่อการรับรู้ว่าตนเองสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในช่วงเปลี่ยนผ่านภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่อาจ มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจาก อสม. อาจต้องเผชิญกับความไม่ชัดเจนบางประการ เช่น สายการประสานงาน ระหว่าง รพ.สต. กับ อบจ. ช่องทางการรายงานข้อมูล การนิเทศติดตามงาน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การเบิกจ่ายงบประมาณ หรือความคาดหวังของหน่วยงานใหม่ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพชุมชน หาก อสม. มีความเข้าใจบทบาทของตนเองอย่างชัดเจนภายใต้โครงสร้างใหม่ ย่อมช่วยให้สามารถปรับตัวกับระบบงานที่ เปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น และปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้อง กับทฤษฎีบทบาทที่อธิบายว่า ความชัดเจนของบทบาทช่วยลดความคลุมเครือและความขัดแย้งของบทบาท ในการทำงาน (Kahn et al., 1964) รวมทั้งสอดคล้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายที่ระบุว่า การสื่อสารบทบาท หน้าที่ และระบบสนับสนุนในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอน รพ.สต. มีความสำคัญต่อความพร้อม ของผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ศรเกษตริน และคณะ, 2567)

รองลงมาคือ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า อสม. ที่รับรู้ว่าคุณมีความรู้และทักษะเพียงพอ มีแนวโน้มรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะงานด้านการคัดกรอง สุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การติดตามผู้ป่วยในชุมชน การให้คำแนะนำสุขภาพ และการรายงานข้อมูลในระบบ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้อาณัติภายหลังการถ่ายโอน ความรู้และทักษะด้านการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และ การประสานงานกับหลายหน่วยงานอาจมีความสำคัญเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การพัฒนาความรู้และทักษะของ อสม. มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติงานและการดูแล ประชาชนในชุมชน (ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2568; อินทร์แป้น และคณะ, 2563)

สำหรับการสนับสนุนจากหน่วยงาน พบว่ามีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ค่าเฉลี่ยของปัจจัยดังกล่าวจะอยู่ในระดับมาก แต่เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อ เทียบกับปัจจัยอิสระด้านอื่น ($M = 3.92$, $SD. = 0.68$) ประเด็นนี้สะท้อนว่า ในบริบทหลังการถ่ายโอนยังคงควร พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานของ อสม. ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การนิเทศ ติดตาม วัสดุอุปกรณ์ และช่องทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยเฉพาะเมื่อ อสม. ต้องปฏิบัติงานร่วมกับหลาย หน่วยงาน ได้แก่ อบจ. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลดังกล่าวสอดคล้อง

กับแนวคิดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งระบุว่าการรับรู้หน่วยงานให้การสนับสนุนและเห็นคุณค่าของผู้ปฏิบัติงาน มีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติและความพร้อมในการทำงาน (Eisenberger et al., 1986)

ส่วนแรงจูงใจในการทำงานมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ในระดับรองลงมา แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนความตั้งใจ ความรับผิดชอบ และความต่อเนื่องของการปฏิบัติงาน อสม. ซึ่งเป็นงานอาสาสมัครที่ต้องอาศัยความเสียสละและความผูกพันกับชุมชน ภายใต้บริบทหลังการถ่ายโอน การสร้างแรงจูงใจควรไม่จำกัดเฉพาะค่าตอบแทน แต่ควรรวมถึงการยอมรับคุณค่าของ อสม. การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสนับสนุนโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ และการสร้างความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพปฐมภูมิของพื้นที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานที่อธิบายว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยสนับสนุนในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความตั้งใจในการปฏิบัติงาน (Herzberg et al., 1959) และสอดคล้องกับงานวิจัยของพารินทร์ แก้วสวัสดิ์ (2565) ที่พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหรือการปฏิบัติงานของ อสม.

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อบจ. กาญจนบุรี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมทวนและ รพ.สต. ในพื้นที่ ควรกำหนดและสื่อสารบทบาทหน้าที่ของ อสม. ภายใต้บริบทหลังการถ่ายโอนให้ชัดเจน โดยจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน ช่องทางการประสานงาน และแนวทางการรายงานข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อช่วยลดความคลุมเครือของบทบาทและสนับสนุนให้ อสม. ปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับความคาดหวังของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างใหม่ เช่น การรายงานข้อมูลสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ การติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการประสานงานกับหน่วยงานหลายภาคส่วน เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมในการทำงานของ อสม.

3. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. และมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับปัจจัยอิสระด้านอื่น หน่วยงานระดับพื้นที่ควรพัฒนาระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้างให้ชัดเจนขึ้น เช่น การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงาน อสม. การจัดระบบนิเทศติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และการจัดช่องทางให้ อสม. สามารถสอบถามหรือแจ้งปัญหาในการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว

4. ควรใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในช่วงหลังการถ่ายโอน โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สามารถปรับปรุงเชิงบริหารได้ ได้แก่ ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ การพัฒนาความรู้และทักษะ การสนับสนุนจากหน่วยงาน และการเสริมแรงจูงใจในการทำงานของ อสม.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบเปรียบเทียบก่อนและหลังการถ่ายโอน หรือเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ถ่ายโอนกับพื้นที่ที่ยังไม่ถ่ายโอน เพื่อให้สามารถอธิบายผลของการถ่ายโอนต่อระบบสนับสนุนและการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรใช้ข้อมูลผลการปฏิบัติงานจริงประกอบกับแบบสอบถามการรับรู้ของ อสม. เช่น ความครบถ้วนของการเยี่ยมบ้าน ความถูกต้องและทันเวลาของการรายงานข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพชุมชน หรือผลลัพธ์บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยลดข้อจำกัดจากการประเมินตนเองและเพิ่มความสมบูรณ์ของการวัดประสิทธิภาพการทำงาน
3. ควรศึกษาด้วยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยเพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มกับ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้แทน อบจ. และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อทำความเข้าใจกลไกการประสานงาน ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่าน และแนวทางสนับสนุน อสม. ในบริบทหลังการถ่ายโอนได้ลึกซึ้งมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ถอดบทเรียนการบริหารจัดการการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* (ตุลาคม 2565–มกราคม 2566).
<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/07/lessontransfer.pdf>
- คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2564). ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *ราชกิจจานุเบกษา*, 138(ตอนพิเศษ 254 ง), 14–15.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, และอรนุช ชูศรี. (2568). การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 8(1), 157–169. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/274996>
- บัญญัติ อรรถศรีวร. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 2(2), 55–67. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/258719>
- พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. (2565). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 22–33. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/29>

- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, ชีระวุธ ธรรมกุล, และพรศักดิ์ อยู่เจริญ. (2567). ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 31(2), 1–16. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/271061>
- ศรเกษตริน, อ., ศรียะศักดิ์, อ., จันทรา, ร., นิมวัฒนากุล, ส., เกริกกุลธร, ท., ชื่นกลิ่น, ธ., รองเมือง, ด., นามพรหม, ส., และรัชตะวรรณ, ร. (2567). ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 18(1), 121–132. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/264334>
- อินทร์แป้น, ศ., สอนดี, ส., คงเรืองราช, เ., หวังมัน, ว., จันทรสข, ช., เหม็มนาน, น., และดีพูน, อ. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานในชุมชน. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 10(1), 43–53. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/218445>
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. John Wiley & Sons.
- Noe, R. A., Hollenbeck, J. R., Gerhart, B., & Wright, P. M. (2017). *Human resource management: Gaining a competitive advantage* (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ
การในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
Development of Integrated Care Model for Type 2 Diabetes Mellitus and
Hypertension Patients in the Chronic Disease Clinic at Non-Din Daeng
Hospital, Buriram Province

นิสาชล ไกรสุข

Nisachon Kraisook

กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
Medical Group, Non Din Daeng Hospital, Buriram Province

(Received: 16 March 2026; Revised: 12 June 2026 ; Accepted: 9 July 2026)

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ กระบวนการวิจัยดำเนินการวิจัยและพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 403 ราย ได้จากการคำนวณด้วยสูตร Taro Yamane และคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ คู่มือการปฏิบัติงาน และระบบข้อมูลสารสนเทศ เครื่องมือวิจัยมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.92) และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.89) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลทางคลินิกและแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (2) การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อติดตามผู้ป่วย (3) การให้ความรู้และเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว และ (4) การประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพภายหลังการใช้แนวทางดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจาก 8.45 เป็น 7.12 และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001) ขณะที่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($M = 4.35$, $SD. = 0.42$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการทำงานของทีมสหวิชาชีพและการเชื่อมโยงข้อมูลมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ควรนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนเพื่อลดภาระทางสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: การดูแลแบบบูรณาการ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง, การพัฒนาแนวทางการดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Nisa.NDDH@gmail.com, นิสาชล ไกรสุข)

Abstract

Diabetes mellitus and hypertension are major public health problems that require continuous and integrated care to prevent complications. This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of an integrated care model for patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension in the Chronic Disease Clinic at Non-Din Daeng Hospital, Buriram Province. The study applied an action research process consisting of four stages: planning, action, observation, and reflection. A total of 403 patients were recruited through purposive sampling, with the sample size determined using the Taro Yamane formula. Research instruments included an integrated care model, an operational manual, and a health information system. The instruments demonstrated acceptable content validity ($IOC = 0.92$) and reliability (Cronbach's $\alpha = 0.89$). Data were collected using clinical record forms and satisfaction questionnaires and analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results revealed that the developed integrated care model consisted of four components: multidisciplinary teamwork, health information-based patient monitoring, patient and family education and empowerment, and coordination of care between the hospital and healthcare network. Following implementation, the mean HbA1c level decreased from 8.45% to 7.12%, and blood pressure levels were significantly reduced ($P\text{-value} < .001$). Overall patient and family satisfaction was at a high level ($M = 4.35$, $SD = 0.42$). The findings suggest that the integrated care model effectively improved clinical outcomes among patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension. Emphasizing multidisciplinary collaboration and information linkage, the model should be applied in community hospital settings to reduce long-term health burdens.

Keywords: Integrated Care, Type 2 Diabetes Mellitus, Hypertension, Care Model Development

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (chronic Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 3 – 5 ปีที่ผ่านมา โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 43 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 74.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ซึ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพของประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2566)

โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิประเทศกึ่งภูเขาและอยู่ห่างไกล จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังที่ผ่านมา โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของจังหวัดบุรีรัมย์และประเทศไทย จากการทบทวนการดำเนินงานของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง พบข้อจำกัดด้านการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการติดตามผู้ป่วย และการประสานการดูแลระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และการติดตามผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Model) เป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสหวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพ การส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง และการประสานการดูแลระหว่างหน่วยบริการและชุมชน รูปแบบดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความซ้ำซ้อนของบริการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลากหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบการดูแลตามแนวคิด Chronic Care Model (Wagner et al., 1996) รูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่รายงานว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดีขึ้น เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และเพิ่มความพึงพอใจต่อการรับบริการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลดังกล่าวยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พรทิพย์ ขวาลักษณ์สกุล, 2559; Boocha & Ploylearmsang, 2023; Thanachayanont, 2025; Theeranut et al., 2024)

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแล การติดตามผู้ป่วย และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Model) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนารูปแบบดังกล่าวจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค และส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพบริการตามแนวคิดของ Donabedian ที่พิจารณาทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ยังเป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ (Donabedian, 1988)

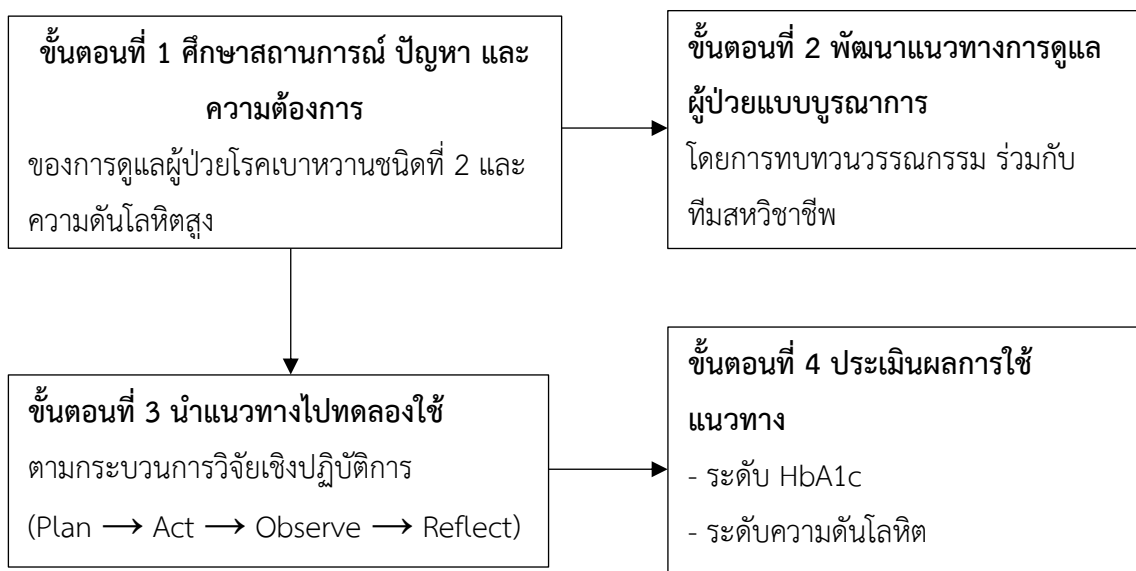
จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ที่พัฒนาขึ้น ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart (1988) ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ (Integrated Care) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการจากผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรม พร้อมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลแนวทางในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง จำนวน 403 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 4,316 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ รวมเป็น 403 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี 2) มีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 4) มารับบริการต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรัง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง มีความบกพร่องทางสติปัญญา ตั้งครรภ์ หรือไม่สามารถมารับการติดตามผลได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำแนกออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (Intervention) ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลชุมชน ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลรักษา จนถึงการติดตามผล โดยมีเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติงาน แบบฟอร์มบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการติดตามผู้ป่วย และแผนการให้ความรู้พร้อมสื่อสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับเครื่องมือประเภทที่สองคือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ซึ่งใช้บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาล ร่วมกับแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินกระบวนการทำงานตามกรอบแนวคิด Donabedian

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งสองประเภท โดยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการและคู่มือการปฏิบัติงาน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้

ในส่วนของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ซึ่งบ่งชี้ว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงสูงและเหมาะสมสำหรับการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ โดยทบทวนเวชระเบียน ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก และสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบบริการ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแล โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาจัดทำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ จากนั้นประชุมทีมสหวิชาชีพและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมก่อนปรับปรุงเป็นแนวทางฉบับทดลองใช้ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล โดยนำแนวทางไปใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังกับกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางจากแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบสอบถามความพึงพอใจ และข้อมูลสะท้อนผลจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลและปรับปรุงเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโนนดินแดง

ในขั้นการปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเน้นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ มีการจัดระบบการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การให้คำแนะนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจรตามแผนที่กำหนดไว้

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นการสังเกตและการสะท้อนผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต รวมถึงประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และสังเกตกระบวนการทำงานของทีมสุขภาพ จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อระบุจุดแข็งและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำดำเนินงาน และนำข้อสรุปที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้นในวงจรการพัฒนาลำดับถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการทางสถิติและการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของโครงการ โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและความพึงพอใจ ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ จะใช้สถิติ Paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon Signed Rank Test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

ในส่วนของคุณภาพเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย จะนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการดูแลและการทำงานร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลแบบบูรณาการได้อย่างรอบด้าน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2025-141 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2568 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) ก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล (Confidentiality) โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการรักษาพยาบาลตามปกติ สอดคล้องตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (World Medical Association, 2013) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (International Council for Harmonisation, 2016)

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการยังไม่เป็นระบบ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- การดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ
- การใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพเพื่อการติดตามผู้ป่วย
- การส่งเสริมความรู้และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- การประสานการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน

แนวทางดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.92 และได้รับการปรับปรุงจนได้แนวทางฉบับสมบูรณ์สำหรับนำไปทดลองใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังรายละเอียดการดำเนินงานของแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดำเนินงานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีบทบาทดังนี้

- แพทย์ ทำหน้าที่ประเมินอาการ วินิจฉัยโรค และวางแผนการรักษา
- พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วย
- เภสัชกร ให้ความรู้ด้านการใช้ยาและติดตามความร่วมมือในการใช้ยา
- นักโภชนาการ ให้คำแนะนำด้านอาหารและการควบคุมโรค
- นักกายภาพบำบัด ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานการดูแลต่อเนื่อง และเฝ้าระวังปัญหา

สุขภาพในชุมชน

กิจกรรมสำคัญของแนวทาง ประกอบด้วย

- การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพรายบุคคล
- การประชุมวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ
- การให้ความรู้ด้านโรค การใช้ยา อาหาร และการออกกำลังกาย
- การติดตามอาการและผลการรักษาผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศ
- การเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่องโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
- การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกันของทีม

แนวทางดังกล่าวนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 403 ราย

ผลการประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ

ภายหลังการทดลองใช้แนวทาง พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก 8.45 เป็น 7.12 ระดับความดันโลหิตช่วงบนลดลงจาก 142.30 เป็น 128.50 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตช่วงล่างลดลงจาก 88.60 เป็น 80.20

มิลลิเมตรปรอท ($P\text{-value} < .001$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในระดับมาก ($M = 4.35, SD. = 0.42$)

จากการสะท้อนผลของทีมสหวิชาชีพ พบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 403 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 264 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.51 มีอายุเฉลี่ย 58.42 ปี ($SD. = 9.15$) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54.09 ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 77.42 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.24 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 72.46 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.13 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 89.58

เมื่อจำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.71 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 35.24 และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 26.05 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.50 ปี ($SD. = 4.20$) ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมานาน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.39 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n=403$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	34.49
หญิง	264	65.51
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 60 ปี	185	45.91
60 ปีขึ้นไป	218	54.09
$(M = 58.42, SD. = 9.15, Min = 32, Max = 79)$		
สถานภาพสมรส		
คู่	312	77.42
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	75	18.61
โสด	16	3.97
ระดับการศึกษา		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	275	68.24
มัธยมศึกษา	98	24.32
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	30	7.44
อาชีพ		
เกษตรกร	292	72.46
รับจ้างทั่วไป	65	16.13
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	6.95
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	18	4.46
สิทธิการรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	361	89.58
ข้าราชการ/เบิกต้นสังกัด	28	6.95
ประกันสังคม	14	3.47
การวินิจฉัยโรคหลัก		
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเดียว	105	26.05
โรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว	142	35.24
โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	156	38.71
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)		
1 - 5 ปี	118	29.28
6 - 10 ปี	195	48.39
มากกว่า 10 ปี	90	22.33
(M = 8.50, SD. = 4.20)		

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก 8.45 เป็น 7.12 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตช่วงบน (Systolic BP) ลดลงจาก 142.30 มิลลิเมตรปรอท เป็น 128.50 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic BP) ลดลงจาก 88.60 มิลลิเมตรปรอท เป็น 80.20 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมและระดับความดันโลหิตทั้งสองค่าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับความดันโลหิต (Blood Pressure) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลแบบบูรณาการ (n=403)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (Pre-test)		หลังการทดลอง (Post-test)		t	P-value
	M	SD.	M	SD.		
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) (ร้อยละ)	8.45	1.25	7.12	0.98	18.42*	< .001
ความดันโลหิต (mmHg)						
ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic BP) (mmHg)	142.30	15.40	128.50	12.10	14.56*	< .001
ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic BP) (mmHg)	88.60	9.80	80.20	8.40	12.33*	< .001

*P-value < 0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจ

จากการสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการให้บริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 4.35$, $SD. = 0.42$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านกระบวนการให้บริการ ($M = 4.42$, $SD. = 0.45$) รองลงมาคือ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ($M = 4.38$, $SD. = 0.40$) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและผลลัพธ์บริการ ($M = 4.25$, $SD. = 0.48$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจที่มีต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=403)

รายการประเมิน	M	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านกระบวนการให้บริการ	4.42	0.45	มาก
1.1 ความรวดเร็วในการให้บริการ	4.45	0.50	มาก
1.2 ความชัดเจนของขั้นตอนการบริการ	4.39	0.48	มาก
2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ	4.38	0.40	มาก
2.1 กิริยาวาจาสุภาพและการเอาใจใส่	4.40	0.42	มาก
2.2 การให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย	4.36	0.45	มาก
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและผลลัพธ์บริการ	4.25	0.48	มาก
ความสะอาดของสถานที่	4.28	0.52	มาก
3.2 ความรู้สึกมั่นใจในการรักษา	4.22	0.55	มาก
รวมเฉลี่ย (Total)	4.35	0.42	มาก

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; Wagner et al., 1996) นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ยังมีส่วนสำคัญต่อการควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนชยานนท์ (2568) ที่พบว่าการดูแลแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชนช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและส่งเสริมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ อีรนาถและคณะ (2567) ซึ่งรายงานว่าการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องกับนโยบายด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566–2570 ของกระทรวงสาธารณสุข (2566) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และเข้าถึงได้มากขึ้น เพื่อรองรับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างบุคลากรสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในด้านคุณภาพบริการ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงกระบวนการให้บริการให้มีความเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ที่อธิบายว่ากระบวนการให้บริการที่มีคุณภาพจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัยและคณะ (2564) ที่พบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่เพียงพอ และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการและการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว และศึกษาการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น เพื่อขยายองค์ความรู้และยืนยันประสิทธิภาพของแนวทางในบริบทที่หลากหลาย

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566–2570. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ธนชยานนท์, ท. (2568). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย. *วารสารเอเชียแปซิฟิกเมดิซีน*, 19(1), 22–33.
- ธีรนาถ, อ., บุญรอด, ว., และ เหลืองประดิษฐ์, ว. (2567). รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันและชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังในชุมชนชนบทของประเทศไทย. *วารสารบีเอ็มซี เนฟรโรโลยี*, 25, 128–136.
- พรทิพย์ ชาวลักษ์สกุล. (2559). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model). *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 43(3), 15–28.
- วิชัย, อ., ชื่นรัตนกุล, ส., และ ตันติฤทธิศักดิ์, พ. (2564). การประเมินนโยบายการเสริมสร้างระบบการดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิของประเทศรายได้ปานกลางจากมุมมองของผู้ป่วย. *วารสารบีเอ็มซี เฮลท์ เซอร์วิส รีเสิร์ช*, 21, 1–12.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ (NCDs Integrated Care Model)*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Boocha, K., & Ploylearmsang, C. (2023). Development and implementation of diabetes care by a community network based on a chronic care model. *Journal of Public Health and Development*, 21(2), 145–160.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- International Council for Harmonisation. (2016). *ICH harmonised guideline: Integrated addendum to ICH E6 (R1): Guideline for good clinical practice E6 (R2)*. ICH.

- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4), 511–544.
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases country profiles 2023*. World Health Organization.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper and Row.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสุพรรณบุรี

Health Literacy Affecting E-cigarette Prevention Behaviors Among High School
Students in Suphan Buri Province

สมภพ ปานมณี¹, นพดล ทองอร่าม^{2*}

Sompob Panmanee¹, Nopadol Thongaram^{2*}

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวช
ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบัน
พระบรมราชชนก^{2*}

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 Institute^{2*}

(Received: 5 April 2026; Revised: 23 June 2026 ; Accepted: 22 July 2026)

บทคัดย่อ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
ที่มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1.ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2.ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและ 3. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผล
ต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายใน
จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 418 คน โดยใช้สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.95 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีค่าความเชื่อมั่น 0.98
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและ สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง นักเรียนส่วนใหญ่เคยพบเห็นการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($M=4.56$,
 $SD=0.75$) อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบ
บุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด ($\beta = 0.415$, $P\text{-value} = <.001$) รองลงมาคือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($\beta = 0.348$, $P\text{-value} =$
 $<.001$) และ ทักษะการตัดสินใจ ($\beta = 0.187$, $P\text{-value} = <.001$) ตามลำดับ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของ
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 76.00 ($R^2=0.760$, $P\text{-value} < 0.05$)

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการรู้เท่าทันสื่อที่สามารถช่วยให้
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนควรส่งเสริมกิจกรรมยามว่างที่เป็น
ประโยชน์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และสร้างสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับโทษและพิช
ภัยของบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนให้มีความยั่งยืนต่อไป



คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย, พฤติกรรมการป้องกัน

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding e-mail: Nopadol@phcsuphan.ac.th , นพดล ทองอร่าม)

Abstract

E-cigarette use has emerged as a critical public health issue, with upper secondary school students representing a high-risk group vulnerable to future initiation. This study aimed to examine the levels of health literacy among these students, explore the relationship between health literacy and e-cigarette prevention behaviors, and identify the factors predicting their prevention behaviors. Utilizing a quantitative research design, a sample of 418 upper secondary school students in Suphan Buri Province was selected through multi-stage random sampling. Data were collected using a health literacy questionnaire (reliability coefficient = 0.95) and an e-cigarette prevention behavior questionnaire (reliability coefficient = 0.98). Statistical analyses were performed to compute descriptive and inferential statistics, including Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis. The results revealed that the majority of the participants were female, and most reported prior exposure to e-cigarettes. The overall health literacy of the participants was at a high level ($M = 4.56$, $SD. = 0.75$). Multiple regression analysis indicated that factors significantly predicting e-cigarette prevention behaviors included self-management skills, which exerted the strongest influence ($\beta = 0.415$, $P\text{-value} < .001$), followed by media literacy skills ($\beta = 0.348$, $P\text{-value} < .001$), and decision-making skills ($\beta = 0.187$, $P\text{-value} < .001$). Together, these variables accounted for 76.00% of the variance in e-cigarette prevention behaviors ($R^2 = 0.760$, $P\text{-value} < 0.05$).

This study demonstrates that self-management and media literacy skills are key components in fostering e-cigarette prevention behaviors among upper secondary school students. To promote sustainable prevention behaviors, educational institutions should encourage productive extracurricular activities and develop educational media addressing the dangers and health hazards of e-cigarettes.

Keywords: Electronic cigarettes, Upper secondary school student, Prevention behaviors

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (นันทน์ภัส เกตน์โกศลย์ และจิรวิสา จิรเสถียรพร, 2569) การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่องทั้งในอเมริกาเหนือ ยุโรป และประเทศไทย (Kramarow EA, 2023) โดยกลุ่มวัยรุ่นไทยกลายเป็นผู้บริโภคหลักที่ต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยแนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวจาก 7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2545 เป็น 41 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 (Euromonitor International, 2019)

องค์การอนามัยโลกได้สำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในสหรัฐอเมริกาในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย มีอัตราการการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2563 จากร้อยละ 1.50 เป็นร้อยละ 19.60 (Diaz MC AL., 2023) สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย จากรายงานการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนระหว่าง พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2565 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนเพิ่มเป็น ร้อยละ 17.60 ในปี พ.ศ. 2565 จากเดิมอยู่ที่ร้อยละ 3.30 ในปี พ.ศ. 2558 เทียบเท่าเพิ่มขึ้น 5.30 เท่า (ยุทธพงศ์ ปิ่นอนงค์, 2567) และพบว่ารายงานประจำปี 2568 ของกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (2568) พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.8 ล้านคน ร้อยละ 16.50 และมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยเพิ่มขึ้นประมาณ 10 เท่า จาก 76,742 คน ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 995,447 คน กองสุกศึกษาร่วมกับเครือข่ายเฝ้าระวังพฤติกรรมระดับพื้นที่ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สูบบุหรี่ไฟฟ้า ในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 18.60 ปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 29.26 แสดงให้เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ากำลังมีการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่น เป็นสิ่งที่ต้องตระหนัก ซึ่งการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะส่งผลกระทบต่อตัวนักเรียน ครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก (ณรงค์ชัย หัตถิ, พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, 2567) และยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งวัยรุ่นเป็นช่วงของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง ให้ความสนใจเพื่อนมากกว่าครอบครัว อีกทั้งยังชอบเลียนแบบจากพฤติกรรมของบุคคลที่ได้รับความสนใจหรือเป็นที่นิยมในช่วงเวลานั้นๆ ทำให้การได้รับพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะเกิดผลกระทบและความเสี่ยงทางสุขภาพตามมา นำไปสู่ผลกระทบทางร่างกายหรือจิตใจ (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2560) ความเชื่อและค่านิยมของวัยรุ่นในยุคปัจจุบันได้มีความเปลี่ยนแปลงจากในอดีตไปอย่างมาก กลุ่มวัยรุ่นมีความต้องการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งปัจจุบันได้มีรูปแบบที่หลากหลายให้เลือก ผู้ค้าจึงได้มีการปรับกลยุทธ์การออกแบบบุหรี่ไฟฟ้าให้มีลักษณะรูปลักษณ์ที่สวยงาม ทันสมัย มีกลิ่นที่หลากหลาย รสชาติที่น่าลอง สะดวกและกะทัดรัดเหมาะสำหรับการพกพา (Kong et al., 2017) จึงส่งผลให้เป็นที่ดึงดูด ภูมิใจของวัยรุ่น สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มวัยรุ่นได้มากขึ้น โดยไม่มีการควบคุมกลายเป็นแฟชั่นที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และไม่ถูกเป็นที่สังเกตจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง (วงการแพทย์, 2557)

นโยบายระดับชาติในประเทศไทยได้ขับเคลื่อนบุหรี่ไฟฟ้าต้องเป็นศูนย์ โดยมีมาตรการการบังคับใช้กฎหมายภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก นโยบายการควบคุมบริโภค

ยาสูบขององค์การอนามัยโลก MPOWER แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยใช้กลวิธี ตรวจจับเร็ว ตอบโต้ทัน ป้องกันได้ (กรมควบคุมโรค, 2568) โดยสอดคล้องกับมาตรการทางภาครัฐโดยกระทรวงพาณิชย์ได้ดำเนินการให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามในการเข้ามาจำหน่ายในประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และในปี พ.ศ. 2558 มีการออกคำสั่งเรื่องห้ามขายหรือห้ามให้บริการ “บารากู่ บารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู่ น้ำยาสำหรับเติมบารากู่หรือบุหรี่ไฟฟ้า” แต่ในปัจจุบันยังคงมีช่องทางที่สามารถซื้อขายได้ โดยผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย (กนิษฐา ไทยกล้า, 2566) จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างมาตรการในการป้องกันวัยรุ่นไม่ให้เข้าถึงหรือทดลองการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยยังคงต้องดำรงการใช้กฎหมายการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด และขยายการให้ความรู้ถึงโทษของบุหรี่ไฟฟ้า ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ, 2566) โดยกระทรวงศึกษาธิการ ได้มีการประกาศแนวทางในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองสุขภาพของนักเรียน โดยมีการสร้างความรู้เท่าทันและมีการสอดแทรกในเนื้อหาการเรียน และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นแหล่งที่ตั้งของสถานศึกษาเป็นจำนวนมาก มีโรงเรียนในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งมีจำนวน 33 โรงเรียน และมีนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 16,500 คน (ข้อมูลสารสนเทศนักเรียนโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา, 2568) นักเรียนในกลุ่มนี้ลักษณะมีความมั่นใจในตนเอง และพร้อมเรียนรู้ในเรื่องใหม่ๆ มีความคล่องตัวในการใช้เครื่องมือออนไลน์ ซึ่งทำให้อาจเป็นสาเหตุในการเข้าสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย (ชัยชนะ ศรีเพียรชัย และภัทรพร วีระนาคินทร์, 2567) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเสมือนเป็นกุญแจที่สำคัญที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ นำไปสู่การดูแลสุขภาพและการป้องกันการมีภาวะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (สุภิญญา คำพันธ์ และคณะ, 2564) ซึ่งปัจจุบันพบว่า ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีจำนวน ร้อยละ 30.00 ของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีอายุอยู่ระหว่าง 15 - 24 ปี และวัยรุ่นส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้ากว่าร้อยละ 25.00 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2568) ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความสนใจในเรื่องของการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งจะสามารถช่วยให้สามารถรู้เท่าทัน สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยได้นำทฤษฎีความรู้รอบรู้ของสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ใน 6 ประเด็น ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อสร้างเป็นแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

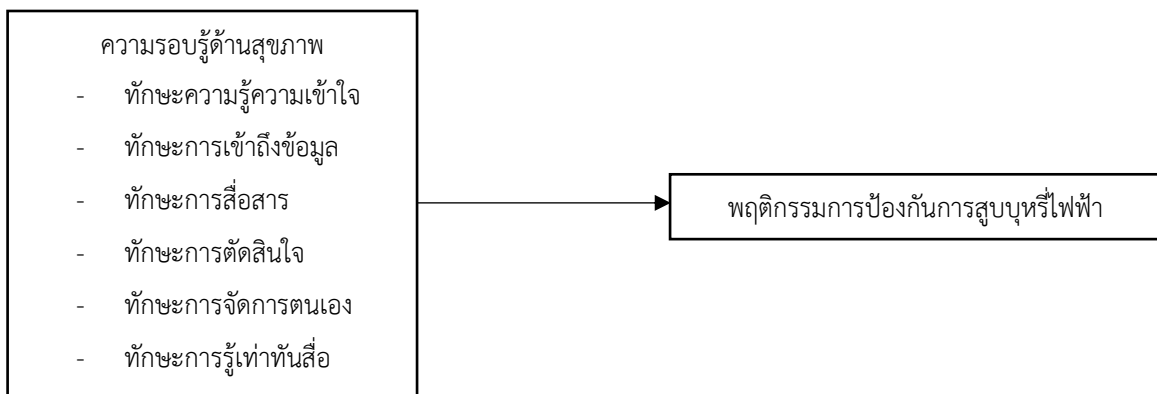
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000, 2008) ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง เดือนมกราคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 16,500 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 16,500 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ ของ Cochran (1977)

$$n = \frac{Z^2 NP(1-P)}{Z^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

โดย n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

Z = ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 0.96

P = สัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.5

d = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05



$$n = \frac{0.96^2(16,500)(0.5)(1-0.5)}{0.96^2(0.5)(1-0.5) + (16,500-1)0.05^2} \quad n = 376 \text{ คน}$$

จากนั้นเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10.00 (อรุณ จิรวรรณกุล, 2558) จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 418 คน

ได้กลุ่มขนาดตัวอย่าง 376 คน จากนั้นเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10.00 เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 418 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยจับฉลากเพื่อเลือกโรงเรียนอย่างน้อย 1 แห่ง และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยให้นักเรียนที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก จดรายชื่อตัวอย่างครบ รวมทั้งสิ้น 418 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยนำจำนวนนักเรียนของแต่ละโรงเรียน มากำหนดขนาดของโรงเรียน

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีกำหนดสัดส่วน (Proportionate Allocation) โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนของประชากรนักเรียน

ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำรายชื่อของโรงเรียนแต่ละขนาดมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มโรงเรียน

ขั้นตอนที่ 4 ใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยคัดเลือกนักเรียนที่สุ่มได้จนได้ตัวอย่างครบ 418 คน

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของโรงเรียน	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ขนาดใหญ่พิเศษ	11,256	285
ขนาดใหญ่	3,046	77
ขนาดกลาง	2,104	53
ขนาดเล็ก	94	3
รวม	16,500	418

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุระหว่าง 15- 18 ปี และต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง
2. มีความสามารถในการเข้าใช้งาน โทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสาร

เกณฑ์การคัดออก

1. เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

2. ขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม(Questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนพี่น้อง การอยู่อาศัยภายในครอบครัว สถานภาพการสมรสของบิดามารดา อาชีพหลักของครอบครัว จำนวนเงินของนักเรียนที่ได้รับ ความเพียงพอในค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและการเคยพบเห็นการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย มี 6 ทักษะ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 10 คำถาม ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบตอบถูก-ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971)

ระดับความรู้สูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80.00)

ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.00 ถึง 79.99)

ระดับความรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00)

และทักษะที่ 2 - 6 คือ ทักษะ 2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทักษะ 3 ด้านการสื่อสาร ทักษะ 4 ด้านการตัดสินใจ ทักษะ 5 ด้านการจัดการตนเอง ทักษะ 6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 6 คำถามต่อทักษะ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้งและไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5,4,3,2,และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)

ระดับความรู้อยู่ในระดับสูง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66)

ระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5,4,3,2,และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)

มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66)

มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ(ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยด้านสังคมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์มหาวิทยาลัยด้านสาธารณสุขศาสตร์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาความเหมาะสม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 -1.00 ทุกข้อ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับนักเรียนจำนวน 30 คน ในอำเภอห้วยคา จังหวัดชัยนาท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ พบว่า แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.95 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีค่าความเชื่อมั่น 0.98 โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ระดับบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ผู้วิจัยประสานงานกับโรงเรียนในสังกัดมัธยมศึกษาสุพรรณบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นักเรียนตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google Form) พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล
3. นำข้อมูลจำนวนทั้งหมด 418 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติแลพดำเนินการอภิปรายผล
4. ดำเนินการเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี ใช้เชิงพรรณนาสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD .)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)

ตารางที่ 2 การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.81-1.00	มีความสัมพันธ์กันมาก
0.51-0.80	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.21-0.50	มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือต่ำ
0.01-0.20	มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก
0.00	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ สถิติสัมประประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Enter Multiple Regression Coefficient) ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ได้แก่ ทุกตัวแปร

มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ความเป็นเส้นตรงของความสัมพันธ์ ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน การแจกแจงปกติ ความแปรปรวนคงที่ และภาวะความสัมพันธ์พหุร่วม (Multicollinearity) ของตัวแปรอิสระ พบว่า โดยพิจารณาค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.066 – 4.119 และ ค่า Tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.243 – 0.938 และไม่พบค่า Autocorrelation โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.91 (Senaviratna & Cooray, 2019)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ระดับบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่รับรอง COA.68-02-0009 ให้การรับรอง ณ วันที่ 24 ตุลาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดแก่อาสาสมัคร ผู้ปกครองของนักเรียน และผู้เกี่ยวข้องในการวิจัยทราบรวมถึงสิทธิของอาสาสมัครและผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาหรือการรับบริการทางสุขภาพแต่อย่างใด ก่อนลงนามเข้าร่วมยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลจากการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยเรียบร้อยแล้วภายในระยะเวลา 6 เดือน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.30 มีอายุเฉลี่ย 16.21 ± 1.09 ปี ส่วนใหญ่เป็นมีพี่น้องจำนวน 2 คน ร้อยละ 47.40 และเป็นบุตรคนโต คิดเป็นร้อยละ 54.30 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 58.10 โดยสถานภาพของบิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 57.90 และมีอาชีพหลักของครอบครัว คือ รับจ้าง ร้อยละ 42.30 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ รักใคร่กันดี ร้อยละ 92.10 โดยในแต่ละวันนักเรียนได้รับเงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 90.37 ± 31.03 บาท เงินที่ได้มาโรงเรียน ส่วนใหญ่พอใช้ ร้อยละ 92.30 และกิจกรรมยามว่างของนักเรียน ชอบเล่นเกมส์ ร้อยละ 40.00 นักเรียนเคยพบเห็นการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 68.70

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทักษะความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.51 ทักษะการจัดการตนเอง ($M=4.56$, $SD.=0.75$) ทักษะการตัดสินใจ ($M=4.46$, $SD.=0.76$) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($M=4.22$, $SD.=0.80$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสุพรรณบุรี (n=418)

ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD.	แปลผล
---------------------------	---	-----	-------

ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	8.35	1.77	สูง
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	3.78	0.75	สูง
ทักษะการสื่อสาร	4.01	0.76	สูง
ทักษะการตัดสินใจ	4.46	0.76	สูง
ทักษะการจัดการตนเอง	4.56	0.75	สูง
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	4.22	0.80	สูง
รวม	4.89	0.93	สูง

ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า มีระดับความสัมพันธ์กันมาก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.820$) $P\text{-value} < 0.05$ นอกจากนี้ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า มีระดับความสัมพันธ์กันปานกลาง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.788, 0.781$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี ($n=418$)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า		ระดับความสัมพันธ์
	r	P-value	
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	+0.214*	<.001	มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	+0.377*	<.001	มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือต่ำ
ทักษะการสื่อสาร	+0.475*	<.001	มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือต่ำ
ทักษะการตัดสินใจ	+0.788*	<.001	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
ทักษะการจัดการตนเอง	+0.820*	<.001	มีความสัมพันธ์กันมาก
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	+0.781*	<.001	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

$P\text{-value} < 0.05$

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการวิเคราะห์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 76.00 ($R^2 = 0.760$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 217.175$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย

ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่า ทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด ($\beta = 0.415$, P-value = <.001) รองลงมาคือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($\beta = 0.348$, P-value = <.001) และ ทักษะการตัดสินใจ ($\beta = 0.187$, P-value = <.001) ตามลำดับ สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

$$1. \text{สมการในรูปแบบคะแนนดิบ } Y = -0.056 + 0.028(X_1) + 0.049(X_2) - 0.057(X_3) + 0.196(X_4) + 0.441(X_5) - 0.346(X_6)$$

$$2. \text{สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน } Z = 0.040(Z_1) + 0.046(Z_2) - 0.054(Z_3) + 0.187(Z_4) + 0.415(Z_5) - 0.348(Z_6)$$

โดยที่ Y หรือ Z = พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า X_1 หรือ Z_1 = ทักษะความรู้ ความเข้าใจ , X_2 หรือ Z_2 = ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ, X_3 หรือ Z_3 = ทักษะการสื่อสาร, X_4 หรือ Z_4 = ทักษะการตัดสินใจ , X_5 หรือ Z_5 = ทักษะการจัดการตนเอง, X_6 หรือ Z_6 = ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ซึ่งเมื่อสมการพยากรณ์สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

1. เมื่อทักษะความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเพิ่มขึ้น 0.040 หน่วยคะแนนมาตรฐาน
2. เมื่อทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเพิ่มขึ้น 0.046 หน่วยคะแนนมาตรฐาน
3. เมื่อทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะลดลง 0.054 หน่วยคะแนนมาตรฐาน
4. เมื่อทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเพิ่มขึ้น 0.187 หน่วยคะแนนมาตรฐาน
5. เมื่อทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเพิ่มขึ้น 0.415 หน่วยคะแนนมาตรฐาน
6. เมื่อทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเพิ่มขึ้น 0.348 หน่วยคะแนนมาตรฐาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี (n=418)

ตัวแปรทำนาย	b	SE.	β	t	P-value
ค่าคงที่ (Constant)	-0.056	0.176		-0.317	0.751
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ X_1	0.028	0.017	0.040	1.624	0.105
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ X_2	0.049	0.032	0.046	1.522	0.129
ทักษะการสื่อสาร X_3	-0.057	0.035	-0.054	-1.641	0.102
ทักษะการตัดสินใจ X_4	0.196	0.051	0.187	3.814	<.001*

ทักษะการจัดการตนเอง X_5	0.441	0.051	0.415	8.649	<.001*
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ X_6	0.346	0.040	0.348	8.737	<.001*
Constant (a) = -0.056, R=0.872, R ² =0.760, Adjusted R ² =0.757, SE Estimate=0.39531, F=217.175, P-value < 0.05*					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลวิจัยโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 4.89$, $SD. = 0.93$) ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง จึงทำให้มีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อีกทั้งนักเรียนยังได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนให้เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และส่งผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) หากนักเรียนมีความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้มีการรับรู้ถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพได้ โดยความรู้ ความเข้าใจในองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะพื้นฐาน เพื่อนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ในอนาคต และการศึกษาของ (ชีวิน อ่อนลออ และคณะ, 2568) พบว่า ช่องทางโซเชียลมีเดียสามารถเป็นเครื่องมือที่เผยแพร่เกี่ยวกับโทษและภัยของบุหรี่ไฟฟ้ายังช่วยให้สร้างแรงจูงใจให้นักเรียนหลีกเลี่ยงบุหรี่ไฟฟ้าได้

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 6 ทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จะให้เห็นว่า สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ทางสุขภาพ (V-shape) ของ (วชิระ เฟื่องจันทร์, 2560) ซึ่งถ้านักเรียนซึ่งถ้านักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลและเข้าใจในข้อมูล มีการโต้ตอบ ซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูล สร้างกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จนสามารถตัดสินใจเลือกที่จะไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างแน่นอน และใช้ประสบการณ์ที่ได้รับบอกต่อผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง เกิดทักษะในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (สุกัญญา รังสี, บุศยรินทร์ เอกมันตร์ และปิยธิดา โพธิ์ดง, 2567) ได้เพิ่มกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยสอดแทรกอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนจะทำให้นักเรียนสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ในระดับหนึ่ง

3. ผลการศึกษาระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) นักเรียนมีความสามารถในการเลือกหรือปฏิเสธสามารถหาทางเลือกที่จะช่วยให้มีพฤติกรรม

ที่เหมาะสม โดยใช้สื่อในการค้นหาข้อมูล ประกอบการตัดสินใจ เช่น การโฆษณาชวนเชื่อในเฟซบุ๊ก การติดตามข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าผ่านช่องทางสื่อโซเชียลมีเดีย เป็นต้น ซึ่งทำให้นักเรียนเลือกที่จะวางแผนกำหนดเป้าหมายในอนาคตในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า แต่ในทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล บริการ ทักษะการสื่อสารไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (จุฑามาศ มณีกุล, 2566) การเข้าถึงโฆษณาไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยการสื่อสารที่มากในรูปแบบโฆษณา อาจมาในรูปแบบอื่นๆ เช่น การบอกต่อกันในกลุ่มนักเรียน การทำกิจกรรมระหว่างนักเรียนด้วยกัน และในการศึกษาของ (พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ, 2565) พบว่า การพบเห็นสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะเพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ก็ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะการสื่อสาร และทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ หากโรงเรียนส่งเสริมสร้างการสื่อสารให้นักเรียนสามารถบอกต่อระหว่างบุคคล อาจทำให้ไม่สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ เนื่องจากกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ของนักเรียนอาจยังไม่ครอบคลุมในเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งนี้การศึกษาของ (ธนากร ธนวัฒน์, 2567) อธิบายว่าการให้ความรู้และข้อมูลยิ่งเพิ่มการสร้างสื่อที่เข้าใจง่ายครอบคลุมและชุมชนมีบทบาทในการควบคุมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการออกกฎหมายที่เข้มงวดก็จะทำให้การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ยากขึ้นย่อมส่งผลให้การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกิดผลประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่านักเรียนมีทักษะในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โรงเรียนควรส่งเสริมนักเรียนเป็นแกนนำในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เช่น การเป็นพี่เลี้ยงทางสุขภาพในนักเรียนใหม่ การสร้างการป้องกันโดยการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้าในครอบครัวหรือชุมชน
2. ระดับความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง หากเพิ่มความรู้ในการให้ข้อมูล เช่น โฆษณารายการของบุหรี่ไฟฟ้า มาตรการทางกฎหมาย จะสามารถช่วยให้นักเรียนป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตพื้นที่ ในพื้นที่อื่น เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกัน และใช้ข้อมูลที่มีความใกล้เคียงกันมา จัดกิจกรรมหรือสร้างระบบมาตรการการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต
2. ควรเพิ่มเติมเปรียบเทียบในกลุ่มนักเรียนชั้นอื่น โดยเฉพาะมัธยมศึกษาตอนต้น และประถมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูล มีความสะดวกและง่ายขึ้น ทำให้นักเรียนในกลุ่มเหล่านี้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลมาวิเคราะห์ และจัดกิจกรรมให้เหมาะสมในแต่ละระดับชั้นเรียน

รายการอ้างอิง

- กนิษฐา ไทยกล้า. (2566). การเฝ้าระวังตลาดบุหรี่ไฟฟ้าบนอินเทอร์เน็ต ปี พ.ศ. 2566. หน่วยสารเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมควบคุมโรค กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2568). *ทิศทางการขับเคลื่อนงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569: ประเทศไทยบุหรี่ไฟฟ้าต้องเป็นศูนย์ (Zero E-Cig) [สไลด์เอกสารนำเสนอ]*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายงานประจำปี 2568*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ข้อมูลสารสนเทศนักเรียนโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา. (2568, 25 กรกฎาคม). จาก <https://school.webactivity.net/main.php>
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- จุฑามาศ มณีกุล. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา
- ชัยชนะ ศรีเพียรชัย และภัทรพร วีระนาคินทร์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่อำเภอ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารปัญญาพัฒน์*, 2(5), 51–56.
- ชีวิน อ่อนละออ, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, สุทธิพันธ์ บุญมี, และสวิตา อ่อนละออ. (2568). แนวทางการส่งเสริมความรู้เพื่อลดบุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบของนักศึกษาและบุคลากรวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 15(3), 229–241.
- ณรงค์ชัย หัตถ์ และพุทธิพร พงศ์นันท์ทุกกิจ. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้ บุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดจันทบุรี. *วารสารการพยาบาลและนวัตกรรมการสุขภาพ*, 1(1), 1–15.
- ธนากร ธนวัฒน์. (2567). ผลกระทบในทุกระดับจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า: การทบทวนแนวทางการจัดโปรแกรมสำหรับการสร้างการรับรู้ถึงอันตรายต่อสุขภาพและการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2), 93–106.
- นันทน์ภัส เกตน์โกศลย์ และธวิสร จิรเสถียรพร. (2569). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 9(1), 59–74.
- พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, ชนุดา พาโพนงาม, และณฤมล ลาวน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 197–205.

ยุทธพงศ์ ปิ่นอนงค์. (2567). ปัญหาบุหรี่ไฟฟ้ากับเยาวชนไทย (ร้อยเรื่อง...เมืองไทย). สำนักวิชาการ สำนักงาน
เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

วงการแพทย์. (2557). บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ยาสูบ “แปลงร่าง” คนบาปในคราบนักบุญ.

<http://www.wongkarnpat.com/viewya.php?id=1050>

วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง
ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุกัญญา รังสี, บุศยรินทร์ เอกมันตร์เศรษฐ์, และปิยธิดา โพธิ์ดง. (2567). ผลของโปรแกรมให้ความรู้
อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อความรู้และทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 7(2), 55–66.

สุกัญญา คำพันธ์, อนงค์นาถ หนูตาช, ชนาภาณต์ เกษตรการุณย์, และธนะวัฒน์ รวมสุก. (2564). ปัจจัยที่
มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร. วารสารสวนสุนันทาวิชาการและวิจัย, 15(1), 1–10.

[cite: 2].

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, กัญญารัตน์ กลิ่นวิจิต, รัตนภรณ์ แป้นทิม, และกนกวรรณ ผ่องศรี.

(2566). บุหรี่ไฟฟ้า มหันตภัยร้ายทำลายเยาวชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(5), 946–961.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2568). คู่มือบุหรี่ไฟฟ้า รู้ไว้ ร้ายจัด. สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. วิทย์พัฒน์.

อาภาพร เผ่าวัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล, และสุนีย์ ละกำป็น. (2560). การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น:

แนวคิดและการจัดการหลายระดับ [Risk behaviors in adolescence: Concepts and
management in multilevel approach]. แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น.

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

Bloom, B. S. (1971). *Mastery learning*. Holt, Rinehart and Winston.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Diaz, M. C., Kierstead, E. C., Khatib, B. S., Schillo, B. A., & Tauras, J. A. (2023). Investigating
the impact of e-cigarette price and tax on e-cigarette use behavior. *American
Journal of Preventive Medicine*, 64(6), 797–804. <https://doi.org/10.1016>

Euromonitor International. (2019). *Smoking situation*. BBC News. <https://www.bbc.com>

Kong, G., Kuguru, K. E., & Krishnan-Sarin, S. (2017). Gender differences in US adolescent e-
cigarette use. *Current Addiction Reports*, 4(4), 422–430.

Kramarow, E. A., & Elgaddal, N. (2023). *Current electronic cigarette use among adults
aged 18 and over: United States, 2021* (NCHS Data Brief, No. 475). National Center
for Health Statistics.



- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Senaviratna, N. A. M. R., & A. Cooray, T. M. J. (2019). Diagnosing Multicollinearity of Logistic Regression Model. *Asian Journal of Probability and Statistics*, 5(2), 1–9.
<https://doi.org/10.9734/ajpas/2019/v5i230132>

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

Factors Influencing Parents' Decisions to have Their Children Receive all Recommended Vaccinations in Area of Thepha District, Songkhla Province

พัชรี รัตนจินดา^{1*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ²

Patcharee Rattanjinda^{1*}, Kittiporn Nawsuwan²

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

Thepha District Public Health Office, Songkhla Province^{1*}, Boromrajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of
Nursing, Praboromarajchanok Institute^{2*}

(Received: 16 March 2026; Revised: 30 June 2026; Accepted: 19 August 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา จำนวน 179 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือแบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 , 0.91 , 0.78 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่าสัดส่วนการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ร้อยละ 81.56 ผู้ปกครองที่เป็นผู้ชายมีส่วนในการตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ถึง 8.34 เท่า ($OR_{adj}=8.34, 95\%CI:1.03-67.46$) ผู้ปกครองที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง ตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน 4.13 เท่า ($OR_{adj}=4.13, 95\%CI:1.60 - 10.66$) และผู้ปกครองที่มีการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน ระดับต่ำ ตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน 3.39 เท่า ($OR_{adj}=3.39, 95\%CI:1.25 - 9.18$) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองใน อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรปรับปรุงแบบการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมผู้ชาย ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการนำบุตรมารับวัคซีน รวมถึงการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และร่วมขจัดปัญหาอุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน

คำสำคัญ: การตัดสินใจของผู้ปกครอง, ความครอบคลุมวัคซีน, แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ, อำเภอเทพา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patchareehatyai@gmail.com, พัชรี รัตนจินดา)



Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the proportion and factors influencing parents' decisions to ensure their children receive vaccinations according to the recommended schedule in Thepha District, Songkhla Province. A total of 179 participants were selected using stratified random sampling. Data were collected using a structured questionnaire assessing personal factors, perceived benefits, perceived severity, perceived susceptibility, and perceived barriers to childhood vaccination. Content validity indices ranged from 0.67 to 1.00, and Cronbach's alpha coefficients for the respective domains were 0.87, 0.91, 0.78, and 0.79. Data analysis employed descriptive statistics and multiple logistic regression.

The findings revealed that the proportion of complete childhood vaccination according to schedule was 81.56%. Male parents were 8.34 times more likely to decide to complete their child's vaccination (adjusted OR = 8.34, 95% CI: 1.03–67.46). Parents with high perceived susceptibility were 4.13 times more likely to complete vaccination (adjusted OR = 4.13, 95% CI: 1.60–10.66). Additionally, parents with low perceived barriers were 3.39 times more likely to ensure complete vaccination (adjusted OR = 3.39, 95% CI: 1.25–9.18). These factors were statistically significant at the 0.05, 0.01, and 0.001 levels, respectively.

In conclusion, male parental involvement, higher perceived susceptibility, and lower perceived barriers significantly influenced the decision to complete childhood vaccination. Healthcare personnel should develop educational strategies that actively engage fathers in vaccination decisions, provide personalized education on susceptibility, and address perceived barriers to improve vaccination coverage.

Keywords: Parental Decision, Vaccination Coverage, Health Belief Model, Thepha District

บทนำ

นโยบายของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ยึดถือการได้รับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กทุกคนในประเทศไทย ควรได้รับวัคซีนพื้นฐานครบทุกชนิดตามกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือเด็กไทยทุกคนควรได้รับวัคซีนพื้นฐานตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี เพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น วัณโรคตับอักเสบบี, คอตีบ, ไอกรน, บาดทะยัก, โปлио, หัด, หัดเยอรมัน, คางทูม และไข้มองอักเสบเฉฉื่อ จึงจำเป็นต้องดำเนินการเร่งรัด ติดตาม ค้นหาเด็กตามกลุ่มเป้าหมาย และเร่งหาสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนเพื่อให้ มารับการฉีดวัคซีนตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับเด็กทุกคน วัคซีนถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ

ในการช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคและลดความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี เพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงและเติบโตสมวัย (กรมควบคุมโรค, 2567)

ฉะนั้นการเร่งรัด ติดตาม ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกคน ได้รับการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างครอบคลุม ตามแผนที่วางไว้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องดำเนินการครอบคลุมในระดับสูงที่สุด เพื่อให้เด็กได้รับวัคซีนครบถ้วนตามกำหนดและลดโอกาสเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด ผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคการได้รับวัคซีนของเด็กอายุครบ 1 ปี ของอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2565 - 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 77.43, 86.78 และ 77.56 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ปรากฏว่าความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กอายุครบ 1 ปี ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเกณฑ์ความครอบคลุมวัคซีนที่ดีของเด็กกลุ่มก่อนวัยเรียน อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90.00 ยกเว้น MMR ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95.00 และมีปัญหาต่อเนื่องตลอดมา

อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา เป็นอำเภอที่มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะพิเศษทางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากพื้นที่ส่วนอื่นของประเทศ สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่ปี 2547 ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะจำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวนลดลง กิจกรรมเชิงรุกในการรักษา การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ลดลงร้อยละ 60.00 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนเหตุการณ์ความไม่สงบ (รุสนา ดอเม็ง, 2562) พบปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญคือความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐาน ในเด็ก 0 - 1 ปี ที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย จากข้อมูลรายงานทางระบาดวิทยา (2569) และมีรายงานการเกิดโรคและเด็กเสียชีวิตด้วยโรคคอตีบในพื้นที่จังหวัดปัตตานีซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกัน เป็นประจำทุกปี ผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2565 - 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 77.43, 86.78 และ 77.56 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดได้จากหลายสาเหตุไม่แน่ชัด เช่น การขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดความตระหนักของผู้ปกครอง อีกทั้งยังมีประเด็นความเชื่อ วัฒนธรรมในพื้นที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ นำเด็กมารับวัคซีนพื้นฐานของผู้ปกครอง งานวิจัยในพื้นที่ใกล้เคียงอำเภอเทพา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครอง ในการนำเด็กอายุ 0 - 5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี (รุสนา ดอเม็ง, 2562) ชี้ว่า การรับรู้ประโยชน์และความปลอดภัยของวัคซีน เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครอง ขณะที่ข้อมูลเฉพาะอำเภอเทพายังคงจำกัด จากเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับอำเภอเทพา มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี ยังต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือไม่น้อยกว่าร้อยละ 90.00 ยกเว้น MMR ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95.00 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และมีปัญหาโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อเนื่องตลอดมา จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตร รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา เพื่อนำผลการศึกษา ในครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ และการพัฒนารูปแบบการให้วัคซีนในเด็กในพื้นที่ อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา อีกทั้งการดำเนินงานที่สามารถแก้ปัญหาการรับวัคซีนได้

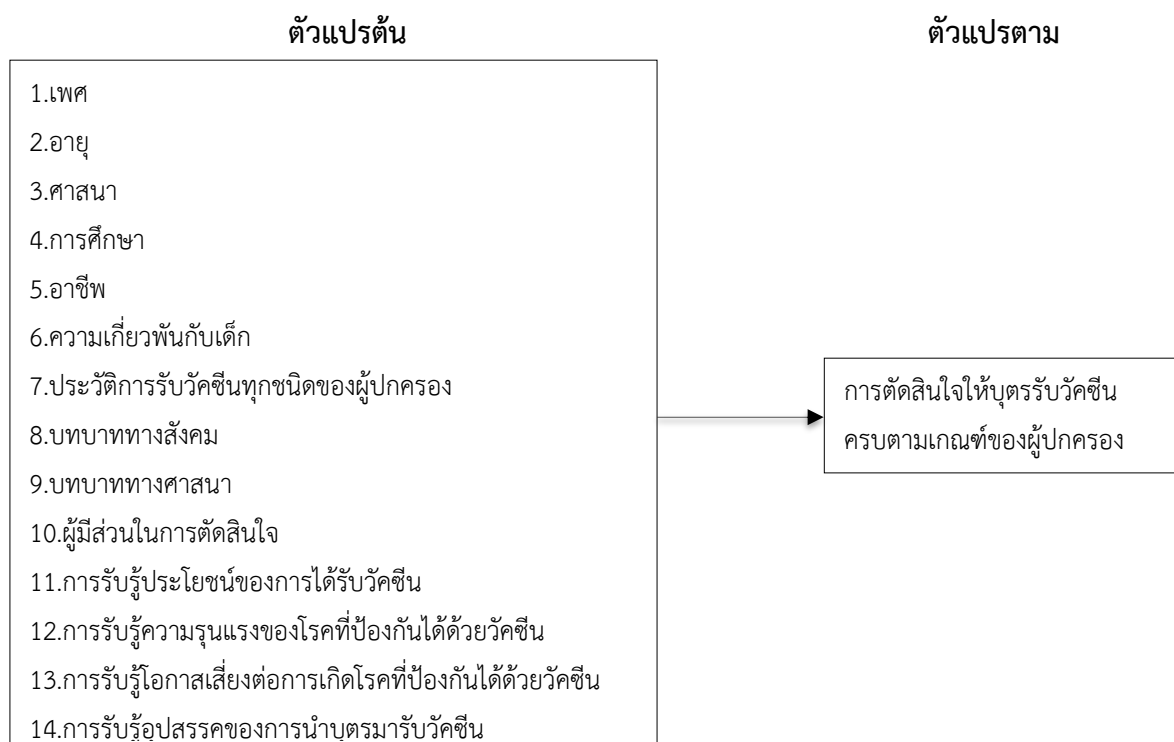
จะทำให้สามารถลด หรือจัดโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ทำให้ประชาชนมีความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) (Rosenstock, 1974; Janz, & Becker, 1984) มีสาระสำคัญการให้บุคคลจะตัดสินใจทำพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อโรคและโรคนั้นมีความรุนแรงการตัดสินใจจะเกิดขึ้นมากขึ้นเมื่อมองว่าการป้องกันหรือรักษานั้นมีประโยชน์ขณะเดียวกัน หากรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมากก็จะทำให้ไม่ตัดสินใจหรือชะลอการปฏิบัติปัจจัยกระตุ้น เช่น คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ข่าวสาร หรือประสบการณ์ของคนใกล้ชิด จะช่วยส่งเสริมการตัดสินใจจึงเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายการตัดสินใจด้านสุขภาพโดยพิจารณาจากความเสี่ยง ประโยชน์ อุปสรรค และแรงกระตุ้นจากบุคลากรสุขภาพ ข่าวสารการระบาด หรือคำแนะนำจากคนใกล้ชิด จะเป็นสิ่งเร้าให้ผู้ปกครองตัดสินใจพาบุตรไปรับวัคซีนมากขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 1 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเทพา 645 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) พ่อ แม่ หรือญาติให้การดูแล 2) อาศัยอยู่กับเด็ก เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 1 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรและอาศัยในพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 จำนวน 179 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987, อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) โดย $n = 10k + 50$

$$n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$k = \text{จำนวนตัวแปร/ปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา}$$

$$n = (10 \times 14) + 50$$

$$= 190$$

จากตัวแปรอิสระ 14 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน (ได้กลับคืนมา 179 คน คิดเป็นร้อยละ 94.21) ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิแบ่งตามตำบล 7 ตำบล ในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ตำบล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
เทพา	61	18
ปากบาง	76	22
เกาะสะบ้า	35	10
ลำไพล	131	39
ท่าม่วง	237	70
วังใหญ่	31	9
สะกอม	74	22
รวม	645	190

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานะภาพ การศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ประวัติการรับวัคซีนของผู้ปกครอง บทบาททางสังคม บทบาททางศาสนา ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจ รวม 10 ข้อโดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับวัคซีน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ถามเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน

ทั้งนี้แบบสอบถามที่ 2 – 5 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ถึง 1 คะแนนหมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยการแปลผลจากเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของแบบสอบถาม (สุริพันธุ์ วรพงศธร, 2558) ดังนี้

คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และแบบสอบถาม การรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน ระดับสูง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และแบบสอบถาม การรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน มี ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน แพทย์ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำไปทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนเท่ากับ 0.873 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเท่ากับ 0.907 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเท่ากับ 0.781 และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีนเท่ากับ 0.794

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเทพา ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัยระหว่างเดือน เมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของแบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการได้ยินและการอ่าน ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะใช้เป็นการสัมภาษณ์ก่อนนำคำตอบมาลงเป็นข้อมูล หลังเก็บข้อมูลเสร็จจึงสืบพบว่าแบบสอบถามที่ส่งไป จำนวน 190 ชุด ข้อมูลได้รับกลับคืนมา 180 ชุด มีความสมบูรณ์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 94.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองใน อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า P-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.25 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า P-value มากกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยที่มีโอกาสในการตัดสินใจรับวัคซีนครบตามเกณฑ์และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็นปัจจัยที่มีโอกาสในการตัดสินใจรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ลดลง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเทพา เลขที่ THEPHA – ETC – 2025 - 03 ลงวันที่ 17 เมษายน 2568 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอน การเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการ ของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัย ได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.03 มีอายุเฉลี่ย 35.26 ปี ($SD = 9.28$) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 62 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 77.65 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 79.33 ประกอบอาชีพข้าราชการ/ลูกจ้าง ร้อยละ 63.13 ความเกี่ยวข้องกับเด็กส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ร้อยละ 86.59 ประวัติการรับวัคซีนของผู้ปกครองร้อยละ 96.09 บทบาททางสังคม ร้อยละ 88.27 ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มชมรม ผู้มีส่วนในการตัดสินใจให้เด็กรับวัคซีนส่วนใหญ่ พ่อ แม่ ตัดสินใจด้วยตัวเอง ร้อยละ 82.12

2. สัดส่วนการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา (จำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีน ÷ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) $\times 100 = (146 \div 179) \times 100 = 81.56$

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

ผลการวิเคราะห์อย่างหยาบ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ได้แก่ การศึกษาการ

รับรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตร มารับวัคซีน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา แบบที่ละเอียด

ตัวแปร	รับวัคซีนไม่ครบ		รับวัคซีนครบ		OR	95% CI	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เพศ							0.077
หญิง	32	20.78	122	79.22	Ref		
ชาย	1	4.00	24	96.00	6.29	0.82 - 48.31	
อายุ (ปี)							0.282
น้อยกว่า 30 ปี	9	13.64	57	86.36	Ref		
30 - 40 ปี	17	23.94	54	76.06	0.50	0.21 - 1.22	
ตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป	7	16.67	35	83.33	0.79	0.27 - 2.31	
ศาสนา							0.997
อิสลาม	33	23.74	106	76.26	Ref		
พุทธ	0	0.00	40	100	-	-	
การศึกษา							0.036*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	31	21.83	111	78.17	Ref		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	5.41	35	94.59	4.89	1.113-21.46	
อาชีพ							0.957
ไม่ได้ทำงาน	0	0.00	19	100.00	Ref		
ข้าราชการลูกจ้าง	24	21.24	89	78.76	-	-	
ค้าขาย/รับจ้าง/ ประกอบอาชีพ	9	19.15	38	80.85	-	-	
ส่วนตัว							
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก							0.810
พ่อ แม่	29	18.71	126	81.29	Ref		
ปู่ ย่า ตา ยาย / ญาติ/ พี่เลี้ยง	4	16.67	20	83.33	1.15	0.366-3.623	
ประวัติการรับวัคซีนทุก ชนิดของผู้ปกครอง							0.109
เคยรับ	30	17.44	142	82.56	Ref		
ไม่เคยรับ	3	42.86	4	57.14	0.28	0.060-1.324	
บทบาททางสังคม							0.939

ตัวแปร	รับวัคซีนไม่ครบ		รับวัคซีนครบ		OR	95% CI	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
	(คน)						
เป็นผู้นำท้องที่/ ผู้นำท้องถิ่น อสม. และสมาชิกกลุ่ม ชมรม ต่าง ๆ	4	19.05	17	80.95	Ref		
ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม	29	18.35	129	81.65	1.05	0.328-3.343	
บทบาททางศาสนา							0.603
เป็น	3	14.29	18	85.71	Ref		
ไม่เป็น	30	18.99	128	81.01	0.71	0.197-2.571	
ผู้มีส่วนในการตัดสินใจ							0.294
ตนเอง	25	17.01	122	82.99	Ref		
บุคคลใกล้ชิด (ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ เพื่อน)	8	25.00	24	75.00	0.61	0.248-1.525	
การรับรู้ประโยชน์ของ การได้รับวัคซีน (M=							0.004**
4.04)							
ระดับต่ำ (1.00- 4.04)	26	26.26	73	73.74	Ref		
ระดับสูง (4.05- 5.00)	7	8.75	73	91.25	3.71	1.517-9.094	
การรับรู้ความรุนแรง ของโรคที่ป้องกันได้ ด้วยวัคซีน (M = 3.89)							
ระดับต่ำ (1.00- 3.89)	23	31.08	51	68.92	Ref		<0.001**
ระดับสูง (3.90- 5.00)	10	9.52	95	90.48	4.28	1.893-9.695	*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคที่ป้องกันได้ ด้วยวัคซีน (M = 3.87)							<0.001**
ระดับต่ำ (1.00- 3.87)	26	29.89	61	70.11	Ref		*

ตัวแปร	รับวัคซีนไม่ครบ		รับวัคซีนครบ		OR	95% CI	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ระดับสูง (3.88-5.00)	7	7.61	85	92.39	5.18	2.110-12.693	0.001***
การรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน (M = 2.37)							
ระดับต่ำ (1.00-2.37)	6	7.41	75	92.59	4.75		
ระดับสูง (2.38-5.00)	27	27.55	71	72.45	Ref	1.85-12.20	

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

เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองใน อำเภอกะทู้ จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และ 0.01 โดยผู้ปกครองที่เป็นผู้ชายมีส่วนในการตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ถึง 8.34 เท่า ($OR_{adj}=8.34, 95\%CI:1.03-67.46$) เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่เป็นผู้หญิง ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงมีโอกาสตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน 4.13 เท่า ($OR_{adj}=4.13, 95\%CI:1.60 - 10.66$) เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน ผู้ปกครองที่มีการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีนระดับต่ำ มีโอกาสตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน 3.39 เท่า ($OR_{adj}=3.39, 95\%CI:1.25 - 9.18$) เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีนระดับสูง อย่างไรก็ตาม พบว่า อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ประวัติการรับวัคซีนทุกชนิดของผู้ปกครอง บทบาททางสังคม บทบาททางศาสนา ไม่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนและส่วนใหญ่ พ่อ แม่ ซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนด้วยตนเอง มีเพียงส่วนน้อย ที่บุคคลใกล้ชิด (ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ เพื่อน) มีส่วนในการตัดสินใจ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์/อสม.ผู้นำศาสนา/ผู้นำชุมชน ไม่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอกะทู้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองใน อำเภอกะทู้ จังหวัดสงขลา

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	P-value
เพศ			0.047*
หญิง	Ref	Ref	

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	P-value
ชาย	6.29 (0.82-48.31)	8.34 (1.03-67.46)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน			0.003**
ระดับต่ำ (1.00-3.87)	ReF	ReF	
ระดับสูง (3.88-5.00)	5.18 (2.11-12.69)	4.13 (1.60-10.66)	
การรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน			0.016*
ระดับต่ำ (1.00-2.37)	4.75 (1.85-12.20)	3.39 (1.25-9.18)	
ระดับสูง (2.38-5.00)	ReF	ReF	

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

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา จากการศึกษาพบว่า อัตราความชุกการตัดสินใจให้บุตรรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของผู้ปกครองในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ร้อยละ 81.56 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่สามารถก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ได้ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือไม่น้อยกว่าร้อยละ 90.00 เนื่องจากภูมิคุ้มกันหมู่จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องมีสัดส่วนประชากรที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคจำนวนมากพอ ซึ่งสาเหตุของการรับวัคซีนน้อย อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ประวัติการรับวัคซีนของผู้ปกครอง บทบาททางสังคม บทบาททางศาสนาของผู้มีส่วนในการตัดสินใจ การขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดความตระหนักของผู้ปกครอง อีกทั้งยังมีประเด็นความเชื่อ วัฒนธรรมในพื้นที่ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจนำเด็กมารับวัคซีน จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ต่อการเร่งรัดให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการวิจัยยังพบว่า ผู้ปกครองที่เป็นผู้ชาย มีส่วนในการตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ถึง 8.34 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่เป็นผู้หญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรภัทร กระทุ้ง, อัมพรพรรณ ศรีวิไล และพอใจ พัทธนิยธรรม (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครอง ขาวมั่งและการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ปัจจัยอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์ต่อการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็ก คือการได้รับความยินยอมในการนำบุตรหลานไปรับวัคซีนจากหัวหน้าครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนสิทธิ์ มั่งสุข, สระระรอง ชินวงศ์, ทิพาพร กาญจนราช และดุจฤดี ชินวงศ์ (2566) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่พ่อแม่ปฏิเสธให้ลูกอายุตั้งแต่ 5 ถึงน้อยกว่า 18 ปี ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 ในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่พ่อแม่ปฏิเสธให้ลูกฉีดวัคซีน ได้แก่ ผู้ตัดสินใจในเรื่องการฉีดวัคซีน โดยแม่ปฏิเสธให้ลูกฉีดวัคซีนมากกว่าพ่อ 1.87 เท่า วัคซีนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการป้องกันโรคในเด็ก

ซึ่งการตัดสินใจในการนำบุตรไปรับวัคซีนมักถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของมารดา อย่างไรก็ตาม ในบริบทของครอบครัวไทย ในพื้นที่ชายแดนใต้หรือในหลายพื้นที่ทั่วโลก ผู้ชายหรือบิดา มีบทบาทที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในครัวเรือนมากกว่า ที่ปรากฏในเอกสารหรือการบริการสุขภาพ การเข้าใจมุมมอง บทบาท และระดับการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการตัดสินใจเกี่ยวกับวัคซีนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อพัฒนานโยบายและแนวทางในการรณรงค์ฉีดวัคซีนที่ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในขณะที่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ผู้ปกครองที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง ตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน 4.13 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิต แสเนภา (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการฉีดวัคซีนโควิด – 19 แก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ในโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคโควิด – 19 ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด – 19 ให้กับเด็กในปกครอง 1.71 เท่า ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน ผู้ปกครองที่มีการรับรู้อุปสรรค ของการนำบุตรมารับวัคซีน ระดับต่ำ ตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน 3.39 เท่า ($OR_{adj} = 3.39, 95\%CI: 1.25 - 9.18$) เมื่อเทียบกับผู้ปกครอง ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัฐติกาล โนนคำ เพ็ญพิมล ฐาต่าย ยุพา กิจรุ่งวัฒนะ วรพรรณ มาถึง และอรุณี เสือสิงห์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการนำเด็กไปรับวัคซีนขั้นพื้นฐานของผู้ปกครองเด็ก โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการรับรู้อุปสรรคของการนำเด็กมารับวัคซีน มีผลต่อการตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการไม่ได้รับวัคซีนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อมากกว่าการได้รับวัคซีนการรับทราบว่า อาศัยในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น หัด คอตีบ ไอกรน การรับรู้ทุกครั้งที่เลื่อนการรับวัคซีนเด็กจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น และการรับรู้วัคซีนจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้และขจัดปัญหาอุปสรรคของการนำบุตรมารับวัคซีน อันได้แก่ การไม่มีผู้รับ - ส่ง การรอนาน เด็กป่วยเมื่อได้รับวัคซีน วัคซีนไม่สะอาดและการไม่ได้รับอนุญาตให้ฉีดวัคซีนจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น จะทำให้ผู้ปกครองสามารถนำบุตร มารับวัคซีนได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และสามารถลดโรคติดต่อที่ป้องกันได้โดยวัคซีนได้ ต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย คือวิธีการเก็บข้อมูลที่อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากในการเก็บแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการสอบถามกับผู้ปกครองที่พบเจอขณะลงไปทำการสอบถาม ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน การที่จะอนุมานว่าผู้ตอบแบบถามตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน จึงเป็นข้อสรุปที่อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ จึงควรกำหนดให้ชัดเจนว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ต้องเป็นผู้ที่ตัดสินใจนำเด็กมารับวัคซีนเท่านั้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมสุขศึกษาเชิงรุกโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นเพศชาย (บิดาหรือลุง) โดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมประกอบศาสนกิจทุกวันศุกร์แทนการให้ความรู้เฉพาะมารดาที่เป็นผู้พาลบุตรมารับวัคซีนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่จะเกิดขึ้นหากไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการแก้ไขอุปสรรคการเข้ารับวัคซีน เช่น การเดินทาง ระยะเวลารอ ความกังวลหลังฉีด และประเด็นวัคซีนฮาลาล ในระดับครัวเรือน และชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ปกครองเพศชาย เพื่อค้นหาเชิงลึกเกี่ยวกับความเชื่อและอุปสรรคที่แท้จริงในการนำบุตรมารับวัคซีน
2. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนของผู้ปกครองเด็ก 0 - 1 ปีในบริบทไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *Health Data Center (HDC): ข้อมูลผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2024*. <http://hdcservice.moph.go.th/>
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2567). *มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค.
- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน). (2558). *เรื่องที่ต้องรู้สำหรับผู้ให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค*. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. <http://www.guruvaccine.com>
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา. (2567). *รายงานประจำปี. งานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา.
- จิรัฐติกาณ โนนคำ เพ็ญพิมล ฐาต่าย ยุพา กิจรุ่งวัฒนะ วรพรรณ มาถึง และอรุณี เสือสิงห์. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพาเด็กไปรับวัคซีนขั้นพื้นฐานของผู้ปกครองเด็ก โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณัทพล ศรีระพันธ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2554). *การจัดการความเสี่ยงในให้บริการ วัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี*. *วารสารอัลนूर*, 6(10), 101 - 15.
- ธนสิทธิ์ มั่งสุข, สระรอง ชินวงศ์, ทิพาพร กาญจนราช และดุจฤดี ชินวงศ์. (2566). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่พ่อแม่ปฏิเสธให้ลูกอายุตั้งแต่ 5 ถึง น้อยกว่า 18 ปี ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 ในจังหวัดนนทบุรี*. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 17(2), 286 - 297.
- นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, ชำชูดิน ดายะ, เจษฎากร โนนินทร์. (2560). *ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี*. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(5), 137-141.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- รุสนา ดอแม้ง. (2562). ปัจจัยที่มีผลในการนำบุตรหลานอายุ 0 – 5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มโรคพื้นฐานของผู้ปกครอง จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 224-234.
- วรภัทร กระทุ้ง, อัมพวรรณ ศรีวิไล และพอใจ พัทธนิษฐ์ธรรม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวม้งและการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 26(2), 146-154.
- ศุภานิช ธรรมทินโน. (2561). การพัฒนาระบบติดตามความครอบคลุมในการรับวัคซีนของเด็ก 0 – 5 ปี ในอำเภอ สะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(3), 62 – 69.
- สุจิต แสนเภา. (2566). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการฉีดวัคซีนโควิด – 19 แก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปีในโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 43(2), 86-95.
- สมคิด เพชรชาติรี, บงกช เชี่ยวชาญยนต์. (2554). ความครอบคลุม ของวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี ในพื้นที่ จังหวัด ชัยแดนภาคใต้. สงขลา: สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ที่12 จังหวัดสงขลา.
- สวัสต์ อภิวัจนิงค์, สุวิธ ธรรมปาโล, สมคิด เพชรชาติรี, อาอิชะฮ์ มุซอ. (2562). ปัจจัยความสำเร็จต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เป็นเลิศของสถานบริการสาธารณสุขพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 263 - 271.
- Ahmad Badri Abdullah. (2017). Halal Vaccine and the Ethical Dimension of Vaccination Programmes. *Islam and Civilisational Renewal* 2017; 5: 450 – 453.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Sudwilai, N., Singkun, A., Lillahkul, N., & Sirithammaphan, U. (2025). Role of Village Health Volunteers on Acceptance of Basic Vaccines by Thai Muslim Parents in the Three Southern Border Provinces of Thailand. *International Journal of Public Health and Health Sciences*, 7(2), 19-28.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Thorndike, R. M. (1991). *Measurement and evaluation in psychology and education*. New York: Macmillan.
- Tonhpua S, Cheawchanwattana A. (2013). Factors associated with parents' decision on purchasing optional vaccines: An interview study at Health Promotion Center 6, Khon Kaen Isan. *Journal of Pharmaceutical Science*, 9(2), 38–48.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดในผู้ป่วย
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
Incidence and Factors Associated with Intraoperative Anesthetic
Complications among Surgical Patients at Rayong Hospital in Honor
of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn

สโรชา ศรีสวัสดิ์

Sarocho Sisawat

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn

(Received: 8 March 2026; Revised: 12 May 2026; Accepted: 24 August 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบสองทิศทาง (Ambidirectional cohort study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 2,400 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยใช้ Multiple Logistic Regression นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (Adjusted OR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95.00 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 20.00 โดยภาวะที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ รองลงมาคือภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ นอกจากนี้ พบว่า อายุที่มากกว่า 65 ปี ระดับ ASA physical status ตั้งแต่ระดับ III ขึ้นไป การผ่าตัดฉุกเฉิน ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 120 นาที และการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดและการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างใกล้ชิด สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านวิสัญญีและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี, การให้ยาระงับความรู้สึก, ผู้ป่วยผ่าตัด, อุบัติการณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: sisawatsacha@gmail.com, สโรชา ศรีสวัสดิ์)

Abstract

This ambidirectional cohort study aimed to determine the incidence of intraoperative anesthesia-related complications and identify factors associated with these complications among surgical patients at Princess Maha Chakri Sirindhorn Hospital, Rayong. Data were retrospectively collected from the medical records of 2,400 surgical patients. Descriptive statistics were used to summarize demographic and clinical characteristics. Factors associated with anesthesia-related complications were analyzed using multiple logistic regression, and the results were presented as adjusted odds ratios (Adjusted ORs) with 95% confidence intervals. Statistical significance was set at P-value < 0.05.

The incidence of intraoperative anesthesia-related complications was 20.0%. Hypotension was the most common complication, followed by hypertension and hypoxemia. Multivariable analysis demonstrated that age over 65 years, ASA physical status III or higher, emergency surgery, operative duration exceeding 120 minutes, and general anesthesia were significantly associated with anesthesia-related complications.

These findings suggest that systematic preoperative risk assessment and close intraoperative monitoring of high-risk patients may reduce anesthesia-related complications. The results may be applied to improve perioperative anesthesia care, develop evidence-based clinical practice guidelines, and enhance patient safety during surgery.

Keywords: Anesthetic Complications, General Anesthesia, Surgical Patients, Incidence

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาและการผ่าตัดในระบบสาธารณสุข เนื่องจากการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและส่งผลต่อการทำงานของระบบสำคัญของร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต แม้ในปัจจุบันจะมีการพัฒนาเทคโนโลยีการเฝ้าระวังผู้ป่วย ยาระงับความรู้สึก และแนวทางการดูแลทางวิสัญญีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดยังคงพบได้ และอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางการรักษา ทั้งการเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความพิการ ตลอดจนการเสียชีวิตในรายที่มีความรุนแรง (Harfaoui et al., 2024; Klein et al., 2021)

ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นช้าหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ปัญหาการจัดการทางเดินหายใจ และภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดการลดลงของการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปยัง

อวัยวะสำคัญ ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ สมอง และไต รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีไม่ได้เกิดจากปัจจัยเพียงด้านเดียว แต่เป็นผลจากปัจจัยหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น อายุที่มากขึ้น โรคร่วม และระดับความเสี่ยงทางกายภาพตามเกณฑ์ ASA physical status ปัจจัยด้านการผ่าตัด เช่น ความเร่งด่วน ประเภท และระยะเวลาของการผ่าตัด รวมถึงปัจจัยด้านวิสัญญี เช่น เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีระดับ ASA physical status สูง มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิตมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Apfelbaum et al., 2022; Rojanapithayakorn et al., 2024; มัลลิกา อาสุยา และจิตติรัตน์ อริยานุชิตกุล, 2564)

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งแบบกำหนดล่วงหน้าและแบบฉุกเฉิน โดยรองรับผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน โรงพยาบาลตั้งอยู่ในจังหวัดระยอง ซึ่งเป็นพื้นที่สำคัญของเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) มีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและชุมชนเมืองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีผู้ป่วยจากทั้งภาคอุตสาหกรรมและประชาชนในพื้นที่เข้ารับบริการจำนวนมาก รวมทั้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทยหลายฉบับ แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีบริบทด้านทรัพยากร บุคลากร และลักษณะผู้ป่วยแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ได้โดยตรง นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาที่รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ ลักษณะ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแห่งนี้อย่างเป็นระบบ การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทของหน่วยบริการจะช่วยให้สามารถประเมินปัญหา ระบุกลุ่มเสี่ยง และกำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเรื่อง “อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดในผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง” เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด อันจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังผู้ป่วย การบริหารจัดการความเสี่ยง และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการทางวิสัญญีในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนป้องกันและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยสูงสุด โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

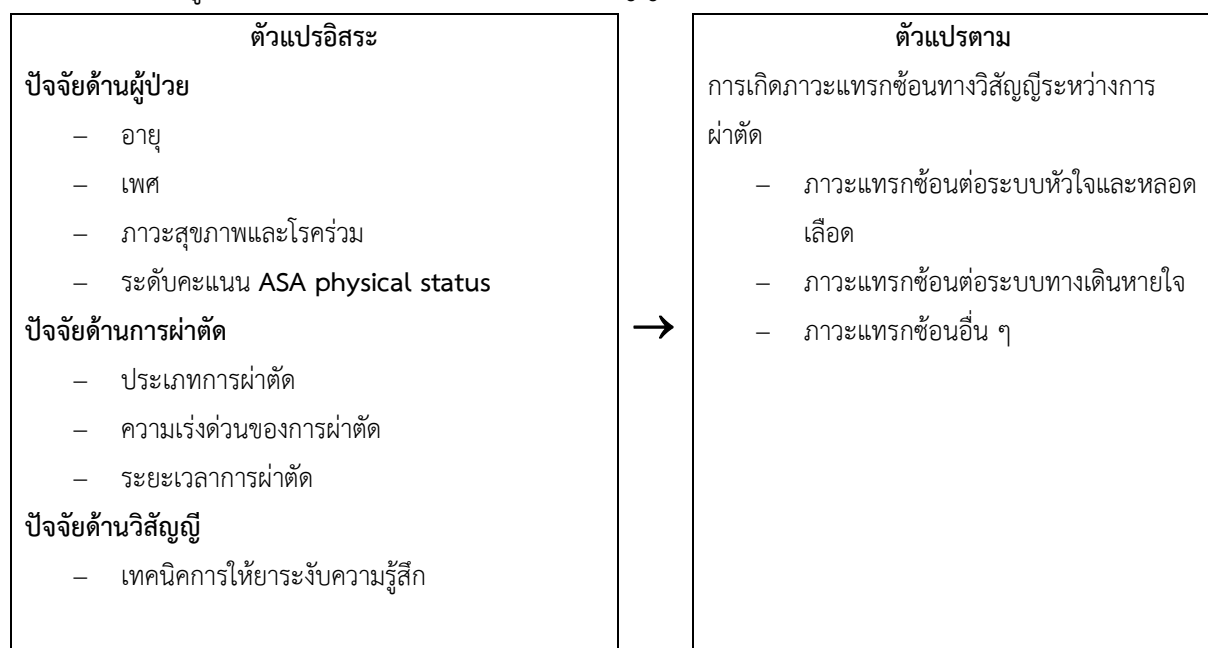
1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และลักษณะของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการผ่าตัด และปัจจัยด้านการให้ยาระงับความรู้สึก กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด

สมมติฐานวิจัย

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ โรคร่วม และระดับ ASA physical status มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด
2. ปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ ความแรงด่วนของการผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด
3. ปัจจัยด้านการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการผ่าตัด และปัจจัยด้านการให้ยาระงับความรู้สึก กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด โดยกำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบสองทิศทาง (Ambidirectional cohort study) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective cohort) และการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective cohort) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด

การเลือกใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองทิศทางมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งข้อมูลย้อนหลังซึ่งสะท้อนสถานการณ์เดิมของหน่วยงาน และข้อมูลไปข้างหน้าซึ่งช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ ลดข้อมูลสูญหาย และเพิ่มความครบถ้วนของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการดูแลทางวิสัญญี ณ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ในช่วงเวลาดังต่อไปนี้

- กลุ่มข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Cohort) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

- กลุ่มข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective Cohort) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Method)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบรวมทั้งหมด (Total Population Sampling) โดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงเวลาที่กำหนด ดังนั้นจึงไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากใช้ข้อมูลจากประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในช่วงเวลาศึกษา

- ช่วงการศึกษาย้อนหลัง จะทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

- ช่วงการศึกษาไปข้างหน้า จะทำการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

จากสถิติเบื้องต้นของโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยเฉลี่ยประมาณ 200 รายต่อเดือน ดังนั้น ในช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด 12 เดือน โดยแบ่งเป็นช่วงย้อนหลัง 6 เดือน และไปข้างหน้า 6 เดือน จะได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2,400 ราย ซึ่งมีจำนวนมากเพียงพอและเกินกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ จึงทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือสูง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก ณ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด
2. ผู้ป่วยที่มีแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกและเวชระเบียนครบถ้วนตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
3. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลการเกิดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกไม่สมบูรณ์
2. ผู้ป่วยที่ขาดข้อมูลของตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสรุปผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีได้จากข้อมูลที่บันทึกไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Report Form: CRF) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก โดยออกแบบให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกรอบแนวคิดของการศึกษา แบบบันทึกข้อมูลจัดทำในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ แบบบันทึกข้อมูลได้รับการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางเวชปฏิบัติ และตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ โรคร่วม และระดับ ASA Physical Status
- ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น ประเภทของการผ่าตัด ความเร่งด่วนของการผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัด
- ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วย เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ General Anesthesia, Spinal Anesthesia และ Regional Anesthesia/Monitored Anesthesia Care (MAC) ซึ่งใช้เป็นตัวแปรในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี
- ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีรวบรวมจากแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthesia Record) และเวชระเบียนผู้ป่วย โดยครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกตามแบบบันทึกมาตรฐานของโรงพยาบาล

เครื่องมือนี้ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งจากเวชระเบียนย้อนหลังและจากการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถนำไปวิเคราะห์อุปบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนของตัวแปรและความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเหมาะสมของแบบบันทึกข้อมูล (Pilot Testing) กับข้อมูลตัวอย่างจำนวนหนึ่ง เพื่อประเมินความชัดเจนของตัวแปรความครบถ้วนของข้อมูล และความสะดวก ในการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้มีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (Case Report Form: CRF) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือในการบันทึกข้อมูล

การศึกษาระยะย้อนหลัง (Retrospective Cohort) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

การศึกษาระยะไปข้างหน้า (Prospective Cohort) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลฉบับเดียวกันกับการเก็บข้อมูลระยะย้อนหลัง

ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสอดคล้องของข้อมูลในเวชระเบียนกับแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด จะไม่นำข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่การวิเคราะห์

การควบคุมอคติ (Bias Control)

การศึกษาแบบสองทิศทางอาจเกิด Selection Bias และ Information Bias โดยเฉพาะในช่วงการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน ใช้แบบบันทึกข้อมูล (Case Report Form: CRF) มาตรฐานเดียวกันทั้งการเก็บข้อมูลย้อนหลังและไปข้างหน้า ตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนก่อนบันทึกข้อมูล และกำหนดนิยามตัวแปรและภาวะแทรกซ้อนให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านการผ่าตัด และด้านวิสัญญี โดยข้อมูลเชิงปริมาณ (เช่น อายุ ระยะเวลาผ่าตัด) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ขึ้นอยู่กับการแจกแจงของข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ (เช่น เพศ ระดับคะแนน ASA) จะนำเสนอในรูปของจำนวนและร้อยละ

ใช้วิเคราะห์อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีโดยรวม และจำแนกตามประเภทของภาวะแทรกซ้อน โดยนำเสนอในรูปร้อยละ พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น จะใช้เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โดยใช้สถิติ Chi-square Test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ใช้ Multiple Logistic Regression เพื่อประมาณค่า Adjusted Odds Ratio (Adjusted OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) และค่า P-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่เอกสารรับรอง COE No. 01/2569 เลขที่โครงการวิจัย REC-RY No. 03/2569 วันที่รับรอง 26/01/2569 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในช่วงเวลาที่กำหนดมีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และไม่พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดออก ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 2,400 ราย

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก จำนวนทั้งสิ้น 2,400 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 1,320 ราย (ร้อยละ 55.00) มีอายุเฉลี่ย 51.80 ± 18.20 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.60 ± 4.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ ASA physical status II จำนวน 1,200 ราย (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ ASA III จำนวน 600 ราย (ร้อยละ 25.00) และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 1,260 ราย (ร้อยละ 52.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 2,400)

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศชาย	1,080	45.00
เพศหญิง	1,320	55.00
อายุเฉลี่ย (ปี)	51.80 ± 18.20	-
BMI เฉลี่ย	24.60 ± 4.50	-
ASA I	480	20.00
ASA II	1,200	50.00
ASA III	600	25.00

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ASA IV	120	5.00
มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค	1,260	52.50

2. ลักษณะการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

ผลการวิเคราะห์ลักษณะการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกแสดงในตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Elective จำนวน 1,800 ราย (ร้อยละ 75.00) ขณะที่การผ่าตัดฉุกเฉินมีจำนวน 600 ราย (ร้อยละ 25.00) สำหรับเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก พบว่า General anesthesia เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด จำนวน 1,620 ราย (ร้อยละ 67.50) รองลงมาคือ Spinal anesthesia จำนวน 600 ราย (ร้อยละ 25.00) และ Regional anesthesia/Monitored anesthesia care (MAC) จำนวน 180 ราย (ร้อยละ 7.50) โดยมีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 95.60 ± 60.30 นาที ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก (n = 2,400)

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การผ่าตัด Elective	1,800	75.00
การผ่าตัดฉุกเฉิน	600	25.00
General anesthesia	1,620	67.50
Spinal anesthesia	600	25.00
Regional anesthesia / MAC	180	7.50
ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย	95.60 ± 60.30 นาที	-

3. อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด

จากผู้ป่วยทั้งหมด 2,400 ราย พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดจำนวน 480 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 20.00 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ จำนวน 336 ราย (ร้อยละ 14.00) รองลงมาคือภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 168 ราย (ร้อยละ 7.00) ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 3.00) หัวใจเต้นช้า จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 4.00) หัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 2.50) ใส่ท่อช่วยหายใจยาก จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 1.50) Bronchospasm จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 0.50) และภาวะแพ้ยา จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 0.20) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความดันโลหิตต่ำ	336	14.00

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	168	7.00
หัวใจเต้นช้า	96	4.00
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	60	2.50
ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ	72	3.00
ใส่ท่อช่วยหายใจยาก	36	1.50
Bronchospasm	12	0.50
ภาวะแพ้ยาล	4	0.20
ภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งหมด	480	20.00

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีโดยใช้ Multiple Logistic Regression แสดงในตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 1.58 เท่า (Adjusted OR = 1.58; 95% CI: 1.23–2.04, $p = 0.001$) ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA Physical Status ตั้งแต่ระดับ III ขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 2.12 เท่า (Adjusted OR = 2.12; 95% CI: 1.67–2.70, $P\text{-value} < 0.001$) การผ่าตัดฉุกเฉินมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1.46 เท่า (Adjusted OR = 1.46; 95% CI: 1.14–1.88, $P\text{-value} = 0.003$) ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 120 นาที มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1.69 เท่า (Adjusted OR = 1.69; 95% CI: 1.32–2.16, $P\text{-value} < 0.001$) และการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1.34 เท่า (Adjusted OR = 1.34; 95% CI: 1.04–1.72, $P\text{-value} = 0.021$) จากการวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ได้แก่ อายุที่มากกว่า 65 ปี, ระดับ ASA $\geq$ III, การผ่าตัดฉุกเฉิน, ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 120 นาที และการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia ($P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	P-value
อายุ > 65 ปี	1.58	1.23 – 2.04	0.001
ASA $\geq$ III	2.12	1.67 – 2.70	<0.001
การผ่าตัดฉุกเฉิน	1.46	1.14 – 1.88	0.003
ระยะเวลาผ่าตัด >120 นาที	1.69	1.32 – 2.16	<0.001
General anesthesia	1.34	1.04 – 1.72	0.021

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดในผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยะเวลา ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 20.00 โดยภาวะความดันโลหิตต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด รองลงมาคือภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิตยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก แม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาแนวทางการดูแลและเทคโนโลยีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย และกีดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วมหลายชนิด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gregory และคณะ (2021) และ Jitsinthunun และคณะ (2024) ที่รายงานว่าภาวะความดันโลหิตต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก และสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าอายุที่มากกว่า 65 ปี ระดับ ASA Physical Status ตั้งแต่ระดับ III ขึ้นไป การผ่าตัดฉุกเฉิน ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 120 นาที และการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดจากทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษา ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกลดลง ขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA Physical Status สูงมักมีโรคร่วมและภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน จึงมีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Harfaoui และคณะ (2024) และ Rojanapithayakorn และคณะ (2024) ที่รายงานว่าอายุและระดับ ASA เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี

นอกจากนี้ การผ่าตัดฉุกเฉินและการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในเวลาจำกัด รวมถึงมีความรุนแรงของโรคหรือการบาดเจ็บมากกว่าการผ่าตัดแบบเลือกเวลา อีกทั้งการผ่าตัดที่ใช้เวลานานทำให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นเวลานาน จึงเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Klein และคณะ (2021) และ Ponthus และคณะ (2024) ที่พบว่าระยะเวลาการผ่าตัดและความเร่งด่วนของการผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี

สำหรับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าวิธีอื่น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบดังกล่าวมักเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนาน และจำเป็นต้องควบคุมทางเดินหายใจด้วยการใส่

ต่อช่วยหายใจ จึงเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบทางเดินหายใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Mantaga และคณะ (2022) ที่รายงานว่า การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจและการจัดการทางเดินหายใจที่ยากในผู้ป่วยบางกลุ่ม

ผลการศึกษาครั้งนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการด้านวิสัญญีของโรงพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด การกำหนดแนวทางเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA สูง ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่ใช้เวลาผ่าตัดนาน ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน นอกจากนี้ ตัวแปรที่ศึกษาอาจยังไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านเทคนิคการผ่าตัด ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก หรือประสบการณ์ของวิสัญญีแพทย์ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการในหลายศูนย์บริการและศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลการศึกษาและพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status ตั้งแต่ระดับ III ขึ้นไป ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 120 นาที และผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีสูงกว่ากลุ่มอื่น จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. หน่วยงานวิสัญญีควรพัฒนาระบบประเมินความเสี่ยงก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อวางแผนการดูแลและเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม
2. ควรกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status สูง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) และใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาคุณภาพบริการด้านวิสัญญี รวมถึงการอบรมบุคลากรให้สามารถประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาแบบหลายศูนย์ (Multicenter study) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

2. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ประเภของการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึก ประสบการณ์ของวิสัญญีแพทย์ และปัจจัยด้านระบบบริการ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยงได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการหรือแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status สูง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการดูแล

4. ควรมีการศึกษาติดตามผลหลังการผ่าตัด เพื่อประเมินผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระยะเวลาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการวางแผนพัฒนาระบบบริการด้านวิสัญญีในระยะยาว

รายการสารอ้างอิง

นุรฮายาตี หนูเจริญ, อ. จิรกุลสวัสดิ์, ส. จรรย์ธรรม, ส. เจียรวิทยกิจ, และพ. วิเชียรเวชไพศาล. (2567). ภาวะเร่งด่วนทางวิสัญญี. *วิสัญญีสาร*, 50(6), 393–400.

มัลลิกา อาฮญา และจิตารัตน์ อริยานุชิตกุล. (2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตต่ำหลังการให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(3), 431–441.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะฉุกเฉินทางกายดำระหว่างผ่าตัด โดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. *วิสัญญีสาร*, 50(4), 287–300.

สบาย บางบ้าน, ณ. ไพโรธหาร, ช. เกษมศิริ, ธ. จิมารัตนา, ก. พลชะวะ, และว. สมดี. (2567). อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วิสัญญีสาร*, 50(2), 109–114.

เสาวลักษณ์ คุ่มสมใจ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2567). ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3(2), 122–136.

อัจฉรา อัครปฎิมา, กัลยา ศรีสุวรรณ, และภัทรพงศ์ กีฬาแปง. (2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก. *วิสัญญีสาร*, 47(2), 85–92.

Apfelbaum, J. L., Hagberg, C. A., Connis, R. T., Abdelmalak, B. B., Agarkar, M., Dutton, R. P., Fiadjoe, J. E., Greif, R., Klock, P. A., Mercier, D., Myatra, S. N., O’Sullivan, E. P., Rosenblatt, W. H., Sorbello, M., & Tung, A. (2022). 2022 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology*, 136(1), 31–81. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>



- Golden, D. B. K., Wang, J., Wasserman, S., Akin, C., Campbell, R. L., Ellis, A. K., Greenhawt, M., Lang, D. M., Ledford, D. K., Lieberman, J., Oppenheimer, J., Shaker, M. S., Wallace, D. V., Abrams, E. M., Bernstein, J. A., Chu, D. K., Horner, C. C., Rank, M. A., & Stukus, D. R. (2024). Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 132(2), 124–176. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.09.015>
- Gregory, A., Stapelfeldt, W. H., Khanna, A. K., Smischney, N. J., Boero, I. J., Chen, Q., Stevens, M., & Shaw, A. D. (2021). Intraoperative hypotension is associated with adverse clinical outcomes after noncardiac surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 132(6), 1654–1665. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005250>
- Harfaoui, W., Alilou, M., El Adib, A. R., Zidouh, S., Zentar, A., & Belyamani, L. (2024). Patient safety in anesthesiology: Progress, challenges, and prospects. *Cureus*, 16(9), e69540.
- Jindawatthana, I., Wongsripuemtet, P., Angkutanon, P., & Raksakietisak, M. (2023). Factors associated with 30-day mortality after perioperative cardiac arrest in adults undergoing non-cardiac surgery: A seven-year observational study from Siriraj Hospital. *Annals of Translational Medicine*, 11(10), 342.
- Jitsinthunun, T., Supannanont, P., & Raksakietisak, M. (2024). Incidence, risk-factors, and outcomes of intraoperative hypotension following spinal anesthesia in hip fracture surgery: A retrospective study from Thailand. *Siriraj Medical Journal*, 76(7), 408–416.
- Klein, A. A., Meek, T., Allcock, E., Cook, T. M., Mincher, N., Morris, C., Nimmo, A. F., Pandit, J. J., Pawa, A., Rodney, G., Sheraton, T., & Young, P. (2021). Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2021: Guideline from the Association of Anaesthetists. *Anaesthesia*, 76(9), 1212–1223. <https://doi.org/10.1111/anae.15501>
- Kovitwanawong, N., Maliwan, M., & Kovitwanawong, P. (2023). Role of bedside ultrasound of the airway for predicting difficult intubation in adult patients. *Journal of Health Science and Medical Research*, 41(2), e2023947.
- Krase, A., Zhang, Y., & Yeung, J. (2024). Paediatric perioperative anaphylaxis: National incidence and features. *British Journal of Anaesthesia*, 132(3), 1–5.
- Mantaga, N., Tanasansuttiorn, J., & Sangkum, L. (2022). Incidence and factors associated with adverse airway complications in obese patients undergoing general anesthesia with endotracheal intubation. *Siriraj Medical Journal*, 74(4), 258–266.
- Ponthus, S., Citre, A., & Lele, E. (2024). Intraoperative anesthesia-related critical events in

- low-resource hospitals during short-term surgical missions in Tanzania and Democratic Republic of the Congo: An observational study. *Anesthesia & Analgesia*, 138(1), 1–10.
- Ratanasuwan, P., Sriraj, W., Punjasawadwong, Y., Choorat, J., Charuluxananan, S., & Pravitharangul, T. (2021). The Perioperative and Anesthetic Adverse Events in Thailand (PAAad Thai) study of anesthetic equipment malfunction or failure: An analysis of 2206 incident reports. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 104, 286–292.
- Rattana-Arpa, S., Chaikittisilpa, N., Srikongrak, S., Udomnak, S., Aroonpruksakul, N., & Kiatchai, T. (2023). Incidences and outcomes of intra-operative vs. postoperative paediatric cardiac arrest: A retrospective cohort study of 42,776 anaesthetics in children who underwent noncardiac surgery in a Thai tertiary care hospital. *European Journal of Anaesthesiology*, 40(1), 1–10.
- Rojanapithayakorn, N., Werawatganon, T., & Charuluxananan, S. (2024). Comparison of the incidences of anesthesia-related adverse events within 24 hours of anesthesia in relation to time-of-day in a Thai teaching hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 107(10), 843–851.
- Saasouh, W., Kheterpal, S., & Avitsian, R. (2023). Intraoperative hypotension in ambulatory surgery centers. *Journal of Clinical Anesthesia*, 90, 111181.
- Schroeder, A., Kueper, J., & Yeung, J. (2024). Diagnosis and treatment of perioperative allergic complications: A practical review. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 12(5), e5798.
- Sutthibenjakul, S., & Chatmongkolchart, S. (2021). Post-induction hypotension among elderly patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 104(4), 512–519.
- Zhang, Y., & Yeung, J. (2024). Perioperative anaphylaxis: A systematic review and meta-analysis. *BMC Anesthesiology*, 24, 1–12.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Health Literacy in Preventing dust Particles of No More than 2.5 Microns (PM2.5) of Village Health Volunteers

จริยา ผาทอง¹, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา^{2*}, อารีย์ จันทะโพรี¹

Jariya Phathong¹, Krissana Sapsirisopa^{2*}, Aree Junthaposri¹

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

Hadkham Subdistrict health promotion hospital, Nongkhai Muang, Nongkhai Province¹, Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute²

(Received: 16 May 2026; Revised: 23 June 2026; Accepted: 24 August 2026)

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลคุณภาพอากาศในการป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5 ได้อย่างเหมาะสม การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นละออง PM 2.5 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 75 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านทุกข้อคำถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน PM2.5 อยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 64.00) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.61 ($SD. = 5.10$) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่พบในระดับมาก (ร้อยละ 64.00) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.57 ($SD. = 3.20$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นละออง PM 2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_{sp} = .263$), ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้เป็น "แกนนำความรู้ด้านฝุ่น PM 2.5" เพื่อยกระดับสุขภาวะของคนในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5), อาสาสมัครสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tai_fountain@hotmail.com ,กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา)

Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) play a vital role in communicating health risks and promoting healthy behaviors among people in their communities. Adequate environmental health literacy is therefore essential for VHVs to access, understand, and appropriately use air quality information to prevent adverse health effects associated with fine particulate matter (PM_{2.5}). This cross-sectional descriptive study aimed to determine the level of health literacy regarding PM_{2.5} prevention and to examine the relationship between health literacy and PM_{2.5} preventive behaviors among VHVs. The participants were 75 VHVs working in Hat Kham Subdistrict Municipality, Mueang Nong Khai District, Nong Khai Province, Thailand, selected using stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire whose content validity was assessed by three experts, with all item-objective congruence (IOC) indices exceeding 0.50. The questionnaire demonstrated acceptable reliability, with a coefficient of 0.84. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, with statistical significance set at .05. The results showed that 64.00% of the participants had an adequate level of health literacy regarding PM_{2.5} prevention, with a mean score of 40.61 (*SD.* = 5.10). Regarding preventive behaviors against environmental health effects associated with PM_{2.5}, 64.00% of the participants demonstrated a high level of preventive behavior, with a mean score of 17.57 (*SD.* = 3.20). Health literacy was significantly and positively correlated with PM_{2.5} preventive behaviors (r_{sp} = .263, *P*-value < .05). These findings provide baseline evidence for developing capacity-building programs to strengthen VHVs' health literacy and enhance their roles as community leaders in PM_{2.5} risk communication and prevention, thereby contributing to sustainable community health promotion.

Keywords: Health Literacy, PM_{2.5} Prevention, Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

มลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญที่สุดเป็นอันดับ 4 ของโลก รองจากความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และปัจจัยด้านอาหาร (Hoffmann et.al, 2021) ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามลพิษทางอากาศทั้งภายนอกและภายในครัวเรือนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 6.7 ล้านคนทั่วโลก โดยเป็นการสัมผัสมลพิษในบรรยากาศโดยตรงถึง 4.2 ล้านคน ข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันว่า PM_{2.5} มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด มะเร็งปอด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ด้วยเหตุนี้ ในปี พ.ศ. 2564 WHO จึงได้ปรับปรุงเกณฑ์แนะนำคุณภาพอากาศ (AQG)

ให้เข้มงวดขึ้น โดยลดค่าเฉลี่ยรายปีจาก 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เหลือเพียง 5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงเหลือ 15 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เนื่องจากพบว่าแม้ในระดับความเข้มข้นที่ต่ำมากก็ยังส่งผลเสียต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (World Health Organization, 2021)

สำหรับประเทศไทย ปัญหา PM2.5 ถูกยกระดับเป็น "วาระแห่งชาติ" ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 (รมย์รัตน์ พัชรพงศ์พันธ์ และกชกร สายสุวรรณ, 2567) สถิติจากรายงาน Thai Health Watch 2024 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2566) ระบุว่า มลพิษอากาศเป็น 1 ใน 7 ประเด็นสุขภาพที่น่าจับตาที่สุด โดยพบคนไทยป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศเฉลี่ยถึง 40,000 คนต่อปี และในบางปีที่มีวิกฤตการณ์รุนแรง เช่น ช่วงต้นปี พ.ศ. 2566 พบรายงานผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศพุ่งสูงกว่า 1.52 ล้านคน ข้อมูลจากการเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2564 ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเครือข่ายเฝ้าระวัง 2,631 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคหอบหืด (ร้อยละ 36.87) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 34.66) และปัจจุบันประเทศไทยได้ปรับเกณฑ์มาตรฐานเฉลี่ย 24 ชั่วโมงใหม่เป็น 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการป้องกันสุขภาพที่เข้มงวดขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2563)

พื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหา PM2.5 เกินค่ามาตรฐานอย่างต่อเนื่องในช่วงฤดูแล้ง (มกราคม–เมษายน) เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศที่เป็นแอ่งกระทะและการเผาในที่โล่ง (อารีย์ จอแยะ และคณะ, 2568) สำหรับจังหวัดหนองคาย พบผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศจำนวน 73,816 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14,132.58 ต่อแสนประชากร โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมา คือ โรคผิวหนังอักเสบ โรคตาอักเสบ โรคหัวใจ หลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด และผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงภาระสุขภาพจากมลพิษทางอากาศที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่จังหวัดหนองคาย (ภาสินี ม่วงใจเพชร และพุลทรัพย์ โพนสิงห์, 2566) สำหรับจังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดน พบสถานการณ์ PM2.5 เกินค่ามาตรฐานในหลายช่วงเวลา โดยมีแหล่งกำเนิดสำคัญจากการเผาในที่โล่งและหมอกควันข้ามพรมแดน (จันจิรา ชินศรี และคณะ, 2568) ประกอบกับการเผาในที่เกษตรกรรม เช่น ไร่อ้อยและตอซังข้าว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีส่วนเพิ่มปริมาณฝุ่น PM 2.5 ในพื้นที่ ดังนั้นประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลหาดคำจึงมีโอกาสได้รับผลกระทบจาก PM 2.5 และจำเป็นต้องมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม

จากประเด็นความรู้ดังกล่าว ถึงแม้ว่าองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ และเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understand) ประเมิน (Appraise) และนำข้อมูลไปใช้ (Apply) ในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้ได้พัฒนาสู่ "ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม" (Environmental Health Literacy: EHL) ซึ่งมุ่งเน้นที่ให้บุคคลสามารถประเมินดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI) และตัดสินใจเลือกพฤติกรรมป้องกันตนเอง เช่น การสวมหน้ากาก N95 หรือการหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งได้อย่างถูกต้องและทันสถานการณ์ (จิตติมา รอดสวัสดิ์ และคณะ 2567) โดยกลไกประการหนึ่งที่สำคัญคือ การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็น "ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ" (Health Change Agent) ทำหน้าที่คัดกรอง แจกเตือน และ

สื่อสารความเสี่ยงแก่คนในชุมชน อย่างไรก็ตาม การจะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อสม. จำเป็นต้องมีความ "ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม" เพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจใช้ข้อมูลคุณภาพอากาศในการแนะนำประชาชนได้อย่างถูกต้อง (วิชัย ศรีผา, 2565) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อสม. ในหลายพื้นที่ยังมีระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับ "ปานกลาง" เท่านั้น (วิชัย ศรีผา, 2565) นอกจากนี้งานวิจัยของ จิตติมา รอดสวัสดิ์ และคณะ (2567) ยืนยันว่าองค์ประกอบของการเข้าใจและการตรวจสอบข้อมูลมีอิทธิพลทางตรงต่อการตัดสินใจป้องกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง โดยเฉพาะ "ทักษะการตัดสินใจ" และ "การตรวจสอบข้อมูล" เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หาก อสม. สามารถตีความข้อมูลสุขภาพได้ดี จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเฝ้าระวังในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เมื่อพิจารณาในบริบทของตำบลหาดคำที่เป็นพื้นที่ชายแดนพบว่า ยังมีช่องว่างของปัญหาที่แตกต่างออกไปในประเด็นฝุ่นข้ามพรมแดนและการเฝ้าระวังสุขภาพที่รุนแรงพบว่ายังขาดข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน PM 2.5 ของ อสม. ในพื้นที่ ทั้งที่ อสม. เป็นบุคลากรด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชน มีบทบาทเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับครัวเรือน และทำหน้าที่สื่อสารความเสี่ยง เฝ้าระวัง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีศักยภาพในการถ่ายทอดข้อมูลและขยายผลสู่ประชาชนได้มากกว่าแกนนำกลุ่มอื่น การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จึงมีความสำคัญต่อการระบุช่องว่างและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถป้องกันและสื่อสารความเสี่ยงจาก PM2.5 แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสะท้อนสถานะปัจจุบันของ อสม. ในพื้นที่ และนำผลไปออกแบบหลักสูตรที่เฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนา อสม. ให้เป็น "แกนนำความรู้ด้านฝุ่น PM2.5" ที่สามารถจัดการความเสี่ยงและคุ้มครองสุขภาพคนในชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม. ในเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย
- 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม. ในเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5) ประกอบด้วยองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ

- ทักษะการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันฝุ่นละออง PM2.5
- ทักษะการทำความเข้าใจในการป้องกันฝุ่นละออง PM2.5
- ทักษะการได้ถามในการป้องกันฝุ่นละออง PM2.5
- ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันฝุ่นละออง PM2.5
- ทักษะการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันฝุ่นละออง PM2.5

พฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหาดคำ จำนวนทั้งหมด 132 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) เพื่อใช้กับสถิติการวิเคราะห์ Spearman Rank Correlation กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 67 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการถอนตัวออกจากการวิจัย (Dropout Risk) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10.00 รวมเป็น 75 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ประเมินความรู้ด้านโรคจากสิ่งแวดล้อม: การป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ที่ผู้วิจัยนำมาจาก กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้สร้างและพัฒนาแบบสอบถาม โดยอ้างอิงจากแนวทางการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2563 ซึ่งนำมาเฉพาะประเด็นปัญหาประเด็นฝุ่นละออง PM 2.5 โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน (จำนวน 29 ข้อ) (กรมควบคุมโรค, 2563) ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 9 ข้อ) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การตรวจสุขภาพประจำปี การสูบบุหรี่ การรับข้อมูลข่าวสาร และช่องทางหรือสื่อที่ใช้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านโรคจากสิ่งแวดล้อม: การป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) (จำนวน 5 ข้อ) โดยกำหนดคำตอบเป็นตัวเลือกใช้แบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

ทำได้ง่ายมาก	ให้คะแนน 5
ทำได้ง่าย	ให้คะแนน 4
ทำได้ยาก	ให้คะแนน 3
ทำได้ยากมาก	ให้คะแนน 2
ไม่เคยทำ	ให้คะแนน 1

โดยมีการแปลผลคะแนนความรอบรู้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ จำเนียร ชุณหโสภาค (2564) ดังต่อไปนี้

ระดับดีเยี่ยม	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.00 – 100.00
ระดับเพียงพอ	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 75.00 – 89.99
ระดับมีปัญหา	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.00 – 74.99
ระดับไม่เพียงพอ	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 59.99

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม: การป้องกัน ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) (จำนวน 5 ข้อ) โดยกำหนดคำตอบตัวเลือกใช้แบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้คะแนน 5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1

โดยมีการแปลผลคะแนนพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2563) ดังต่อไปนี้

ระดับมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 66.68 – 100.00
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 33.34 – 66.67
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 33.33

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านโรคจากสิ่งแวดล้อม: การป้องกัน ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) (จำนวน 10 ข้อ) โดยกำหนดคำตอบตัวเลือกใช้แบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับดังนี้

ทำได้ง่ายมาก	ให้คะแนน 5
ทำได้ง่าย	ให้คะแนน 4
ทำได้ยาก	ให้คะแนน 3

ทำได้ยากมาก ให้คะแนน 2

ไม่เคยทำ ให้คะแนน 1

โดยมีการแปลผลคะแนนความรอบรู้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ จำเนียร ชุณหโสภาค (2564) ดังต่อไปนี้

ระดับดีเยี่ยม คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.00-100.00

ระดับเพียงพอ คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 75.00-89.99

ระดับมีปัญหา คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.00-74.99

ระดับไม่เพียงพอ คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00-59.99

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอซึ่งกำกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม และพยาบาลวิชาชีพ แล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ เท่ากับ 0.76 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่ม อสม.ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในพื้นที่ตำบลหินโงม อ.เมือง จ.หนองคาย จำนวน 30 คน คำนวณค่าโดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมเท่ากับ 0.84 และแต่ละด้าน ดังนี้ แบบประเมินความรอบรู้ด้านโรคจากสิ่งแวดล้อม: การป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ค่าความเชื่อมั่น 0.81 และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม ค่าความเชื่อมั่น 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 75 คน โดยการสอบถามระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม ถึงวันที่ 30 มกราคม 2569 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนและกระบวนการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ครบถ้วนทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) โดย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม. ได้แก่ Spearman Rank Correlation ซึ่งเป็น Non parameter เนื่องจากคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพมีการกระจายไม่ปกติ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนพพร คำแสงสวัสดิ์, 2563)

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล โดยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านแบบฟอร์มให้ความ

ยินยอม (Informed consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งยุติก่อนสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 91/2568 โดยรับรองระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน 2568 ถึง วันที่ 25 พฤศจิกายน 2569

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยจึงได้จัดโครงสร้างการนำเสนอผลโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.97 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด 41 คน คิดเป็นร้อยละ 54.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) มากที่สุด จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 58.74 การมีโรคประจำตัวพบว่ามีจำนวน 31 คน ที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 41.30 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคเบาหวานจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 48.39 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 41.94 ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 การสูบบุหรี่หรือพบเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5) จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 97.30 โดยช่องทางที่ได้รับมากที่สุดได้แก่ เจ้าหน้าที่ อสม. จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30 รองลงมาคือทีวี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=75)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	70	93.30
ชาย	5	6.70
จบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	1.30
ประถมศึกษา	41	54.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	13.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19	25.30
อนุปริญญา/ปวส.	3	4.00
ปริญญาตรี	1	1.30
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	44	58.74
รับจ้างทั่วไป	8	10.70
ค้าขาย	8	10.70

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานบริษัท	4	5.30
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.30
ไรเดอร์/คนขับรถรับจ้าง	1	1.30
ว่างงาน	9	12.00

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม.ในเขตเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 40.61 ($SD. = 5.10$) โดยเมื่อจัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 โดยมี รองลงมาคือ ระดับดีเยี่ยม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และน้อยที่สุดคือระดับไม่เพียงพอ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 เมื่อวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้านตามองประกอบ 5 ด้าน พบว่า อสม. มีทักษะการทำความเข้าใจในระดับดีเยี่ยมมากที่สุด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 รองลงมาคือทักษะการไต่ถามจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 45.30 ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอมากที่สุด พบในทักษะการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 21.30 แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทั้ง 5 ด้านพบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอขึ้นไป ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ($n=75$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับดีเยี่ยม		ระดับเพียงพอ		ระดับมีปัญหา		ระดับไม่เพียงพอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(ภาพรวม)	15	20.00	48	64.00	10	13.30	2	2.70
$M = 40.61, SD. = 5.10, Min = 20, Max = 50$								
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (แยกรายด้าน)								
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	19	25.30	33	44.00	7	9.30	16	21.30
ทักษะการทำความเข้าใจ	36	48.00	26	34.70	12	16.00	1	1.30
ทักษะการไต่ถาม	34	45.30	27	36.00	8	10.70	6	8.00
ทักษะการตัดสินใจ	32	42.70	36	48.00	5	6.70	2	2.70
ทักษะการนำข้อมูลไปใช้	30	40.00	31	41.30	10	13.30	4	5.30

3. พฤติกรรมการป้องกันในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม.ในเขตเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 17.57 ($SD. = 3.20$) โดยเมื่อจัดระดับพฤติกรรม พบ

มากที่สุดอยู่ในระดับมาก จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย (n=75)

	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมการป้องกัน		
ระดับมาก	48	64.00
ระดับปานกลาง	27	36.00
ระดับน้อย	0	0.00
<i>Mean = 17.57, S.D. = 3.205, Min = 9, Max = 25</i>	75	100.00

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม. ในเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. (ในภาพรวม) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r_{sp}) (Spearman Rank Correlation) เท่ากับ 0.263 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน กับพฤติกรรมในการป้องกัน ของ อสม. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) โดยมีสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r_{sp}) เท่ากับ 0.407 กับพฤติกรรมในการป้องกันมากที่สุด รองลงมาคือความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการทำความเข้าใจในการป้องกัน ($P\text{-value} < 0.05$, $r_{sp} = 0.271$) ส่วนความรอบรู้ด้านทักษะการไต่ถาม ทักซะการตัดสินใจ และทักษะการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันฝุ่นละออง PM2.5 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{sp}) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของ อสม. ในเทศบาลตำบลหาดคำ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย (n=75)

ตัวแปรที่ศึกษา	M	SD.	พฤติกรรมในการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)	
			Spearman Rank Correlation (r_{sp})	P-value*

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM _{2.5}) (ภาพรวม ทุก ด้าน)	40.61	5.10	0.263	0.023*
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM _{2.5}) (แยกรายด้าน)	17.57	3.21		
- ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	7.33	2.16	0.407**	<.001**
- ทักษะการทำความเข้าใจ	8.41	1.15	0.271*	0.019*
- ทักษะการไต่ถาม	8.19	1.16	0.065	0.580
- ทักษะตัดสินใจ	8.47	1.24	-0.039	0.737
- ทักษะการนำไปใช้	8.21	1.44	-0.040	0.735

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

อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ผลการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน PM_{2.5} ในระดับเพียงพอหรือระดับมาก (ร้อยละ 64.00) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สยามราชย พุเจริญกุลยา (2567) ที่ศึกษาใน อสม.พื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอสายจังหวัดเชียงราย และมีพฤติกรรมในการป้องกันในระดับมาก (ร้อยละ 64.00) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ ธนสร จิตภาดา (2566) ที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และผลการศึกษาของ มัตติกา ยงอยู่ (2563) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ (เขตสุขภาพที่ 5) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น สะท้อนให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่หาค่ามีความพร้อมและความตระหนักในการจัดการปัญหาฝุ่นละอองค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากสภาพพื้นที่เป็นเขตชายแดนและพื้นที่เกษตรกรรมที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นควันข้ามพรมแดนและการเผาในที่โล่งอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และปรับตัวเพื่อป้องกันสุขภาพตนเอง

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน PM_{2.5} จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในพื้นที่เทศบาลตำบลหาค่า พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน PM_{2.5} อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{sp}) = .263 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ มัตติกา ยงอยู่ (2563) (r_{sp} = .784) เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และคณะ (2568) (r_{sp} = .563) และวิชัย ศรีผา (2565) (r_{sp} = .779) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพที่ดี ซึ่งแม้ในพื้นที่หาค่าจะพบความสัมพันธ์เชิงบวก แต่เมื่อพิจารณาขนาดของความสัมพันธ์ ถือว่าจัดอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับการศึกษาของ มัตติกา ยงอยู่ (2563). พื้นที่ปทุมธานีหรือเขตสุขภาพที่ 5 ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง (r_{sp} > .7) ข้อแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยเฉพาะในพื้นที่หาค่า ซึ่งเมื่อพิจารณาความรู้รายด้าน พบว่าความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์สูงสุด (r_{sp} = .407) ในขณะที่งานวิจัยในพื้นที่อื่นๆ เช่น เชียงใหม่ หรือเมืองอุตสาหกรรม มักพบว่าทักษะการตัดสินใจและการตรวจสอบข้อมูลเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด

ประเด็นที่น่าสนใจจากการวิจัยในพื้นที่หาค่าคือ ความรู้ด้านการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และ

ทักษะการนำข้อมูลไปใช้ กลับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ จิตติมา รอดสวัสดิ์ และคณะ (2567) ที่พบว่าทักษะการตัดสินใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสูงถึง 0.94 ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ว่า ในบริบทพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทชายแดนอย่างหาดคำอสม. เน้นการ "รับรู้และเข้าถึงข้อมูล" ผ่านช่องทางต่างๆ แต่ในขั้นตอนการตัดสินใจหรือนำไปใช้จริง อาจมีอุปสรรคภายนอก เช่น วิถีชีวิตเกษตรกรรมที่ต้องทำงานกลางแจ้งซึ่งหลีกเลี่ยงได้ยาก หรือข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ป้องกันในพื้นที่ ทำให้แม้จะมีความรู้หรือตัดสินใจได้ดี แต่พฤติกรรมการปฏิบัติจริงยังไม่สัมพันธ์กับทักษะเหล่านั้นเท่าที่ควร สอดคล้องกับงานวิจัยในจังหวัดเชียงรายที่พบว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในกลุ่มแรงงานที่ทำงานกลางแจ้ง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ รพ.สต.หาดคำ ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ จากเดิมที่เน้นการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว (Access) เป็นการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นทักษะ "การตัดสินใจ (Decision-making)" และ "การนำไปใช้ (Apply)" ในสถานการณ์จริง โดยใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation) กรณีศึกษา (Case Study) และการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง
2. กำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทเกษตรกรรม เนื่องจาก อสม. ในพื้นที่หาดคำส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและทำงานกลางแจ้ง มาตรการป้องกันควรเน้นการแก้ปัญหาอุปสรรคทางกายภาพ เช่น การส่งเสริมการใช้หน้ากากที่เหมาะสม (N95) ขณะทำงานกลางแจ้ง และการสื่อสารความเสี่ยงที่เน้นช่วงเวลาการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่
3. การสร้างแกนนำความรอบรู้ (PM2.5 Literacy Leaders) โดยผลักดันให้ อสม. ที่มีระดับความรู้สูงทำหน้าที่เป็นแกนนำ เพื่อจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) และสื่อสารแจ้งเตือนสถานการณ์ผ่านแอปพลิเคชันในชุมชนอย่างเป็นระบบ
4. นำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานในการหรือโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เช่น การจัดกิจกรรม "วันป้องกันฝุ่นละออง" หรือการจัดพื้นที่ "ห้องปลอดฝุ่น" ในชุมชน เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงฝุ่น
5. การเพิ่มช่องทางการสื่อสารในพื้นที่ สนับสนุนการใช้สื่อท้องถิ่นและหอกระจายข่าวร่วมกับสื่อดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลค่าฝุ่นที่ทันสมัยและเข้าใจง่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเฉพาะเจาะจงสำหรับ อสม. ในพื้นที่ชายแดน เพื่อทดสอบว่าโปรแกรดังกล่าวสามารถยกระดับพฤติกรรมการป้องกัน PM2.5 ได้อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

2. ควรพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการทำความเข้าใจข้อมูลให้กับ อสม. ในการพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นแกนนำในการป้องกันฝุ่น PM 2.5 ได้
3. ควรมีการศึกษาเชิงลึกด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะจง (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อค้นหา "อุปสรรค" ที่ทำให้ทักษะการตัดสินใจและการนำข้อมูลไปใช้ไม่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่ต้องทำงานกลางแจ้ง เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเชิงบริบทที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนอกเหนือจากความรู้ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ความรุนแรงของปัญหา และความเชื่อทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการเผาทางการเกษตร
5. ควรส่งเสริมให้ชุมชนและผู้นำท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการออกแบบมาตรการป้องกันฝุ่นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่หาคำ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research - PAR) เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนจากภายในชุมชนเอง

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). *การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2563*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เอส ออฟเซ็ท กราฟิค ดีไซน์.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563). แนวทางการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กเกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) สำหรับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 51(46), 705-708. https://wesr.doe.moph.go.th/wesr_new/
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีรธรรม, และนพพร คำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92-103.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และจำเนียร ชุณหโสภาค. (2564). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. *วารสารร่วมแพทย์*, 39(2), 193-220.
- จันจิรา ชินศรี, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, ธัชสิทธิ์ ใจผูก, และพรณนพร ภูเวียง. (2568). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับสัมผัสฝุ่น PM2.5: กรณีพื้นที่นาร่องในจังหวัดหนองคาย เขตสุขภาพที่ 8. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 19(2), 194-220.
- จิตติมา รอดสวัสดิ์, วรพรรณ พงษ์ประเสริฐ, และประทุม สีดาจิตต์. (2567). การศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กเกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) กรณีศึกษา: พื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 47(4), 75-90.

- ธนีสร์ จิตภาดา. (2566). การศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, อิศราวรรณ สนธิภูมาศ, มลธิชา คงชนะ, และพิชญภา วาณิชตระกูล. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคจากฝุ่น PM2.5 ของประชากรวัยทำงานในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 31(1), 223–240.
- เพชรผกา มูณี, บัว ฤชุบัว, สุริยพงศ์ กุลกิตติยศ, ศรัณยู คำกลาง, ปุณณภวิศา ป้องพิมาย, จิตติมา จันทร์อุไร, สิทธิชัย สิงห์สุ, และวริยา เคนทวาย. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านกลาง ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขและนวัตกรรม*, 4(3), 16–24.
- ภาสินี ม่วงใจเพชร และพูลทรัพย์ โพนสิงห์. (2566). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ 5 มิติ กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2565. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี*, 1(1), 28–43.
- มัตติกา ยงอยู่. (2563). ความรอบรู้ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ในเขตสุขภาพที่ 5. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย.
- รมย์รัตน์ พัชรพงศ์พันธ์ และกชกร สายสุวรรณ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 4(6), 693–706.
<https://doi.org/10.60027/iarj.2024.279499>
- วิชัย ศรีผา. (2565). การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 14(1), 29–39.
- สยามราชย์ พุเจริญกุลยา. (2567). การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 14, 179–192.
- สรวิชัย สิทธิยศ, ปวิพท์ วงค์เรือง, และประจวบ แหลมหลัก. (2566). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการป้องกัน PM2.5 ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเผาในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 9–20.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *ThaiHealth Watch 2024: จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2567*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- อารีย์ จอแยะ, พัทธนิษฐ์ คำธาร, จุฑามาศ เมืองมูล, บุชบา สอิ่งแก้ว, และมณีนรัตน์ สนวนม่วง. (2568). ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ของกลุ่มแรงงานชาติพันธุ์อาข่า ในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชุมชนชน*, 3(4), 62–77.
- 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. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Hoffmann, B., Boogaard, H., de Nazelle, A., Andersen, Z. J., Abramson, M., Brauer, M., Brunekreef, B., Forastiere, F., Huang, W., Kan, H., Kaufman, J. D., Katsouyanni, K., Krzyzanowski, M., Kuenzli, N., Laden, F., Nieuwenhuijsen, M., Mustapha, A., Powell, P., Rice, M., & Thurston, G. D. (2021). WHO air quality guidelines 2021—Aiming for healthier air for all: A joint statement by medical, public health, scientific societies and patient representative organisations. *International Journal of Public Health*, 66, Article 1604465. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604465>
- World Health Organization. (2021). *WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. WHO global air quality guidelines

ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน

โดยใช้เทคนิคเหมืองข้อมูลในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

Predictive Factors Associated with Access to Stroke Fast-Track Services:

A Data Mining Approach in Community Hospital Settings

วีระชัย สมอมอบ¹, สุปราณี โจน์สุพร^{1*}, กริช สมกันธา², หัตถยา โพธิวงษ์³

Wirachai Samomop¹, Supranee Rojsupon¹, Krit Somkantha², Hatthaya Potiwong³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี², โรงพยาบาลบ้านผือ³

Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹,

Udon Thani Rajabhat University², Banphue hospital³

(Received: 17 June 2026; Revised: 11 August 2026; Accepted: 24 August 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ภายใน 4.5 ชั่วโมง โดยประยุกต์ใช้เทคนิคเหมืองข้อมูล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 424 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และรายงานโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้อัลกอริทึมการเรียนรู้ของเครื่อง 3 วิธี ได้แก่ k-Nearest Neighbors (KNN), Naïve Bayes และ Random Forest ทดสอบประสิทธิภาพของแบบจำลองด้วยวิธีการทดสอบแบบไขว้ 10 ส่วน และประเมินผลด้วยค่าความแม่นยำ (Classification Accuracy: CA) ความไว (Recall) ความจำเพาะ (Specificity) และพื้นที่ใต้เส้นโค้ง ROC (AUC) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.14 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 85.38 และสามารถเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนทันภายใน 4.5 ชั่วโมง ร้อยละ 51.18 เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแบบจำลอง พบว่า Naïve Bayes มีประสิทธิภาพสูงสุด (CA = 71.7%, Recall = 71.7% Specificity = 71.9% และค่า AUC เท่ากับ 0.787) ปัจจัยสำคัญในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตาบลงของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของเทคนิคเหมืองข้อมูลในการวิเคราะห์และทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การปรับปรุงการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล และการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพในระดับชุมชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, บริการช่องทางด่วน, เทคนิคเหมืองข้อมูล, การเรียนรู้ของเครื่อง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supraneeink@bcnu.ac.th, สุปราณี โจน์สุพร)

Abstract

This retrospective analytical study employed data mining techniques to identify key predictive factors influencing stroke fast-track service access within 4.5 hours. The study sample consisted of 424 stroke patients who received treatment at Ban Phue Hospital, Udon Thani Province, Thailand. Research instruments included electronic medical record databases, and hospital stroke reports. Data were analyzed using three machine learning algorithms: k-Nearest Neighbors (KNN), Naïve Bayes, and Random Forest. Model performance was evaluated using 10-fold cross-validation and assessed by Classification Accuracy (CA), Recall, Specificity, and the Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (AUC). The majority of participants were male (60.14%), with 85.38% diagnosed with ischemic stroke; notably, 51.18% accessed stroke fast-track services within the 4.5-hour window. Comparison of model performance revealed that Naïve Bayes achieved the highest predictive performance, with a Classification Accuracy of 71.7%, Recall of 71.7%, Specificity of 71.9%, and an AUC of 0.787. The most important predictors of timely access included stroke type, patient's subdistrict of residence, and travel time to the hospital. The findings demonstrate the potential of data mining techniques for analyzing and predicting access to stroke fast-track services. These findings may support healthcare service planning, improve access to care in remote areas, and inform community-level health policy decision-making.

Keywords: Stroke, Fast-track Services, Data Mining, Machine Learning

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่เกิดจากการขาดเลือดหรือเลือดออกในสมอง ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองตายในบริเวณที่เลือดไปเลี้ยงถูกขัดขวาง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการ โดยในปี 2021 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมกว่า 93.8 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 11.9 ล้านคนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางที่มีทรัพยากรระบบสุขภาพจำกัด (Feigin et al., 2025) ในประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสม 407,976 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2569) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพอย่างมหาศาล แม้ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์จะสามารถพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast-Track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีด (rt-PA) ภายในระยะเวลาทอง (Golden Period) 4.5 ชั่วโมง ตามแนวทางของ American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)

(Prabhakaran et al., 2026) แต่จากข้อมูลสถิติที่ผ่านมายังคงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด

เขตสุขภาพที่ 8 มีการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง แต่รายงานโรคหลอดเลือดสมองในปีงบประมาณ 2568 พบอัตราการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 30.90 (เขตสุขภาพที่ 8, 2569) จึงมีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการดังกล่าว โดยการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุดรธานี ให้มีศักยภาพในการวินิจฉัย และให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีดได้อย่างทั่วถึง เช่น โรงพยาบาลเพ็ญ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลบ้านผือ เพื่อกระจายจุดบริการให้ครอบคลุมทุกเครือข่ายอำเภอ

ในบริบทของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการครอบคลุมพื้นที่อำเภอบ้านผือ ซึ่งเป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัดอุดรธานี มีความซับซ้อนของพื้นที่และลักษณะประชากร การเข้าถึงบริการจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านระยะทางเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีความสัมพันธ์พหุปัจจัย ที่สลับซับซ้อน ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ (Potisopha et al., 2020) อายุ (Lee et al., 2024) ปัจจัยด้านโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค (Rakchue P. & Poonphol S., 2019) ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Yoon et al., 2022) และปัจจัยเชิงระบบ เช่น ระยะทางไปโรงพยาบาล (Butdee et al., 2023) ระยะเวลาการเดินทางไปโรงพยาบาล (Tansuwannarat et al., 2021) การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Rakchue & Poonphol, 2019; Yoon et al., 2022) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาแบบดั้งเดิมมักทำได้เพียงการระบุปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดในการอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์เชิงลึก หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัวที่ส่งผลร่วมกันต่อการตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้โรงพยาบาลจะมีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์อย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้เพียงการสรุปรายงานเชิงพรรณนาเท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการหรือความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ยังคงใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาหรือสถิติถดถอยแบบดั้งเดิม เช่น Logistic Regression (Butdee et al., 2023; Potisopha et al., 2020; Rakchue & Poonphol, 2019) ซึ่งแม้จะระบุปัจจัยเดียวได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์เชิงซ้อน หรือปฏิสัมพันธ์พหุปัจจัยที่ไม่เป็นเชิงเส้นระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านโรคประจำตัว และปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ผ่านเทคนิคเหมืองข้อมูล (Data Mining) ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพสูง (Nonsiri et al., 2023; Sutanon, 2025) ในการจำแนกประเภทข้อมูลและระบุปัจจัยทำนายสำคัญ พบการใช้ในการทำนายโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Liu et al., 2023) การทำนายการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน (Ngoc-Bich Le et al., 2024) การทำนายอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Chansiri et al., 2025) แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยเทคนิคเหมืองข้อมูลในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเทคโนโลยีในปัจจุบัน

มีโปรแกรมที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล เช่น โปรแกรม XGBoost โปรแกรม LightGBM โปรแกรม Orange AI หรือโปรแกรมอื่น ๆ (Caroline & Rachmat, 2025; Wartika & Agus, 2025)

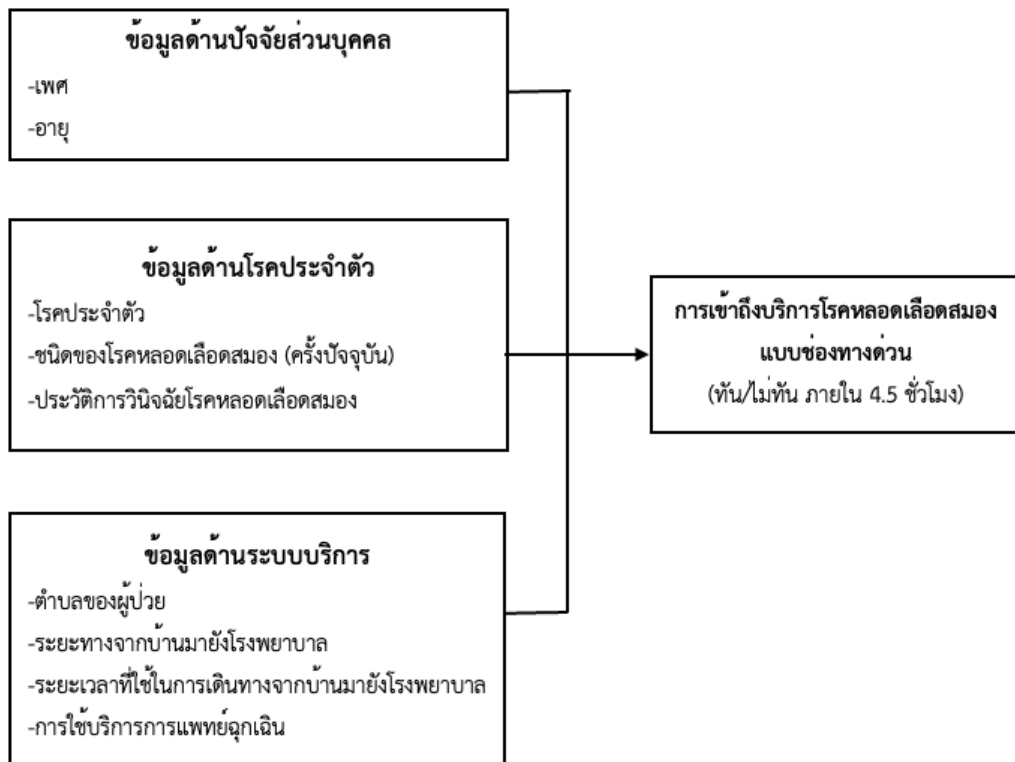
การนำข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเวชระเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่เดิมในโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูล จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถค้นหารูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการจริงในพื้นที่ได้อย่างแม่นยำ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทันเวลา เพื่อวางแผนการให้สุขศึกษา การเฝ้าระวัง และการส่งเสริมการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉพาะเจาะจงตามลักษณะความเสี่ยงของแต่ละกลุ่มประชากร แนวทางดังกล่าวจะช่วยให้การบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดสามารถดำเนินไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด ผลจากการศึกษานี้ไม่เพียงแต่จะใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนเท่านั้น แต่ยังเป็นต้นแบบในการใช้ข้อมูลดิจิทัลที่จัดเก็บอยู่เดิมในโรงพยาบาลมาสร้างองค์ความรู้ใหม่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ลดอัตราการตายและความพิการ และเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชนให้มีความเข้มแข็งและสอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านโรคประจำตัว และด้านระบบบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านโรคประจำตัว และด้านระบบบริการที่ส่งผลการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective Study) จากข้อมูลระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม HOSxP และรายงานโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบ้านผือ ที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2568 จำนวน 631 ราย เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี และมีการบันทึกข้อมูลในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม HOSxP และรายงานโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบ้านผือ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2568 โดยได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 ระหว่าง I60-I69 ทั้งนี้ ในกรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยซ้ำหลังจากระยะเวลา 28 วันขึ้นไป จะถูกนับเป็นผู้ป่วยรายใหม่อีกครั้ง

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี และได้รับการดูแลตามระบบบริการของโรงพยาบาลบ้านผือโดยตรง โดยไม่รวมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลบ้านผือด้วยโรคอื่น รวมจำนวน 631 ราย

3.เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

3.1 มีข้อมูลบันทึกในระบบ HOSxP และรายงานโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

3.2 ได้รับการประเมินผลการเข้ารับบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน

4.เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

4.1 ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือขาดข้อมูลตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ชื่อโปรแกรม โปรแกรม Hospital Operating System for Primary Care Units (HOSxP) version 3 ของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ใช้สำหรับสืบค้นและดึงข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. โปรแกรมบันทึกและจัดการข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมสำเร็จรูปแบบออนไลน์ ชื่อโปรแกรม Google Sheet ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากระบบ HOSxP และรายงานโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านผือ โดยทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลกลางสำหรับการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน การจัดรูปแบบข้อมูล และการเตรียมข้อมูล ก่อนนำเข้าวิเคราะห์ด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูล โดยดำเนินการทวนสอบข้อมูลไขว้ระหว่าง 2 ฐานข้อมูล หากพบชุดข้อมูลที่มีการลงบันทึกไม่สมบูรณ์ ขาดตัวแปรสำคัญ หรือข้อมูลไม่ตรงกัน จะถูกคัดออกจากโครงการวิจัยตามเกณฑ์คัดออก และป้องกันความคลาดเคลื่อนในการส่งถ่ายข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพข้อมูล โดยใช้วิธีสกัดข้อมูลออกจากระบบ HOSxP ในรูปแบบไฟล์โครงสร้าง นามสกุล .csv/xlsx ผ่านชุดคำสั่ง Query Statement ที่ผ่านการตรวจสอบโดยนักวิชาการคอมพิวเตอร์เพื่อลดข้อผิดพลาดจากการคีย์ข้อมูลด้วยมือ ร่วมกับการกำหนดกฎตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลบน Google Sheet โดยผู้วิจัย 2 ท่านทำการสุ่มตรวจทานข้อมูล ร้อยละ 20 ของชุดข้อมูลทั้งหมด เพื่อยืนยันความถูกต้องตรงกันกับข้อมูลต้นทาง ก่อนนำเข้าสู่กระบวนการเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

ประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูล 3 วิธีการ โดยจะทำการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของอัลกอริทึมการเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) ได้แก่ วิธีการเพื่อนบ้านที่ใกล้เคียงที่สุดจำนวน K ตัว (KNN), วิธีการนาอิฟเบย์ (Naïve Bayes) และวิธีการป่าสุ่ม (Random Forest) เพื่อทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน โดยใช้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 631 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี โดยเทคนิคเหมืองข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

1.เพื่อนบ้านที่ใกล้เคียงที่สุดจำนวน K ตัว (K-Nearest Neighbor) ใช้หลักการจำแนกประเภทข้อมูลโดยอาศัยความคล้ายคลึง (Similarity) ของโหนดข้อมูลในพื้นที่หลายมิติ ข้อมูลทดสอบที่อยู่ใกล้ข้อมูลฝึกที่สุดตามจำนวน K ก็จะเป็นข้อมูลในกลุ่มนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้ป่วยรายใหม่จะถูกทำนายผลการเข้าถึงบริการโดยพิจารณาจากระยะห่างของปัจจัยนำเข้า เช่น ระยะทางจากบ้านไปยังโรงพยาบาล อายุ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาเดินทาง เป็นต้น โดยจะทำการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันที่สุด

จำนวน K ราย วิธีการนี้สามารถเรียนรู้รูปแบบข้อมูลที่ซับซ้อนได้โดยไม่ต้องกำหนดสมมติฐานของข้อมูลล่วงหน้า วิธีการนี้สามารถคำนวณได้ดั่งสมการแบบยูคลิด (Euclidean Distance) ดังนี้

$$d(x, y) = \sqrt{\left(\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2 \right)}$$

โดยที่ x และ y คือตำแหน่งของข้อมูลผู้ป่วย และ n คือจำนวนปัจจัยทำนาย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการปรับมาตรฐานข้อมูลที่เหมาะสม เนื่องจากตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ (ปี) และระยะทาง (กิโลเมตร) มีหน่วยวัดที่แตกต่างกัน เพื่อป้องกันไม่ให้อัตราส่วนที่มีค่าพิสัยสูงส่งผลกระทบต่อผลการคำนวณมากกว่าความเป็นจริง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับแบบจำลอง โดยตั้งค่าจำนวนเพื่อนบ้านที่ใกล้ที่สุด (K) เท่ากับ 7 ราย เพื่อช่วยป้องกันปัญหาการเกิดคะแนนเสียงเท่ากันในการตัดสินใจจำแนกประเภทข้อมูลที่มีลักษณะสองกลุ่ม และกำหนดฟังก์ชันน้ำหนักแบบเท่ากัน ซึ่งหมายถึง โหนดเพื่อนบ้านทั้ง 7 ราย รอบข้อมูลทดสอบจะมีค่าน้ำหนักในการลงคะแนน เพื่อจำแนกประเภทเท่ากันโดยไม่ขึ้นกับระยะห่าง (Nursikuwagus, 2025)

2. นาอิวเบย์ (Naïve Bays) เป็นโมเดลเชิงความน่าจะเป็นที่ใช้ทฤษฎีของเบย์ (Bayes' Theorem) โดยมีข้อสมมติฐานหลักคือปัจจัยทำนายแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (Conditional Independence) ในบริบทของโรงพยาบาลบ้านผือ โมเดลจะคำนวณความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการทันเวลาหรือไม่เมื่อทราบปัจจัยสนับสนุน เช่น เป็นผู้ป่วยชนิดหลอดเลือดสมองแตก มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และปัจจัยอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม หากตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูง อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพของโมเดลลดลง โดยความน่าจะเป็นของเบย์ดังแสดงในสมการ (Peretz et al., 2024)

$$P(C|X) = \frac{P(X|C)P(C)}{P(X)}$$

$P(C|X)$ คือ ความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการทัน/ไม่ทัน (C) เมื่อปรากฏปัจจัย X

$P(X|C)$ คือ ความน่าจะเป็นที่พบปัจจัย X ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานะ C

$P(C)$ คือ ความน่าจะเป็นก่อนหน้า (Prior Probability) ของกลุ่มที่เข้าถึงบริการทันหรือไม่ทันจากฐานข้อมูลทั้งหมด

3. ป่าสุ่ม (Random Forest) เป็นเทคนิคการเรียนรู้แบบกลุ่ม (Ensemble Learning) ที่สร้างต้นไม้ตัดสินใจจำนวนหลายต้น มาทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มความแม่นยำและเสถียรภาพของแบบจำลอง อัลกอริทึมจะสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และสุ่มเลือกปัจจัยนำเข้า เพื่อสร้างต้นไม้แต่ละต้น แล้วใช้การลงคะแนนเสียงข้างมาก เพื่อสรุปผลการทำนาย ทำให้มีความเสถียรและแม่นยำสูงกว่าต้นไม้ตัดสินใจต้นเดียว (Speiser et al., 2019) โดยวิธีการป่าสุ่มจะใช้เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกปัจจัยทำนายและจุดตัดที่ดีที่สุดเพื่อแบ่งโหนดในต้นไม้แต่ละต้นดังสมการ

$$Gini(D) = 1 - \sum_{i=1}^m P_i^2$$

โดยที่ P_i คือสัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละคลาส (ทัน/ไม่ทัน) ที่อยู่ในโหนดนั้น ๆ เทคนิคนี้ช่วยลดปัญหาการทำนายผิดพลาดได้ดีกว่าต้นไม้ตัดสินใจเพียงต้นเดียว จุดเด่นของป่าสุ่มคือสามารถจัดการข้อมูลที่มีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ไม่เป็นเชิงเส้นได้อย่างเหมาะสม มีความทนทานต่อข้อมูลรบกวน และสามารถวิเคราะห์ความสำคัญของตัวแปรได้ จึงเหมาะสำหรับการศึกษาปัจจัยทำนายในบริบทของระบบบริการสุขภาพที่มีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องร่วมกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับแบบจำลองป่าสุ่ม โดยกำหนดต้นไม้ตัดสินใจเท่ากับ 8 ต้น และควบคุมการเติบโตของต้นไม้ด้วยการตั้งเงื่อนไขไม่ให้แตกโหนดย่อยหากกลุ่มข้อมูลมีขนาดเล็กกว่า 5 ราย เพื่อไม่ให้แบบจำลองเกิดปัญหาการเรียนรู้จำเพาะมากเกินไป ซึ่งช่วยเพิ่มเสถียรภาพและความสามารถในการพยากรณ์ชุดข้อมูลใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nursikuwagus, 2025)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สถิติที่ใช้เพื่อทดสอบแบบจำลองและแปลผลข้อมูล

1. ความแม่นยำในการจำแนกประเภท (Classification Accuracy: CA) หมายถึง สัดส่วนของจำนวนรายการที่โมเดลทำนายถูกต้องทั้งหมด ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าระหว่างร้อยละ 0-100 ซึ่งค่าเข้าใกล้ 100 แสดงว่าแบบจำลองมีความถูกต้องในการพยากรณ์ภาพรวมสูง

2. ความไวในการทำนาย (Sensitivity or Recall) หมายถึง สัดส่วนของจำนวนตัวอย่างที่เป็นบวกจริง (positive cases) ที่โมเดลทำนายได้ถูกต้อง โดยเทียบกับจำนวนรายการที่เป็นบวกทั้งหมด มีค่าระหว่างร้อยละ 0-100 ซึ่งค่าเข้าใกล้ 100 แสดงว่าโมเดลมีประสิทธิภาพสูงในการดักจับหรือคัดกรองกลุ่มที่มาทันเวลาได้อย่างครอบคลุม

3. ค่าความจำเพาะ (Specificity) หมายถึง สัดส่วนของจำนวนตัวอย่างที่เป็นลบจริง (negative cases) ที่โมเดลทำนายได้ถูกต้อง โดยเทียบกับจำนวนเคสที่เป็นลบทั้งหมด มีค่าระหว่างร้อยละ 0-100 ซึ่งค่าเข้าใกล้ 100 แสดงว่าโมเดลมีความสามารถในการแยกแยะกลุ่มที่ไม่ทันเวลาได้อย่างแม่นยำ

4. ค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (Area Under ROC Curve: AUC) เป็นตัวชี้วัดที่มาจากกราฟ ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) ซึ่งพล็อตค่า sensitivity (True Positive Rate) เทียบกับ false positive rate (1 - specificity) ในทุก threshold ที่เป็นไปได้ ซึ่งค่า AUC ที่เข้าใกล้ 1.0 แสดงถึงแบบจำลองมีประสิทธิภาพในการจำแนกกลุ่มเป้าหมายได้สมบูรณ์ ดังนี้ (Peretz et al., 2024; Sutanon, 2025)

AUC น้อยกว่าหรือเท่ากับ .500 หมายถึง โมเดลไม่มีความสามารถในการจำแนก

AUC อยู่ระหว่าง .500 - .700 หมายถึง โมเดลมีประสิทธิภาพในระดับพอใช้

AUC อยู่ระหว่าง .700 - .800 หมายถึง โมเดลมีประสิทธิภาพในการจำแนกระดับดี

AUC อยู่ระหว่าง .800 - .900 หมายถึง โมเดลมีประสิทธิภาพในการจำแนกระดับดีมาก

AUC ตั้งแต่ .900 ขึ้นไป หมายถึง โมเดลมีประสิทธิภาพในการจำแนกระดับยอดเยี่ยม

5. Information Gain เป็นค่าที่ใช้ในการวัดประสิทธิภาพของตัวแปรในการจำแนกข้อมูล โดยคำนวณจากค่าความไม่แน่นอนของข้อมูล (Entropy) ที่ลดลงหลังจากใช้ตัวแปรนั้น ๆ ในการแบ่งกลุ่ม ตัวแปรที่มีค่า Information Gain สูงแสดงว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญในการพยากรณ์ผลลัพธ์ตามตัวแปรตามได้ดีที่สุด

6. Information Gain Ratio เป็นดัชนีที่ปรับปรุงมาจาก Information Gain เพื่อลดความลำเอียงในการเลือกตัวแปรที่มีจำนวนกลุ่มย่อยมากเกินไป โดยนำค่า Information Gain มาหารด้วยค่าความไม่แน่นอนของตัวแปรนั้น ๆ เพื่อให้ได้ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการจำแนกข้อมูลที่เหมาะสมและมีความเสถียรทางสถิติสูงที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นการเตรียมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการยื่นหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตใช้ข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ ผ่านการประสานขอใช้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ งานเวชระเบียน และผู้รับผิดชอบรายงานโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านผือ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอบเขตข้อมูลที่ต้องการศึกษา คัดกรองข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามรหัสการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานข้อมูลระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และนำรายชื่อที่ได้จากระบบ HOSxP มาทวนสอบกับทะเบียนรายงานโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบ้านผือ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ ความซ้ำซ้อนและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยในขั้นตอนการจัดการข้อมูล เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์และงานเวชระเบียนจะเป็นผู้ดำเนินการถอดถอนและตัดข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตน ได้แก่ ชื่อ-สกุล ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของกลุ่มตัวอย่างออก ฯลฯ และทำการกำหนดรหัสตัวเลขแทนตัวตนขึ้นใหม่ ก่อนส่งมอบชุดข้อมูลนิรนามให้แก่คณะผู้วิจัย และกำหนดมาตรการความปลอดภัยของข้อมูลโดยจัดเก็บไฟล์ไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่เข้ารหัสผ่าน จำกัดสิทธิ์เฉพาะคณะผู้วิจัย

ขั้นการจัดการข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จัดการข้อมูลที่ขาดหาย (Missing Values) โดยการลบแถวที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ทุกตัวแปร และแปลงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่โปรแกรมใช้วิเคราะห์ได้ (Data Transformation) หลังการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก พบว่าข้อมูล 631 ราย มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกตัวแปร คณะผู้วิจัยจึงไม่มีการตัดแถวข้อมูลเนื่องจากค่าสูญหาย

ขั้นการจัดการความสมดุลของข้อมูลและการตัดค่าสุดโต่ง(Outliers) เนื่องจากชุดข้อมูลเริ่มต้นมีความไม่สมดุล ผู้วิจัยจึงทำการปรับสมดุลข้อมูลผ่านอัลกอริทึมการจับคู่ข้อมูล เพื่อปรับสัดส่วนกลุ่มที่เข้าถึงบริการทันและไม่ทันเวลา 4.5 ชั่วโมง ให้ใกล้เคียงกัน ร่วมกับการตัดข้อมูลที่มีค่าสุดโต่งออก ส่งผลให้เหลือชุดข้อมูลที่สมดุลเพื่อนำไปวิเคราะห์จำนวน 424 ราย โดยข้อมูลที่ถูกตัดออกคิดเป็นร้อยละ 32.81

ขั้นการวิเคราะห์ นำเข้าวิเคราะห์ข้อมูลในเทคนิคเหมืองข้อมูล 3 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการเพื่อนบ้านที่ใกล้เคียงที่สุดจำนวน K ตัว (K-Nearest Neighbors: K-NN) 2) วิธีการนาอิวเบย์ (Naïve Bayes) และ 3) วิธีการป่าสุ่ม (Random Forest) หลังจากนั้นทำการสร้างและทดสอบแบบจำลอง (Model Training and Model Evaluation) ดังนี้ 1) ทดสอบแบบไขว้ โดยการทดสอบแบบไขว้ 10 ส่วน (10-fold cross-validation)

เพื่อลดความลำเอียงในการแบ่งข้อมูล และหาค่าเฉลี่ยความแม่นยำที่แท้จริง 2) ประเมินผล โดยประเมินค่าสถิติ ความแม่นยำในการจำแนกประเภท (Classification Accuracy: CA) ความไวในการทำนาย (Sensitivity or Recall) ค่าความจำเพาะ (Specificity) ค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (Area Under ROC Curve: AUC) และแปลผลข้อมูลโดยการอ่านค่า Information gain และ Information gain ratio ของตัวแปรแต่ละตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดของตัวแปร
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน
3. สร้างความสมดุลของข้อมูลโดยตัดส่วนที่มีค่าสุดโต่งออก เพื่อให้มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้ง 2 ข้าง
4. ทดสอบและประเมินประสิทธิภาพของแบบจำลอง โดยใช้เทคนิคแบบไขว้ 10 ส่วน เพื่อลดความลำเอียงในการแบ่งข้อมูล และประเมินประสิทธิภาพของโมเดลโดยใช้ตัวชี้วัดผ่านการกำหนดค่าไฮเปอร์พารามิเตอร์ (Hyperparameters) ให้คงที่ ได้แก่ แบบจำลอง kNN กำหนด K=7, Euclidean, Uniform Weights แบบจำลอง Naïve Bayes ใช้ค่ามาตรฐานของโปรแกรม และแบบจำลอง Random Forest กำหนด Trees = 8, Split subset ≥ 5

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เลขที่ COA No. 11/2569 BCNU REC 18/2569 ซึ่งกระบวนการวิจัยผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งประกอบไปด้วย ชื่อ-สกุล ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือข้อมูลอื่น ๆ โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกคัดออกก่อนส่งต่อข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เวชระเบียนมายังผู้วิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านโรคประจำตัว และด้านระบบบริการ
จำนวนชุดข้อมูลทั้งหมด 631 ราย ผ่านการสร้างสมดุลของข้อมูลโดยตัดส่วนที่มีค่าสุดโต่งออกจากโปรแกรม ทำให้ข้อมูลคงเหลือก่อนการวิเคราะห์ 424 ราย ($n=424$) ดังนี้
ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.14 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 26.65 ($M=63.96$, $SD.=13.14$)
ข้อมูลด้านโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิเสธโรคประจำตัว ร้อยละ 58.73 กลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.96 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 85.38 และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ร้อยละ 89.39
ข้อมูลด้านระบบบริการ พบว่าส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 11 ถึง 20 กิโลเมตร ร้อยละ 59.91 ($M=15.68$, $SD.=7.46$) ใช้ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง

ช่วง 21 ถึง 30 นาที ร้อยละ 41.75 ($M=21.78$, $SD.=7.84$) ไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 70.05 ผลการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนทัน ร้อยละ 51.18

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน

ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาด้านเพศและอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมงมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 61.75 และ 38.25 ตามลำดับ) และด้านอายุ พบว่าช่วงอายุที่มีการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมงมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 25.81) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ลักษณะข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน			
	ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=217)		ไม่ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=207)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	134	61.75	121	58.45
หญิง	83	38.25	86	41.55
อายุ				
ต่ำกว่า 50 ปี	32	14.75	21	10.14
50-59 ปี	56	25.81	50	24.15
60-69 ปี	55	25.35	58	28.02
70-79 ปี	49	22.58	52	25.12
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	25	11.52	26	12.56

เมื่อพิจารณาลักษณะข้อมูลด้านโรคประจำตัว กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ปฏิเสธโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.84) และกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 38.25) ชนิดของการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวนทั้งหมดมีการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมงทุกราย และกลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมงส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 82.03) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ด้านโรคประจำตัว

ลักษณะข้อมูลด้านโรคประจำตัว	การเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน			
	ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=217)		ไม่ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=207)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ปฏิเสธโรคประจำตัว	119	54.84	130	62.80

ลักษณะข้อมูลด้านโรคประจำตัว	การเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน			
	ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=217)		ไม่ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=207)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	83	38.25	61	14.73
เบาหวาน	52	23.96	39	9.42
ไขมันในเลือดสูง	13	5.99	0	0.00
มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	43	19.82	23	11.11
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (ครั้งปัจจุบัน)				
หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	155	71.43	207	100.00
หลอดเลือดสมองแตก	62	28.57	0	0.00
ประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง				
เคยได้รับการวินิจฉัย	39	17.97	6	2.76
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	178	82.03	201	97.24

ลักษณะข้อมูลด้านระบบบริการ เมื่อจำแนกตามตำบลที่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างอาศัย พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านฝื่อ มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมงสูงสุด (ร้อยละ 17.05) ในขณะที่ตำบลจำปาโมงพบสัดส่วนการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ไม่ทัน 4.5 ชั่วโมง สูงที่สุด (ร้อยละ 15.46) ด้านระยะทาง พบว่าผู้ป่วยที่มีการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ มีระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล 11-20 กิโลเมตร (ร้อยละ 27.54) ด้านระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทัน 4.5 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล 11-20 นาที (ร้อยละ 40.55) และแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ทันเวลา 4.5 ชั่วโมง มีสัดส่วนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงกว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ไม่ทันเวลา (ร้อยละ 39.17 และ 20.29 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ด้านระบบบริการ

ลักษณะข้อมูลด้านระบบบริการ	การเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน			
	ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=217)		ไม่ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=207)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำบลของผู้ป่วย				
กลางใหญ่	32	14.7	26	12.56
ข้าสาร	13	5.99	20	9.66
ตำบลของผู้ป่วย (ต่อ)				
เขื่อน	13	5.99	13	6.28

ลักษณะข้อมูลด้านระบบบริการ	การเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน			
	ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=217)		ไม่ทัน 4.5 ชั่วโมง (n=207)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คำด้วง	10	4.61	3	1.45
คำบง	15	6.91	5	2.42
จำปาโมง	14	6.45	32	15.46
โนนทอง	20	9.22	22	10.63
บ้านค้อ	11	5.07	3	1.45
บ้านฝือ	37	17.05	24	11.59
เมืองพาน	15	6.91	18	8.70
หนองแขวง	8	3.69	13	6.28
หนองหัวคู	9	4.15	6	2.90
หายโศก	20	9.22	22	10.63
ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล				
1-10 กิโลเมตร	48	11.59	27	13.04
11-20 กิโลเมตร	114	27.54	140	67.63
21-30 กิโลเมตร	45	10.87	37	17.87
31 กิโลเมตรขึ้นไป	10	2.42	3	1.45
ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล				
1-10 นาที	39	17.97	24	11.59
11-20 นาที	88	40.55	65	31.40
21-30 นาที	72	33.18	105	50.72
31 นาทีขึ้นไป	18	8.29	13	6.28
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				
ใช่	85	39.17	42	20.29
ไม่ใช่	132	60.83	165	79.71

3. ประสิทธิภาพของแบบจำลอง

จากการทดสอบและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแบบจำลองการเรียนรู้ของเครื่อง ทั้ง 3 อัลกอริทึม ด้วยการทดสอบแบบไขว้ 10 ส่วน เพื่อทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน พบว่าแบบจำลอง Naïve Bayes เป็นโมเดลที่มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์สูงที่สุดในทุกมิติโดยมีค่าความแม่นยำในการจำแนกประเภทสูงถึงร้อยละ 71.70 ค่าความไวในการทำนาย ร้อยละ 71.70 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 71.90 และพื้นที่ใต้เส้นโค้ง ROC เท่ากับ 0.787 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความแม่นยำของอัลกอริทึม การทดสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของโมเดล

โมเดล	ผลการทดสอบแบบไขว้ 10 ส่วน (10-fold Cross-validation)			
	CA (%)	Recall (%)	Specificity (%)	AUC
KNN	55.9	55.9	55.8	0.590
Naïve Bayes	71.7	71.7	71.9	0.787
Random Forest	68.9	68.9	69.2	0.759

ผลการจัดลำดับความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน ผ่านการคำนวณค่า Information Gain และ Information Gain Ratio พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด ได้แก่ ตำบลของผู้ป่วย ซึ่งมีค่า Information Gain สูงที่สุด เท่ากับ 0.020 แต่ดัชนี Information Gain มีข้อจำกัดด้านความลำเอียงเชิงสถิติ โดยมักให้ค่าน้ำหนักความสำคัญสูงเกินจริงในตัวแปรที่มีจำนวนกลุ่มย่อยปริมาณมาก ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ดัชนี Information Gain Ratio เพื่อเพิ่มความสะดวกและเสถียรเชิงสถิติในการจำแนกประเภทข้อมูล พบว่า ปัจจัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการจำแนกและทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนได้มากที่สุด (Information Gain Ratio = 0.023) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยสำคัญในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน

ตัวแปร	ค่า Information Gain	ค่า Information Gain Ratio
	Gain	Ratio
ตำบลของผู้ป่วย	0.020*	0.006
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	0.017	0.023**
ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล	0.017	0.008
ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล	0.008	0.004
โรคประจำตัว-เบาหวาน	0.006	0.007
เพศ	0.005	0.006
อายุ	0.005	0.002
โรคประจำตัว-ไขมันในเลือดสูง	0.002	0.005
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	0.002	0.002
โรคประจำตัว-ความดันโลหิตสูง	0.001	0.001
ประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง	0.000	0.000

*,** หมายถึง ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน

อภิปรายผล

ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 424 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.14 และอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งธรรมชาติของโรคหลอดเลือด

เลือดสมองจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2024) ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับปัจจัยทางชีวภาพและพฤติกรรมในเพศชาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ข้อมูลด้านโรคประจำตัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุดในประเทศไทยและระดับโลก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Feigin et al., (2025) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 80.00 เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด และข้อมูลด้านระบบบริการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากถึงร้อยละ 70.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tansuwannarat et al. (2021) ที่ศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย และพบว่าผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เลือกเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเองมากกว่าการเรียกใช้บริการ 1669 เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการฉุกเฉิน และประเมินความรุนแรงของอาการแรกรับต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้เสียโอกาสในการได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นตั้งแต่อยู่บนรถพยาบาล

จากการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของอัลกอริทึมทั้ง 3 รูปแบบ พบว่า Naïve Bayes เป็นโมเดลที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการทำนาย โดยมีค่าความแม่นยำ และความไว สูงถึงร้อยละ 71.70 รวมพื้นที่ใต้โค้งอยู่ที่ 0.787 เนื่องจาก Naïve Bayes คำนวณบนหลักความน่าจะเป็น จึงมีความทนทานสูงต่อข้อมูลทุติยภูมิทางคลินิกที่มีตัวแปรเชิงกลุ่ม ปริมาณมาก และไม่เกิดปัญหาภาวะการปรับพอดีเกิน (Overfitting) ขณะที่ Random Forest มีประสิทธิภาพลดลงเล็กน้อยจากการถูกดึงน้ำหนักในโหนดตัดสินใจโดยตัวแปรเชิงกลุ่มและปรากฏการณ์การแบ่งกลุ่มสมบูรณ์ (Perfect Separation) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ เนื่องจากผู้ป่วยชนิดหลอดเลือดสมองแตก มีการเข้าถึงบริการทัน 4.5 ชั่วโมงร้อยละ 100.00 ส่วน KNN มีประสิทธิภาพต่ำสุดเนื่องจากการคำนวณระยะทางยูคลิด ไม่เหมาะสมกับตัวแปรเชิงกลุ่มทางคลินิกเท่ากับข้อมูลตัวเลขต่อเนื่อง ผลศึกษานี้สอดคล้องกับ Nonsiri et al. (2023) ที่ชี้ว่าโมเดลจำแนกประเภทข้อมูลมีประโยชน์สูงในการช่วยคัดกรองและคัดแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันระยะเวลาทอง

ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ผ่านค่า Information gain และ Information gain ratio พบปัจจัยสำคัญ 3 ลำดับแรกที่ทำนายการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วนได้มากที่สุด ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีค่า Information gain ratio สูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะอาการแสดงของโรค ในชนิดหลอดเลือดสมองแตก มักมีอาการเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง ชี้น สับสน หรือหมดสติ จากภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ร่วมกับความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (Feigin et al., 2025; Sutanon, 2025) ซึ่งแตกต่างจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ที่อาการมักค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Rakchue P. & Poonphol S. (2019) ที่พบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคมีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการล่าช้า

2. ตำบลของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล เป็นปัจจัยเชิงระบบบริการที่เป็นตัวพยากรณ์สำคัญในบริบทโรงพยาบาลบ้านผือ เนื่องจากเป็นอำเภอขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อนของพื้นที่ ผลการวิจัยพบว่าการอาศัยอยู่ในตำบลที่ห่างไกลหรือใช้ระยะเวลาเดินทางนาน เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้ากว่าระยะเวลาทอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Butdee et al. (2023) ที่ชี้ว่าระยะทางและเวลาเดินทางเป็นปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันอย่างมีนัยสำคัญ

3. ปัจจัยด้านโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีค่า Information gain ค่อนข้างต่ำ แต่ปัจจัยเหล่านี้ร่วมทำนายการเข้าถึงบริการกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายหลัก โดยเฉพาะในชนิดหลอดเลือดสมองแตกที่พบเฉพาะในกลุ่มที่เข้าถึงบริการทันเวลาเท่านั้น สะท้อนว่าอาการของโรคที่รุนแรงในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเดิม อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการอย่างรวดเร็วกว่า แต่ในทางกลับกันการมีโรคประจำตัวกลับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ (crude OR= 3.24) (Rakchue & Poonphol, 2019) อธิบายได้ว่า อาการของโรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการคล้าย ๆ กับอาการของโรคประจำตัวเดิม เช่น อาการสับสน วิงเวียน ปวดศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมักจะใช้วิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นก่อนที่จะไปพบแพทย์เมื่ออาการไม่ทุเลา

4. ปัจจัยด้านเพศและอายุ มีค่า Information gain ค่อนข้างต่ำ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นส่วนประกอบสำคัญในแบบจำลอง เนื่องจากพหุปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนต่อการตัดสินใจเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Potisopha et al. (2020) และ Lee et al. (2024) ที่อ้างถึงอิทธิพลของเพศและอายุต่อระยะเวลาเข้าถึงบริการก่อนถึงโรงพยาบาล

5. ปัจจัยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แม้จะมีอำนาจการทำนายน้อย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ปัจจัยนี้จะสำคัญเมื่อพิจารณาพร้อมกับตำบลของผู้ป่วยและระยะเวลาเดินทาง และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการทันเวลามีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการไม่ทันเวลา แสดงให้เห็นว่าแม้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะมีอิทธิพลรองในภาพรวม แต่เป็นตัวแปรสนับสนุนที่สำคัญต่อการลดระยะเวลาเดินทางสำหรับพื้นที่ห่างไกล (Tansuwannarat et al., 2021)

6. ประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า Information gain ต่ำมาก แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยเดิมเพียงอย่างเดียว อาจไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่กระตุ้นให้มาโรงพยาบาลเร็วขึ้น หากไม่พิจารณาพร้อมกับปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ เช่น ระยะทาง หรือการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yoon et al. (2022) ที่พบว่าปัจจัยประวัติการเคยป่วยมาก่อนสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการล่าช้า อธิบายได้ว่าประสบการณ์เดิมมีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่ซับซ้อนและอาจนำไปสู่ความล่าช้าได้หากผู้ป่วยรายนั้นประเมินความรุนแรงของโรคผิดพลาด

ทั้งนี้ ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ในประเด็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้าถึงบริการทันเวลาทั้งหมด ก่อให้เกิดปรากฏการณ์การแบ่งกลุ่มสมบูรณ์ (Perfect Separation Effect) ซึ่งอาจทำให้แบบจำลองประเมินความสำคัญของตัวแปรนี้สูงเกินจริง ประกอบกับการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว จึงยังขาดตัวแปรเชิงพฤติกรรม และการนำไปใช้ในบริบทอื่นจำเป็นต้องปรับแก้พารามิเตอร์ให้เหมาะสม อย่างไรก็ตาม จุดเด่นของการศึกษาคือการใช้แนวคิดการแก้ปัญหาประดิษฐ์ระดับข้อมูลทุติยภูมิในระบบ

HOSxP เดิม สู่แบบจำลองทำนายเชิงคาดการณ์ที่มีประสิทธิภาพและเสถียรภาพสูง ช่วยระบุปัจจัยทำนายเชิงพื้นที่เพื่อสนับสนุนการวางแผนบริการสุขภาพเชิงรุกได้อย่างคุ้มค่า

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนบริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน โดยควรเน้นส่งเสริมการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล และจัดโปรแกรมให้สุศึกษาเรื่องสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อลดอัตราการความพิการและเสียชีวิตในชุมชนต่อไป

2. โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลดิจิทัลและจัดเก็บฐานข้อมูลเชิงโครงสร้างให้มีความสม่ำเสมอและเป็นมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพข้อมูลดิจิทัลและรองรับการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้วิเคราะห์พยากรณ์สถานการณ์สุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มที่หลากหลายและจำนวนของตัวแปรทำนาย เช่น ตัวแปรเชิงพฤติกรรมและสังคม ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อเพิ่มความไวของแบบจำลองในการทำนายกลุ่มที่มาทันเวลาให้สูงขึ้น

2. ควรมีการศึกษาติดตามผล ภายหลังการนำแบบจำลองที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในระบบการคัดกรองหรือวางแผนเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินว่าผลการศึกษามีช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ และลดอัตราการความพิการของผู้ป่วยได้จริงอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ อย่างไร

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2569, 21 เมษายน). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ *Health Data*

Center (HDC) [https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/3092c3c3250ae67155f7e134680c4152?subcatalogId=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3)

[detail/3092c3c3250ae67155f7e134680c4152?subcatalogId=39fd](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/3092c3c3250ae67155f7e134680c4152?subcatalogId=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3)

[60c25235db479930db85a0e97dd3](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/3092c3c3250ae67155f7e134680c4152?subcatalogId=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3)

เขตสุขภาพที่ 8. (2569, 5 กุมภาพันธ์). รายงานระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 8.

<https://r8way.moph.go.th/r8way/viewIVG1wV/BRPT0=>

Butdee, S., Juntasopeepun, P., Chintanawat, R., & Locsin, R. C. (2023). Prehospital delay after acute ischemic stroke among Thai older adults: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*, 25(1), 73-79. <https://doi.org/10.1111/nhs.12991>

Caroline, F., & Rachmat, N. (2025). Comparison of XGBoost and LightGBM Algorithms in Predicting Heart Disease. *Brilliance: Research of Artificial Intelligence*, 5, 1232-1239. <https://doi.org/10.47709/brilliance.v5i2.7505>

- Chansiri, K., McCrae, J. S., Courtney, K. O., & Cappello, D. (2025). A machine learning approach to healthcare needs and barriers using the 100% Community Survey of access to SDOH services [Original Research]. *Frontiers in Public Health, Volume 13* - 2025. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1659322>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., M, F. G., & Rautalin, I. (2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *Int J Stroke, 20*(2), 132-144. <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>
- Lee, J.-E., Kityo, A., & Lee, S.-A. (2024). Lifestyle Factors, Sociodemographic Characteristics and Incident Hypertension: A Prospective Analysis of the Korean National Health Insurance Service Sample Cohort. *Journal of Personalized Medicine, 14*(9), 959.
- Liu, Y., Zhang, C., Zheng, X., Liu, Y., & He, J. (2023). Stroke prediction model based on decision tree. *WSEAS Transactions on Biology and Biomedicine, 20, 2023*, 24-27. <https://doi.org/10.37394/23208.2023.20.3>
- Ngoc-Bich Le, T.-T.-H. P., Sy-Hoang Nguyen, Nhat-Minh Nguyen, Tan-Nhu Nguyen. (2024). AI-powered Predictive Model for Stroke and Diabetes Diagnostic. *I.J. Intelligent Systems and Applications, 2024*(1), 24-40.
- Nonsiri N, M. R., Somkanta K. (2023). Data Classifying to Diagnose Diabetes Risk Using Data Mining Techniques. *The Journal of King Mongkut's University of Technology North Bangkok, 33*(2), 538-547.
- Nursikuwagus, A. (2025). CLASSIFICATION FOR DIAGNOSING STROKE USING ORANGE DATA MINING. *Journal of Mathematical Sciences and Informatics, 5*(1), 83-94.
- Peretz, O., Koren, M., & Koren, O. (2024). Naive Bayes classifier–An ensemble procedure for recall and precision enrichment. *Engineering Applications of Artificial Intelligence, 136*, 108972.
- Potisopha, W., Vuckovic, K. M., DeVon, H. A., Park, C. G., & Hershberger, P. E. (2020). Sex Differences in Prehospital Delay in Patients With Acute Stroke: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs, 35*(6), E77-e88. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000715>
- Prabhakaran, S., Gonzalez, N. R., Zachrison, K. S., Adeoye, O., Alexandrov, A. W., Ansari, S. A., Chapman, S., Czap, A. L., Dumitrascu, O. M., Ishida, K., Jadhav, A. P., Johnson, B., Johnston, K. C., Khatri, P., Kimberly, W. T., Lee, V. H., Leslie-Mazwi, T. M., Mac Grory, B., Madsen, T. E., Menon, B., ... Peer Review Committee. (2026). 2026 guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline from the



- American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. Advance online publication.
- Rakchue, P., Poonphol, S. (2019). Factor influencing Pre-hospital Delay among Acute Ischemic Stroke Patients in Rajavithi Hospital. *J Thai Stroke Soc*, 18(1), 5-13.
- Sutanon, A. (2025). Development clinical decision support system to enhance accuracy in diagnosis and treatment of stroke in emergency patients *Journal of the Thai Medical Informatics Association*, 2, 119-126.
- Tansuwannarat, P., Atiksawedparit, P., Wibulpolprasert, A., & Mankasetkit, N. (2021). Prehospital time of suspected stroke patients treated by emergency medical service: a nationwide study in Thailand. *Int J Emerg Med*, 14(1), 37.
<https://doi.org/10.1186/s12245-021-00361-w>
- Wartika, Nursikuwagus, Agus. (2025). CLASSIFICATION FOR DIAGNOSING STROKE USING ORANGE DATA MINING. *Journal of Mathematical Sciences and Informatics*, 5(1), 83-94.
- Yoon, C. W., Oh, H., Lee, J., Rha, J. H., Woo, S. I., Lee, W. K., Jung, H. Y., Ban, B., Kang, J., Kim, B. J., Kim, W. S., Yoon, C. H., Lee, H., Kim, S., Kim, S. H., Kang, E. K., Her, A. Y., Cha, J. K., Kim, D. H.,...Bae, H. J. (2022). Comparisons of Prehospital Delay and Related Factors Between Acute Ischemic Stroke and Acute Myocardial Infarction. *J Am Heart Assoc*, 11(9), e023214. <https://doi.org/10.1161/jaha.121.023214>

รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

A model for preparing for old age among people aged 50-59 years, through
the participation of network partners in Sam Phran District, Nakhon Pathom
Province

พัชรวัฒน์ พัชรเกียรติกนก

Patcharawat Patcharakeatkanoke

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

Sam Phran District Public Health Office, Nakhon Pathom Province

(Received: 8 June 2026; Revised: 17 August 2026; Accepted: 26 August 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี 2) พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 3) ประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชาชนอายุ 50-59 ปี จำนวน 420 คน และกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวจำนวน 50 คน ผู้ให้ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Friedman Test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าความต้องการในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แบบ 5 ฐานหมุนเวียน (ฐานละ 25 นาที) ร่วมกับการติดตามของภาคีเครือข่ายในชุมชน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลพบคะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($Z=6.182$, $P\text{-value} > 0.05$) ผู้เข้าร่วมสะท้อนว่ากิจกรรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ การปรับพฤติกรรม และการวางแผนชีวิตในอนาคตได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถเสริมสร้างศักยภาพและความพร้อมของประชาชนก่อนวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรขยายผลสู่พื้นที่และกลุ่มประชากรอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ, ประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ภาคีเครือข่าย

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patcharawat.222@gmail.com, พัทธวัฒน์ พัชรเกียรติกนก)



Abstract

This research employed a mixed-methods research design. The objectives were to: 1) study the current situations, problems, and needs regarding preparation for entering old age among pre-elderly individuals aged 50–59 years; 2) develop a preparation model for entering old age through network alliance participation; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The quantitative sample consisted of 420 pre-elderly individuals aged 50–59 years, with 50 individuals participating in the One experimental group. The qualitative key informants included 10 individuals selected through purposive sampling based on specified criteria. The research instruments comprised questionnaires (IOC = 0.82, Cronbach's alpha = 0.89), in-depth interview guidelines, and the developed preparation model for entering old age through network partners alliance participation in Sam Phran District, Nakhon Pathom Province. Data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, and content analysis. The research findings revealed that the needs for aging preparation encompassed physical, psychological, economic, social, and daily living dimensions. The developed model integrated participatory learning activities with community network alliances. The results demonstrated that after the intervention and during the follow-up period, the mean scores for aging preparation were significantly higher than those before the intervention. Participants reflected that the activities could be effectively applied to health care, behavior modification, and future life planning. The study indicates that developing an aging preparation model through community network alliance participation effectively enhances the potential and readiness of pre-elderly individuals. This model should be scaled up to other areas and population groups.

Keywords: Preparing for old age, People aged 50–59, Community Participation, Network Partners

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีกว่า 12.9 ล้านคนหรือร้อยละ 20.00 จากประชากรทั้งหมด(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) และมีการคาดประมาณว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก

นอกเหนือจากร่างกายเสื่อมถอย ความสามารถในการทำกิจกรรมหรืองานบางอย่างลดลง ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุ (มาตุรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง, 2560)

จังหวัดนครปฐม มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 925,758 คน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 196,274 คนคิดเป็นร้อยละ 21.20 ซึ่งอำเภอสามพรานมีผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 2 ของจังหวัดนครปฐม โดยอำเภอสามพรานมีประชากรทั้งสิ้น 222,559 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 49,720 คนคิดเป็นร้อยละ 22.34 (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2567) จากบันทึกการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ของอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังถึง 24,202 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.62 เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.37 โรคเบาหวานร้อยละ 17.34 โรคหลอดเลือด หัวใจร้อยละ 0.93 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.75 นอกจากโรคทางกายแล้วผู้สูงอายุอำเภอสามพราน ยังประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตรวมร้อยละ 1.62 ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด โดยแบ่งเป็น โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 0.83 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.80 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน, 2567) การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องการการวางแผนอย่างเป็นระบบและเริ่ม ดำเนินการล่วงหน้า โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน เนื่องจาก ต้องใช้เวลาในการดำเนินการกว่าจะเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม (ภคภัทร พิชิตกุลธรรม และคณะ, 2562)

รูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ ไม่อยู่เป็นภาระในการใช้ชีวิตประจำวัน มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้เข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์กับสังคม มีความงอกงามทางปัญญาและมีความมั่นคงในยามชรา ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคงในชีวิต (พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ และคณะ, 2563) จากการศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชน พบว่า ภาวะสุขภาพสามารถทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ถือว่าเป็นการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่งที่มีเป้าหมายอยู่ที่ความสุขในชีวิต เพราะสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ สุขุขอันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2002)

แม้ว่าจะมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในหลายพื้นที่ แต่งานวิจัยในอดีตส่วนใหญ่ มุ่งเน้นแบบต่างคนต่างทำ หรือเน้นการตั้งรับในสถานบริการ ขาดการเชื่อมโยงกับทุนทางสังคมในชุมชน และ ยังพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ที่ผ่านมาการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย 50-59 ปีในอำเภอสามพราน มีเพียง การตรวจคัดกรองตามแนวทางการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีการดูแลภาพรวมที่ตรงกับความต้องการ ของกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอสามพรานในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งยังขาดรูปแบบการ บูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน ยังเป็นรูปแบบต่างคนต่างทำ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง หน่วยปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี (ซึ่งเป็นช่วงเวลา ทองในการสะสมทุนทางสุขภาพ หากไม่เริ่มเตรียมตัวในช่วงนี้เมื่ออายุถึง 60 ปี จะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ทันที โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอสามพรานซึ่งเป็นเขตเมืองและมีความสมบูรณ์ด้านอาหารและพฤติกรรมในการบริโภคที่

เอื้อต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต) ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุไม่สามารถบรรลุผลได้ด้วยระบบสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องอาศัยกลไกของภาคีเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่อำเภอสามพราน ทำให้เกิดกระบวนการจัดการในชุมชน เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

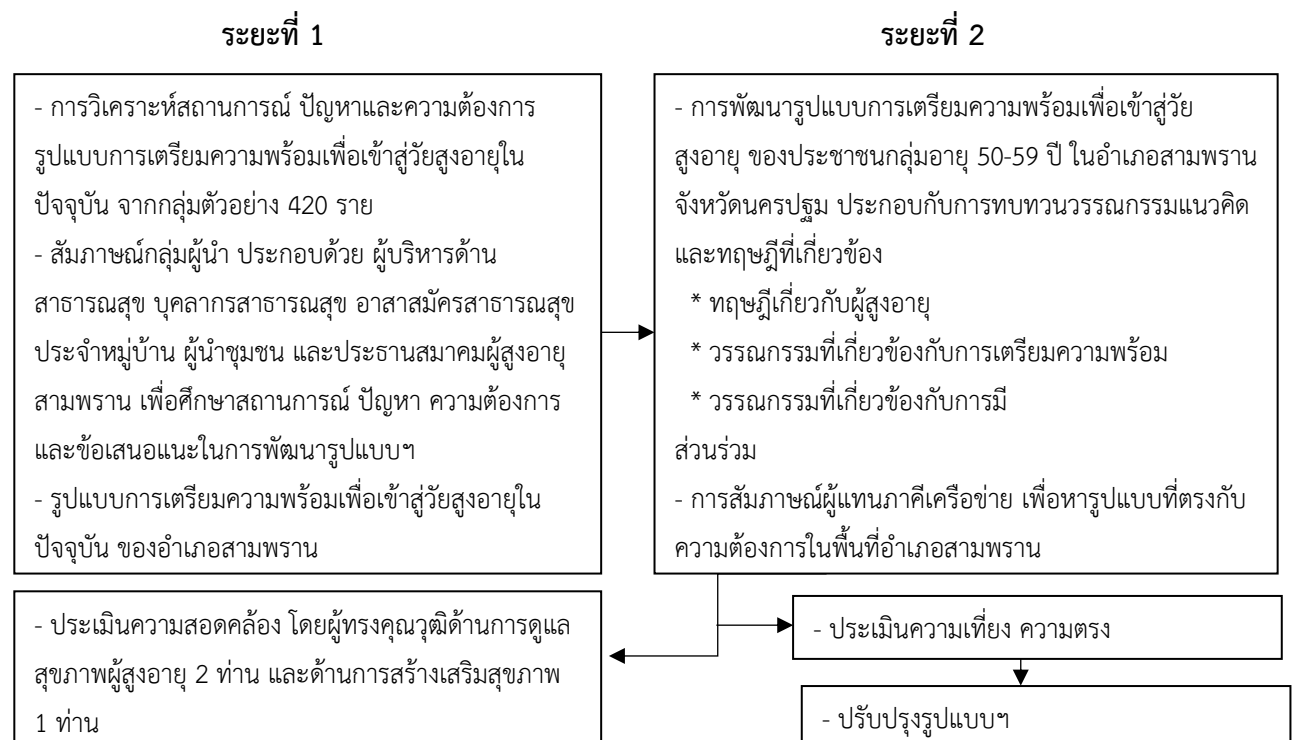
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอสามพราน ในระยะที่ 3 และระยะติดตามผลหลังจากทดลองในระยะที่ 3 แล้ว 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระยะที่ 3

- การทดลองใช้และประเมินผล ประกอบด้วยกลุ่มประชาชน 50-59 ปี จำนวน 50 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละตำบล (โดยสุ่มคัดเลือกตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการเข้าร่วมในระยะที่ 1)
- การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม .ในฐานการเรียนรู้ 5 ฐาน
แบบหมุนฐาน (ฐานละ 25 นาที)

ระยะที่ 4

- ประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยกลุ่มประชาชน 50-59 ปี จำนวน 50 คนจากกลุ่มที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบจากระยะที่ 3 หลังจากผ่านการทดลองใช้รูปแบบฯ 1 เดือน ส่วนการประเมินเชิงคุณภาพโดยเลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 10 คนเป็นตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะที่ 4
- เปรียบเทียบความรู้ / พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่าง-หลัง การอบรม
- พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) ด้วยการศึกษาวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative Methods) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และการวิจัยกึ่งทดลอง Quasi-experimental research กลุ่มเดียว วัดผลก่อน – หลัง และวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative Methods) เพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัยตามระยะการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษา สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี จังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยทำงานตอนปลายที่มีอายุ 50 - 59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 33,837 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ วัยทำงานตอนปลาย ที่มีอายุ 50 - 59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 420 คน(ค่าความเชื่อมั่น 95%) ได้จากสูตรคำนวณประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบประชากร (Weiers, 2005) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว กลุ่มเพื่อน / บุคคลที่คบหาไปมาหาสู่เป็นประจำ โรคประจำตัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน โดยมีค่า IOC 0.67 ขึ้นไป หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้อง ชัดเจนและมีความเหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองสอบถามกับประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช(Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ในอำเภอสสามพรานจังหวัดนครปฐม โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในพื้นที่อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเปิดกว้าง ป้องกันข้อจำกัดในการเสนอข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 กลุ่ม(2 คน) กลุ่มผู้นำอย่างเป็นทางการ เช่น นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 กลุ่ม(4 คน) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นายกสมาคมผู้สูงอายุและตัวแทนผู้สูงอายุอำเภอสสามพราน จำนวน 1 กลุ่ม (4 คน) รวมจำนวนทั้งหมด 10 คนหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยการสนทนากลุ่มเชิงลึก โดยก่อนเก็บข้อมูลทีมผู้วิจัยจะแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลรวบรวม ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง เพื่อค้นหาความต้องการรูปแบบการเตรียม

ความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในอำเภอสามพราน และพิจารณาพร้อมกับรูปแบบกิจกรรมที่กระทรวงกำหนด เพื่อให้ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุในบริบทของอำเภอสามพราน หลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จำนวน 2 คน, ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอสามพราน 1 คน, นายกสมคมผู้สูงอายุ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญงานวิจัย 1 คน ได้ตรวจความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้ในระยยะที่ 3

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ภายหลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว รูปแบบดังกล่าวจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละตำบล (โดยสุ่มคัดเลือกตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการเข้าร่วมในระยะที่ 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ที่ได้จากการศึกษา ระยะที่ 2 และแบบวัดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ดำเนินการเปรียบเทียบคะแนนการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ก่อน หลังการเข้าร่วม และระยะติดตาม จากการทดสอบความปกติของข้อมูลด้วยวิธี Shapiro-Wilk พบว่า มีค่าสถิติเท่ากับ .950 และมีค่า p-value = 0.034 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบด้วยสถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Signed Ranks และ Friedman Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 10 คน ภายหลังกการทดลองเสร็จสิ้น โดยใช้หลักการวิเคราะห์แบบเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 4 ประเมินผลและติดตามผลการศึกษา รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยในระยะประเมินผล หลังเสร็จสิ้นการใช้รูปแบบฯ ในระยะที่ 3 แล้ว 1 เดือน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มประชาชน 50-59 ปี จำนวน 50 คนจากกลุ่มที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบจากระยะที่ 3 หลังจากผ่านการทดลองใช้รูปแบบฯ 1 เดือน ส่วนการประเมินเชิงคุณภาพโดยเลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (เป็นตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะที่ 4)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ ใช้หลักการวิเคราะห์แบบเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 48/2567 วันที่ให้การรับรอง 23 ธันวาคม 2567 วันหมดอายุรับรอง 22 ธันวาคม 2569 โดยก่อนเก็บข้อมูลทีมผู้วิจัยจะแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.33 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 54.91 ปี ($SD. = 4.13$) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.14 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.57 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 34.05 โดยมีอาชีพปัจจุบันคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.10 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 16,407.38 บาท ไม่มีรายได้เสริม ร้อยละ 49.29 และมีรายได้เสริมโดยมีแหล่งที่มาจากลูกหลาน ร้อยละ 25.71 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42.62 ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวประกอบด้วยพ่อแม่ลูก ร้อยละ 53.10 สถานภาพในการพักอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้าน ร้อยละ 75.71 และมีระยะเวลาที่พักอาศัยโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 82.38 มากกว่า 10 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 48.81

2. ด้านสภาพปัญหาและความต้องการ การเตรียมความพร้อม

ด้านปัญหา กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาวะโดยรวมในระดับต่ำ ($M = 2.51, SD.=0.76$) ปัญหาสุขภาวะด้านสังคม และด้านสติปัญญามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ($M = 2.68, SD.= 0.88$) ส่วนปัญหาสุขภาวะด้านที่อยู่อาศัยมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 2.32, SD.=0.89$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัญหาในการเตรียมความพร้อม เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนวัยกลุ่มอายุ 50-59 ปี อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม รายข้อ และโดยรวม ($n= 420$)

ปัญหาการเตรียมความพร้อม	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับ
ปัญหาสุขภาวะด้านร่างกาย	2.47	0.87	ต่ำ
ปัญหาสุขภาวะด้านจิตใจ	2.50	0.89	ต่ำ
ปัญหาสุขภาวะด้านเศรษฐกิจ	2.65	0.96	ปานกลาง
ปัญหาสุขภาวะด้านสังคม	2.68	0.88	ปานกลาง
ปัญหาสุขภาวะด้านสติปัญญา	2.68	0.88	ปานกลาง
ปัญหาสุขภาวะด้านที่อยู่อาศัย	2.32	0.89	ต่ำ
ปัญหาสุขภาวะโดยรวม	2.51	0.76	ต่ำ

ด้านความต้องการในการเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการสุขภาวะโดยรวมในระดับสูง ($M = 3.44, SD = 0.76$) อกความต้องการสุขภาวะด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ($M = 3.56, SD = 0.80$) ส่วนปัญหาสุขภาวะด้านที่อยู่อาศัยมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 3.31, SD = 0.87$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความต้องการการเตรียมความพร้อม เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม รายข้อ และโดยรวม ($n = 420$)

ความต้องการการเตรียมความพร้อม	M	SD	ระดับ
ความต้องการสุขภาวะด้านร่างกาย	3.56	0.80	สูง
ความต้องการสุขภาวะด้านจิตใจ	3.38	0.84	ปานกลาง
ความต้องการสุขภาวะด้านเศรษฐกิจ	3.38	0.85	ปานกลาง
ความต้องการสุขภาวะด้านสังคม	3.32	0.87	ปานกลาง
ความต้องการสุขภาวะด้านสติปัญญา	3.32	0.88	ปานกลาง
ความต้องการสุขภาวะด้านที่อยู่อาศัย	3.31	0.87	ปานกลาง
ความต้องการการเตรียมความพร้อมโดยรวม	3.44	0.76	สูง

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ดังนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 คน กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 4 คน กลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จำนวน 3 คน ได้แก่ นายอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขอำเภอ รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน มีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ว่าสภาพปัญหาปัจจุบันของประชาชนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุที่สำคัญคือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความเป็นอยู่ การรู้เท่าทันเพื่ออยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย และการจัดการเรื่องของสุขภาพร่างกายและจิตใจ ดังตัวอย่างข้อมูล “สังคมมันเปลี่ยนแปลงไปทุกวันเมื่อก่อนยังเป็นชนบทอยู่ คนยังปลูกผักเลี้ยงสัตว์กันอยู่เลย แต่ตอนนี้เป็นสังคมเมืองหมดแล้วโรงงานอะไรต่าง ๆ ก็มากมายคนก็แข่งขันกันมากขึ้น ถ้าเราไม่ทันกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงเราก็อยู่ยากนะเพราะฉะนั้นอยากให้สอนเกี่ยวกับเรื่องของการตามสังคมให้ทันเรื่องสิทธิ์ต่าง ๆ ของเรา” และ “เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญมาก ๆ ค่ะจะต้องพัฒนาเพราะว่าการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ถ้าใช้เทคโนโลยีใหม่ไม่ได้ ไม่พัฒนาความรู้ก็อยู่ยากแล้วค่ะ ขนาดป้าแก่แล้ว ตอนนี่ยังเริ่มเรียนรู้เรื่องของโซเชียลเลย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพ รวมถึงแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อมูลนำเข้าสู่ระยะที่ 2 ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบ การเตรียมความพร้อมเพื่อ

เข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งประกอบไปด้วยสภาพปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบฯ ในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันของอำเภอสามพราน และข้อเสนอแนะ ความต้องการในรูปแบบฯ การดูแล ที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอสามพราน รวมทั้งภารกิจที่เข้ามามีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมให้ข้อมูล นำมาพัฒนารูปแบบฯ ควบคู่กับการจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาสุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา ซึ่งวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง จากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC ระหว่าง 0.60 – 1.00

ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนแบบวัดความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้เข้าร่วมการทดลอง รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ภายหลังจากเข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบฯ ในระยะที่ 3 แล้วเป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนด้วยสถิติ Friedman Test

ความพร้อมฯ	การทดสอบ	n	M	SD.	Mean Rank	Chi-Square	Sig.
ค่าเฉลี่ยคะแนนการ	ก่อนการทดลอง	50	3.6338	.48969	1.00		
เตรียมความพร้อมเข้า	หลังการทดลอง	50	4.2256	.47521	2.02	99.030*	<0.001
สู่วัยสูงอายุ	ระยะติดตามผล	50	4.4116	.45301	2.98		

* P-value < 0.05

และผลการเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีค่าเฉลี่ยความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุโดยรวม ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพหุคูณของค่าเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ความพร้อมฯ	เปรียบเทียบรายคู่	n	Z	Sig.
ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระหว่างก่อนทดลอง กับหลังทดลอง	50	6.198*	0.001
การเตรียมความพร้อม	ระหว่างก่อนทดลอง กับติดตามผล	50	6.182*	0.001
เข้าสู่วัยสูงอายุ	ระหว่างหลังทดลอง กับติดตามผล	50	6.589*	0.001

* P-value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม

ปัญหาในการเตรียมความพร้อม เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม มีปัญหาสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยปัญหาสุขภาวะด้านสังคม และด้านสติปัญญา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนปัญหาสุขภาวะด้านที่อยู่อาศัยมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และความต้องการในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม มีความต้องการสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ที่ระบุถึงปัญหาด้านสังคม และด้านสติปัญญา ในส่วนความต้องการสุขภาวะด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของอำเภอสามพราณพบ ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังถึง 24,202 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.62 จึงมีความต้องการสุขภาวะด้านร่างกายมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กริช เกียรติญาณ และธณิสรา โรจนตระกูล (2564) ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอมะนัง นครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่าด้านสุขภาพร่างกาย ควรมีการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรสวรรค์ วุฒิมังค์ (2564) ศึกษาแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ คือ ความต้องการด้านสุขภาวะ ความต้องการด้านสุขภาวะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชน พบว่า ภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Mahnaz Solhi et al. (2022) ทำการศึกษามิติของการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยชรา: การทบทวนอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการเตรียมตัวสำหรับวัยชราที่แบ่งออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ (1) การเตรียมตัวด้านสุขภาพ (2) การเตรียมตัวด้านจิตวิทยา (3) การเตรียมตัวด้านการเงิน (4) การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย (5) การเตรียมตัวด้านสังคม และ (6) การพักผ่อนหย่อนใจอย่างกระฉับกระเฉง สรุปผลการศึกษาในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่า การวางแผนสำหรับวัยชราจำเป็นต้องครอบคลุมทุกมิติของการเตรียมตัวสำหรับวัยชราเพื่อให้มีสุขภาพดีในวัยชรา การวางแผนการเตรียมตัวควรดำเนินการก่อนวัยชราและในช่วงวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม มีความสอดคล้องตามบริบทที่

เฉพาะเจาะจงกับพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี ซึ่งมีการดำเนินการตั้งแต่ขั้นต้นจุดเริ่มต้นและการรวมตัว การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหรือสะท้อนความต้องการร่วมกัน ต่อมาขั้นพัฒนาการร่วมคิดและร่วมออกแบบ เกิดวงจรการพัฒนา จากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกจากเครือข่ายในชุมชน จนได้รูปแบบออกมา และผ่านการปรับปรุง ปรับแก้ กิจกรรมตามการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงเครือข่ายไม่ได้เป็นแค่ผู้เข้าร่วมแต่เป็นผู้ร่วมจัด และผลักดัน ในขั้นสรุปรูปแบบที่เกิดขึ้นจริงเป็นรูปแบบที่เกิดจากข้อตกลงและพลังของเครือข่าย และเป็นกลไกการทำงานร่วมกัน รูปแบบการเรียนรู้ในครั้งนี้ เป็นกิจกรรมการเรียนรู้แบบหมุนฐาน ซึ่งเน้นวิธีการสอนแบบแบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มย่อยและหมุนเวียนกันเรียนรู้ตาม "ฐาน" กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดเตรียมไว้ แต่ละฐานจะนำเสนอเนื้อหาหรือทักษะผ่านสื่อและกิจกรรมที่ต่างกัน เช่น การอ่าน การทดลองปฏิบัติจริง การใช้สื่อออนไลน์หรือการทำใบงาน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความตื่นตัว พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และเรียนรู้อย่างรอบด้านด้วยตนเอง ซึ่งรูปแบบการหมุนเวียนฐานเกี่ยวข้องกับการแบ่งการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าและการเรียนรู้ออนไลน์ และจะหมุนเวียนไปตามฐานต่างๆ (Horn & Staker, 2011) ซึ่งรูปแบบการหมุนเวียนฐานสามารถทำให้ขนาดของผู้เรียนเล็กลง ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ได้แสดงความสามารถในการพูด ดังนั้นรูปแบบนี้จึงเป็นหนึ่งในรูปแบบผสมผสานในการอำนวยความสะดวกให้การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปีโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้ารับการเตรียมความพร้อม ซึ่งเป็นผลจากการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหรือสะท้อนความต้องการร่วมกัน ต่อมาขั้นพัฒนาการร่วมคิดและร่วมออกแบบ เกิดวงจรการพัฒนา จากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกจากเครือข่ายในชุมชน จนได้รูปแบบออกมา และผ่านการปรับปรุง ปรับแก้ กิจกรรมตามการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงเครือข่ายไม่ได้เป็นแค่ผู้เข้าร่วมแต่เป็นผู้ร่วมจัด และผลักดัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chayanit Luevanich et al. (2024) ซึ่งทำการศึกษา การพัฒนาและประเมินผลโครงการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยชรา: กรณีศึกษาจากจังหวัดภูเก็ต ประเทศไทย โดยการออกแบบการทดลองแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง เพื่อประเมินโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่โดยมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการจัดการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมถึงมีการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการจริงจะช่วยส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชฐ ปัญญา และคณะ (2563) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี โดยรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ที่พัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ตำบลพลั่ว

อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี (L-SA Model) ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบ L-SA Model ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงในชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ L-SA Model อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ จึงสรุปได้ว่ารูปแบบ L-SA Model มีประสิทธิภาพดี และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุตอนต้นมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการหมุนเวียนฐาน ซึ่งทำให้ขนาดของผู้เรียนเล็กลง เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้แสดงความสามารถในการพูด จึงเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การพัฒนาสุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการเรียนรู้เพียงด้านเดียว เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ และคณะ (2563) ศึกษาแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ ไม่อยู่พึ่งพิงในการใช้ชีวิตประจำวัน มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้เข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์กับสังคม มีความองคมนตรีทางปัญญา และมีความมั่นคงในยามชรา ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคงในชีวิต การศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับ พรสวรรค์ วุฒิวงศ์ (2564) ศึกษาแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งพบว่าแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและหลากหลาย และมีส่วนร่วมในกิจกรรม

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนเกษียณ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการเตรียมความพร้อมสามารถกระตุ้นให้ประชาชนอายุ 50 -59 ปี วางแผนเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีในอนาคตได้ ดังผลการสนทนากลุ่มในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามที่แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้ทำให้มีความเข้าใจ เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ และสามารถวางแผนนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ชีวิตความเป็นอยู่ โดยเฉพาะการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ และการรู้เท่าทันทางด้านเทคโนโลยี แม้ในระยะติดตามผล 1 เดือน ยังพบว่ากลุ่มทดลองยังนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ดังข้อมูล “ ยังจำที่สอนได้ว่าต้องใช้เงินให้เป็นบัญชีครัวเรือนค่าใช้จ่ายทำแล้วก็จะรู้ว่าอะไรควรไม่ควร ช่วยลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นลงไปได้เยอะเลย แถมมีเงินออมมากขึ้นอีกด้วยนะ ” และ “ เป็นกิจกรรมที่ดีมาก ๆ เลยตอนนี้ก็ยังนำมาปรับใช้ในทุกวันนะ ” ดังนั้นรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จึงส่งผลให้เกิดกระบวนการจัดการในชุมชน เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตามบริบทของชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน โรงพยาบาลสามพราน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคประชาชน ทั้งในพื้นที่อำเภอสามพรานและพื้นที่ใกล้เคียง ควรนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ไปประยุกต์ใช้กับประชาชน 50-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มวัยอื่น ๆ และควรมีการพิจารณาศึกษารายละเอียดต่าง ๆ ก่อนการนำไปใช้ รวมถึงจะต้องฝึกฝนทักษะประสบการณ์เพื่อให้สามารถจัดรูปแบบกิจกรรมได้เป็นอย่างดี และควรมีการทดลองใช้ ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การบูรณาการแผนยุทธศาสตร์ท้องถิ่นให้นำตัวชี้วัดและข้อมูลกลุ่มเป้าหมายจากงานวิจัย บรรจุเข้าเป็นหมวดหมู่หลักใน แผนพัฒนาท้องถิ่น 5 ปี และ แผนยุทธศาสตร์ท้องถิ่นหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) เพื่อรองรับการจัดสรรงบประมาณระยะยาวอย่างเป็นระบบ

3. จากผลการวิเคราะห์ที่ได้จากงานวิจัย ซึ่งพบว่าระดับของปัญหาสุขภาพะด้านสังคม และด้านสติปัญญามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด จึงควรส่งเสริมเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติการสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน โรงพยาบาลสามพราน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 22 แห่ง รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงความสัมพันธ์ หรือเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อการทำความเข้าใจในบริบทและเพื่อคลี่คลายความคลุมเครือในรายละเอียดเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลของการคงอยู่ของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี หลังการทดลองไปแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน และศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้าเพื่อติดตามผลระยะยาวในวัยสูงอายุ

3. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชาชนกลุ่มอื่น อาทิ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง หรือกลุ่มวัยอื่น ๆ ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ประชาชนในบริบทชุมชนเมือง ชนบท หรือภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบท

รายการอ้างอิง

กริช เกียรติญาณ, และธณัฐา โรจนตระกูล. (2564). การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. *วารสารการพัฒนาสังคม*, 23(2), 45-60.

พรสวรรค์ วุฒิวงศ์. (2564). *แนวทางการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัชฎาวัลย์ โพธิ์จันทร์, วาสนา ธัญญโชติ, พรฤดี นิธิรัตน์, และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563).

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(2), 15–29.

ภคภัทร พิชิตกุลธรรม, ชนัญชิตา ดุษฎีกุลศิริ, และพรนภา หอมสินธุ์. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(3), 50–63.

มาธูรี อุไรรัตน์, & มาลี สบายยิ่ง. (2560). การเตรียมความพร้อมของประชากรวัยก่อนสูงอายุในประเทศไทย.

วารสารการพัฒนาสังคม, 19(1), 55–70.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทยประจำปี*

2565. <https://mahidol.ac.th>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม*

แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2562-2564). <https://www.nesdc.go.th>

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน. (2567). *แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขอำเภอสามพราน ปีงบประมาณ*

2568. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2567). ข้อมูลทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2567.

กระทรวงมหาดไทย.

Horn, M. B., & Staker, H. (2011). *The rise of K–12 blended learning*. Innosight Institute.

Luevanich, C., Naklong, A., & Surachetkosom, P. (2024). Community participation in preparing

for an aging society. *Journal of Aging Studies*, 41(2), 115–129.

Solhi, M., Pirouzeh, R., Zanjari, N., & Janani, L. (2022). Factors affecting active aging: A

systematic review. *BMC Public Health*, 22, Article 1. [https://doi.org/10.1186/s12889-](https://doi.org/10.1186/s12889-022)

022

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health

Organization.

การพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลประจันตคาม
จังหวัดปราจีนบุรี

Development of a Model for Surveillance and Promotion of Early Childhood
Development in Prachantakham Subdistrict, Prachinburi Province.

พิชญญาณ์ ผ่องแผ้ว
Phitchaya Phongphaew
โรงพยาบาลประจันตคาม
Prachantakham Hospital

(Received: 9 March 2026; Revised: 4 August 2026; Accepted: 26 August 2026)

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพเด็ก แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านการติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง และการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยระยะประเมินผลใช้รูปแบบ One-group Pretest–Posttest Design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างระยะประเมินผล ได้แก่ เด็กปฐมวัยอายุ 0–5 ปี และผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 42 คู่ คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และแบบประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSDM วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.41$, $SD. = 0.50$) โดยการติดตามพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.67$, $SD. = 0.44$) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็ก การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบติดตามต่อเนื่อง ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ เด็กปฐมวัยมีคะแนนพัฒนาการเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.21 ± 0.46 เป็น 3.78 ± 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.52$, $P\text{-value} = 0.001$) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการสนับสนุนการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, การเฝ้าระวังพัฒนาการ, การส่งเสริมพัฒนาการ, การวิจัยและพัฒนา, ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pitchayada5449@gmail.com, พิชญญาณ์ ผ่องแผ้ว)

Abstract

Early childhood development surveillance and promotion are essential for optimizing children's growth and development. However, community-based implementation remains constrained by inadequate follow-up of at-risk children, limited parental capacity, and insufficient integration among local stakeholders. This study employed a Research and Development (R&D) design. The evaluation phase used a One-group Pretest–Posttest Design. The objectives were to: (1) investigate the problems and key components related to early childhood development surveillance and promotion; (2) develop a context-specific model for Prachantakham Subdistrict, Prachinburi Province; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The evaluation phase included 42 pairs of children aged 0–5 years and their primary caregivers, selected by purposive sampling. The developed model comprised four components: developmental assessment using the DSPM, parental capacity building, community participation, and a continuous follow-up system. Data were collected using questionnaires, in-depth interviews, focus group discussions, an expert evaluation form, and the DSPM assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test. The findings showed that the overall level of components related to early childhood development surveillance and promotion was moderate ($M = 3.41$, $SD. = 0.50$), with developmental follow-up by health personnel demonstrating the highest mean score ($M = 3.67$, $SD. = 0.44$). After implementation, children's mean developmental scores significantly increased from 3.21 ± 0.46 to 3.78 ± 0.41 ($t = 6.52$, $P\text{-value} = 0.001$). In conclusion, the developed model demonstrated the potential to improve early childhood development surveillance and promotion through integrated collaboration among families, communities, and primary healthcare providers. The findings may serve as a practical framework for strengthening primary healthcare services and promoting sustainable early childhood development in similar community settings.

Keywords: Early Childhood Development, Developmental Surveillance, Child Development Promotion, Community Participation

บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปีเป็นช่วงที่สมองและระบบประสาทมีการเจริญเติบโตสูงสุด เด็กที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมจะมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ส่งผลต่อการเรียนรู้ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund, 2021) จึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในอนาคต

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านการใช้คู่มือ DSPM อย่างต่อเนื่อง แต่ผลการศึกษาระดับประเทศพบว่าการคัดกรองพัฒนาการเด็กครอบคลุมเพียงร้อยละ 56.00 ของเด็กทั้งหมด และสัดส่วนเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.91 ในช่วงปี พ.ศ. 2556–2558 เป็นร้อยละ 10.00 ในช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 และร้อยละ 26.48 ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 ขณะที่เด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและกลับมาติดตามประเมินซ้ำยังไม่มีครบทุกคน สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของระบบการติดตามต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการในระดับพื้นที่ (กรมอนามัย, 2565)

สำหรับจังหวัดปราจีนบุรี แม้ว่าจะดำเนินงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังพบข้อจำกัดด้านการติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารผลการประเมินกับผู้ปกครอง และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้การดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้ายังไม่ครอบคลุม จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (กรมอนามัย, 2564; กรมสุขภาพจิต, 2564) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การติดตามเด็กที่มีผลการประเมินสงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่ต่อเนื่อง ผู้ปกครองบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน การสื่อสารผลการประเมิน DSPM ยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลและการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้เด็กบางรายหลุดออกจากระบบการติดตามและไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม

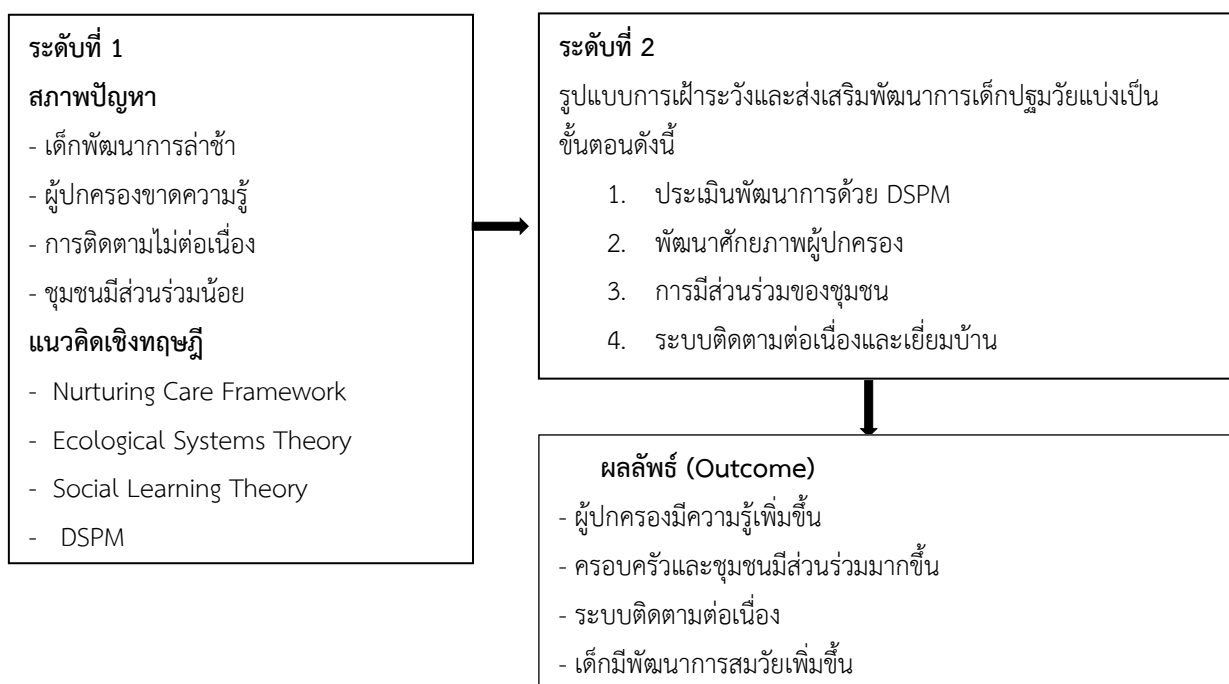
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กหรือการพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในบางพื้นที่ แต่ยังมีศึกษาค้นคว้าจำกัดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บูรณาการความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่ โดยเฉพาะตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งมีบริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (ประดับ ศรีหมื่นไวย และคณะ, 2567)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างระบบการติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัย และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการขยายผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ความรู้ของผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการติดตามพัฒนาการ โดยบุคลากรสาธารณสุข ในตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี โดยบูรณาการองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็ก การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบติดตามต่อเนื่อง
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้น ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายหลังจากการนำรูปแบบไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบ นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มาสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบ พร้อมตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบ นำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินผลด้วยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย บุคลากรสาธารณสุข ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 2 สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กปฐมวัยอายุ 0–5 ปี และผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 42 คู่ (42 เด็ก และผู้ปกครอง 42 คน) และประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เด็กปฐมวัยอายุ 0–5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลัก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ถอนตัวจากการวิจัย ย้ายออกจากพื้นที่ หรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 2 สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบ ใช้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบ ใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM แบบสอบถามความรู้ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และแบบสอบถามความพึงพอใจ เพื่อประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง, แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, แบบสัมภาษณ์และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย การสาธารณสุขชุมชน และการวิจัย ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้น ผู้วิจัยได้นำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับค่าดัชนีตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หากข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่าเกณฑ์ จะทำการปรับปรุงหรือยกเลิก

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า แบบสอบถามความรู้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และแบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87, 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ (Model Validation)

ในกรณีที่เครื่องมือเป็นแบบวัดหลายมิติ เช่น แบบสอบถามความรู้หรือพฤติกรรม ผู้วิจัยอาจใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อยืนยันว่าเครื่องมือสามารถวัดตัวแปรได้ตรงตามโครงสร้างที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 นำผลการศึกษามาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนารูปแบบและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ และระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยแบบประเมินพัฒนาการเด็ก (DSPM) พร้อมทั้งประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยดำเนินการควบคุมคุณภาพข้อมูลด้วยการชี้แจงขั้นตอนแก่ผู้ช่วยวิจัย ใช้เครื่องมือเดียวกันตลอดการศึกษา และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่วัดซ้ำ 2 ช่วงเวลา และวิเคราะห์ความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี เลขรหัสประจำโครงการ 016/2568 วันที่รับรอง 15/10/2568 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยอย่างชัดเจน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการหรือสิทธิใด ๆ ที่พึงได้รับ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสภาพปัญหาและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ผู้วิจัยศึกษาสภาพปัญหาและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัย บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษพบว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.41, SD. = 0.50$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การติดตามพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 3.67, SD. = 0.44$) รองลงมา ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ($M = 3.45, SD. = 0.48$) การสนับสนุนจากชุมชน ($M = 3.38, SD. = 0.52$) และความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ($M = 3.12, SD. = 0.54$) ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับสภาพปัญหาและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ปัจจัย	M	SD.	ระดับ
ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก	3.12	0.54	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	3.45	0.48	ปานกลาง
การสนับสนุนจากชุมชน	3.38	0.52	ปานกลาง
การติดตามพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุข	3.67	0.44	มาก
รวม	3.41	0.50	ปานกลาง

ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้แทนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบท

ของตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญจำนวน 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่

1. การประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบประเมิน DSPM เพื่อคัดกรองเด็กตามช่วงวัยและติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
2. การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองผ่านการอบรม การให้ความรู้ การสาธิต และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามและสนับสนุนการดูแลเด็ก
4. ระบบติดตามต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้าน การนัดประเมินซ้ำ การติดตามเด็กที่มีความเสี่ยง และการประสานส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นสอดคล้องกันว่า รูปแบบดังกล่าวช่วยให้การติดตามพัฒนาการเด็กมีความต่อเนื่องมากขึ้น ผู้ปกครองมีความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น และเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบ	รายละเอียด
การประเมินพัฒนาการเด็ก	ใช้แบบประเมิน DSPM คัดกรองเด็กตามช่วงวัย ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง และประเมินซ้ำตามเกณฑ์
การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง	จัดอบรม ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน
การมีส่วนร่วมของชุมชน	บูรณาการความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ระบบติดตามต่อเนื่อง	เยี่ยมบ้าน ติดตามพัฒนาการ ประเมินซ้ำ และประสานส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ผลของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ผู้วิจัยประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการดำเนินงาน เด็กปฐมวัยมีคะแนนพัฒนาการเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 ($SD. = 0.41$) สูงกว่าก่อนดำเนินงานซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 ($SD. = 0.46$) โดยมีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.57 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.52, P\text{-value} = 0.001$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการดำเนินงาน เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มของคะแนนพัฒนาการที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีส่วนสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ศึกษา ภายใต้ข้อจำกัดของการวิจัยแบบ

กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ซึ่งผลลัพธ์ควรได้รับการยืนยันจากการศึกษาในพื้นที่อื่นและการติดตามผลในระยะยาวต่อไป ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 42 คู่)

การประเมิน	M	SD.	Mean Difference	t	P-value
ก่อนดำเนินการ	3.21	0.46			
หลังดำเนินการ	3.78	0.41	0.57	6.52	0.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ประการแรก ผลการศึกษาศาภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ความรู้ของผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการติดตามพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงาน โดยเฉพาะการติดตามพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่ความรู้ของผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพในพื้นที่มีบทบาทในการติดตามพัฒนาการเด็กค่อนข้างดี แต่การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ปกครองยังเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนา ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (Ecological Systems Theory) ซึ่งเสนอว่าพัฒนาการของเด็กเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็ก ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข (Bronfenbrenner, 1979; Darling, 2007) ผลการศึกษาค้นนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมาลัย แสงสุวรรณ และคณะ (2563) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ประการที่สอง ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็ก การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบติดตามต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากแนวคิด Nurturing Care Framework ขององค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ซึ่งเน้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการบูรณาการบริการสุขภาพ การดูแลจากครอบครัว การเรียนรู้ที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากชุมชน (World Health Organization, 2020; United Nations Children's Fund, 2021) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด Social Learning Theory ของ Bandura (1977) ซึ่งอธิบายว่าผู้ปกครองสามารถพัฒนาทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการเรียนรู้จากการฝึกรอบม การสังเกตตัวแบบ และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ผลการศึกษาค้นนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสิริพันธุ์ ปัญญาพงศ์ และคณะ

(2563) ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรา บุญเจียม และคณะ (2565) ที่รายงานว่า การใช้เครื่องมือ DSPM ร่วมกับการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กในระดับชุมชน

ประการที่สาม ผลการประเมินรูปแบบ พบว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้ เด็กปฐมวัยมีคะแนนพัฒนาการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$) สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการสนับสนุนการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ศึกษา ทั้งนี้ อาจเกิดจากการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครอง การติดตามเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน แต่ผลที่พบสะท้อนถึงแนวโน้มว่ารูปแบบดังกล่าวอาจมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประดับ ศรีหมื่นไวย และคณะ (2567) และแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) ที่รายงานว่า การติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่องร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังมีนัยสำคัญเชิงนโยบาย (Policy Implication) โดยสะท้อนว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยควรดำเนินการในลักษณะบูรณาการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เกิดระบบติดตามเด็กอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองให้เป็นกลไกหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายในครอบครัว ซึ่งอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศ (World Health Organization, 2020; United Nations Children's Fund, 2021)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน โดยควรปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง
2. บุคลากรสาธารณสุข ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรใช้รูปแบบดังกล่าวเป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมการติดตามพัฒนาการเด็กและการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ
3. ควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อการพัฒนาการของเด็กในระยะยาว รวมทั้งความต่อเนื่องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบในหลายพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานและเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรหรือพื้นที่อื่น (generalizability)
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ (intervention effectiveness) โดยประเมินผลในระยะยาว รวมทั้งศึกษาผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก การมีส่วนร่วมของครอบครัว และผลลัพธ์ด้านระบบบริการสุขภาพ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับประเทศ ปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (2564). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กปฐมวัยสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ประดับ ศรีหมื่นไวย, ชัชฎา ประจตุทะเก, และอัญชลี ภูมิจันทิก. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็ก เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2564. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(2), 635–650.
- สุขุมลย์ แสงสุวรรณ, พรณา ศรีวิสัย, และธนภรณ์ จันทร์เกตุ. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 8(1), 55–67.
- สิริพันธ์ ปัญญา漾ค์, กุลชญา ลอยหา, และสุภาพร ใจการุณ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 4(3), 70–84.
- สุพัตรา บุญเจียม, อธิสภัญ ทองไทย, และนิตยา ศรีมานนท์. (2565). ประสิทธิภาพของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 45(4), 63–80.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Darling, N. (2007). Ecological systems theory: The person in the center of the circles. *Research in Human Development*, 4(3–4), 203–217.
- UNICEF. (2021). *Early childhood development: The foundation of sustainable development*.
- World Health Organization. (2019). *Operationalizing nurturing care for early childhood development: The role of the health sector alongside other sectors and actors*.



World Health Organization. (2020). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.*

ปัจจัยหลายระดับที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

Multi-level Factors Influencing Community Empowerment in Community Health System Management, Phetchabun Province.

บรรณกร เสือสิงห์^{1*}, จินานารถ โพธิ์สัย², วณสรา เซาว์นิยัม³, บุญธรรม กิจปริดาภิรุตธี³

Bunnagone Suesing^{1*}, Jinarnart Posai², Wanasara Chaoniyom³, Boontham Kijpredaborisuthi³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า ตำบลแคมปัส อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์¹, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุดคำจาน
ตำบลพุดคำจาน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี², มหาวิทยาลัยปทุมธานี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี³

Lao Ya Sub-district Health Promoting Hospital, Khamson Subdistrict, Khao Kho District, Phetchabun Province¹,
Phu Kham Chan Subdistrict Health Promoting Hospital, Phu Kham Chan Subdistrict, Phra Phutthabat District Saraburi
Province², Pathumthani University, Mueang Pathumthani District, Pathumthani Province³

(Received: 23 March 2026; Revised: 27 July 2026; Accepted: 27 August 2026)

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในบริบทการถ่ายโอน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ส่งผลให้เกิดความซับซ้อนเชิงโครงสร้างและการ
ประสานงาน การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ประเมินระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนใน
การจัดการระบบสุขภาพชุมชนตามกรอบ 9 ด้านของ Laverack 2. วิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับตามแบบจำลองนิเวศวิทยา
สังคม และ 3) เปรียบเทียบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน กลุ่มตัวอย่าง
เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 385 คน จาก 11 อำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลาย
ขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความ
แปรปรวนทางเดียว การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เส้นทาง ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างอำนาจชุมชน
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD. = 0.47$) ด้านบทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.64$)
ขณะที่ด้านการบริหารจัดการโครงการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 2.34$) ปัจจัยระดับองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.06$) ปัจจัย
5 ระดับร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนได้ร้อยละ 22.6 ($R^2 = .226$, $F(5, 379) = 22.16$,
 $P\text{-value} < .001$) โดยปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางบวกสูงสุด ($\beta = .333$, $P\text{-value} < .001$) รองลงมาคือระดับองค์กร
($\beta = .227$, $P\text{-value} = .001$) ส่วนปัจจัยระดับชุมชน ($\beta = -.157$) และระดับนโยบาย ($\beta = -.139$) มีอิทธิพลทางลบ
อย่างมีนัยสำคัญ ไม่พบความแตกต่างของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจำแนกตามเพศและลักษณะประชากรศาสตร์อย่าง
มีนัยสำคัญ และไม่พบอิทธิพลส่งผ่านของปัจจัยระดับนโยบายผ่านระดับองค์กร (Mediation ไม่มีนัยสำคัญ)
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพแกนนำสุขภาพระดับบุคคล เสริมความเข้มแข็งด้าน
การบริหารจัดการโครงการซึ่งเป็นจุดอ่อนที่สุด พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ และศึกษาเชิงคุณภาพ
เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ทางลบของปัจจัยระดับชุมชนและนโยบาย

คำสำคัญ: การเสริมสร้างอำนาจชุมชน, ระบบสุขภาพชุมชน, แบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม, แกนนำสุขภาพ, เพชรบูรณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: bunnagone02@gmail.com, บรรณกร เสือสิงห์)

Abstract

Community health systems serve as essential mechanisms for health promotion and disease prevention, particularly within the context of transferring sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations. This cross-sectional survey aimed to 1) assess community empowerment levels using Laverack's nine-domain framework, 2) analyze multi-level factors based on the Social Ecological Model, and 3) compare and analyze the relationships between multi-level factors and community empowerment. The sample comprised 385 Family Health Leaders across 11 districts of Phetchabun Province, selected via multi-stage sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, multiple regression, and path analysis. Results revealed that overall community empowerment was at a moderate level ($M = 3.10$, $SD. = 0.47$), with the external agent role scoring highest ($M = 3.64$) and program management scoring lowest ($M = 2.34$). The five-level factors collectively explained 22.6% of variance ($R^2 = .226$, $F(5, 379) = 22.16$, $P\text{-value} < .001$); individual-level factors exerted the strongest positive influence ($\beta = .333$, $P\text{-value} < .001$), followed by the organizational level ($\beta = .227$, $P\text{-value} = .001$), whereas community ($\beta = -.157$) and policy ($\beta = -.139$) levels showed significant negative coefficients. No significant differences in community empowerment were found by sex or demographic characteristics, and no significant mediating effect of policy through the organizational level was detected. Recommendations include developing individual-level capacity-building programs for health leaders, strengthening the weakest domain (program management), establishing integrated community health information systems, and conducting qualitative research to understand the negative associations of community- and policy-level factors.

Keywords: Community Empowerment, Community Health System, Social Ecological Model, Family Health Leader, Phetchabun Province

บทนำ

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (องค์การอนามัยโลก

[World Health Organization: WHO], 2018) การเสริมสร้างอำนาจชุมชน (Community Empowerment) เป็นแนวคิดพื้นฐานที่ช่วยให้ชุมชนสามารถกำหนดลำดับความสำคัญ ตัดสินใจ และดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนเอง (Laverack, 2001) แตกต่างจากการมีส่วนร่วมทั่วไป (Participation) ตรงที่เน้นการเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจ (Power Dynamics) ให้ชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจและควบคุมทรัพยากรด้วยตนเอง Laverack (2001) เสนอกรอบแนวคิด 9 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ โครงสร้างองค์กร การประเมินปัญหา การระดมทรัพยากร การเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น การวิเคราะห์สาเหตุ บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก และการบริหารจัดการโครงการ กรอบดังกล่าวได้รับการยืนยันจากการศึกษาในหลายบริบท เช่น Chowdhury and Islam (2025) ใช้ในบังคลาเทศ และ Kruahong et al. (2023) วิเคราะห์แนวคิดอย่างเป็นระบบ และยืนยันว่าการเสริมสร้างอำนาจชุมชนต้องการทั้งศักยภาพบุคคลและโครงสร้างองค์กร จึงจะประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน แบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model: SEM) พัฒนาจากทฤษฎีของ Bronfenbrenner (1979) อธิบายว่าพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายระดับที่ซ้อนกัน 5 ระดับ คือ ระดับบุคคล ความสัมพันธ์ ชุมชน องค์กร และนโยบาย แนวคิดนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน เนื่องจากการเสริมสร้างอำนาจชุมชนตามกรอบของ Laverack (2001) เป็นกระบวนการหลายระดับที่ต้องอาศัยทั้งศักยภาพของบุคคล เครือข่ายความสัมพันธ์ ความเข้มแข็งของชุมชน ความพร้อมขององค์กร และการสนับสนุนเชิงนโยบายไปพร้อมกัน SEM จึงเป็นกรอบที่ช่วยจำแนก "ปัจจัยกำหนด" (ตัวแปรอิสระ 5 ระดับ) ที่ส่งอิทธิพลต่อระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน (ตัวแปรตาม) ได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ Caperon et al. (2022) ที่ประยุกต์ SEM อธิบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสุขภาพ Caperon, Saville, and Ahern (2022) พัฒนาแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมสำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสุขภาพในพื้นที่ด้อยโอกาส และพบว่าปัจจัยระดับบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นที่มีประสิทธิภาพ การศึกษานี้จึงนำโครงสร้าง 5 ระดับดังกล่าวมาใช้จำแนกปัจจัยกำหนดการเสริมสร้างอำนาจชุมชนอย่างเป็นระบบ ทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดหลักของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับกรอบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons, 2011) ทฤษฎีทุนทางสังคมของ Putnam (2000) แบ่งทุนทางสังคมเป็น Bonding Capital (ภายในกลุ่ม) และ Bridging Capital (ระหว่างกลุ่ม) ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการอธิบายว่าเหตุใดชุมชนที่มีผู้นำเข้มแข็งแต่โครงสร้างองค์กรอ่อนแอ จึงมีปัญหาคือความยั่งยืน และ Arnstein (1969) เสนอบันไดการมีส่วนร่วม 8 ขั้น ซึ่งใช้เป็นฐานคิดในการตีความว่า การเสริมสร้างอำนาจชุมชนตามกรอบ Laverack ต้องเป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจอย่างแท้จริง มิใช่เพียงการรับรู้ข้อมูล ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 การถ่ายโอนดังกล่าวส่งผลต่อโครงสร้างองค์กร บุคลากร งบประมาณ และความต่อเนื่องของบริการสุขภาพในระดับตำบลอย่างมีนัยสำคัญ (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ใจ และคณะ, 2567, Sapkota et al., 2023) จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากร 978,372 คน ครอบคลุม 11 อำเภอ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและชนบท กว่าร้อยละ 50 เป็นพื้นที่เกษตรกรรม รายได้ประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ สัดส่วน

ผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 อัตราโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สูงกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 15-20 กำลังเผชิญผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ใจ และคณะ, 2567) ยังประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาการขาดแคลนและการลาออกของ อสม. ที่รุนแรงขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอน และระบบข้อมูลสุขภาพ ไม่เชื่อมโยง ด้วยบริบทเชิงภูมิศาสตร์แบบภูเขาและชนบท สัดส่วนผู้สูงอายุและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ จังหวัดเพชรบูรณ์จึงเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจเด่นชัดกว่าหลายจังหวัด และเหมาะแก่การศึกษาการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในช่วงเปลี่ยนผ่าน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงระบบที่บูรณาการกรอบ 9 ด้านของ Laverack กับ แบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model : SEM) 5 ระดับ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในบริบทการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขในประเทศไทยยังมีจำกัดมาก โดยงานที่ผ่านมา มักประยุกต์ใช้กรอบของ Laverack หรือแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมแยกจากกัน เช่น Chowdhury and Islam (2025) และ Caperton et al. (2022) และยังไม่พบการบูรณาการทั้งสองกรอบในบริบทการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขของไทย การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยหลายระดับตามแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model : SEM) ที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน ในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ร้อยละ 40 ในระยะแรก จึงเป็นพื้นที่ที่สะท้อนผลของการเปลี่ยนผ่านได้ชัดเจน ประกอบกับลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากจังหวัดเขตเมืองหรือภาคกลาง กล่าวคือ เป็นพื้นที่ภูเขาและชนบทที่การเข้าถึงบริการยากลำบาก ประชากรมีรายได้และระดับการศึกษาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ มีสัดส่วนผู้สูงอายุและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ควบคู่กับปัญหาการขาดแคลน อสม. และระบบข้อมูลสุขภาพที่ไม่เชื่อมโยง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผลกระทบเชิงโครงสร้างจากการถ่ายโอนภารกิจปรากฏเด่นชัดกว่า และทำให้การเสริมสร้างอำนาจชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งแต่มีข้อจำกัดมากกว่าพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากร ข้อค้นพบจากจังหวัดเพชรบูรณ์ จึงเป็นกรณีศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสำหรับจังหวัดที่มีบริบทภูเขา-ชนบทและอยู่ระหว่างการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขในลักษณะเดียวกัน กำลังเผชิญผลกระทบจากการถ่ายโอนรพ.สต. ไปยัง อบจ.

วัตถุประสงค์การวิจัย

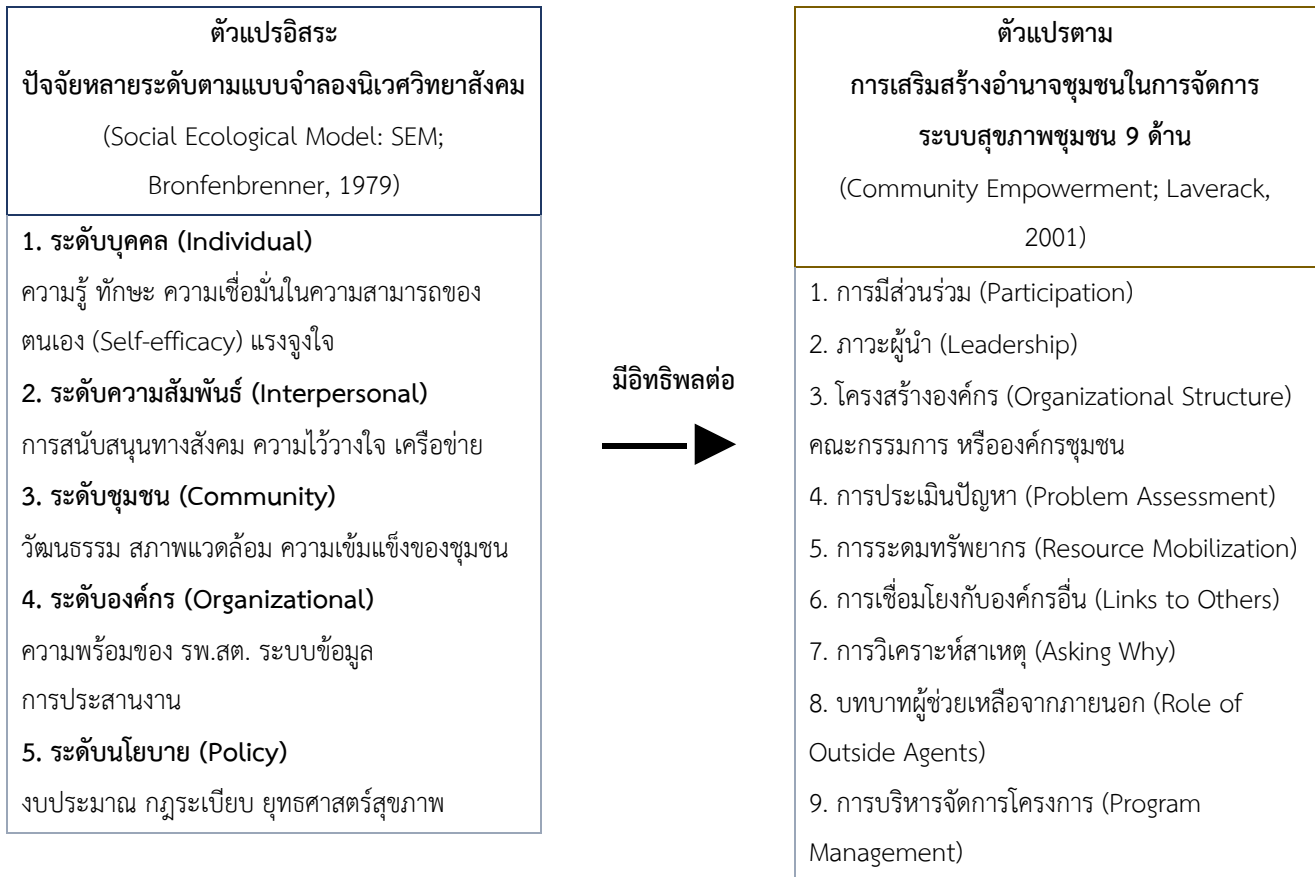
1. เพื่อประเมินระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน 9 ด้าน ตามกรอบของ Laverack
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับตามแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model : SEM) ที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจำแนกตามลักษณะประชากรศาสตร์ (ด้วยการทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับกับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน (ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณและการวิเคราะห์เส้นทาง)

สมมติฐานวิจัย

- H₁: ปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₂: ปัจจัยระดับความสัมพันธ์มีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₃: ปัจจัยระดับองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₄: ปัจจัยระดับชุมชนมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₅: ปัจจัยระดับนโยบายมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทั้งนี้ ด้าน “โครงสร้างองค์กร” ในตัวแปรตามตามกรอบ Laverack หมายถึงการมีโครงสร้างและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับชุมชน ขณะที่ปัจจัย “ระดับองค์กร” ในตัวแปรอิสระตาม SEM หมายถึงความพร้อมของ รพ.สต. ระบบข้อมูล และการประสานงาน ซึ่งเป็นคนละหน่วยวิเคราะห์และวัดด้วยข้อคำถามคนละชุด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Leader) ที่ปฏิบัติงานใน 11 อำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง 385 คน คำนวณจากสูตรของ Cochran (1977) สำหรับประชากรขนาดใหญ่ ใช้สัดส่วน $P\text{-value} = 0.5$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) ตามอำเภอและจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนแกนนำสุขภาพของแต่ละอำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายในแต่ละอำเภอ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1. เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อายุ ≥ 18 ปี ในพื้นที่ 2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นระยะเวลา ติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3. มีความสามารถใช้งานอุปกรณ์สื่อสาร (สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต) เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือมีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 2. ผู้ที่ย้ายที่อยู่หรือไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงเวลาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่ยินยอมเข้าร่วม ทั้งนี้ขนาดตัวอย่าง 385 คน สอดคล้องกับเกณฑ์อัตราส่วนตัวอย่างต่อพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณและการวิเคราะห์เส้นทาง (มากกว่า 20:1) ตาม Hair et al. (2019) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งสัดส่วนตัวอย่างตามอำเภอ (Proportional Stratified Sampling) ที่มา คำนวณจากสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2568

อำเภอ	หลังคาเรือน (Ni)	สัดส่วน (%)	ตัวอย่าง (ni)
หล่มสัก	127,906	28.68	110
วิเชียรบุรี	61,782	13.85	53
หนองไผ่	51,055	11.45	44
เมืองเพชรบูรณ์	37,848	8.49	33
ศรีเทพ	37,022	8.30	32
หล่มเก่า	26,114	5.86	23
เขาค้อ	25,641	5.75	22
บึงสามพัน	23,194	5.20	20
ชนแดน	22,849	5.12	20
วังโป่ง	21,096	4.73	18
น้ำหนาว	11,498	2.57	10
รวม	446,005	100.00	385

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Forms 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (5 ข้อ) ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และบทบาทในชุมชน ตอนที่ 2 การเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน (45 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) พัฒนาจากกรอบ 9 ด้านของ Laverack (2001) ด้านละ 5 ข้อ ตอนที่ 3 ปัจจัยหลายระดับตาม SEM 5 ระดับ (25 ข้อ) ระดับละ 5 ข้อ พัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Bronfenbrenner (1979) และ Caperon et al. (2022) ตอนที่ 4 ความต้องการของชุมชนต่อระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (5 ข้อ) และตอนที่ 5 คำถามปลายเปิด (3 ข้อ) เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค วิสัยทัศน์ และข้อเสนอแนะ

เกณฑ์แปลผลค่าเฉลี่ยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึงระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึงระดับสูง ทั้งส่วนการเสริมสร้างอำนาจชุมชนและปัจจัยหลายระดับ สำหรับข้อมูลคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ด้วยการจัดกลุ่มประเด็น (Thematic Grouping) และนับความถี่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขชุมชน การเสริมพลังอำนาจชุมชนและสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ ด้านการวัดและประเมินผลการวิจัย) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.80-1.00 ทุกข้อผ่านเกณฑ์ 0.50 ขึ้นไป

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน (แกนนำสุขภาพในอำเภอใกล้เคียง) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) รายองค์ประกอบมีค่าระหว่าง 0.79-0.97 และทั้งฉบับ (70 ข้อ) เท่ากับ 0.99 ซึ่งทุกค่าสูงกว่าเกณฑ์ 0.70 ที่ยอมรับได้ตาม Nunnally (1978) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) รายองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	Cronbach's α
ตอนที่ 2 การเสริมสร้างอำนาจชุมชน (9 ด้าน)		
1. การมีส่วนร่วม (Participation)	5	.79
2. ภาวะผู้นำ (Leadership)	5	.94
3. โครงสร้างองค์กร (Organizational Structure)	5	.94
4. การประเมินปัญหา (Problem Assessment)	5	.93
5. การระดมทรัพยากร (Resource Mobilization)	5	.89
6. การวิเคราะห์สาเหตุ (Asking Why)	5	.89
7. การเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น (Links to Others)	5	.93
8. บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก (Role of Outside Agents)	5	.95

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	Cronbach's α
9. การบริหารจัดการโครงการ (Program Management)	5	.97
ตอนที่ 3 ปัจจัยหลายระดับตาม SEM (5 ระดับ)		
1. ระดับบุคคล (Individual)	5	.86
2. ระดับความสัมพันธ์ (Interpersonal)	5	.94
3. ระดับชุมชน (Community)	5	.93
4. ระดับองค์กร (Organizational)	5	.97
5. ระดับนโยบาย (Policy)	5	.92
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (70 ข้อ)	70	.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2568 ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ Google Forms โดยประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 11 อำเภอ ส่ง QR Code และลิงก์ผ่านกลุ่ม LINE ของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ แบบสอบถามที่สมบูรณ์และผ่านเกณฑ์คัดกรอง จำนวน 385 ชุด

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานของแต่ละอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ 2. ส่งลิงก์แบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงสิทธิ์และความยินยอม 3. ติดตามการตอบแบบสอบถามทุกสัปดาห์ 4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่ครบ โดยรวมใช้เวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน และระดับปัจจัยหลายระดับ 5 ระดับ

สถิติอนุมาน ประกอบด้วย 1. การทดสอบค่าที (Independent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเสริมสร้างอำนาจชุมชนระหว่างเพศ 2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และบทบาทในชุมชน พร้อมการทดสอบเปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ด้วยวิธี Scheffé และรายงานขนาดอิทธิพล (Eta-squared: η^2) 3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัย 5 ระดับต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน พร้อมตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ด้วยค่า VIF และ 4. การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) และการทดสอบอิทธิพลส่งผ่าน (Mediation) ด้วยวิธี Bootstrap เพื่อวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics สำหรับสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การถดถอยพหุคูณ และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) และ

วิเคราะห์เส้นทางพร้อมทดสอบอิทธิพลส่งผ่านด้วยโปรแกรม IBM SPSS Amos โดยประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธี Maximum Likelihood

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ทะเบียนเลขที่ 136/2568 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และให้ความยินยอมผ่านหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ก่อนตอบคำถาม ข้อมูลเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และไม่ระบุตัวตนผู้ตอบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.04 อายุเฉลี่ย 53.8 ปี ($SD. = 9.8$) กลุ่มอายุ 50–59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.86 รายได้เฉลี่ย 8,776 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.40 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 58.44 มีการศึกษาไม่เกินมัธยมต้น ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการในชุมชน ร้อยละ 70.65 รองลงมาคือสมาชิก อบต./เทศบาล ร้อยละ 9.87 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะประชากรศาสตร์ (n = 385)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	150	38.96
หญิง	235	61.04
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 40 ปี	34	8.83
40-49 ปี	79	20.52
50-59 ปี	165	42.86
60 ปีขึ้นไป	106	27.53
รายได้ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	139	36.10
5,000-10,000	159	41.30
10,001-20,000	67	17.40
มากกว่า 20,000	18	4.68

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	135	35.06
มัธยมต้น	90	23.38
มัธยมปลาย/ปวช.	131	34.03
ปริญญาตรีขึ้นไป	29	7.53
บทบาทในชุมชน		
อสม.	15	3.90
ผู้นำชุมชน	28	7.27
แกนนำสุขภาพ	32	8.31
สมาชิกอบต.	38	9.87
ไม่มีตำแหน่ง	272	70.65

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน การเสริมสร้างอำนาจชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD. = 0.47$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก ($M = 3.64$) รองลงมาคือการเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น ($M = 3.46$) และโครงสร้างองค์กร ($M = 3.32$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การบริหารจัดการโครงการ ($M = 2.34$ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ) รองลงมาคือภาวะผู้นำ ($M = 2.88$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน ($n = 385$)

ด้าน	M	$SD.$	ระดับ	ลำดับ
บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก	3.64	0.46	ปานกลาง	1
การเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น	3.46	0.59	ปานกลาง	2
โครงสร้างองค์กร	3.32	0.70	ปานกลาง	3
การวิเคราะห์สาเหตุ	3.26	0.58	ปานกลาง	4
การมีส่วนร่วม	3.03	0.63	ปานกลาง	5
การประเมินปัญหา	3.00	0.75	ปานกลาง	6
การระดมทรัพยากร	2.99	0.65	ปานกลาง	7
ภาวะผู้นำ	2.88	0.79	ปานกลาง	8
การบริหารจัดการโครงการ	2.34	1.04	ต่ำ	9
รวมภาพรวม 9 ด้าน	3.10	0.47	ปานกลาง	

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับตาม SEM พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ระดับอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยระดับองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.06$) รองลงมาคือระดับความสัมพันธ์ ($M = 3.88$) และระดับชุมชน ($M = 3.75$) ส่วนปัจจัยระดับบุคคลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.70$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยหลายระดับตาม SEM ($n = 385$)

ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับ	ลำดับ
ระดับองค์กร	4.06	0.42	สูง	1
ระดับความสัมพันธ์	3.88	0.41	สูง	2
ระดับชุมชน	3.75	0.43	สูง	3
ระดับนโยบาย	3.72	0.45	สูง	4
ระดับบุคคล	3.70	0.41	สูง	5
รวมภาพรวม 5 ระดับ	3.82	0.42	สูง	

4. ปัจจัยระดับบุคคล เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัด พบว่าตัวชี้วัดจิตอาสาและความสุขในการทำงาน เพื่อส่วนรวมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.99$, $SD. = 0.50$) รองลงมาคือแรงจูงใจและวิสัยทัศน์ ($M = 3.93$) ส่วนตัวชี้วัดการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.39$) ซึ่งอาจขาดโอกาสพัฒนาทักษะทันสมัย ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยรายตัวชี้วัดของปัจจัยระดับบุคคล ($n = 385$)

ตัวชี้วัดระดับบุคคล	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับ
มีจิตอาสาและความสุขในการทำงานเพื่อส่วนรวม	3.99	0.50	
มีแรงจูงใจและวิสัยทัศน์ชัดเจนในการพัฒนาสุขภาพชุมชน	3.93	0.52	
มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพชุมชนได้	3.70	0.70	
มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	3.48	0.75	
ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะทันสมัยอย่างต่อเนื่อง	3.39	0.66	
รวมปัจจัยระดับบุคคล	3.70	0.41	สูง

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การเสริมสร้างอำนาจชุมชน (Community Empowerment: CE) ระหว่างเพศด้วย Independent t-test พบว่า ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในทุกด้านที่ทดสอบ โดย CE ภาพรวมของเพศหญิง ($M = 3.13$) และเพศชาย ($M = 3.05$) ไม่แตกต่างกัน ($t = -1.70$, $df = 383$, $P\text{-value} = .089$) เช่นเดียวกับด้านผู้ช่วยเหลือจากภายนอก ($P\text{-value} = .270$) และด้านโครงสร้างองค์กร ($P\text{-value} = .219$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CE ระหว่างเพศ (Independent t-test)

ตัวแปร	เพศ	n	M	SD.	t	df	P-value
CE ภาพรวม	ชาย	150	3.05	0.48	1.70	383	.089
	หญิง	235	3.13	0.46			
ผู้ช่วยจากภายนอก	ชาย	150	3.67	0.47	1.10	383	.270
	หญิง	235	3.61	0.46			
โครงสร้างองค์กร	ชาย	150	3.26	0.70	-1.23	383	.219
	หญิง	235	3.35	0.70			

* P-value < .05

6. ผลการวิเคราะห์ One-way ANOVA พบว่า ไม่มีตัวแปรประชากรศาสตร์ใดที่ทำให้ค่าเฉลี่ย CE แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อายุ $F = 0.12$, $P\text{-value} = .951$; รายได้ $F = 2.38$, $P\text{-value} = .069$; การศึกษา $F = 1.83$, $P\text{-value} = .106$; บทบาทชุมชน $F = 0.31$, $P\text{-value} = .874$) โดยขนาดอิทธิพล (η^2) อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงเล็กน้อย (.001–.024) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ One-way ANOVA เปรียบเทียบ CE ตามลักษณะประชากรศาสตร์

ตัวแปร	F	P-value	η^2	ขนาดอิทธิพล (Cohen)	กลุ่มที่สูงสุด
อายุ	0.12	.951	.001	เล็กน้อย	40-49 ปี ($M = 3.12$)
รายได้	2.38	.069	.018	เล็กน้อย	> 20,000 ($M = 3.38$)
การศึกษา	1.83	.106	.024	เล็กน้อย	อนุปริญญา/ปวส. ($M = 3.28$)
บทบาทชุมชน	0.31	.874	.003	เล็กน้อย	อส. ($M = 3.16$)

* P-value < .05, ** P-value < .01, *** P-value < .001

7. ปัจจัย 5 ระดับร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ CE ได้ร้อยละ 22.6 ($R^2 = .226$, Adjusted $R^2 = .216$, $F(5, 379) = 22.16$, $P\text{-value} < .001$) โดยปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางบวกสูงสุด ($\beta = .333$, $P\text{-value} < .001$) รองลงมาคือระดับองค์กร ($\beta = .227$, $p = .001$) ส่วนปัจจัยระดับชุมชน ($\beta = -.157$, $P\text{-value} = .045$) และระดับนโยบาย ($\beta = -.139$, $P\text{-value} = .041$) มีอิทธิพลทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากภาวะ suppression เนื่องจากปัจจัยทั้ง 5 ระดับมีความสัมพันธ์กันสูง ส่วนระดับความสัมพันธ์ ไม่มีนัยสำคัญ ($\beta = .139$, $P\text{-value} = .089$) ค่า VIF ระหว่าง 2.27–3.28 ไม่มีปัญหา multicollinearity รุนแรง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัย 5 ระดับต่อ CE (n = 385)

ตัวแปรอิสระ	B	SE	β	t	P-value	VIF
ค่าคงที่	1.214	0.228	-	5.33	<.001	-
ปัจจัยระดับบุคคล	0.381	0.081	.333	4.73	<.001	2.43
ปัจจัยระดับความสัมพันธ์	0.158	0.093	.139	1.70	.089	3.28
ปัจจัยระดับชุมชน	-0.169	0.084	-.157	-2.01	.045	2.98
ปัจจัยระดับองค์กร	0.254	0.078	.227	3.25	.001	2.38
ปัจจัยระดับนโยบาย	-0.144	0.070	-.139	-2.05	.041	2.27

$R^2 = .226$, Adj. $R^2 = .216$, $F(5, 379) = 22.16$, $P\text{-value} < .001$

8. ผลการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ทดสอบแบบจำลองที่ปัจจัยระดับนโยบายส่งอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชนผ่านปัจจัยระดับองค์กร (Over-identified, $df = 1$) พบว่าแบบจำลองกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2/df = 4.22$, CFI = .998, TLI = .963, RMSEA = .092, GFI = .996, SRMR = .013) ผลการทดสอบอิทธิพลส่งผ่าน (mediation) ด้วยวิธี bootstrap 5,000 ครั้ง พบว่าอิทธิพลส่งผ่านของนโยบายผ่านองค์กรไม่มีนัยสำคัญ (ค่าอิทธิพลส่งผ่านมาตรฐาน = .014, 95%CI [-.017, .054]) สมมติฐานที่ได้รับการสนับสนุน ได้แก่ H₁ (ปัจจัยระดับบุคคล) และ H₄ (ปัจจัยระดับองค์กร) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) และการทดสอบสมมติฐาน

ปัจจัย	β	SE	C.R.	P-value	ผลทดสอบ	อิทธิพลรวม
H ₁ บุคคล → CE	.333			<.001	สนับสนุน	-
H ₂ ความสัมพันธ์ → CE	.139			.089	ไม่สนับสนุน	-
H ₃ องค์กร → CE	.227			.001	สนับสนุน	-
H ₄ ชุมชน → CE	-.157			.045	สนับสนุน (ทิศลบ)	-
H ₅ นโยบาย → CE	-.139			.041	สนับสนุน (ทิศลบ)	-

9. ความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.39$, $SD. = 0.67$) ตัวชี้วัดสูงสุด คือ บุคลากรและการฝึกอบรม ($M = 4.44$) รองลงมา คือโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากร ($M = 4.39$) ผลส่วนนี้ตอบวัตถุประสงค์ด้านความต้องการของชุมชนต่อระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการต่อระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์

ด้านความต้องการ	M	SD.	ระดับ	ลำดับ
บุคลากรและการฝึกอบรม	4.44	0.65	มากที่สุด	1
โครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากร	4.39	0.67	มากที่สุด	2
ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี	4.38	0.67	มากที่สุด	3
งบประมาณและการเงิน	4.38	0.68	มากที่สุด	4
นโยบายและการสนับสนุน	4.35	0.69	มากที่สุด	5
รวมภาพรวมความต้องการ	4.39	0.67	มากที่สุด	

10. ผลจากคำถามปลายเปิดยืนยันข้อค้นพบเชิงปริมาณ โดยเฉพาะปัญหาระเบียบงบประมาณ (ร้อยละ 74.0) รองลงมา คือสม. ขาดแคลน/ลาออกบ่อย (ร้อยละ 61.8) ผลคำถามปลายเปิดใช้สนับสนุนและยืนยันผลเชิงปริมาณ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ปัญหาและอุปสรรคจากคำถามปลายเปิด (n = 385)

ประเด็นปัญหา	ความถี่	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะ
ระเบียบงบประมาณซับซ้อน	285	74.03	ปรับปรุงระเบียบกองทุนสุขภาพให้ยืดหยุ่น
สม. ขาดแคลน/ลาออกบ่อย	238	61.82	พัฒนาระบบ สม. รุ่นใหม่ สร้างแรงจูงใจ
ระบบข้อมูลสุขภาพไม่เชื่อมโยง	215	55.84	พัฒนาระบบดิจิทัลเชื่อมโยง รพ.สต.-อปท.
ขาดอุปกรณ์พื้นฐานใน รพ.สต.	198	51.43	จัดสรรงบประมาณปรับปรุงอุปกรณ์
ขาดการประสานงาน รพ.สต.-อปท.	176	45.71	จัดทำ MOU กำหนดบทบาทชัดเจน
ปัญหาสิ่งแวดล้อม	95	24.68	รณรงค์ความตระหนักสิ่งแวดล้อม-สุขภาพ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยที่พบว่าบทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับ Labonté and Laverack (2008) ที่ระบุว่าในระยะเริ่มต้นของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกในฐานะผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) มากกว่าผู้สั่งการ (Director) ขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การบริหารจัดการโครงการ ($M = 2.34$ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ) และภาวะผู้นำ ($M = 2.88$) สะท้อนว่าจุดอ่อนสำคัญของพื้นที่อยู่ที่ความสามารถในการบริหารจัดการโครงการและการพัฒนาภาวะผู้นำอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับ Chowdhury and Islam (2025) ที่ประยุกต์กรอบ 9 ด้านของ Laverack กับงานขององค์กรพัฒนาเอกชนฐานศาสนาในชนบทบังกลาเทศ และเสนอว่าการจัดตั้งองค์กรนำระดับชุมชน ให้ทำหน้าที่ตัดสินใจและประสานงานตั้งแต่เริ่มโครงการ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การเสริมสร้างอำนาจชุมชนเดินต่อได้เอง ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2567) ที่พบว่าภายหลังการถ่ายโอน

รพ.สต. ไปยัง อบจ. ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนถ่ายโอน ทั้งที่ความรู้ของ อสม. ยังอยู่ในระดับสูง แสดงว่าช่องว่างอยู่ที่กลไกการจัดการและการหนุนเสริมเชิงโครงสร้างในช่วงเปลี่ยนผ่าน มากกว่าตัวความรู้ของแกนนำเอง เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน พบว่าปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางบวกสูงสุด ($\beta = .333$) รองลงมาคือ ปัจจัยระดับองค์กร ($\beta = .227$) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) ที่ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดหลักของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับ ชื่นฤดี รัชชนะ (2568) ซึ่งศึกษา อสม. ในจังหวัดเพชรบูรณ์เช่นเดียวกัน และพบว่า ศักยภาพความเป็นผู้นำและการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการวิเคราะห์หาค่าของ Kruahong และคณะ (2023) ที่สรุปว่าการเสริมสร้างอำนาจชุมชนต้องอาศัยทั้งศักยภาพระดับบุคคลและโครงสร้างองค์กรควบคู่กัน แสดงว่าการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของแกนนำระดับบุคคล ควบคู่กับการเสริมความเข้มแข็งของหน่วยบริการและองค์กรในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญที่สุดในการยกระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน ข้อค้นพบที่ปัจจัยระดับชุมชน ($\beta = -.157$) และนโยบาย ($\beta = -.139$) มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบอย่างมีนัยสำคัญ เป็นประเด็นที่ต้องตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากปัจจัยทั้ง 5 ระดับมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง (ค่า VIF ระหว่าง 2.27–3.28) ค่าสัมประสิทธิ์ทางลบดังกล่าวจึงมีลักษณะของภาวะ suppression มากกว่าจะสะท้อนความสัมพันธ์เชิงลบที่แท้จริง กล่าวคือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและองค์กรแล้ว ความแปรปรวนส่วนที่เหลือของปัจจัยระดับชุมชนและนโยบายจึงปรากฏเป็นทิศทางตรงข้าม ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนนี้ สอดคล้องกับ Hair และคณะ (2019) เตือนว่าเมื่อตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันสูง ค่าสัมประสิทธิ์รายตัวจะไม่เสถียรและสะท้อนเพียงส่วนที่เหลือหลังหักอิทธิพลร่วม จึงรายงานทั้งค่าสหสัมพันธ์อย่างง่ายและค่าสัมประสิทธิ์ในสมการควบคู่กัน การตีความจึงถือว่าผลดังกล่าวเป็นข้อจำกัดเชิงระเบียบวิธี มิใช่หลักฐานว่าชุมชนและนโยบายบั่นทอนการเสริมสร้างอำนาจชุมชน ผลการเปรียบเทียบตามเพศและลักษณะประชากรศาสตร์ไม่พบความแตกต่างของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} > .05$ ทุกตัวแปร) สะท้อนว่าระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในพื้นที่ที่มีความสม่ำเสมอไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา หรือบทบาทใด ดังนั้นการยกระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจึงควรดำเนินการเชิงระบบให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม มากกว่าการมุ่งเป้าเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง สอดคล้องกับฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2567) ที่พบว่า อสม. มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 96.89 แทบทั่วทั้งกลุ่ม และการมีส่วนร่วมโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญพร้อมกันทุกกลุ่มภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งชี้ว่าตัวกำหนดที่แท้จริงคือการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่กระทบทุกคนพร้อมกัน ผลของการศึกษาคั้งนี้ต่างจาก ชื่นฤดี รัชชนะ (2568) ที่ศึกษาในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. สัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ “การมีส่วนร่วม” ในกลุ่ม อสม. โดยเฉพาะขณะที่การศึกษาคั้งนี้วัด “การเสริมสร้างอำนาจชุมชน” ทั้ง 9 ด้านในกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวซึ่งร้อยละ 70.65 ไม่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการในชุมชน ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มย่อยจึงน้อยกว่าการวิเคราะห์

เส้นทางไม่พบอิทธิพลส่งผ่านของปัจจัยระดับนโยบายผ่านปัจจัยระดับองค์กรไปยังการเสริมสร้างอำนาจชุมชน (ค่าอิทธิพลส่งผ่านมาตรฐาน = .014, 95%CI [-.017, .054] ซึ่งครอบคลุมศูนย์) แสดงว่าสมมติฐานที่ว่านโยบายส่งผลทางอ้อมผ่านองค์กรยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูล การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจึงไม่ควรพึ่งพากลไกเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียว แต่ควรเสริมสร้างศักยภาพระดับบุคคลและความพร้อมขององค์กรควบคู่กัน สอดคล้องกับ Sapkota และคณะ (2023) ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 9 เรื่อง แล้วพบว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่ได้ขยายพื้นที่การตัดสินใจของหน่วยงานระดับพื้นที่โดยอัตโนมัติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทางการคลัง วัฒนธรรมองค์กร และระบบธรรมาภิบาลที่มีอยู่เดิมเป็นสำคัญ จึงมีทั้งผลบวกและผลลบปะปนกันและค่อนข้างไปทางลบในหลายองค์ประกอบ และสอดคล้องกับ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2567) ที่ประเมินผลกระทบภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ไปยังอบจ. ในปี 2566 พบว่าพื้นที่ที่ถ่ายโอนมีผลงานตัวชี้วัดหลายตัวดีกว่าพื้นที่ที่ไม่ถ่ายโอน ทั้งการคัดกรองโรคเรื้อรัง การคัดกรองผู้สูงอายุ และความครบถ้วนของการส่งข้อมูล ชี้ตรงกันว่าการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายยังไม่แปรเป็นความเข้มแข็งขององค์กรระดับพื้นที่โดยอัตโนมัติ ซึ่งช่วยอธิบายว่าเหตุใดจึงไม่พบอิทธิพลส่งผ่านในงานวิจัยครั้งนี้ ข้อจำกัดของการวิจัยได้แก่ 1. เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่แท้จริงได้ 2. เก็บข้อมูลด้วยการรายงานตนเองผ่านแบบสอบถามออนไลน์ทั้งหมด อาจมีความลำเอียงจากวิธีการวัดร่วมกัน (common-method bias) 3. ปัจจัยหลายระดับมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง ทำให้เกิดภาวะ suppression ที่ต้องตีความอย่างระมัดระวัง และ 4. ศึกษาเฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์ การนำผลไปใช้กับพื้นที่อื่นต้องพิจารณาบริบทที่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยเห็นว่าความต่างนี้อธิบายได้ 3 ทาง ทางแรกคือบริบทของพื้นที่ งานของ Caperon และคณะ ศึกษาชุมชนเมืองที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และภาษาสูง มิติสังคมวัฒนธรรมจึงเป็นอุปสรรคเด่น ขณะที่จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นพื้นที่ภูเขาและชนบทที่ประชากรมีความเป็นเนื้อเดียวกันสูงกว่า ความแปรปรวนของปัจจัยระดับชุมชนจึงต่ำและอธิบายตัวแปรตามได้น้อย ทางที่สองคือ วิธีวิทยา งานดังกล่าวเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพจากเวทีชุมชน 9 ครั้ง ซึ่งเปิดให้เห็นอิทธิพลเชิงบริบทที่แบบสอบถามมาตรฐานส่วนประมาณค่าจับไม่ได้ และทางที่สามคือช่วงเวลา การเก็บข้อมูลครั้งนี้อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอน รพ.สต. ซึ่งกลไกระดับชุมชนและนโยบายยังไม่ลงตัว ค่าที่วัดได้จึงสะท้อนภาวะชั่วคราวมากกว่าสภาพปกติ ข้อสังเกตนี้สนับสนุนข้อเสนอที่ว่าควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพและการติดตามระยะยาวเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบว่าปัจจัยระดับชุมชนจะกลับมามีอิทธิพลทางบวกหรือไม่เมื่อโครงสร้างการถ่ายโอนเข้าที่แล้ว

รายการอ้างอิง

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิรยุทธ์ สิ้นธุพันธุ์, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัศตรา เสนสาย, และทักษิณา วชิรบุรพ์. (2567). *การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.*

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6175>

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดิ์, บุษพา รักษานาม, วนิดา ศรีพรหมษา, และจิราพร วรวงศ์. (2567). *การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6120>

ชื่นฤดี รัชชนะ. (2568). พัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 35(1), 32-41.

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, ชีระวุธ ธรรมกุล, และพรศักดิ์ อยู่เจริญ. (2567). ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 31(2), 1-16.

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Caperon, L., Saville, F., & Ahern, S. (2022). Developing a socio-ecological model for community engagement in a health programme in an underserved urban area. *PLOS ONE*, 17(9), Article e0275092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275092>

Chowdhury, S. R., & Islam, M. R. (2025). Revitalizing community empowerment: Harnessing the synergy of faith-based NGOs and Laverack's domain approach. *Community Development Journal*, 60(2), 381-397. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsae018>

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Kruahong, S., Tankumpuan, T., Kelly, K., Davidson, P. M., & Kuntajak, P. (2023). Community empowerment: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(8), 2845-2859. <https://doi.org/10.1111/jan.15613>

Labonté, R., & Laverack, G. (2008). *Health promotion in action: From local to global empowerment*. Palgrave Macmillan.



- Laverack, G. (2001). An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Development Journal*, 36(2), 134-145.
<https://doi.org/10.1093/cdj/36.2.134>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Sapkota, S., Dhakal, A., Rushton, S., van Teijlingen, E., Marahatta, S. B., Balen, J., Lee, A. C. K., (2023). The impact of decentralisation on health systems: A systematic review of reviews. *BMJ Global Health*, 8(12), Article e013317. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013317>
- World Health Organization. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>

การศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและ
ภัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

A Study of Health Status, Health Behaviors Associated with Disease and
Health Risk Prevention Behaviors Among Migrant Buddhist Monks in Mae Sot
City Municipality, Mae Sot District, Tak Province

พนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย^{1*}, อภิชา มัคควัชรกุล¹, พิมลพรรณ กิติเงิน², นิตยา ศิริมา¹,

โชติกา ศิลพัทธ์ตระกูล², ประวิทย์ ขัตถธรรมศรี²

Phananpong Padaornary^{1*}, Apicha Makkhawatcharakun¹, Pimonpan Kitingern²

Nittaya Sirima¹, Chotika Sinkaphattrakul², Prawit khatthammasri²

โรงพยาบาลแม่สอด^{1*}, เทศบาลนครแม่สอด²

Mae Sot Hospital¹, Mae Sot City Municipality²

(Received: 4 June 2026; Revised: 29 June 2026; Accepted: 27 August 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตากมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างคือพระภิกษุที่จำพรรษาอยู่ในวัดภายในเขตเทศบาลนครแม่สอด ทั้งหมด 42 รูปใช้แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2566 และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี 2563 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอกซแซก

ผลการวิจัย พบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เชื่อชาติกะเหรี่ยง อาศัยอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่ 1 - 20 ปี พรรษาบวชน้อยกว่า 10 พรรษา ดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และชอบฉันทอาหารรสหวาน มัน เค็ม ไม่มีความเครียด พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย ระดับดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมสุขภาพศึกษาและสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า

คำสำคัญ: สถานะสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, พระสงฆ์ข้ามชาติ

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phananpong@gmail.com, พนันต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย)

Abstract

The Study of Health Status, Health Behaviors Associated with Disease and Health Risk Prevention Behaviors Among Migrant Buddhist Monks in Mae Sot City Municipality, Mae Sot District, Tak Province. A cross-sectional survey design was employed. The study population consisted of 42 Buddhist monks residing in temples within Mae Sot Municipality. Data were collected using the Desirable Health Behavior Assessment for Buddhist Monks developed by the Department of Health, Ministry of Public Health (2023), and the Disease Prevention and Control Behavior Assessment developed by the Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2020). Data were analyzed using descriptive statistics, while associations between variables were examined using the Chi-square test and Fisher's exact test.

The findings revealed that most participants were aged 60 years or older, were of Karen ethnicity, had resided in Thailand for 1–20 years, had been ordained for fewer than 10 years, elevated BMI, had normal blood glucose levels, were current smokers, and preferred sweet, fatty, and salty foods. Most participants reported no stress. Overall, disease and health hazard prevention behaviors were at a moderate level. Length of residence in Thailand, body mass index, blood glucose level, and alcohol consumption were significantly associated with disease and health hazard prevention behaviors (P -value < 0.05). Public health agencies should implement health education and health risk communication programs targeting transnational Buddhist monks, with particular emphasis on the prevention of non-communicable diseases (NCDs) and self-protection against rabies.

Keywords: Health States, Health Behaviors, Migrant Buddhist Monks

บทนำ

ปัญหาด้านโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์นั้น ยังถือเป็นปัญหาที่ยังคงมีความท้าทายอย่างยิ่งในปัจจุบันเนื่องจากจำนวนประชากรของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทยนั้นมีจำนวนมาก ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนา ประจำปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าพระภิกษุสงฆ์จำนวน 260,000 รูป และยังพบว่า พระภิกษุสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพโดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูง และอื่นๆ ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่น้ำตาลของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ นอกจากนี้พระภิกษุสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (กรมอนามัย, 2564) การดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์จึงเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุข

เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์มีบทบาทสำคัญทั้งด้านศาสนาและชุมชน รวมถึงต่อสุขภาวะชุมชน และความสามารถของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเองจะช่วยลดภาระด้านสาธารณสุข โดยพบว่าพระภิกษุสงฆ์มีอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่เหมาะสมในประชากรกลุ่มนี้ (กรมอนามัย, 2566)

ประเทศไทยในปัจจุบันได้เข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) และเป็นแหล่งพื้นที่ในการแสวงหางานทำในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนใกล้เคียงกัน ได้แก่ แรงงาน สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ผลการสำรวจความสามารถในการใช้ภาษาไทยของแรงงานข้ามชาติ พบว่า ร้อยละ 12.06 ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้เลยและร้อยละ 95.40 ของแรงงานข้ามชาติ ไม่สามารถ ใช้ภาษาอังกฤษได้ โดยมีแรงงานเพียงร้อยละ 63.22 ที่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ (Vapattanawong et al., 2015) การดำเนินงานมีการขับเคลื่อนนโยบายและโครงการเพื่อพัฒนาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์อย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการตรวจคัดกรองโรค NCDs การส่งเสริมสุขภาวะแบบองค์รวม และการสร้างภาคีเครือข่ายในการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ อย่างไรก็ตามนอกจากพระภิกษุสงฆ์ที่มีสถานะเป็นพลเมืองไทยแล้วนั้น ในประเทศไทยยังมีกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและอยู่นอกระบบบริการสุขภาพรวมถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากปัญหาในแง่ของความเป็นพลเมือง แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ไทย และงานวิจัยด้านสุขภาพของคนต่างด้าวในประเทศไทยเป็นจำนวนมากแต่ยังพบว่าม้งงานวิจัยจำนวนน้อยมากที่มุ่งศึกษา “พระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติ” ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะทั้งด้านสถานะทางศาสนา วัฒนธรรม และการเข้าถึงระบบสุขภาพ รวมถึงองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพของพระสงฆ์ต่างด้าวจึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนานโยบายและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (พิชชา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี และคณะ, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ชายแดนแม่สอดที่มีการตั้งถิ่นฐานชุมชนของชาวต่างชาติและการใช้ชีวิตประจำวันอาจมีความแตกต่างจากพระภิกษุสงฆ์ชาวไทยทั่วไป เนื่องจากความท้าทายด้านภาษา วัฒนธรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยซึ่งยังขาดงานวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงในบริบทนี้

อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ชายแดนทางทิศตะวันตกของประเทศไทยมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเมียนมา จึงมีประชากรชาวเมียนมาและผู้ติดตามอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 200,000 คน กระจายอยู่ตามสถานประกอบการมักจะอยู่รวมกันเป็นชุมชนเล็กๆ แฝงตัวอยู่ในชุมชนคนไทย อีกทั้งยังมีการปลูกสร้างบ้านขึ้นมาเองหรือเช่าห้องแถว เพื่อการอยู่อาศัย เป็นต้น การเข้ามาอยู่กันอย่างหนาแน่นนี้เองส่งผลต่อสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการทิ้งขยะ การใช้ห้องส้วม การใช้บ่อน้ำที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลต่อปัญหาสาธารณสุขมีโรคติดต่อประจำถิ่น ได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค และโรคไข้เลือดออก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ชายแดนไทยอย่างต่อเนื่อง (Peanumlom P, 2019)

พระพุทธศาสนาที่แม่สอดเป็นพระพุทธศาสนาเถรวาทที่ปรากฏที่อำเภอแม่สอด โดยวัดที่ปรากฏในหลาย ๆ แห่งมีลักษณะ สถาปัตยกรรมสิ่งสร้างเป็นแบบพม่า ไทเหนือ ไทพื้ถิ่น ประชากรส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา แต่ มีสาระน่าสนใจว่าแม่สอดมีลักษณะทางพระพุทธศาสนาที่มีมิติของความหลากหลายใน

ตัวเอง อาทิ เป็นพระพุทธรูปศาสนาแบบวิถีพื้นถิ่นดั้งเดิม วิถีใหม่ และวิถีชาติพันธุ์ เฉพาะประเด็นทางศาสนาและความเชื่อ สู่การผสมผสานกับอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ เราจึงเห็นว่าวัดในพระพุทธศาสนาที่ถูกสร้างขึ้น ภายใต้วิถีแห่งชาติพันธุ์ต่าง ๆ เช่น พม่า ไทใหญ่ กะเหรี่ยงมอญ ไทยพื้นถิ่น ที่ผสมรวมเป็นศาสนสถาน (วราพจน์ วิเศษศิริ และพระปลัดระพิน พุทธิสารโร, 2564)

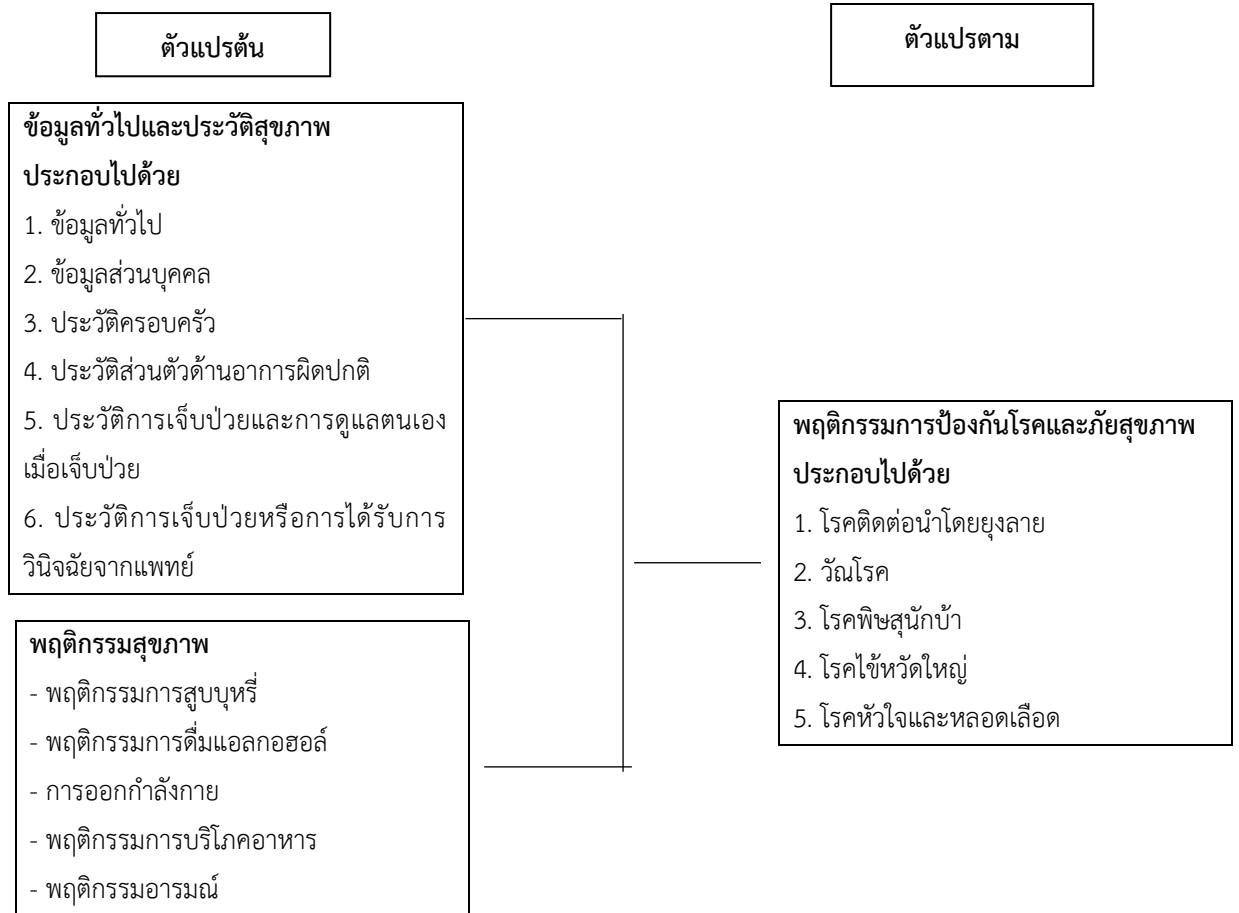
แม้ว่าความหลากหลายทางชาติพันธุ์ที่แม่สอดจะมีความพยายามส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในไทย แต่ข้อมูลเชิงระบบเกี่ยวกับ สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนซึ่งเป็นบริบทเฉพาะที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ภาษา และระดับการเข้าถึงทรัพยากรและบริการสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติอาจเผชิญกับอุปสรรคหลายด้าน เช่น ความท้าทายในการใช้บริการสุขภาพ ความเข้าใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลจากบริบทดั้งเดิมของตนเอง (ธนพร เจียมจิตรวิบูลย์ และคณะ, 2565) ซึ่งอาจส่งผลให้สถานะสุขภาพเป็นไปอย่างไม่สอดคล้องกับความต้องการจริงของบุคคลและชุมชน การศึกษานี้ทำให้การวางแผนและจัดบริการด้านสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีที่เกี่ยวข้องตรงกับความต้องการจริงของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และอาจลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

ดังนั้น การศึกษาเชิงสำรวจในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอดจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเติมเต็มข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนการพัฒนานโยบายเชิงปฏิบัติที่ตอบโจทย์จริงในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีความจำเป็นต่อการพัฒนาและออกแบบนโยบายเพื่อให้สอดคล้องและตอบสนองกับเป้าหมายในการออกแบบแผนดำเนินงานสุขภาพชายแดน รวมถึงการลดผู้ป่วยรายใหม่ในประชากรกลุ่มเป้าหมายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของพระภิกษุข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Stud) ในระยะเวลาตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2568 ถึง 27 กุมภาพันธ์ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พระภิกษุที่จำพรรษาอยู่ในวัดภายในเขตเทศบาลนครแม่สอด จังหวัดตาก ทั้งหมด 11 วัด พระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติทั้งหมด 42 รูป ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมด โดยไม่ได้มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจทั้งประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติสุขภาพ

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลพื้นฐานและประวัติสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ปี 2566 (กรมอนามัย, 2566) ประกอบด้วยคำถามแบบตรวจรายการ (Check list) และแบบเลือกตอบ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไป (A)

ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ชื่อวัด อายุ กลุ่มเลือด เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย จำนวนพรรษาที่บวช สหิธิด้านสุขภาพ และทักษะการใช้ภาษาไทย แบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 8 ข้อ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล (B)

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านผลการตรวจสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันโลหิต (วัด 2 ครั้ง) ดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) แบบเติมคำตอบ

1.3 ประวัติครอบครัว (C)

สอบถามประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา-มารดา และพี่น้องร่วมบิดา-มารดา โดยสอบถามประวัติสุขภาพครอบครัวโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ โรคไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ถุงลมโป่งพอง มะเร็งทุกชนิด ต้อหิน โรคหอบหืด/ภูมิแพ้ โรคเรื้อรัง และอื่น ๆ เช่น ตัดแขนขา, ตาบอด ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.4 ประวัติส่วนตัวด้านอาการผิดปกติ (D)

เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการบ่งชี้ของโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผลที่เท้า หรือเคยถูกตัดขา (จากเบาหวาน) ตึมน้ำบ่อผิดปกติ ปัสสาวะตอนกลางคืนตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป รับประทานอาหารมากแต่มิน้ำหนักลดลง น้ำหนักลดอ่อนเพลีย เป็นผลที่ริมฝีปากบวม และหายใจ มีอาการคันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย มีอาการชาที่ปลายมือหรือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดหรือรู้สึกขัดที่ข้อเข่า โดยเฉพาะเวลานั่งยอง ๆ หรือนั่งขัดสมาธิ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี และ ไม่มี

1.5 ประวัติการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (E)

1.5.1 เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย โดยทั่วไปท่านดูแลตนเองอย่างไร โดยเลือกวิธีการดูแลตนเองได้มากกว่า 1 วิธี ได้แก่ การปล่อยให้หายเอง การซื้อยามารับประทานเอง การใช้ยาสมุนไพรหรือการแพทย์ทางเลือก การเข้ารับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน และการเข้ารับการรักษาที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลของรัฐ วิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เลือกตอบได้ 3 ข้อ)

1.5.2 ประวัติการเจ็บป่วยหรือการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ประกอบด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง (รวมถึงมะเร็งตับ) โรคต้อหิน โรคหอบหืด โรคเรื้อรัง โรคธาลัสซีเมีย โรควัณโรค และโรคเกาต์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี ไม่มี และไม่เคยตรวจ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมอารมณ์ อื่นๆ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ปี 2566 (กรมอนามัย, 2566) ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best (1977) โดยคำนวณช่วงคะแนนจากสูตร (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)หาร

ด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง ซึ่งในการศึกษาค้างนี้กำหนดคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และกำหนดจำนวนระดับในการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ดังนั้นช่วงคะแนนจึงคำนวณได้ดังนี้ $(3 - 1) / 3 = 0.66$ จากนั้นนำช่วงคะแนนที่ได้ไปกำหนดเกณฑ์การแปลผลของค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของพระสงฆ์ จำนวน 20 โดยประยุกต์ใช้แบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค, 2563) เนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคสำคัญ ได้แก่ โรคติดต่อ นำโดยยุงลาย วัณโรค โรคพิษสุนัขบ้า โรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มีมาตรวัด 3 หน่วย เป็นประจำได้ 3 คะแนน ทำบางครั้งได้ 2 คะแนน และไม่เคยทำเลยได้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน เพื่อใช้ในการแปลความเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (Rating scales) การให้คะแนนวัดระดับการปฏิบัติงาน เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 46.68 – 60.00 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง 33.34 – 46.67 คะแนน

ระดับน้อย หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20.00 – 33.33 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามส่วนในข้อมูลทั่วไป ประวัติสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของกรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่า (Item Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.90 ส่วนข้อคำถามที่หาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach'Alpha Coefficient) ในส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรคมีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญทางพฤติกรรม 5 คน ตรวจสอบมีค่าความเที่ยงตรงตั้งแต่ 0.60 – 1.00 มีค่าความเชื่อมั่นใน 0.851 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้องในด้านการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่น เทศบาลนครแม่สอด และคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลแม่สอด อธิบายถึงขั้นตอนกิจกรรมต่างในโครงการวิจัยรวมถึงอธิบายถึงแนวทางการจัดกิจกรรมและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดอบรมถวายความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคัดกรองสุขภาพตามแบบสอบถามที่เตรียมไว้โดยมีล่ามแปลภาษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาเมียนมาได้ และพระสงฆ์บางรูปสามารถอ่านเขียนเป็นภาษาไทยได้

3. ตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้จนครบตรวจสอบความเรียบร้อยบันทึกข้อมูลจนครบถ้วนแล้ววิเคราะห์ผลตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยนำเสนอในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) ในตัวอย่างประชากรจัดกลุ่มต่าง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแม่สอด เลขที่ MSHP 55/2568 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2568 หมดอายุ 25 สิงหาคม 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร

พระภิกษุสงฆ์กลุ่มที่มี 60 ปี จำนวน 12 รูป ร้อยละ 28.57 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี จำนวน 10 รูป ร้อยละ 23.81 ด้านกลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปี จำนวน 8 รูป ร้อยละ 19.05 รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 50 - 59 ปี จำนวน 7 รูป ร้อยละ 16.67 ด้านเชื้อชาติส่วนใหญ่เป็นเชื้อชาติกะเหรี่ยง จำนวน 20 รูป ร้อยละ 47.62 รองลงมาคือเมียนมา จำนวน 19 รูป ร้อยละ 45.24 ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทยนาน 21 ปีขึ้นไป จำนวน 18 รูป ร้อยละ 42.86 รองลงมาคือกลุ่มที่อาศัยนานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 11 รูป ร้อยละ 26.19 และกลุ่มที่อาศัยนานระหว่าง 11 - 20 ปี จำนวน 9 รูป ร้อยละ 21.43 และกลุ่มที่อาศัยนานระหว่าง 5 - 10 ปี จำนวน 4 รูป ร้อยละ 9.52 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n = 42)

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20 - 49 ปี	23	54.76
5 ครั้ง 50 ปีขึ้นไป	19	45.24
เชื้อชาติ		

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เมียนมา	19	45.24
กะเหรี่ยง	20	47.62
มอญ	1	2.38
ยะไข่	1	2.38
ไทยใหญ่	1	2.38
ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย		
ตั้งแต่ 1 - 20 ปี	24	57.14
ตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป	18	42.86
จำนวนพรรษาที่บวช		
น้อยกว่า 10 พรรษา	22	52.38
11 - 20 พรรษา	7	16.67
21 พรรษาขึ้นไป	13	30.95

ข้อมูลด้านอาการและปัญหาสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านอาการและปัญหาสุขภาพ พบว่าด้านอาการและปัญหาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประวัติแผลที่เท้า ตัดขาดจากโรคเบาหวาน และไม่มีแผลที่ริมฝีปากบ่งชี้หายยาก ร้อยละ 100.00 โดยอาการที่พบมากที่สุดคือการดื่มน้ำบ่อยมาก ร้อยละ 30.95 รองลงมาเป็นอาการปัสสาวะกลางคืน ตามพารามิเตอร์ และขาตามปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 26.19 เท่ากัน ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 69.05 รองลงมาคือไปรับการรักษาที่ รพ.สต. โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 11.90 ด้านประวัติการเจ็บป่วย โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.43 รองลงมาคือโรคต่อหิณ ร้อยละ 14.29 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.90 ด้านค่าดัชนีมวลกาย BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือกลุ่มอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 28.57 ทั้งนี้เมื่อรวมผู้ที่มีภาวะอ้วนทุกระดับพบมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง และด้านระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มปกติ ร้อยละ 52.38 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 30.95 และกลุ่มที่มีภาวะเบาหวาน ร้อยละ 16.67 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (n = 42)

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการและปัญหาด้านสุขภาพ		
แผลที่เท้า/ตัดขาดจากโรคเบาหวาน (ไม่มี)	42	100
ดื่มน้ำบ่อยมาก	13	30.95
ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป	11	26.19
กินจุแต่ผอมลง	3	7.14
น้ำหนักลด อ่อนเพลีย	6	14.29
เป็นแผลที่ริมฝีปากบ่งชี้หายยาก(ไม่มี)	42	100

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ค้นตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์	6	14.29
ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย	11	26.19
ขาตามปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ	11	26.19
ปวดหรือรู้สึกขัดข้อเข่าโดยเฉพาะเวลานั่งยอง ๆ หรือนั่งขัดสมาธิ	6	14.29
2. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะดูแลตัวเองอย่างไร		
ปล่อยให้หายเอง	3	7.14
ซื้อยากินเอง	29	69.05
ใช้ยาสมุนไพร/แพทย์ทางเลือก	2	4.76
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	3	7.14
รพ.สต./โรงพยาบาลของรัฐ	5	11.90
3. ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคที่ต้องพบแพทย์*		
โรคเบาหวาน	5	11.90
โรคความดันโลหิตสูง	9	21.43
โรคตับ	2	4.76
โรคอัมพาตจากเส้นเลือดสมอง	2	4.76
โรคหัวใจ	2	4.76
โรคไขมันในเลือด	4	9.52
โรคไตวายเรื้อรัง	1	2.38
โรคถุงลมโป่งพอง	1	2.38
โรคมะเร็ง (รวมมะเร็งตับ)	2	4.76
โรคต่อหิน	6	14.29
โรคหอบหืด	2	4.76
โรคเรื้อน (ไม่มี)	42	100
โรคธาลัสซีเมีย	1	2.38
โรควัณโรค (รักษาหายแล้ว)	1	2.38
โรคเกาต์	2	4.76
4. ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ผอม	5	11.90
ปกติ	14	33.33
อ้วนระดับ 1	12	28.57
อ้วนระดับ 2	4	9.52
อ้วนระดับ 3	7	16.67
5. ระดับน้ำตาลในเลือด		
กลุ่มปกติ	22	52.38

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มเสี่ยง	13	30.95
กลุ่มที่มีภาวะเบาหวาน	7	16.67

*ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 โรค

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.48 รองลงมาคือยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 38.10 และเคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 21.43 ด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มและเคยดื่มแต่เลิกแล้วในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 47.62 รองลงมาคือดื่มเป็นครั้งคราวในช่วงเทศกาล ร้อยละ 4.76 ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละประมาณ 30 นาที ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 19.05 ด้านความชอบในการฉันอาหาร ส่วนใหญ่ชอบฉันอาหารทุกรส ร้อยละ 30.95 รองลงมาคือชอบรสหวาน ร้อยละ 26.19 และไม่ชอบทุกข้อ ร้อยละ 23.81 ด้านพฤติกรรมการฉันอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ส่วนใหญ่นาน ๆ รับประทานครั้ง ร้อยละ 78.57 รองลงมาคือรับประทานบ่อย ร้อยละ 14.29 และไม่รับประทานเลย ร้อยละ 7.14 ด้านภาวะอารมณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีอาการดังกล่าวเลย ร้อยละ 76.19 รองลงมาคือมีอาการเบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 14.29 และมีอาการรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 9.52 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (n = 42)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. สูบบุหรี่		
ไม่สูบ	17	40.48
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	9	21.43
ยังสูบบุหรี่อยู่	16	38.10
2. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	20	47.62
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	20	47.62
นานๆดื่ม(เทศกาล)	2	4.76
3. ออกกำลังกาย/กายบริหาร		
ไม่ออกกำลังกายเลย	7	16.67
ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	8	19.05
ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	6	14.29
ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	7	16.67
ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที	14	33.33
4. ชอบฉันอาหารรสใด		
หวาน	11	26.19

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เค็ม	6	14.29
มัน	2	4.76
ชอบทุกรส	13	30.95
ไม่ชอบทุกข้อ	10	23.81
5. การฉันทอาหารสุกๆ ดิบๆ		
ไม่กิน	3	7.14
นานๆ กินครั้ง	33	78.57
กินบ่อยๆ	6	14.29
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเหล่านี้หรือไม่		
รู้สึกหุดหู่ เสร้าหรือท้องอืด สิ้นหวัง	4	9.52
(มีหมอง เหงาหงอย เเซ้ง อยู่ไม่เป็นสุข อยากร้องไห้		
เบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน	6	14.29
(ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง ไม่อยากทำอะไร ไม่มีความสุข ไม่		
สดชื่น)		
ไม่มีอาการดังกล่าวเลย	32	76.19

จากการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน 3 อ. 2 ส. พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.96, SD. = 0.51$) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า โรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.26, SD = 0.52$) รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.11, SD. = 0.51$) และวัณโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.05, SD. = 0.50$) ตามลำดับ ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือดมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.70, SD. = 0.52$) ขณะที่โรคพิษสุนัขบ้ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันต่ำที่สุด อยู่ในระดับน้อย ($M = 1.64, SD. = 0.49$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม	1.96	0.51	ปานกลาง
โรคไข้เลือดออก	2.26	0.52	ปานกลาง
วัณโรค	2.05	0.50	ปานกลาง
โรคพิษสุนัขบ้า	1.64	0.49	น้อย
โรคไข้หวัดใหญ่	2.11	0.51	ปานกลาง
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1.70	0.52	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย ระดับดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา พรรษาที่บวช สิทธิการรักษาพยาบาล ทักษะการใช้ภาษาไทย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการฉ้อโกงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ พฤติกรรมด้านรสชาติการฉ้อโกงอาหาร และพฤติกรรมด้านอารมณ์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ		
	χ^2	Df	P-value
คุณลักษณะประชากร			
อายุ ^{a*}	33.99	8	<0.001
เชื้อชาติ	4.49	8	0.810
ระดับการศึกษา	5.62	4	0.229
พรรษาที่บวช	11.54	4	0.052
สิทธิการรักษาพยาบาล	7.36	4	0.118
ทักษะการใช้ภาษาไทย	10.81	8	0.213
ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย ^{a*}	17.05	6	<0.001
สถานะสุขภาพ			
ดัชนีมวลกาย (BMI) **	16.37	8	<0.030
ระดับน้ำตาลในเลือด *	16.67	4	<0.001
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ			
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	60.51	4	0.195
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ *	26.31	4	<0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	17.07	8	0.092
พฤติกรรมการฉ้อโกงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ	9.46	4	0.051
พฤติกรรมด้านรสชาติการฉ้อโกงอาหาร	14.03	8	0.074
พฤติกรรมด้านอารมณ์	5.98	4	0.200

^aFisher's exact test *p < 0.01, **P-value < 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้ถึงสถานะทางสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และภัยสุขภาพของพระสงฆ์ข้ามชาติได้อย่างชัดเจนตามบริบทเฉพาะตัวของกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่ชายแดนเทศบาลนครแม่สอดซึ่งมีปัจจัยด้านวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ

ด้านสถานะสุขภาพของพระสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอดมีดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมีความเสี่ยงอ้วนลงพุงและภาวะโภชนาการเกินทำให้อาจมีผลมาจากการที่พระภิกษุสงฆ์กลุ่มนี้ยังไม่ได้ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในด้านโภชนาการเท่าที่ควรซึ่งพระภิกษุสงฆ์ที่สูงอายุมากแล้วนั้น มักจะดำเนินวิถีชีวิตที่เป็นไปด้วยความเรียบง่าย ต่างจากกลุ่มที่มีอายุน้อยและสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและประเด็นอื่นๆ จากสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ซึ่งมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิศนัฏ์ วุฒิสักดิ์สกุล (2561) ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุของพระสงฆ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าในหมู่พระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุมากขึ้นจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพลดลง ปัจจัยด้านระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลุ่มเป้าหมายเกินกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 57.1 อาศัยในประเทศไทยระหว่าง 1-20 ปี ซึ่งทั้งหมดเป็นกลุ่มที่เข้ารับบริการในคลินิกอบอุ่น ซึ่งเป็นสถานบริการจำเพาะที่ให้บริการแก่ประชากรข้ามชาติอย่างเป็นมิตรรวมถึงมีล่ามเพื่อลดอุปสรรคการสื่อสารระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและผู้รับบริการ จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุม พระสงฆ์ข้ามชาติมีความรู้และเข้าใจบริบททั้งการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรม ประเพณี รวมถึงการรับข้อมูลด้านสุขภาพอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Thi and Sonlorm (2023) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มแรงงานอพยพชาวเมียนมาในพื้นที่หนึ่งของประเทศไทย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยและภัยสุขภาพ โดยพบว่า ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทยในระยะเวลาที่มากกว่า 48 เดือน จะส่งผลให้กลุ่มแรงงานมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น รวมถึงสถานะสุขภาพด้านระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ามีกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวานนั้น มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ เจษฎาภรณ์ สุธรรม (2566) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดลำพูน ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะด้านโภชนาการ โดยพิจารณาจากเส้นรอบเอวซึ่งเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังมีการออกกำลังกายอยู่เป็นประจำแสดงให้เห็นถึงการขยับร่างกายเป็นประจำตามกิจของสงฆ์ พระสงฆ์บางส่วนยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่และบางส่วนเคยสูบบุหรี่แล้ว พระภิกษุสงฆ์ที่เคยมีประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในอดีตและเลิกแล้วก่อนเปลี่ยนสถานะเป็นสมณเพศมีระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับที่ดี ทั้งนี้เป็นผลมาจากประสบการณ์ในฐานะที่

เคยเป็นผู้บริโภคมาก่อน และเมื่อต้องแปรสถานะ มาครองสมณเพศ การบริโภคแอลกอฮอล์ถือเป็นเป็นข้อต้องห้ามระดับร้ายแรงหากฝ่าฝืนกระทำ ดังนั้นไม่ว่าพระภิกษุสงฆ์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจะมีประสบการณ์การดื่มหรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ แต่หลักคำสอนทางพระพุทธศาสนานั้น ยังคงเป็นเครื่องย้ำเตือนความคิดและแนวทางการประพฤติตน ซึ่งหากเปรียบเทียบกับ การสูบบุหรี่นั้นอาจมีความแตกต่างโดยสิ้นเชิง เมื่อทบทวนข้อมูลด้านพฤติกรรม การสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 38.12 ยังมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ทั้งนี้ อาจเนื่องด้วยการสูบบุหรี่มิได้เป็นข้อห้ามที่ถูกบรรจุในหลักปฏิบัติของสมณเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ชนะสุข และคณะ (2568) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พบว่าระดับระดับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อมีระดับการปฏิบัติตนที่ดีที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ จะส่งผลให้พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และการฉันอาหารครบทุกรส มีรสหวาน มัน รong ลงมา ในส่วนของอารมณ์ในภาพรวมยังถือว่า มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีในส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมกมล ศิริมงคล (2567) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การฉันภัตตาหารและภาวะโภชนาการของพระภิกษุสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าหากพระภิกษุสงฆ์ที่มีระดับพฤติกรรม การฉันภัตตาหารที่ดีมีประโยชน์หลักเลี้ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่นอาหารประเภทของทอด ขนมหวานจัด และมีความตระหนักรู้สถานะสุขภาพของตน เช่นระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด ก็จะมีระดับภาวะโภชนาการในระดับที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรม การป้องกันและภัยสุขภาพ ยังพบว่าการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ายังอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากภายในวัดมีทั้งสุนัขและแมวที่มีเจ้าของถูกเลี้ยงโดยพระสงฆ์ในวัดและเป็นสุนัข แมวจรจัดซึ่งสัตว์เหล่านี้เป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้ามาสู่พระสงฆ์ได้ จากการสังเกตของผู้วิจัยในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลและจัดกิจกรรมในวัดยังพบสุนัขและแมวจรจัดที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าทำให้เกิดความเสี่ยงที่พระสงฆ์จะถูกสุนัขและแมวกัดได้เช่นเดียวกันกับวัดทุกพื้นที่ในประเทศไทยมีการนำสุนัขและแมวมาปล่อยทิ้งไว้ที่วัดทำให้สร้างปัญหาในการจัดการสิ่งเหล่านี้และอาจทำให้สุนัขและแมวไปกัดญาติโยมที่มาทำบุญหรือกิจกรรมทางศาสนาภายในวัดได้เช่นเดียวกันกับการศึกษาการแก้ไขปัญหาสุนัขจรจัดโดยพุทธสันติวิธีของวัด ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานครของ วิชาวรณ์ แก้วศรี และนวลวรรณ พูนวสุพลฉัตร (2567) มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยสุนัขจรจัดนั้น จัดเป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งหากสุนัขจรจัดกัดหรือทำร้ายประชาชน ย่อมมีความเสี่ยงที่จะ เป็นโรคพิษสุนัขบ้า หรือโรคต่างๆ เช่น โรคบาดทะยัก เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติในเขตเทศบาลนครแม่สอด พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย ระดับดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์แสดงถึงการได้รับอิทธิพลจากช่วงวัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเข้าใจในระบบบริการสาธารณสุขท้องถิ่นในการดำรงชีวิตในประเทศไทย ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพบางประการ โดยเฉพาะประสบการณ์ชีวิตและการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่มีผลให้พระภิกษุสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เข้าใจระบบบริการสุขภาพ และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น เป็นแรงกระตุ้นทำ

ให้เกิดการตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าปัจจัยบางส่วนที่ไม่พบความสัมพันธ์ เช่น เชื้อชาติ ระดับการศึกษา พระราชที่บวช พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มากพอ หรือกลุ่มภิกษุสงฆ์ชาวต่างชาติมีลักษณะเฉพาะเจาะจงในการถือศีลและปฏิบัติตามศาสนธรรม ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เท่ากับประชากรทั่วไป ดังนั้น การส่งเสริมและปรับปรุงพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของกลุ่มนี้ จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนัก ระดับน้ำตาลในเลือด และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณตรา สังข์กร (2568) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.042$) โดยพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายผิดปกติ (ร้อยละ 28.80 และร้อยละ 19.60) ส่วนอายุและจำนวนพระสงฆ์ของพระสงฆ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

นำข้อมูลไปใช้ในการจัดกิจกรรมสุขภาพและสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติ โดยเฉพาะการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความตระหนักและเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งถัดไปควรดำเนินการในพื้นที่อื่นหรือเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพระภิกษุสงฆ์ข้ามชาติใน 5 อำเภอชายแดน จังหวัดตาก

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ*. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสม.)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2566). *คู่มือการดำเนินงานสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ประจำปี 2566*. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.
- คณิตจักร วุฒิสักดิ์สกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1).
- จุฬาวัลย์ ชนะสุข. (2568). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ใน

- เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 48(2).
- เจษฎาภรณ์ สุธรรม. (2566). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอสี จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]*.
- ธนพร เจียมจิตรวิบูลย์, จิตติพร แต่งกัมปวน, เนาวรัตน์ ลูกชะหาไต และ Patricia M. Davidson. (2565). *โรคไม่ติดต่อและปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพในพระสงฆ์บัณฑิต: การทบทวนแบบบูรณาการ*. *Research in Nursing & Health*, 45(2), 249–260. <https://doi.org/10.1002/nur.22215>
- เปรมกมล ศิริมงคล. (2567). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฉันทาอาหารและภาวะโภชนาการของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 2567;14:108–120.
- พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี, วัลลภ ใจดี, และ จิรภัค สุวรรณเจริญ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการประกันสุขภาพในมุมมองของแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 165–180.
- วรพจน์ วิเศษศิริ, และพระปลัดระพิน พุทธิสาร. (2564). *แม่สอดศึกษา: หลากชาติพันธุ์สู่พหุลักษณะทางพระพุทธศาสนา. วารสารพุทธนวัตกรรมการจัดการ*, 4(2). 96-110.
- วิชากรณ์ แก้วศรี, และ นววรรณ พูนวสุพลฉัตร. (2567). *การแก้ไขปัญหาสุนัขจรจัดโดยพุทธสันติวิธีของวัดในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วารสาร มจร บาลีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์*, 10(2).
- สุพัฒตรา สังข์กร. (2568). *สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ เขตสุขภาพที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Peanumlom, P. (2019). *Surveillance and rapid response migrant team (SRRMT)*. Mae Sot General Hospital.
- Thi, W. M., & Sornlorm, K. (2023). Prevalence and factors associated with limited hypertensive health literacy among Myanmar migrant workers in Northeastern Thailand. *International Journal of Public Health Asia Pacific*, 2(3).
- Vapattanawong, P., Chamrathirong, A., Punpuing, S., Rhuchaoenpornpanich, O., & Apipornchaisakul, K. (2017). Size and distribution of cross-border population from Myanmar, Cambodia, and Lao PDR in Thailand 2015: Estimation from multiple sources. *Thai Population Journal*, 4(2).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง
อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

Factors Influencing to Stress among High School Students at a School in
Bang Krathum District, Phitsanulok Province

ปวาริสา ทับอินทร์¹, ปฏินทรณ์ สร้อยยู¹, นรินทรธิดา หอมหวาน¹, จินดาวรรณ ท่อมลิ¹, กุเกียรติ ก้อนแก้ว^{1*}

Pawarisa Tabin¹, Patiporn Sornyooy¹, Narinthida Homhuan¹, Chindawan Thomlit¹, Kukiet Konkaew^{1*}

หลักสูตรสาขาสารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม^{1*}

Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University^{1*}

(Received: 19 June 2026; Revised: 4 July 2026; Accepted: 27 August 2026)

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เปลี่ยนผ่านเข้าสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งต้องมีการปรับตัวส่งผลให้เกิดความเครียด การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 207 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยโปรแกรม OpenEpi เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ 2. ทศนคติ ได้แก่ ทศนคติต่อความรัก ทศนคติต่อการเรียน จำนวน 9 ข้อ 3. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับคุณครู จำนวน 21 ข้อ 4. แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 71.98 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด ได้แก่ แผนการเรียน ผลการเรียนเฉลี่ย ทศนคติต่อการเรียน สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน และสัมพันธภาพกับคุณครู ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดได้ร้อยละ 51.00 ดังนั้นโรงเรียนควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครูกับนักเรียน พร้อมเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อน และควรส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผู้ปกครองควรเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พูดคุย แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และควรให้คำแนะนำเชิงบวกแก่บุตรหลาน

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, ความเครียด, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kukietk@gmail.com, กุเกียรติ ก้อนแก้ว)

Abstract

Mental health problems remain a significant public health concern, particularly among adolescents, who are in a transitional stage toward adulthood and are required to make various adjustments that may lead to stress. This cross-sectional study aimed to determine the level of stress and identify factors associated with stress among upper secondary school students at a school in Bang Krathum District, Phitsanulok Province. The study participants comprised 207 upper secondary school students who were selected using simple random sampling, with the sample size determined using the OpenEpi program. The research instrument was a questionnaire consisting of four sections: 1. personal information, comprising 8 items; 2. attitudes, including attitudes toward love and attitudes toward learning, comprising 9 items; 3. interpersonal relationships, including relationships within the family, relationships with friends, and relationships with teachers, comprising 21 items; and 4. the Department of Mental Health's Stress Test (SPST-20), comprising 20 items. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistics were also employed, using stepwise multiple regression analysis to identify factors associated with stress among the students. The findings revealed that 71.98% of the participants experienced moderate to severe levels of stress. Factors significantly influencing stress at the 0.05 significance level included academic program, grade point average (GPA), attitudes toward learning, family relationships, relationships with friends, and relationships with teachers. These factors collectively explained 51.00% of the variance in students' stress levels. Therefore, schools should organize activities that promote positive relationships between teachers and students, while providing opportunities for students to participate in activities with their peers. Schools should also promote positive family relationships. Parents should encourage their children to openly communicate, express their feelings and opinions, and provide emotional support. In addition, parents should offer positive guidance and constructive advice to their children.

Keywords: Influencing Factors, Stress, High School Students

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) รายงานว่า ปี 2567 ประชากรโลกประมาณหนึ่งในสี่ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.00 โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงานที่เผชิญภาวะโดดเดี่ยวและความไม่แน่นอนของอนาคต สอดคล้องกับรายงานภาวะสังคมไทย ปี

2567 ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งพบว่า คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้นจากปี 2566 ที่มีสัดส่วนร้อยละ 29.8 ลดลงเหลือร้อยละ 24.7 มีปัญหาเสี่ยงซึมเศร้ามากที่สุด และรองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูง ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่า ปี 2567 พบผู้เสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.20 ความเครียดสูงร้อยละ 15.48 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 10.63 โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน และวัยเด็กที่มีความเครียดจากภาระการเรียน และงาน นอกจากนี้ ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าร้อยละ 64.00 ของคนไทยรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้นกว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

สังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดความเครียดที่กระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจอย่างมาก เยาวชนจำนวนไม่น้อย ไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่า จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 355,537 คนในปี 2563 เป็น 358,267 คนในปี 2564 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.77 ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตยังระบุอีกว่าประชาชนมีระดับความเครียดสูงขึ้น 2.10 เท่า ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 4.80 เท่า และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 5.90 เท่า (สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567) ผลการประเมินสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นไทย (อายุต่ำกว่า 20 ปี) จำนวน 183,974 คน ผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ระหว่างปี 2563 – 2564 พบว่า วัยรุ่นมีความเครียดสูงร้อยละ 28.00 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 32.00 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 22.00 โดยมีแนวโน้มเข้าสังคมน้อยลง และติดเกมมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ช่วงวัยเด็กและเยาวชนเป็นช่วงวัยที่เปราะบางทางจิตใจ ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว การกลั่นแกล้งในโรงเรียน และปัญหาหายาเสพติด จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check-in) ปี 2566 พบว่า เยาวชนมีความเครียดสูงร้อยละ 18.00 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 26.00 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 12.50 ขณะที่ในช่วงต้นปี 2567 เยาวชนอายุ 15–23 ปี มีความเครียดสูงร้อยละ 26.80 และภาวะหมดไฟร้อยละ 18.30 สาเหตุหลักมาจากแรงกดดันด้านการเรียน ความคาดหวังในอนาคต และปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2568)

อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก เป็นอำเภอที่มีประชากร 31,926 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของจังหวัดพิษณุโลก และเป็นอำเภอที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับหนึ่งของจังหวัด มีการแข่งขันสูง อาจส่งผลให้เกิดความเครียดในกลุ่มวัยต่างๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นจากการทบทวนงานวิจัย และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง พบว่าความเครียดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ความเครียดอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเรียน ความรัก สัมพันธภาพครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความสัมพันธ์กับคุณครู ซึ่งช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และบทบาทในสังคม จากข้อมูลศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 (2563–2567) พบว่ามีผู้ที่เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 1.40 มีความเครียดสูงร้อยละ 0.90 เสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 0.80 และมีภาวะหมดไฟร้อยละ 0.10 ข้อมูลจาก Health Data Center ปี 2566 ยังระบุว่า จังหวัดพิษณุโลก

มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 541 คน ป่วยโรคซึมเศร้า 5,425 คน โรควิตกกังวล 4,685 คน โรคจิตเภท 3,508 คน และโรคจิตอื่น ๆ 986 คน ซึ่งแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 (กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2568)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และโรคทางจิตอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยนำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ แผนการเรียน ผลการเรียนเฉลี่ย การเรียนกวดวิชา รายรับของนักเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ทักษะคิด ได้แก่ ทักษะต่อความรัก ทักษะต่อการเรียน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อน และคุณครู มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายหรือไม่ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในวางแผนเพื่อรับมือกับความเครียดในวัยรุ่นวัยเรียนอีกทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกัน และจัดการกับความเครียดกับวัยรุ่นวัยเรียนต่อไป

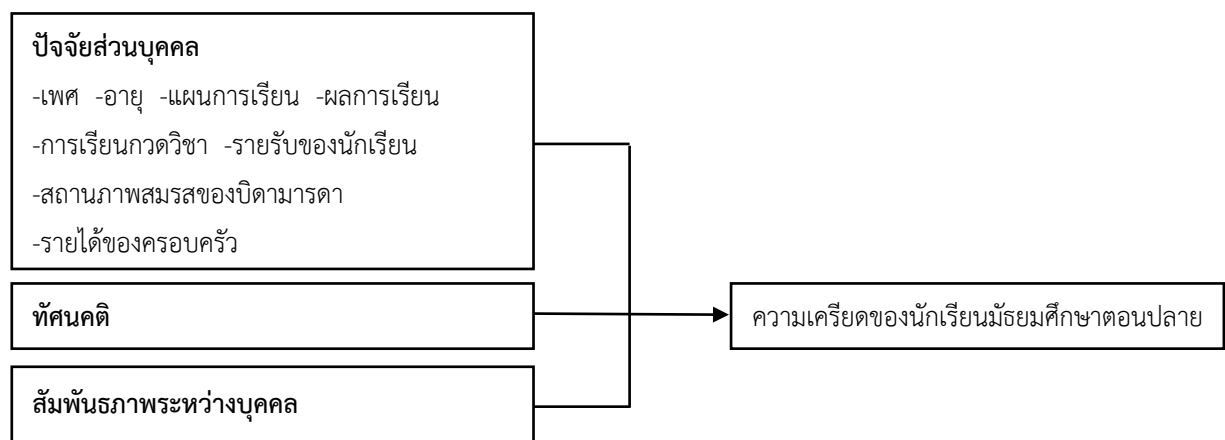
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2568 จำนวน 449 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Wayne WD. (1995) เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากรเป้าหมาย 449 คน $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติเท่ากับ 1.96 P = ค่าสัดส่วนความเครียดของนักเรียน ร้อยละ 54.7 (นิธินี รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564) d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(NZ^2 \alpha/2P(1-P))}{[(N-1)d^2 + Z^2 \alpha/2 P(1-P)]}$$

$$n = \frac{[449(1.96)^2 0.55(1-0.55)]}{[(449-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 0.55(1-0.55)]}$$

ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 207 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1) ใช้การแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการเทียบสัดส่วนได้ มัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 76 คน มัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 65 คน และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 66 คน รวม 207 คน

ขั้นที่ 2) ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้โปรแกรม Open EPI สุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อในแต่ละชั้นเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในการวิจัย ร่วมกับแบบประเมินความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ แผนการเรียน ผลการเรียนเฉลี่ย การเรียนกวดวิชา รายรับของนักเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทศนคติ ได้แก่ ทศนคติต่อความรัก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรการวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน 1-4) แปลผลคะแนนรวม 4-8 (ระดับน้อย) 9-12 (ระดับปานกลาง) และ 13-16 (ระดับมาก)

ทศนคติต่อการเรียน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรการวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน 1-4) แปลผลคะแนนรวม 5-10 (ระดับน้อย) 11-15 (ระดับปานกลาง) และ 16-20 (ระดับมาก)

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับคุณครู จำนวน 21 ข้อ ด้านละ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรการวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย ถึงจริงมาก (คะแนน 1-4) แปลผลคะแนนรวม 7-13 (ระดับไม่ค่อยดี) 14-20 (ระดับปานกลาง) และ 21-28 (ระดับดี)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราการวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และ รู้สึกเครียดมากที่สุด แปลผลคะแนนรวมแสดงในตารางที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 สามารถใช้ได้ทุกข้อ

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียนเดียวกัน จำนวน 30 ตัวอย่าง ที่ไม่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นส่วนที่ 2-4 ดังนี้ 0.75, 0.88, และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียน และครูประจำชั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยกับผู้ตอบแบบสอบถาม และแจ้งสิทธิในการตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามตามหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจแล้วจึงให้ตอบแบบสอบถามในรูปแบบ Google forms

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ทศนคติ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าน้อยสุด และ ค่ามากที่สุด

2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ใช้สถิติถดถอยพหุคูณร่วมกับตัวแปรหุ่น (Multiple Regression Analysis Model with Dummy Variables) ด้วยวิธี Stepwise กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.821 อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ค่า VIF เท่ากับ 1.772 น้อยกว่า 10 ค่า Tolerance เท่ากับ 0.564 มากกว่า 0.20 ไม่เกิด Multicollinearity

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เลขที่ PSRU-EC B2025-0002 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2568 ในขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยทุกประการ ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลสามารถออกจากกระบวนการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.11 อายุ 16 ปี มากที่สุด รองลงมาอายุ 18 ปี และ 17 ปี ร้อยละ 40.58, 29.47, และ 28.02 ตามลำดับ ด้านแผนการเรียน เรียนภาษามากที่สุด รองลงมาเป็น

แผนการเรียนวิทย์-คณิตศาสตร์และเทคโนโลยี และแผนการเรียนทวิศึกษา ร้อยละ 29.47, 27.05 และ 23.19 ตามลำดับ ผลการเรียนเฉลี่ย 3.50–4.00 มากที่สุด รองลงมา 3.00–3.49 และ 2.50–2.99 ร้อยละ 37.20, 33.33 และ 18.84 ตามลำดับ เรียนกวดวิชาร้อยละ 29.95 รายรับของนักเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2,529.47 บาท/เดือน ช่วง 2,001–3,000 บาท/เดือนมากที่สุด รองลงมา 1,000–2,000 บาท/เดือน และ 3,001–4,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.24, 42.51 และ 4.83 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกันมากที่สุด รองลงมาแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง และเสียชีวิต ร้อยละ 80.68, 14.49 และ 4.83 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยครอบครัว 30,005.80 บาท/เดือน รายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 15,000–30,000 บาท/เดือนมากที่สุด รองลงมาช่วง 30,001–45,000 บาท/เดือน และ <15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56.52, 22.71 และ 11.59 ตามลำดับ ($M = 30,005.08$, $SD. = 11,182.24$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=207)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	45.89
หญิง	112	54.11
อายุ		
15 ปี	1	0.48
16 ปี	84	40.58
17 ปี	58	28.02
18 ปี	61	29.47
19 ปี	3	1.45
$M = 16.91$, $SD. = 0.879$, Min-Max = 15-19		
แผนการเรียน		
แผนการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์และเทคโนโลยี	56	27.05
แผนการเรียนภาษา	61	29.47
แผนการเรียนทั่วไป	42	20.29
แผนการเรียนทวิศึกษา	48	23.19
ผลการเรียนเฉลี่ย		
2.00 - 2.49	22	10.63
2.50 - 2.99	39	18.84
3.00 - 3.49	69	33.33
3.50 - 4.00	77	37.20
$M = 3.25$, $SD. = 0.49$, Min-Max = 2.02-4.00		
การเรียนกวดวิชา		
ไม่เรียนกวดวิชา	145	70.05
เรียนกวดวิชา	62	29.95

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายรับของนักเรียน		
1,000 – 2,000 บาท/เดือน	88	42.51
2,001 – 3,000 บาท/เดือน	104	50.24
3,001 – 4,000 บาท/เดือน	10	4.83
> 4,000 บาท/เดือน	5	2.42
$M = 2,529.47, SD. = 666.28, \text{Min-Max} = 1,200-4,500$		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	167	80.68
บิดามารดาแยกกันอยู่ หรือหย่าร้างกัน	30	14.49
บิดา หรือมารดาเสียชีวิต	10	4.83
รายได้ครอบครัว		
< 15,000 บาท/เดือน	24	11.59
15,000 – 30,000 บาท/เดือน	117	56.52
30,001 – 45,000 บาท/เดือน	47	22.71
> 45,000 บาท/เดือน	19	9.18
$M = 30,005.08, SD. = 11,182.24, \text{Min-Max} = 20,000-70,000$		

ด้านระดับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมา มีความเครียดอยู่ระดับน้อย ระดับสูง และระดับรุนแรง ร้อยละ 43.48, 28.02, 26.09 และ 2.41 ตามลำดับ ($M = 33.06, SD. = 12.070$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด
ภาพรวม ($n = 207$)

ระดับความเครียด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (0-24 คะแนน)	58	28.02
ระดับปานกลาง (25-42 คะแนน)	90	43.48
ระดับสูง (43-62 คะแนน)	54	26.09
ระดับรุนแรง (≥ 63 คะแนน)	5	2.41
$M = 33.06, SD. = 12.07, \text{Min-Max} = 20-68$		

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด จากตัวแปรต้น 14 ตัวแปร มีความสัมพันธ์ 7 ตัวแปร ได้แก่ แผนการเรียนภาษา แผนการเรียนทวิศึกษา ผลการเรียนรู้เฉลี่ย ทักษะคิดต่อการเรียน สัมพันธภาพภายใน ครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน และสัมพันธภาพกับคุณครู โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดได้ร้อยละ 51.00 ($R^2=0.510$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าคงที่เท่ากับ 80.793 สามารถเขียนเป็นสมการคะแนนดิบได้ ดังตารางที่ 3

$$\hat{Y} = 80.793 - 3.639(X_1) - 4.066(X_2) + 3.331(X_3) - 1.051(X_4) - 0.410(X_5) - 0.759(X_6) - 0.487(X_7) \text{ หรือ}$$

ความเครียด = 80.793 - 3.639(แผนการเรียนภาษา) - 4.066(แผนการเรียนทวิศึกษา) + 3.331(ผลการเรียนเฉลี่ย) - 1.051(ทัศนคติต่อการเรียน) - 0.410(สัมพันธภาพภายในครอบครัว) - 0.759(สัมพันธภาพกับเพื่อน) - 0.487(สัมพันธภาพกับคุณครู)

แปลผลสมการว่า เมื่อตัวแปรอิสระทุกตัว (X_1 ถึง X_7) มีค่าเท่ากับ 0 ค่าของตัวแปรตาม (ความเครียด) จะเท่ากับ 80.793 อีกทั้งยังสามารถนำมาเขียนเป็นสมการคะแนนมาตรฐาน ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดได้ร้อยละ 48.40 ($R^2_{\text{Adjust}} = 0.484$) $\hat{Z} = -0.138(X_1) - 0.142(X_2) + 0.135(X_3) - 0.265(X_4) - 0.129(X_5) - 0.301(X_6) - 0.171(X_7)$ แปลผลสมการว่า ถ้า X_1 เพิ่มขึ้น 1 หน่วยค่าตัวแปรตาม (ความเครียด) จะลดลง 0.138

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด โดยวิธี Stepwise

ตัวแปรที่มีอิทธิพล	B	Beta	t	P - value
แผนการเรียน : วิทยาศาสตร์ – คณิตศาสตร์ (reference)				
แผนการเรียนภาษา (x1)	- 3.639	- 0.138	- 2.516	0.013*
แผนการเรียนทวิศึกษา (x2)	- 4.066	- 0.142	- 2.311	0.022*
ผลการเรียนเฉลี่ย (x3)	3.331	0.135	2.295	0.023*
ทัศนคติต่อการเรียน (x4)	- 1.051	- 0.265	- 3.410	0.001*
สัมพันธภาพภายในครอบครัว (x5)	- 0.410	- 0.129	- 2.082	0.039*
สัมพันธภาพกับเพื่อน (x6)	- 0.759	- 0.301	- 5.497	<0.001**
สัมพันธภาพกับคุณครู (x7)	- 0.487	- 0.171	- 2.374	0.019*

**P - value < 0.01, *P - value < 0.05, Constant = 80.793, $R^2 = 0.510$ $R^2_{\text{adj}} = 0.484$

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งอำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามรายตัวแปรดังต่อไปนี้

แผนการเรียนมีอิทธิพลต่อความเครียด นักเรียนที่เรียนแผนการเรียนทวิศึกษา และแผนการเรียนภาษามีความเครียดน้อยกว่านักเรียนที่เรียนแผนการเรียนวิทย์-คณิตและเทคโนโลยี เนื่องจากแผนการเรียนวิทย์-คณิต มีภาระทางการเรียนสูง มีชั่วโมงเรียนต่อสัปดาห์มากกว่าแผนการเรียนดังกล่าว วิชาที่เรียนอาจมีความซับซ้อนต้องใช้ความคิดและการวิเคราะห์ในการแก้ปัญหา และการเชื่อมโยงทางเหตุผลสูง อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความคาดหวังจากครอบครัว คุณครู ในการสอบเข้าคณะ และมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง จึงอาจทำให้นักเรียนรู้สึกกดดัน ส่งผลให้นักเรียนมีแนวโน้มที่อาจเกิดความเครียดมากกว่าแผนการเรียนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ ป้อมคล้าย และคณะ (2566) ที่พบว่านักเรียนในแผนการเรียนวิทย์-คณิตมีระดับความเครียดสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มการเรียนอื่น ๆ

ผลการเรียนมีอิทธิพลต่อความเครียด นักเรียนที่มีผลการเรียนดีอาจจะมีเครียดสูง เนื่องจากการมีเกรดเฉลี่ยสูงแสดงให้เห็นถึงการทุ่มเทในการเรียน ซึ่งการทุ่มเทกับการเรียนที่มากเกินไป อาจทำให้ขาดสมดุลชีวิตประจำวัน เช่น ไม่มีเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ ขาดการพักผ่อนอย่างเพียงพอ หรือขาดการเข้าสังคม เมื่อขาดปัจจัยดังกล่าวไปจึงมีแนวโน้มที่อาจจะเกิดความเครียดได้ อีกทั้งนักเรียน มักได้รับความคาดหวังสูงจากผู้ปกครอง คุณครู หรือตนเอง ที่คาดหวังกับความสำเร็จ และกลัวความล้มเหลวแม้เพียงเล็กน้อย ก็อาจมีแนวโน้มที่จะกดดันตนเอง จึงอาจทำให้เกิดความเครียด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วณัญญา แก้วแก้วปาน (2564) ที่พบว่านักเรียนที่มีระดับผลการเรียนเฉลี่ยต่างกันมีภาวะความเครียดไม่แตกต่างกัน เพราะภาวะความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับนักเรียนทุกคน ไม่ว่าจะมีความรู้ระดับผลการเรียนถูกจัดอยู่ในเด็กเรียนเก่ง หรือกลุ่มเด็กที่เรียนไม่เก่ง อาจเนื่องด้วยบริบทของพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นโรงเรียนชนบท นักเรียนมักมาจากครอบครัวที่ไม่ได้มีฐานะทางการเงินที่ดี การมีผลการเรียนที่ดีเหมือนเป็นความหวังในการยกระดับฐานะครอบครัว ครอบครัวจึงกดดันให้นักเรียนมีผลการเรียนที่ดี เมื่อนักเรียนถูกคาดหวังสูง หรือกดดันให้มีผลการเรียนที่ดีจากครอบครัว จึงมีแนวโน้มที่อาจจะเกิดความเครียดได้

ทัศนคติต่อการเรียนมีอิทธิพลเชิงลบกับความเครียด หากนักเรียนมีทัศนคติต่อการเรียนดีจะทำให้ความเครียดลดลง อาจเนื่องจากผู้ที่มีทัศนคติต่อการเรียนมักเชื่อว่าความสำเร็จเกิดขึ้นได้จากความพยายาม เมื่อเจอเนื้อหาที่ยาก เขาจะเลือกวิธี แก้ปัญหาเชิงรุก เช่น การวางแผนอ่านหนังสือ หรือการปรึกษาคุณครูในส่วนที่ตนยังสงสัย ต่างจากผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบมักเลือก การหลีกเลี่ยงหรือผลัดวันประกันพรุ่ง ซึ่งพฤติกรรมหลีกเลี่ยงนี้เองที่ยิ่งสะสมความเครียดให้เพิ่มสูงขึ้นในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของชูลีวรรณ ปราณีธรรม และอินทริยา หลีกกันชะ (2566) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยนานาชาติการทองเที่ยว ที่พบว่าทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการเรียนออนไลน์

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อความเครียดของนักเรียนได้แก่ สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และสัมพันธ์ภาพกับคุณครูดังนี้

สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความเครียด นักเรียนที่มีความสัมพันธ์ดีกับครอบครัว มักจะมีความเครียดต่ำ เพราะได้รับความอบอุ่น ความเข้าใจกัน การสื่อสารที่เปิดกว้าง และการสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี ในทางตรงกันข้าม หากครอบครัวมีความสัมพันธ์ไม่ดี เช่น มีความขัดแย้ง ขาดความอบอุ่น หรือไม่มีการสนับสนุนทางอารมณ์ นักเรียนจะมีแนวโน้มเผชิญความเครียดสูงเนื่องจากขาดพื้นที่ในการระบายความรู้สึก และไม่สามารถขอคำปรึกษา หรือกำลังใจจากครอบครัวได้ ส่งผลให้ต้องรับมือกับปัญหาด้วยตนเอง นอกจากนี้บรรยากาศในครอบครัวที่ตั้งเครียด หรือมีการสื่อสารเชิงลบ อาจทำให้นักเรียนเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มั่นคงทางจิตใจ และมีแนวโน้มเกิดภาวะวิตกกังวล ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มระดับความเครียดในชีวิตประจำวันของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป กาลเขว้า และคณะ (2564) ที่พบความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด โดยความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันบ้างเล็กน้อยมีความเครียดสูงกว่าครอบครัวที่มีความรักใคร่ช่วยเหลือกันดี ไม่มีความขัดแย้ง ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัญหาคู่ครอบครัวส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Windarwati, H et al. (2020) ที่พบว่า สัมพันธภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สัมพันธภาพกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อความเครียด นักเรียนมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนจะมีระดับความเครียดต่ำ เนื่องจากได้รับความเข้าใจ การยอมรับ และการสนับสนุนทางอารมณ์จากเพื่อน ซึ่งช่วยให้สามารถระบายความรู้สึกและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการมีเพื่อนที่ดีช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง และความรู้สึกรับคุณค่า ทำให้มีกำลังใจในการเรียนและการดำเนินชีวิตมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากสัมพันธภาพกับเพื่อนไม่ดี จะส่งผลให้ความเครียดเพิ่มขึ้น เพราะขาดพื้นที่ในการระบายความรู้สึกหรือขอความช่วยเหลือ และอาจเผชิญแรงกดดันทางสังคม เช่น ความขัดแย้ง การถูกวิพากษ์วิจารณ์ การถูกล้อเลียน หรือการถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่เป็นที่ยอมรับ และลดความมั่นใจทางอารมณ์ นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดกับเพื่อนยังอาจกระทบต่อสมาธิในการเรียน การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ระดับความเครียดของนักเรียนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศันชธรณ์ ประสมทรัพย์ และคณะ(2564) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางถึงแย่ มีระดับความเครียดสูงกว่านักศึกษาที่มีระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนอยู่ในระดับดีถึงดีมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยิ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Adekunle Adedeji et al. (2022) พบว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

สัมพันธภาพกับคุณครูมีอิทธิพลต่อความเครียด นักเรียนมีสัมพันธภาพที่ดีกับคุณครู จะช่วยให้รู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย และไว้วางใจในการขอคำปรึกษา เนื่องจากคุณครูเป็นบุคคลสำคัญที่นักเรียนต้องพบเจอในชีวิตประจำวัน การได้รับความเข้าใจ การยอมรับ และกำลังใจจากครูจึงเป็นแรงสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญช่วยให้นักเรียนกล้าแสดงออก กล้าคิด กล้าถาม และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ความรู้สึกว่ามีครูคอยอยู่เคียงข้างทำให้นักเรียนรู้สึกว่ามันไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลง ในทางตรงกันข้าม หากนักเรียนมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคุณครู เช่น รู้สึกว่าครูไม่เข้าใจ ใช้วิธีสื่อสารเชิงลบ หรือมีการตำหนิอย่างรุนแรง จะทำให้นักเรียนรู้สึกกดดัน ขาดการยอมรับ และไม่กล้าแสดงออกซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน และความสัมพันธ์ในห้องเรียน นอกจากนี้ การรู้สึกว่ามีที่พึ่งทางจิตใจในโรงเรียนอาจทำให้เกิดความโดดเดี่ยว และสูญเสียแรงจูงใจในการเรียน จนนำไปสู่ระดับความเครียดที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศันชธรณ์ ประสมทรัพย์ และคณะ (2564) พบว่าความสัมพันธ์กับอาจารย์สามารถทำนายความเครียดของนักศึกษาได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิสนี รุจิรังศรีเจริญ และคณะ (2564) ที่พบว่าครูมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครูและนักเรียน พร้อมเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อน

2. ผู้ปกครองควรส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยเริ่มจากการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ให้เข้าใจกันอยู่เสมอโดยผู้ปกครองควรเปิดโอกาสให้บุตรหลานได้พูดคุย แสดงความรู้สึก และความคิดเห็นของตนเอง พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และควรให้คำแนะนำเชิงบวกแก่บุตรหลาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยที่ค้นพบในการศึกษานี้ ไปเป็นปัจจัยแทรกซ้อน (Intervention Factors) ในการศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง หรือเชิงกึ่งทดลองในครั้งต่อไป

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 27 พฤศจิกายน). *กรมสุขภาพจิตเผยวัยรุ่นไทยปรึกษา “ปัญหาเครียด” มากสุดและเทคนิคจัดการความเครียด*. <http://dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=30188>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 29 พฤศจิกายน). *กรมสุขภาพจิตเผยเด็กไทยหลังโควิดระบาด ทำเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้าฆ่าตัวตาย*. <https://dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=31152>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568, 19 มกราคม). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2568, 19 มกราคม). *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2567*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1864>
- ชูลีวรรณ ปรานีธรรม, อินทรียา หลีกกันชะ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา วิทยาลัยนานาชาติการท่องเที่ยว. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี*, 12(1), 54-62.
- นิธินี รุจิรังสีเจริญ, นิดา ลิ้มสุวรรณ, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และบัญญัติ ยงย่วน. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(1), 53-68.
- ประทีป กาลเขว้า, สุพัตรา สมใจ และเบญญาภา กาลเขว้า. (2564). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนภูเวียงวิทยาคม อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 32(1), 38-50.
- วนัญญา แก้วแก้วปาน. (2564). การศึกษาความเครียดของนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 32(2), 13-28.
- ศศันชสรณ์ ประสมทรัพย์, กิตติคุณ ปานน้อย, นิจนาวี คำไชยเทพ, ผกามาศ ไมตรีมิตร, ศรัณย์ กอสนาน และ ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(6), 1122-1133.

สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). *สุขภาพคนไทย 2567*. อมรินทร์คอร์ปอเรชันส์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568, 8 กุมภาพันธ์). *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2567*.

https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2024_webPage/Page_SYB_TH.html

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2568, 30 มกราคม). *Mental Health ปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง*. https://www.nesdc.go.th > 2567_article_q1_001

อรุณรัตน์ ป้อมคล้าย, จารุวรรณ วิลา, ชลลิตดา เรืองแสง, ธวัชชัย เอกสันติ และพัชรินทร์ ยุพา. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารสหเวชศาสตร์*, 8(2), 48-63.

Adedeji A, Otto C, Kaman A, Reiss F, Devine J, Ravens-Sieberer U. (2022). Peer Relationships and Depressive Symptoms Among Adolescents: Results From the German BELLA Study. *Front Psychol*, 12, 767922. doi: 10.3389/fpsyg.2021.767922.

Wayne W.D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. John Wiley & Sons.

Windarwati HD, Budiman AA, Nova R, Ati NA, Kusumawati MW. (2020). The Relationship between Family Harmony with Stress, Anxiety, and Depression in Adolescents. *Journal Ners*, 15(2), 185-193.



JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

journal Of Council Of Community-Public Health

จัดพิมพ์โดย

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-591-9186

e-mail: the.jccph@gmail.com



วสช.