



บทความวิจัย

- ❖ ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกัน การสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ธีรวัชรณ เกิดดอนทราย จีรศักดิ์ ทัพพา ชนินทร์พงศ์ สุขแสง มุฮัมมัดติลละ อาลี
- ❖ การศึกษาปัญหาและแนวทางการจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิม ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตอยียะห์ อีนะแระ กามีละห์ ยะโกะ นิภาพร นบหนอง พูนศักดิ์ บุญยัง ปัทมา สมศิลป์
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ นพรัตน์ วงรอบ เสน่ห์ แสงเงิน
- ❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สตรีรัตน์ บุญญา วิษญาดา สุรินทร์ทอง ทิตยาณี มุมวงศ์ ธนยชนก ปาลี มรุตดา แก้วเผือก กิตติคุณ วงศ์อัยดาล ปณณวิชญ์ ปันสา จิรสิน อ้อมหมื่น อรพิน จุลมณี
- ❖ การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยเตี้ยลำโย เพื่อลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์: กรณีศึกษาเกษตรกร สวนลำโย อำเภอยะรัง จังหวัดเชียงราย เฉลิมพันธ์ แก้วกันทะ นิชาธิศม์ ปัญจะโพธิวัฒน์ ศิริวรรณ กันตสินธุ์
- ❖ ความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร จันทรีจิรา คล้ายบุตร ธีระวุธ ธรรมกุล อารยา ประเสริฐชัย
- ❖ การประเมินลักษณะน้ำนมของมารดาหลังคลอดตามคัมภีร์ปฐมจินดาร่วมกับการศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการ ดูแลมารดาหลังคลอด ชุมชนบ้านห้วยนา จังหวัดเลย ศุภกร หีบทอง วิไลวรรณ ไชกะวียง เพ็ญศิริ จันทรแอ ศรินทิพย์ พรมเสนา
- ❖ ประสิทธิภาพของสื่อโมชันกราฟิกต่อความรู้และความพึงพอใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โอฬาร อิสริยะพันธุ์ ชวีศา พุ่มโสภา วิเชษฐ์ ราชเจริญ อารีย์ภรณ์ วันเชียง วรณภา ศรีโสภภาพ
- ❖ อุปติกรรมและปัจจัยที่มีต่อผลการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล นภาพรณ มณีฉาย ประภัสรา ศิริกาญจน์ เสาวนีย์ เบญจมานุกุล
- ❖ ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ จังหวัดอุตรดิตถ์: การศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สืบตระกูล ดันตลานุกุล พุทธจักร ช้วยราย
- ❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ชีราวุธ ปญญวิช วาริศา เพชรธีรานนท์
- ❖ การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าของแรงงานข้ามชาติในโรงงาน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สุทัศน์ อภัยกฤษ
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินต่อความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ ศศิธร พุ่มพัก พักตร์วิภา จุฬพันธ์ทอง โอฬาร อิสริยะพันธุ์ อรพรรณ กิตติโรจน์ วรณภา ศรีโสภภาพ

ประชาสัมพันธ์

- คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์
- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาระดับ





วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Journal of Public Health and Health Sciences Research

ISSN: 2985-296X (Online)

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 / Vol.8 No.1 January - April 2026

เจ้าของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Owner Faculty of Public Health, Naresuan University

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพจิตร ปวดบุตร ผู้ทรงคุณวุฒิพิเศษ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กิรติสิโรจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิธรา กิจธีระวุฒิวงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ต้นสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขานุการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ทิพย์ หินหุ่มเพชร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.กนกทิพย์ จักนุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.มนัสวี พานิชนอก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.รมย์นลิน เขียนจุม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กองบรรณาธิการต่างประเทศ

Professor Keiko Nakamura Tokyo Medical and Dental University, Japan

ศาสตราจารย์ ดร.สฤกร พงศ์พานิช วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณนีย์ บัญชรหัตถกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญพัฒน์ ไชยเมล์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
วิทยาเขตพัทลุง

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสงไชยสุริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสนัน วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน พุทธชินราช

ดร.นายแพทย์ สุทัศน์ โชตนะพันธ์ สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา

ดร.เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนแพร่

กองบรรณาธิการในสถาบัน

รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรัญญา ถีป้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยเลขานุการ

พิชญานันท์ สุขมาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

จิตติพร ราษฎร์ทองหลาง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชาสัมพันธ์และเทคโนโลยี

ภาสวีย์ อ่องรัก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เศรษฐพงษ์ ตีอูด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Editorial Advisors

Prof. Dr. Phaichit Pawabut, M.D.

Chief Editor

Assoc. Prof. Dr. Orawan Keeratisiroj, Ph.D. (Clinical Epidemiology)

Associate Editors

Assoc. Prof. Dr. Nithra Kitreerawutiwong, Ph.D. (Public Health)

Asst. Prof. Dr. Wuttichai Jariya, DHSM (Health Services Management)

Asst. Prof. Dr. Sunsanee Mekrungruangwong, Ph.D.
(International Health / Health Promotion)

Secretary

Asst. Prof. Dr. Pantip Hinhumpatch, Ph.D.
(Environmental Toxicology)

Asst. Prof. Dr. Waraporn Youngiam, Ph.D.
(Health Education and Health Promotion)

Dr. Kanokthip Juksu, Ph.D. (Environmental Science)

Dr. Manuswee Phanichnok, Ph.D. (Environmental Biology)

Dr. Romnalin Keanjoom, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)

External Editorial Board

Prof. Dr. Keiko Nakamura, M.D., Ph.D. (Psychology)

Prof. Dr. Sathirakorn Pongpanich, Ph.D. (Health Services)

Assoc. Prof. Dr. Chaermchai Chaikittipom, Ph.D. (Epidemiology)

Assoc. Prof. Dr. Yuvadee Rodjarkpai, D.Sc. (Health Education
and Behavioral Science)

Assoc. Prof. Dr. Rachanee Sunsem, Ph.D. (Community Health
Nursing)

Assoc. Prof. Dr. Pannee Banchonhattakit, Ph.D.

(Health Education and Behavioral) (International Program)

Assoc. Prof. Dr. Punyapat Chaimay, Ph.D. (Public Health)

Assoc. Prof. Dr. Waraporn Boonchieng, Ph.D.

(Health education and behavioral science)

Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D. (Demography)

Asst. Prof. Dr. Pattara Sanchaisuriya, Ph.D. (Health Science)

Asst. Prof. Dr. Vanvisa Sresumatchai, Ph.D.

(Thai Traditional and Alternative medicine)

Asst. Prof. Ausanee Wanchai, Ph.D. (Nursing)

Dr. Suthat Chottanapund, M.D., Ph.D. (Applied Biology)

Dr. Cheththa Kaewprom, Ph.D. (Nursing)

Internal Editorial Board

Assoc. Prof. Dr. Archin Songthap, Ph.D. (Tropical Medicine)

Asst. Prof. Dr. Sarunya Thipom, Ph.D. (Environmental science)

Dr. Jutarat Rakprasit, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)

Associate Secretary

Pichayanon Sukmak, M.M. (Electronic Commerce Management)

Jittiporn Rachthonglang, M.Ed. (Educational Administration)

Public relations and technology

Phasavee Ongruk, M.S. (Information Technology)

Settapon Dee-ud, B.F.A (Innovation Media Design)

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Journal of Public Health and Health Sciences Research

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

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569

Vol. 8 No.1 January-April 2026

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้องของนิสิตนักศึกษา คณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ที่มีผลงานเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกสถาบัน
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพ ระดับประเทศ

ขอบเขต

สาระในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ เปิดรับบทความประเภท บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความหนังสือ ปกิณกะ และจดหมายถึงบรรณาธิการ ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

กระบวนการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ต้นฉบับทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยการปกปิดแบบสองทาง (Double blind) การตัดสินใจในการเผยแพร่ต้นฉบับที่ส่งมาขึ้นอยู่กับความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการทบทวนโดยบรรณาธิการ วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับตามรูปแบบและขนาดของพื้นที่ในการเผยแพร่ เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในบทความถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ ราย 4 เดือน

ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม)

รูปแบบการเผยแพร่

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

สำนักงาน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่ 99 หมู่ที่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

โทร 055 967327

www.fph.nu.ac.th

สถานที่พิมพ์

พิมพ์ที่ หจก. โรงพิมพ์ตระกูลไทย จังหวัดพิษณุโลก โทร 055 211238 โทรสาร 055 301727

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2569 ได้นำเสนอผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพที่สะท้อนประเด็นสุขภาพร่วมสมัย ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยในฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 13 เรื่อง ซึ่งล้วนเป็นผลงานที่มีคุณภาพและมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน

เนื้อหาของบทความในฉบับนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่หลากหลาย เริ่มตั้งแต่งานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การใช้สื่อโมชันกราฟิกเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาศักยภาพนักเรียนในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่มุ่งเน้นปัจจัยด้านสุขภาพจิตและสังคม อาทิ การศึกษาภาวะซึมเศร้าในนิสิตพยาบาล และแรงงานข้ามชาติ ตลอดจนการประเมินความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของสุขภาพจิตในบริบทสังคมปัจจุบัน อีกทั้งยังมีการศึกษาด้านผู้สูงอายุในหลายมิติ เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การจัดการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิม และบทบาทของชมรมผู้สูงอายุในการป้องกันโรค

ในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในเกษตรกร รวมถึงการศึกษาลักษณะน้ำนมตามภูมิปัญญาไทย และการสำรวจสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ สะท้อนให้เห็นถึงการบูรณาการองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของประชาชน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาความต้องการเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยโรคเกาต์ ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลงานวิจัยทั้ง 13 เรื่องในฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทั้งในด้านการพัฒนาวิชาการ การต่อยอดงานวิจัย และการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศ

ท้ายที่สุดนี้ คณะบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันสนับสนุนให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอเชิญชวนผู้อ่านทุกท่านติดตามผลงานวิชาการในวารสารอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งร่วมเสนอแนะเพื่อการพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

อรรธรณ กิริติสิโรจน์

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

Results of the student potential development program to enhance health literacy and preventive behavior from electronic cigarette by a participatory learning program a school in Nakhon Pathom Province

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย

จิรศักดิ์ ทัพผา

ชรินทร์พงศ์ สุขแสง

มุฮัมมัดดิลละ อาลี

Thanyawan Kerddonsai

Jirasak Thappha

Chaninphong Suksaeng

Muhammadillah Ali

1-13

การศึกษาปัญหาและแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิม ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

A study of problems and guidelines for culturally sensitive public health services for elderly muslims in Tha Thong Mai Subdistrict, Kanchanadit District, Surat Thani Province

ตอยียะห์ อีนะแระ

กามีละห์ยะโกะ

นิภาพร นบนอบ

พูนศักดิ์ บุญยัง

ปัทมา สมศิลป์

Toiyeebah Enarae

Kameelah Yakoh

Nipaporn Nobnorb

Poonsak Boonyoung

Pattama Somsill

14-26

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

Factors associated with preventive behaviors against Coronavirus disease 2019 among diabetic patients in Mae Phun Subdistrict, Laplae District, Uttaradit Province

นพรัตน์ วงรอบ

เสน่ห์ แสงเงิน

Nopparat Wongrob

Sane Saengngoen

27-39

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา
พยาบาลศาสตร์

สตรียรัตน์ บุญญา
วิชญาดา สุรินทร์ทอง
ทิตยาณี มุมวงศ์
ฉันทชนก ปาลี
มธุรดา แก้วเผือก
กิตติคุณ วงศ์อ้ายตาล
ปัทมวิชญ์ ปันสา
จิรสิน อ้อมหมื่น
อรพิน จุลมุสิ

40-52

Factors associated with depression in nursing
students

Satreerat Boonya
Witchayada Surinthong
Thitiyanee Mumwong
Tanyachanok Palee
Maturada Kaewpheak
Kittikhun Wongaital
Punnawich Pansa
Jirasin Aommuen
Orapin Jullmusi

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์
ช่วยตัดลำไยเพื่อลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์:
กรณีศึกษาเกษตรกรสวนลำไย อำเภอพญาเม็งราย
จังหวัดเชียงราย

เฉลิมพันธ์ แก้วกันทะ
ณิชาธิ์ม ปัญจะโพธิวัฒน์
ศิริวรรณ กันดิสินธุ์

53-66

Development and effectiveness of an assistive
equipment for longan stem removal to reduce
ergonomic risks: A case study of longan farmers in
PhayaMengrai District, Chiang Rai Province

Chaloemphan Kaewkanta
Nicharuch Panjaphothiawat
Siriwan Kantisin

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดชุมพร

Needs and decision - making on health learning through online media of village health volunteers, Chumphon Province

จันทร์จิรา คล้ายบุตร
ธีระวุธ ธรรมกุล
อารยา ประเสริฐชัย

Junjira Klaybut
Theerawut Thammakun
Araya Prasertchai

67-82

การประเมินลักษณะน้ำนมของมารดาหลังคลอดตามคัมภีร์ปฐุมจินดาร่วมกับการศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอด ชุมชนบ้านห้วยนา จังหวัดเลย

Assessment milk characteristics of postpartum mothers according to the Kum-Pee-Pathom-Jinda with a study of culture and wisdom care postpartum mothers in Ban Huaina community, Loei Province

ศุภกร หีบทอง
วิไลวรรณ ไชกะวิง
เพ็ญศิริ จันทร์แอ
ศิรินทิพย์ พรหมเสนสา

Supakorn Heebthong
Wilaiwan Khaikawing
Pensiri Chan-ae
Sirintip Promsensa

83-95

ประสิทธิผลของสื่อโมชั่นกราฟิกต่อความรู้และความพึงพอใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

Effectiveness of motion graphics media on knowledge and satisfaction regarding stroke prevention among young adults

โอฬาร อิสริยะพันธ์ุ
ชวิศา พุ่มโสภา
วิเชษฐ์ ราชเจริญ
อารีย์ภรณ์ วันเชียง
วรุณนภา ศรีโสภาพ

Olan Isariyapan
Chawisa Poomsopha
Wichet Ratcharoen
Areepron Wancheang
Waroonnapa Srisoparb

96-110

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีต่อผลการบรรลุเป้าหมายในการ
รักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล

Incidence and factors influencing achievement of
treatment goal in gout patients with allopurinol

นภาพรณ มณีฉาย

ประภัสรา ศิริกาญจน์

เสาวนีย์ เบญจมานุกุล

Naphaporn Maneechai

Prapassara Sirikarn

Saovanee Benjamanukol

111-125

ภาวะสุขภาพพระสงฆ์จังหวัดอุดรดิตถ์: การศึกษา
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Health status of Buddhist monks in Uttaradit
Province: A study of non-communicable diseases
situation

สืบตระกูล ตันตลานุกุล

พุทธจักร ช่วยราย

Seubtrakul Tantalanutkul

Buddhajak Chuayray

126-139

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขต
กรุงเทพมหานคร

Factors affecting Coronavirus disease 2019
self-preventive behaviors among elderly club
members in Bangkok metropolis

ชิราวุธ ปุณณวิช

วาริตา เพชรธีรานนท์

Chirawut Punnavit

Warisa Petchthiranon

140-154

การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าของแรงงาน
ข้ามชาติในโรงงาน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

Assessment of stress and depression among
migrant workers in factories, Mae Sot District,
Tak Province: A cross-sectional study

สุทัศน์ อภัยกัญชร

Suthat Aphaikunchorn

155-171

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ต่อความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ	ศศิธร พุดพัก พัชร์วิภา จุฬพันธ์ทอง โอพาร อิสริยะพันธุ์ อรวรรณ กীরติสิโรจน์ วรุณนภา ศรีโสภาพ 172-183
The association of age and assistive device use with fall riskin older adults	Sasithorn Putfak Pakwipa Julphunthong Olan Isariyapan Orawan Keeratisiroj Waroonnapa Srisoparb

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย^{1,*} ส.ม., จิรศักดิ์ ทัพผา¹ ส.ด., ชนินทร์พงศ์ สุขแสง¹ ส.ม., มูฮำมัดดิลล๊ะ อาลี² วท.ม.

Received: April 28, 2025

Revised: July 17, 2025

Accepted: July 26, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง วัดจุดประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และ 2) เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม จำนวน 120 คน (กลุ่มทดลอง 60 คน กลุ่มควบคุม 60 คน) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 1 เรียนรู้พิษภัยบุหรี่และรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า สัปดาห์ที่ 2-4 สร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพและการตัดสินใจ แบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บทสรุปโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน ควรมีการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ อาจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

² อาจารย์ ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: thanyawan1134@gmail.com

Results of the student potential development program to enhance health literacy and preventive behavior from electronic cigarette by a participatory learning program a school in Nakhon Pathom Province

Thanyawan Kerddonsai^{1,*} M.P.H., Jirasak Thappha¹ Ph.D., Chaninphong Suksaeng¹ M.P.H.,
Muhammadillah Ali² M.Sc.

ABSTRACT

This research used a two-group quasi-experimental design with pretest and posttest measurements. The objectives were to 1) compare health literacy scores and e-cigarette smoking preventive behaviors among students in the experimental group before and after receiving the participatory learning program, and 2) compare health literacy scores and preventive behaviors against e-cigarette smoking between the experimental and control groups. The sample were 120 upper secondary school students from a school in Nakhon Pathom Province (60 in the experimental group and 60 in the control group), selected by purposive sampling. The instruments consisted of a 4-week participatory learning program: Week 1 focused on the harms of cigarettes and e-cigarette media literacy; Weeks 2-4, Enhance health literacy and decision-making. Questionnaires were used to measure health literacy and preventive behaviors against e-cigarette smoking. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had higher mean scores of health literacy and preventive behaviors against e-cigarette smoking than before the intervention and the control group was statistically significant level 0.05. In conclusion, the participatory learning program was effective in enhancing health literacy and improving preventive behaviors against e-cigarette smoking among students. The program should be applied for the prevention and solution of e-cigarette use problems among youth.

Keywords: E-cigarette smoking prevention, Participatory learning, Health literacy, High school students

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Bangkok Thonburi University

² Lecturer, Medical Science, Bangkok Thonburi University

* Corresponding author: thanyawan1134@gmail.com

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้า (Electronic cigarette) กำลังได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งบุหรี่ทั่วไปและบุหรี่ไฟฟ้า ในกลุ่มตัวอย่าง 73,654 คนวัยเรียน (164,406 คน) มีอัตราการสูบบุหรี่ทั่วไปในไทยลดลงจากร้อยละ 20.7 (พ.ศ. 2552-2553) เป็นร้อยละ 19.6 (พ.ศ. 2560) และคงที่ประมาณร้อยละ 19.0 (พ.ศ. 2564) เนื่องจากสถานการณ์โควิดและภาวะเศรษฐกิจ โดยผู้ขายสูบมากกว่าผู้หญิง กลุ่มวัยทำงาน (25-44 ปี) สูบมากที่สุด 3.8 ล้านคน วัยรุ่น (20-24 ปี) สูบ 837,646 คน และวัยเด็ก (15-19 ปี) สูบ 328,579 คน เฉลี่ยสูบ 8-11 มวนวัน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูบมากที่สุด 2.7 ล้านคน ภาคกลาง 2.5 ล้านคน และกรุงเทพฯ 1.3 ล้านคน แม้ว่าการสูบบุหรี่ทั่วไปลดลง แต่ปี พ.ศ. 2564 พบผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า 78,742 คน (ร้อยละ 0.1 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 15 ปีขึ้นไป) แบ่งเป็นสูบทุกวัน 40,724 คน และไม่สูบทุกวัน 38,018 คน ส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่อายุ 15-24 ปี จำนวน 24,050 คน พบมากในกรุงเทพฯ และภาคกลาง 47,753 คน เนื่องจากมีอินเทอร์เน็ตเข้าถึงง่าย ทำให้มีการลักลอบจำหน่ายออนไลน์ และพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 26.7 เชื่อว่าอันตรายมากกว่าบุหรี่ธรรมดา ร้อยละ 11.3 เชื่อว่าอันตรายน้อยกว่า ร้อยละ 26.7 และเชื่อว่าอันตรายเท่ากัน ร้อยละ 62.0 เนื่องจากกระแสเลียนแบบจากต่างประเทศผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Tobacco Control Research and Knowledge Center, 2023)

นอกจากกระแสเลียนแบบจากต่างประเทศแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้คนหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง ความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่นและช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ รวมถึงการโฆษณาทั้งทางตรงและแฝงผ่านการสร้างกระแสขณะสูบ หรือการใช้เน็ตไอดอลมาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าช่วยเลิกบุหรี่ การรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อต่างๆ ที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการถือเป็นเรื่องน่ากังวล เหตุผลหลักที่วัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ ต้องการเข้าสังคมและเลียนแบบจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะผู้มีอิทธิพลทางความคิดอย่างผู้ปกครอง

ดาราเน็ตไอดอล ผ่านสื่อโฆษณาต่างๆ (Sasin Graduate Institute of Business Administration, Chulalongkorn University, 2014) ผลการสำรวจทางเว็บไซต์โฆษณาบุหรี่ที่ขายบุหรี่ไฟฟ้าและน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้ามีจำนวนสูงขึ้น โดยการสำรวจพบว่า เว็บไซต์ E-commerce ร้อยละ 69.2 ซึ่งแบ่งเป็นเว็บไซต์สำเร็จรูป (Ready-made website) ร้อยละ 57.1 และเว็บไซต์ไม่สำเร็จรูป (Custom-built website) ร้อยละ 12.1 ประเภทของบุหรี่เมื่อพิจารณาตามสัดส่วนที่พบมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ทั่วไป (บุหรี่หรือยาสูบที่ถูกกฎหมายและมีจำหน่ายทั่วไปตามร้านค้า) รองลงมาเป็นบุหรี่ยี่ห้อ บุหรี่ยี่ห้อ บุหรี่ไฟฟ้า และบุหรี่ไร้ควัน โดยที่ยี่ห้อหรือแบรนด์ของบุหรี่มีความหลากหลาย ทั้งบุหรี่ในประเทศและบุหรี่ต่างประเทศ กิจกรรมนอกเหนือจากการขายบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เป็นการให้ข้อมูลสินค้าแก่ผู้บริโภค (Information giving) และกิจกรรมที่เป็นกระดานสนทนาถาม-ตอบ หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้สินค้า (Web board) ส่วนลักษณะการส่งเสริมการขาย (Promotional characteristics) ของสินค้าบุหรี่ยี่ห้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้รูปบุหรี่ รองลงมาเป็นการลดราคา และการบริการจัดส่งสินค้าฟรี รวมถึงการแถมสินค้าอื่น และการสาธิตการใช้สินค้า การสำรวจคำเตือนสำหรับเยาวชน พบว่า เว็บไซต์เกือบทั้งหมดไม่มีคำเตือนสำหรับเยาวชน การสำรวจการขายสินค้าบุหรี่ยี่ห้อร่วมกับสินค้าประเภทอื่น พบว่า มีการขายสินค้าบุหรี่ยี่ห้อร่วมกับสินค้าประเภทอื่นๆ ร้อยละ 22.3 (Thiamklee, Nimpitakpong, & Pitchayakulamongkol, 2012) และจากการศึกษาเพศชาย อาศัยอยู่หอพัก มีคนในครอบครัว และเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้า การพบเห็นสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า และทัศนคติที่ดีกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า สามารถร่วมกันทำนายการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนได้ ร้อยละ 35.8 (Onmoy, Paponngam, Laonoi, Buarueang, Jan, & Boonrod, 2022)

บุหรี่ไฟฟ้าสามารถสร้างผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย และเป็นสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากรายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่าง

ประเทศ พบว่า การสูบบุหรี่/ยาสูบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 86,364 รายต่อปี หรือร้อยละ 15.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 11.2 โดยทำให้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงสุด 22,561 คน (ร้อยละ 26.1 ของการเสียชีวิตจากบุหรี่/ยาสูบทั้งหมด) บุหรี่/ยาสูบ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย คิดเป็นร้อยละ 12.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งในเพศชาย (ร้อยละ 16.4) และในเพศหญิง (ร้อยละ 5.5) ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด (Department of Disease Control, Tobacco Product Control Committee Secretariat, 2023) การศึกษาผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อระบบต่างๆ โดยพบโรคแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 49.0 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.0 ช่องปากและฟัน ร้อยละ 18.0 สมอ ร้อยละ 7.0 ตับ ร้อยละ 2.9 ผิวหนัง ร้อยละ 2.9 และระบบอื่นๆ ร้อยละ 19.0 (Promrangsi & Trakulsirichai, 2020) เนื่องจากนิโคตินร่วมกับสารอื่นๆ ในบุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดอันตรายต่อทุกระบบของร่างกายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูบและผู้ไม่สูบรอบข้าง นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพ ยังก่อให้เกิดผลกระทบวงกว้างทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและชุมชน (Nutbeam, 2008) โดยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้คิด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในเยาวชนจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ รวมถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jitradi, Kasamsuk, & Srisuk, 2022; Srisuk, Kasamsuk, & Jitradi, 2023) อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างงานวิจัย (Gap of knowledge)

เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเฉพาะสำหรับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในบริบทของประเทศไทย

การขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่นั้นสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 การดำเนินการควบคุมยาสูบเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ใหม่ การเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบและการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษาของประเทศไทย ซึ่งกรมควบคุมโรคได้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนานโยบายและกลไกการขับเคลื่อนการป้องกันการสูบบุหรี่ใหม่ และการดำเนินการให้สถานศึกษาปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งได้เกิดแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ (7 มาตรการเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่) (Department of Disease Control, Tobacco Product Control Committee Secretariat, 2021) และกระทรวงศึกษาธิการได้ดำเนินงานโครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2541 ถึงปัจจุบัน โดยบูรณาการแผนงานกับทุกภาคส่วนและระดมทรัพยากรจากทุกหน่วยงานในการจัดทำองค์ความรู้และประสานงาน เป็นกลไกขับเคลื่อนงานควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติดในสถานศึกษาและปัจจัยเสี่ยงรอบสถานศึกษาได้ในระดับหนึ่ง (Bureau of Educational Affairs Promotion, 2022) มาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ในระดับนโยบายได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ 7 มาตรการเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และโครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังต้องการกลยุทธ์เชิงรุกที่เน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียนในการสร้างความรู้และทักษะป้องกันตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ทั้ง 6 ด้านนี้ อันจะนำไปสู่การตัดสินใจ ประเมินการปฏิบัติการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และจะช่วยให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของตนเองที่ดียังยืนด้วยตัวเอง นำไปสู่สภาวะที่ดีของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และได้รับอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ COA 4/2568 รหัสโครงการเลขที่ BTU-IRB 37/2568 วันที่รับรอง 21 มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมตอนปลาย ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 280 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรสำหรับ Independent t-test (Two-sample t-test) ได้เท่ากับ 36 คนต่อกลุ่ม พิจารณา Drop-out rate คือ ร้อยละ 20.0 จากการศึกษาขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว คือ 45 คนต่อกลุ่ม (Lumrod, Yingyod, Wangnaamwises, & Pawo, 2024) เพื่อความแน่นอนและสะดวกในการจัดกลุ่ม จึงกำหนดเป็น 60 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของตัวอย่าง จำนวน 120 คน คัดเลือกตัวอย่าง

แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 4 สัปดาห์ 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) ขาดเรียนหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมเกินร้อยละ 20.0 ของเวลาทั้งหมด 2) ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพัฒนาโดยผู้วิจัยบนพื้นฐานของการบูรณาการแนวคิดทางทฤษฎีที่สำคัญสามประการ ประกอบด้วย ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ซึ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้ผ่านวงจรสี่ขั้นตอน คือ การสัมผัส ประสบการณ์ตรง การสังเกตและสะท้อน การสร้างแนวคิด เชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ด้วยตนเองผ่านการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ที่ครอบคลุมทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจ โปรแกรมมีโครงสร้างการดำเนินงานเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ใช้เวลา 120 นาทีต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 480 นาที โดยแต่ละสัปดาห์มีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงที่เชื่อมโยงกันเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเป็นระบบ

สัปดาห์ที่ 1 เรียนรู้พิษภัยบุหรี่และรู้เท่าทันสื่อ บุหรี่ไฟฟ้า (120 นาที) พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access to information) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ผ่านการระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ และการวิเคราะห์สื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งใช้สื่อ ได้แก่ วิดีโอ โปสเตอร์ และกรณีศึกษา รวมทั้งใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มและการนำเสนอผลงาน

สัปดาห์ที่ 2 สร้างเสริมและการสะท้อนให้เห็น ความรอบรู้ทางสุขภาพ 1 (120 นาที) เน้นการเข้าถึง ข้อมูล (Access to information) และการสื่อสาร (Communication) ฝึกทักษะการค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ การประเมินแหล่งข้อมูล และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ซึ่งใช้สื่อ ได้แก่ แหล่งข้อมูลออนไลน์ แบบประเมิน ความน่าเชื่อถือ รวมทั้งใช้วิธีการทำงานกลุ่มย่อย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 3 กล้าตัดสินใจไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ ไฟฟ้า (120 นาที) พัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision making) และการจัดการตนเอง (Self-management) ผ่านการฝึกปฏิเษ การจัดการความกดดัน และการวางแผน ป้องกันตนเอง ซึ่งใช้สื่อ ได้แก่ สถานการณ์จำลอง เกมส บบาทสมมติ รวมทั้งใช้วิธีการฝึกปฏิบัติ และการสะท้อน ประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 4 สร้างเสริมและการสะท้อนให้เห็น ความรอบรู้ทางสุขภาพ 2 (120 นาที) สร้างเสริมการ จัดการตนเอง (Self-management) และการรู้คิด (Critical thinking) ผ่านการสรุปความรู้ การวางแผน ประยุกต์ใช้ และการประเมินตนเอง ซึ่งใช้สื่อ ได้แก่ แบบประเมินตนเอง แผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งใช้วิธี การสะท้อนกลุ่ม และการตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการศึกษาจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ คนในครอบครัว และการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อนในกลุ่ม ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด และแบบตรวจสอบรายการ (Check-lists) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นเครื่องมือที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยใช้แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) องค์ประกอบ 6 ด้าน ที่นำมาใช้ได้แก่

ตอนที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ และภัยของบุหรี่ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือก ตอบแบบมาตราส่วน (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริงเลย โดยคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้คะแนน 1 2 3 ตามลำดับ จำนวน 5 ข้อ (5-15 คะแนน)

ตอนที่ 2 ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและ ภัยของบุหรี่ไฟฟ้า ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบ ให้เลือกตอบ ถูก/ผิด โดยคำตอบที่ถูกต้องได้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ (0-10 คะแนน)

ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่และภัย ของบุหรี่ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ แบบมาตราส่วน (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริงเลย โดยคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้คะแนน 1 2 3 ตามลำดับ จำนวน 8 ข้อ (8-24 คะแนน)

ตอนที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองในการป้องกัน ตนเองไม่ให้เป็่นนักสูบบุหรี่ไฟฟ้าหน้าใหม่ ลักษณะของ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วน (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริงเลย โดยคำถาม เชิงบวกให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้ คะแนน 1 2 3 ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ (10-30 คะแนน)

ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจในการปฏิเสธหรือ หลีกเสี่ยงตนเองให้ห่างไกลจากพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้า ลักษณะ ของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วน (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริงเลย โดยคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับ คำถาม เชิงลบให้คะแนน 1 2 3 ตามลำดับ จำนวน 5 ข้อ (5-15 คะแนน)

ตอนที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่และ บุหรี่ไฟฟ้า ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ แบบมาตราส่วน (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริงเลย โดยคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้คะแนน 1 2 3 ตามลำดับ จำนวน 5 ข้อ (5-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ของ Mongmat (2018) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้คะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ จำนวน 23 ข้อ (23-115 คะแนน)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิธีการ Test-retest reliability (ห่างกัน 2 สัปดาห์) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.89 และพฤติกรรมการป้องกัน เท่ากับ 0.91

วิธีการเก็บรวบรวม

1. ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรีเพื่อติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนในการขออนุญาตดำเนินงานวิจัยในโรงเรียน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 4 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและจริยธรรมการวิจัย มีการทดสอบ Inter-rater reliability ก่อนเก็บข้อมูลจริง ได้ค่า Kappa coefficient เท่ากับ 0.85

3. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว และไม่มีการรบกวน

4. ดำเนินการทดลองโปรแกรมประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 เรียนรู้พิษภัยบุหรี่และรู้เท่าทันสื่อ บุหรี่ไฟฟ้า (120 นาที)

สัปดาห์ที่ 2 สร้างเสริมและการสะท้อนให้เห็นความรอบรู้ทางสุขภาพ 1 (120 นาที)

สัปดาห์ที่ 3 ถักดัดสนใจไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (120 นาที)

สัปดาห์ที่ 4 สร้างเสริมและการสะท้อนให้เห็นความรอบรู้ทางสุขภาพ 2 (120 นาที)

5. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

6. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด

7. นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมเตรียมเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้

- ตัวแปรเชิงคุณภาพ (เพศ ระดับชั้นเรียน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของคนในครอบครัว การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อนในกลุ่ม) ใช้สถิติทดสอบ Chi-square test

- ตัวแปรเชิงปริมาณ (อายุ) ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าภายในกลุ่ม เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

4. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว โดยการทดสอบ

การแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติทดสอบ Shapiro-wilk test ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 และ 65.0 ตามลำดับ มีอายุ 18 ปี ร้อยละ 35.0 และ 38.3

ตามลำดับ กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 41.7 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 73.3 และ 63.3 ตามลำดับ โดยจำนวนคนที่สูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 1-5 คน ร้อยละ 95.0 และ 91.7 ตามลำดับ ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามักเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 35.0 และ 28.3 ตามลำดับ และเพื่อน ร้อยละ 31.7 และ 38.3 ตามลำดับ ส่วนการมีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้านั้น พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีเพื่อนสูบบุหรี่ 3-5 คน ร้อยละ 28.3 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ ร้อยละ 30.0 ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 120$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 60$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 60$)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.865	0.352
ชาย	26	43.3	21	35.0		
หญิง	34	56.7	39	65.0		
อายุ					0.091	0.993
16 ปี	17	28.3	16	26.7		
17 ปี	18	30.0	17	28.3		
18 ปี	21	35.0	23	38.3		
19 ปี	4	6.7	4	6.7		
ระดับชั้นเรียน					0.067	0.967
ม. 4	17	28.3	18	30.0		
ม. 5	18	30.0	17	28.3		
ม. 6	25	41.7	25	41.7		
บุคคลใกล้ชิดท่าน ปัจจุบัน มีใครสูบบุหรี่ไฟฟ้า					1.386	0.239
มี	44	73.3	38	63.3		
ไม่มี	16	26.7	22	36.7		
จำนวนคนที่สูบบุหรี่					0.533	0.465
จำนวน 1-5 คน	57	95.0	55	91.7		
จำนวน 6 คน ขึ้นไป	3	5.0	5	8.3		

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 120) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 60)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 60)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับตัวท่าน					1.028	0.794
พ่อ-แม่	21	35.0	17	28.3		
พี่ชาย/น้องชาย/พี่สาว/น้องสาว	14	23.3	12	20.0		
ลุง/ป้า/น้า/อา/ปู่/ย่า/ตา/ยาย	6	10.0	8	13.3		
เพื่อน	19	31.7	23	38.3		
เพื่อนของคุณสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่					0.462	0.927
ไม่มีเพื่อนสูบ	15	25.0	18	30.0		
มีเพื่อนสูบ 1-2 คน	16	26.7	14	23.3		
มีเพื่อนสูบ 3-5 คน	17	28.3	15	25.0		
มีเพื่อนสูบมากกว่า 5 คน ขึ้นไป	12	20.0	12	21.7		

2. ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 23.90 ± 5.36 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 23.15 ± 2.03 คะแนน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 0.75, 95% CI: -1.32 ถึง 2.82, p-value = 0.573) ดังตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.60 ± 0.82 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 23.70 ± 3.54 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.90, 95% CI: 2.84 ถึง 4.96, p-value < 0.001) ดังตาราง 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (27.60 ± 0.82) สูงกว่าก่อนการทดลอง (23.90 ± 5.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.70, 95% CI: 2.83 ถึง 4.57, p-value < 0.001) ดังตาราง 3

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร/กลุ่ม	Mean $\pm$ S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	23.90 ± 5.36	0.75	-1.32 ถึง 2.82	0.573
กลุ่มควบคุม	23.15 ± 2.03			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	27.60 ± 0.82	3.90	2.84 ถึง 4.96	< 0.001
กลุ่มควบคุม	23.70 ± 3.54			

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร/ระยะการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean difference	95% CI	p-value
คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	23.90 ± 5.36	27.60 ± 0.82	3.70	2.83 ถึง 4.57	< 0.001
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	11.23 ± 2.07	13.83 ± 1.98	2.60	2.02 ถึง 3.18	< 0.001
2. ทักษะการรู้คิด	8.32 ± 1.98	9.40 ± 1.30	1.08	0.50 ถึง 1.66	< 0.001
3. ทักษะการสื่อสาร	7.77 ± 2.54	9.23 ± 1.53	1.46	0.84 ถึง 2.08	< 0.001
4. ทักษะการจัดการตนเอง	25.70 ± 4.06	28.88 ± 2.25	3.18	1.97 ถึง 4.39	0.009
5. ทักษะการตัดสินใจ	4.03 ± 1.33	4.62 ± 1.01	0.59	0.15 ถึง 1.03	< 0.001
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	9.07 ± 2.34	12.90 ± 3.24	3.83	2.81 ถึง 4.85	< 0.001

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 80.27 ± 21.84 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 79.15 ± 20.33 คะแนน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.12, 95% CI: -6.85 ถึง 9.09, p-value = 0.782) ดังตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

102.68 ± 21.91 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 80.22 ± 20.87 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 22.46, 95% CI: 14.32 ถึง 30.60, p-value < 0.001) ดังตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (102.68 ± 21.91) สูงกว่าก่อนการทดลอง (80.27 ± 21.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 22.41, 95% CI: 14.28 ถึง 30.54, p-value < 0.001) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 120)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 60)	กลุ่มควบคุม (n = 60)	Mean difference	95% CI	p-value, [†]
ก่อนการทดลอง	80.27 ± 21.84	79.15 ± 20.33	1.12	-6.85 ถึง 9.09	0.782
หลังการทดลอง	102.68 ± 21.91	80.22 ± 20.87	22.46	14.32 ถึง 30.60	< 0.001
ภายในกลุ่ม (ผลต่าง)	22.41 ± 31.45	1.07 ± 12.82			
p-value [‡]	< 0.001	0.512			

[†]independent t-test, [‡]pair t-test,

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 23.90 ± 5.36 เป็น 27.60 ± 0.82 คะแนน ($p\text{-value} < 0.001$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทักษะที่มีการพัฒนามากที่สุด ได้แก่ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Mean difference = 3.83) รองลงมาคือ ทักษะการจัดการตนเอง (Mean difference = 3.18) และทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Mean difference = 2.60) ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lumrod et al. (2024) ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ของนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงสอดคล้องกับ Krairik & Kwanta (2023) ที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในกลุ่มนักศึกษาอาชีวศึกษา ($p\text{-value} < 0.001$)

การที่ทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีการพัฒนามากที่สุด อาจเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) โดยโปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรมตามวงจรการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสัมผัสประสบการณ์ (Concrete experience) ผ่านการแสดงบทบาทสมมติและกรณีศึกษา การสังเกตและสะท้อน (Reflective observation) ผ่านการอภิปรายกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างแนวคิด (Abstract conceptualization) ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลและการสังเคราะห์ความรู้ และการทดลองปฏิบัติ (Active experimentation) ผ่านการฝึกทักษะการปฏิเสธและการวางแผนป้องกัน เฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ที่เน้นการวิเคราะห์สื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าและการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับกลยุทธ์การตลาดที่มุ่งเป้าไปยังเยาวชน ซึ่งเป็นประเด็นที่นักเรียนมีความสนใจและสามารถเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในชีวิตประจำวันได้

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 80.27 ± 21.84 เป็น 102.68 ± 21.91 คะแนน (Mean difference = 22.41,

95% CI: 14.28-30.54, $p\text{-value} < 0.001$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมไม่เพียงส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม โดยโปรแกรมมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) อย่างเป็นระบบ โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการฝึกทักษะที่เชื่อมโยงกัน เริ่มจากการเข้าถึงและประเมินข้อมูล ไปสู่การสื่อสารและการจัดการตนเอง และสิ้นสุดด้วยการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงการใช้กลยุทธ์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ การทำงานกลุ่ม การอภิปราย การนำเสนอผลงาน และการสะท้อนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกันสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญคือการเชื่อมโยงระหว่างความรู้และการปฏิบัติ โดยโปรแกรมไม่เพียงแต่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า แต่ยังให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เช่น การปฏิเสธการชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า การจัดการความกดดันจากเพื่อน และการวางแผนป้องกันตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tepa (2024) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

จากผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับ Interactive และ Critical health literacy ที่เน้นการวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสาร และการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ กลไกการเชื่อมโยงนี้อาจอธิบายได้ผ่านแนวคิด Health Action Process Approach (HAPA)

ที่แสดงว่า ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการสร้างความตั้งใจ (Intention formation) และความสามารถในการดำเนินการ (Action control) ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปขยายผลใช้ในกลุ่มนักเรียนในพื้นที่อื่นๆ เพื่อป้องกันและลดปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชน ครู บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนและนักเรียนแต่ละกลุ่ม

2. ผู้บริหารโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการเรียนรู้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนในสถานศึกษาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลระยะยาวของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้เป็นรูปแบบดิจิทัล เช่น Application, E-learning เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ทักษะการตัดสินใจ บุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการชักชวนเพื่อนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น เพื่อให้มีแนวทางในการป้องกันปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐมที่กรุณาให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่สะดวกในการให้ข้อมูลสำคัญและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณการสนับสนุนจากโครงการหน่วยวิชาการเครือข่ายนักสาธารณสุขจัดการ

ปัจจัยเสี่ยง (สปสส.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้เงินสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Educational Affairs Promotion. (2022). *Report on the implementation of the white school project free of drugs and vices for the academic year 2021*. Bangkok: Ministry of Education. (in Thai)
- Department of Disease Control, Tobacco Product Control Committee Secretariat. (2021). *Analysis of the implementation results according to the extended national tobacco control strategy 2020-2021 at the area level*. Retrieved August 12, 2024, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1379120230620070854.pdf> (in Thai)
- Department of Disease Control, Tobacco Product Control Committee Secretariat. (2023). *Annual report 2023*. Retrieved August 12, 2024, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1528320240129105408.pdf> (in Thai)
- Jitradi, S., Kasamsuk, A., & Srisuk, V. (2022). Development of participatory learning programs to enhance health literacy in youth. *Journal of Educational Research*, 16(1), 78-92. (in Thai)
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Krairik, S., & Kwanta, S. (2023). Effects of health literacy promotion program for smoking cessation among vocational students in an institution in Mueang District, Ratchaburi Province. *Journal of Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen*, 30(3), 16-17. (in Thai)

- Lumrod, N., Yingyod, P., Wangnaamwises, S., & Pawo, P. (2024). Effects of health literacy development program for preventing new smokers among nursing students. *Health Science Research Journal, Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi*, 17(3), 77-88. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Mongmat, W. (2018). Factors affecting smoking prevention behaviors of upper secondary school male students in Mueang District, Nakhon Pathom Province. Thesis of Master of Art (Community Psychology), Silpakorn University, Nakhon Pathom. (in Thai)
- Onmoy, P., Paponngam, C., Laonoi, N., Buarueang, A., Jan, T., & Boonrod, R. (2022). Factors related to e-cigarette smoking behavior among youth in Uttaradit Province. *Journal of Health Science*, 31(2), 197-205. (in Thai)
- Promrangsi, P., & Trakulsirichai, S. (2020). *Research report on e-cigarettes*. Bangkok: Toxicology Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (in Thai)
- Sasin Graduate Institute of Business Administration of Chulalongkorn University. (2014). *Project to study the impact of e-cigarettes on stakeholders in Thailand*. Retrieved August 12, 2024, from http://www.thaitobacco.or.th/th/wp-content/uploads/2015/07/140305_ECIG-ReportTemplate_V28.pdf (in Thai)
- Srisuk, V., Kasamsuk, A., & Jitradi, S. (2023). Effects of participatory learning programs on health literacy among secondary school students. *Journal of Public Health*, 53(2), 156-168. (in Thai)
- Tepa, Y. (2024). Effects of health literacy enhancement and smoking prevention behavior program for new smokers among lower secondary school students in a school in Ngao District, Lampang Province. *Journal of Northern Basic Public Health*, 34(2), 12-26. (in Thai)
- Thiamklee, N., Nimpitakpong, P., & Pitchayakulmonkol, C. (2012). Survey of online cigarette sales in Thailand. *Journal of Public Health*, 42(3), 32-43. (in Thai)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2023). *Annual Report 2023*. Retrieved August 12, 2024, from <https://tdo.onde.go.th/document.html> (in Thai)

บทความวิจัย

การศึกษาปัญหาและแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ของผู้สูงวัยมุสลิม ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตอยيبةห์ อีนะแระ¹ ส.ม., กามีละห์ ยะโกะ^{2*} วท.ม., นิภาพร นบอบ¹ ส.ด.,
พูนศักดิ์ บุญยัง¹ ป.ร.ด., ปัทมา สมศิลป์¹ ส.ด.

Received: May 22, 2025

Revised: August 6, 2025

Accepted: August 7, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการรับบริการสาธารณสุข และหาแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิม ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงวัยที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจบริบทพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาหลักและอุปสรรคในการรับบริการสาธารณสุข ได้แก่ การจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยในที่ไม่มีครัวแยกระหว่างอาหารฮาลาลและไม่ฮาลาล บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารฮาลาล และการจัดสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการปฏิบัติศาสนกิจ จากการสังเคราะห์แนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมอิสลาม พบว่า ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมอิสลาม การออกแบบบริการสุขภาพควรคำนึงถึงวิถีวัฒนธรรมของชาวมุสลิม ควรส่งเสริมบทบาทของผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขมุสลิมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการเยี่ยมบ้านผู้สูงวัยที่คำนึงถึงศรัทธาและวิถีชีวิตของมุสลิม โดยทีมสหวิชาชีพควรได้รับการอบรมด้านวัฒนธรรมและศาสนาอิสลามควบคู่กัน ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมตามบริบทพื้นที่ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในชุมชนมุสลิมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความสอดคล้องทางวัฒนธรรม บริการสาธารณสุข ผู้สูงวัยมุสลิม

¹ อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: kameelah.yak@sru.ac.th

A study of problems and guidelines for culturally sensitive public health services for elderly muslims in Tha Thong Mai Subdistrict, Kanchanadit District, Surat Thani Province

Toiyeebah Enarae¹ M.P.H., Kameelah Yakoh^{2,*} M.S., Nipaporn Nobnor¹ Dr.P.H.,
Poonsak Boonyoung¹ Ph.D., Pattama Somsill¹ Dr.P.H.

ABSTRACT

This study was qualitative research with the objective of exploring problems and barriers in accessing public health services and identifying approaches to improve health service delivery in ways that are culturally appropriate for older Muslim adults in Tha Thong Mai Subdistrict, Kanchanadit District, Surat Thani Province. The key informants consisted of 10 older adults with experience receiving health services at Kanchanadit Hospital, 5 community and religious leaders, and 5 public health personnel from the hospital, selected by purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews and contextual surveys

The findings revealed that the main problem in accessing healthcare services included the lack of separate kitchen facilities for halal and non-halal food in inpatient services, insufficient knowledge and understanding of halal food among health personnel, and inadequate facilities for religious practices. From the synthesis of culturally appropriate health service approaches, it was found that the capacity of health personnel should be developed to enhance their understanding of Islamic culture. Health service design should take into account the cultural practices of Muslims. The role of religious leaders, community leaders, and Muslim health volunteers should be strengthened to actively participate in health planning and activities. Additionally, long-term care systems and home visits for older adults should incorporate consideration of Muslim faith and lifestyle, with interdisciplinary teams receiving training on Islamic culture and religion. This study can be applied to develop culturally sensitive public health service systems that are appropriate to the local context and contribute to improving the quality of life of older adults in Muslim communities in a sustainable way.

Keywords: Cultural sensitivity, Public health services, Elderly muslims

¹ Lecturer, Faculty of Science and Technology, Surattani Rajabhat University

² Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Surattani Rajabhat University

* Corresponding author: kameelah.yak@sru.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมแบบพหุวัฒนธรรม มีประชากรต่างวัฒนธรรมอาศัยอยู่ร่วมกันและมีความหลากหลายของเชื้อชาติ ศาสนา และความเชื่อ โดยประชากรร้อยละ 93.5 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ และเป็นผู้ที่นับถือศาสนาอื่นๆ รวมถึงผู้ที่ไม่มีศาสนา คิดเป็นร้อยละ 5.4 1.1 และ 0.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ภาคใต้มีผู้นับถือศาสนาอิสลามสูงกว่าภาคอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 28.9 (National Statistical Office, 2020) ศาสนาอิสลามมีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวันของชาวมุสลิม โดยอิสลามไม่เพียงแต่เป็นความเชื่อ แต่ยังเป็นวิถีชีวิต (Way of life) ที่กำหนดพฤติกรรมของมุสลิม หลักคำสอนของศาสนาอิสลามเป็นคำสอนที่ครอบคลุมทุกมิติทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิต ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ตั้งแต่ตื่นจนกระทั่งหลับ ทั้งทางโลกและทางธรรม รวมถึงจิตวิญญาณ ร่างกาย สติปัญญา และสังคม เพื่อให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข โดยเคร่งครัดในเรื่องของการละหมาด การถือศีลอด การชะกาต การแต่งกาย การบริโภคอาหารที่ดีมีประโยชน์ (ฮาลาล) และห้ามการบริโภคอาหารที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น ของมีเนเมา ยาเสพติด เป็นต้น รวมถึงการประกอบอาชีพที่ไม่ขัดต่อหลักการศาสนา สิ่งเหล่านี้มีบทบัญญัติไว้ทางศาสนา ซึ่งมุสลิมจะยึดหลักปฏิบัติตามหลักศาสนาในการดำเนินชีวิต โดยจุดมุ่งหมายสูงสุดของมุสลิมในชีวิต คือ การมุ่งสู่การเป็นบ่าวที่ดีของอัลลอฮ์ จึงส่งผลให้มุสลิมมีอัตลักษณ์เฉพาะตัวที่ชัดเจนที่แตกต่างจากวัฒนธรรมอื่นๆ (Pichayapaiboon, 2018)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด โดยปี พ.ศ. 2537 เพิ่มจากร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567 ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือ ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14.0 (National Statistical Office, 2024) ซึ่งส่งผลต่อสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

ของประเทศ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ที่เป็นนัยสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ โดยปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุมักจะเป็นภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส และโรคความผิดปกติทางระบบประสาท จากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน โดยประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพให้เพียงพอประชาชน และมีความเหมาะสมเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทางสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมุสลิมจำเป็นต้องได้รับการบริการทางสาธารณสุขตามมาตรฐาน ในขณะที่เดียวกันก็จำเป็นต้องดำรงตนอยู่บนแนวทางหลักการศาสนาแม้จะเจ็บป่วยหรืออยู่ระหว่างการรักษาก็ตาม จึงอาจทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการบริการสาธารณสุข เมื่อต้องเข้ารับบริการหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อความศรัทธา

ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ เป็นตำบลหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม จัดเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม มีทั้งผู้นับถือศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม และอื่นๆ ตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและทำการประมง มีประชากรทั้งหมด 13,384 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 1,554 คน (Ministry of Public Health, 2025) มีมุสลิมอาศัยอยู่ประมาณ 273 ครัวเรือน (The Islamic Committee of Surat Thani, 2025) ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการบริการทางสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล

ตามมาตรฐานสิทธิขั้นพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม การได้รับบริการทางสาธารณสุขตามวิถีอิสลามยังมีรายละเอียดปลีกย่อยที่มุสลิมต้องการเพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติทางศาสนา เช่น ด้านอาหาร ผู้ป่วยมุสลิมจำเป็นต้องได้รับอาหารที่ผ่านการรับรองว่าเป็นอาหารฮาลาล ไม่มีส่วนผสมของสิ่งต้องห้าม (ฮารอม) ด้านการแต่งกาย โดยเฉพาะผู้หญิง จะให้ความสำคัญกับการแต่งกายมิดชิดตามหลักศาสนา แม้ในขณะที่รับบริการทางการแพทย์ และด้านการปฏิบัติตน ผู้สูงวัยมุสลิมส่วนใหญ่มักยังคงเคร่งครัดในการประกอบศาสนกิจ เช่น การละหมาดวันละ 5 เวลา แม้ในขณะที่เจ็บป่วยก็ยังคงต้องการประกอบศาสนกิจให้ครบถ้วน การให้บริการจึงควรเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติศาสนกิจ จากกรณีมุสลิมในจังหวัดตรังออกมาเรียกร้องให้ทางโรงพยาบาลจัดให้มีสถานที่ละหมาดให้เพียงพอต่อผู้รับบริการ เนื่องจากสถานที่เดิมคับแคบและตั้งอยู่ในบริเวณพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (Matichon online, 2017) เนื่องจากผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจำเป็นต้องละหมาดวันละ 5 เวลา และเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่ต้องปฏิบัติตามหลักการอิสลาม สะท้อนให้เห็นว่าการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับมุสลิมไม่ใช่เพียงแค่การรักษาทางกายภาพเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมถึงการเคารพศรัทธา วิถีชีวิต และหลักธรรมทางศาสนาอิสลาม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาและแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิมในพื้นที่ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ วิเคราะห์ทราบถึงปัญหาอุปสรรคและความต้องการต่างๆ มีการ

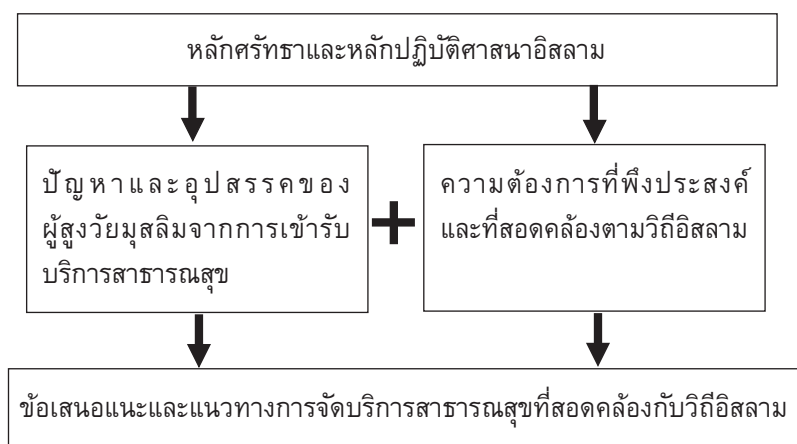
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ของการรับบริการสาธารณสุขจากผู้สูงวัยมุสลิมมาเป็นแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิม เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย สบายใจ และได้รับการที่มีคุณค่าอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่เป็นพหุวัฒนธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการรับบริการสาธารณสุขของผู้สูงวัยมุสลิม ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิม ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study research) มุ่งศึกษาบริบทเฉพาะของกลุ่มผู้สูงวัยมุสลิมในตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมและศาสนาอิสลาม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้



กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้สูงวัยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอ กาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้เกณฑ์ในการ คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้สูงวัย ที่มีอายุ 60-70 ปี นับถือศาสนาอิสลาม 2) อาศัยอยู่ใน พื้นที่ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี ไม่น้อยกว่า 5 ปี 3) ผู้สูงวัยที่มีประสบการณ์ เข้ารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 4) ยินดีเข้าร่วม โครงการวิจัย

2. ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา มีเกณฑ์ในการคัด เข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาที่มี ประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในโรง พยาบาลกาญจนดิษฐ์ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี

3. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาล กาญจนดิษฐ์ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนก ผู้ป่วยใน มีประสบการณ์ในการให้บริการสาธารณสุข แก่ผู้สูงวัยมุสลิม ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล

สำหรับเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) ไม่สามารถสื่อสาร และเข้าใจ ภาษาไทย 2) ไม่ยินยอมให้ข้อมูล หรือถอนตัวจากการ วิจัยระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้สูงวัยที่เข้ารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาล กาญจนดิษฐ์ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้สูงวัย ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา ประกอบด้วย ประสบการณ์การเข้ารับ บริการสาธารณสุข ปัญหาหรืออุปสรรคของผู้สูงอายุ เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข และความต้องการของผู้ สูงอายุเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาล

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย การจัดการบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับ วิถีอิสลาม ข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการบริหารจัดการ ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการบริการสาธารณสุขที่ สอดคล้องกับวิถีอิสลาม และความต้องการการสนับสนุน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. แบบบันทึก ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมและ บริบททั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ของพื้นที่ สถานที่ประกอบศาสนกิจในโรงพยาบาล สถานที่จำหน่ายอาหาร และการจัดแสดงป้ายสัญลักษณ์ทาง ศาสนาอิสลาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินค่าดัชนีความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของ การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ซึ่งอยู่ ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานกับ ผู้นำชุมชน ผู้บริหารโรงพยาบาลและตัวแทนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าพบและเก็บ ข้อมูลวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการ ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเข้าร่วม การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สอบถาม พูดคุย สันทนาการ กับ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้สูงวัยมุสลิม บุคลากร สาธารณสุข ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชนในพื้นที่ตำบล ท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) มีแนวคำถามซึ่งมีลักษณะเป็นหัวข้อกว้างๆ หรือเป็นคำถามปลายเปิด โดยใช้เครื่องบันทึกเสียง ซึ่งต้องได้รับการยินยอมและอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ดำเนินการถอดเทปบทสัมภาษณ์และ

สรุปประเด็นจากการสนทนา จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลบทสนทนาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และผู้วิจัยใช้การสังเกต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกโดยสังเกตสภาพแวดล้อมและบริบททั่วไปของโรงพยาบาลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น ข้อมูลทั้งหมดถูกทำลายทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยเรียบร้อยแล้ว และผู้วิจัยดำเนินการสรุปและวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและการสังเกตบริบทพื้นที่ของผู้วิจัยมาพิจารณาร่วมกับข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์ว่ามีข้อมูลที่ถูกต้องตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการจำแนกข้อความเข้ากลุ่ม แล้วจึงจัดกลุ่มข้อมูล และนำเสนอข้อค้นพบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU-EC 2024/088 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมในการให้ข้อมูล และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัย ไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง จะนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยเป็นภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และทำลายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใดๆ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ตำบลพลาญวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่รับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง

โรคหัวใจ โรคหอบ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ปัจจัยที่ใช้พิจารณาเลือกเข้ารับบริการสาธารณสุขดังกล่าวเนื่องจากสิทธิในการรับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ อยู่ใกล้บ้านเดินทางสะดวก ส่วนใหญ่เดินทางรถยนต์ส่วนตัว รถจักรยานยนต์ส่วนตัว และมีลูกหลานมาส่ง สำหรับการให้บริการ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขให้บริการดี และไม่แบ่งแยกศาสนา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นคนพื้นที่ดั้งเดิม มีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในฐานะเป็นผู้ป่วยนอกที่มาพบแพทย์ตามนัด เคยรับบริการในฐานะเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา และเป็นญาติผู้ป่วยที่มาเฝ้าไข้ผู้ป่วยใน โดยในฐานะผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) จะเข้ารับบริการตรวจรักษาแพทย์ตามนัด ซึ่งใช้ระยะเวลาไม่นาน ส่วนใหญ่จะแล้วเสร็จในช่วงครึ่งวันเช้า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงไม่มีความกังวลในเรื่องการรับประทานอาหารกลางวัน เพราะสามารถกลับไปรับประทานที่บ้านได้ บางส่วนมีการนำอาหารจากบ้านมารับประทานระหว่างการรอตรวจรักษา และมีบางส่วนใช้บริการจากร้านอาหารอิสลามที่มีบริการในโรงพยาบาล กรณีต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน (In-Patient Department: IPD) พบว่า ปัญหาหลักที่พบคือ มีความกังวลเกี่ยวกับอาหารในแต่ละมื้อที่ทางโรงพยาบาลบริการให้ เนื่องจากยังมีข้อเคลือบแคลงสงสัยว่าอาหารนั้นฮาลาลหรือไม่ เป็นอาหารที่อนุมัติตามบัญญัติศาสนาอิสลามหรือไม่ จึงเลือกไม่รับประทานอาหารของโรงพยาบาล และแก้ปัญหาโดยการให้ลูกหลานนำอาหารมาจากบ้าน ขณะพักพื้นที่โรงพยาบาล สำหรับการแต่งกายของผู้ป่วยหญิง เป็นชุดของทางโรงพยาบาลที่จัดเตรียมให้ ลักษณะเสื้อแขนสั้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงแก้ปัญหาด้วยสวมใส่ฮิญาบที่มีขนาดใหญ่ เพื่อปกปิด เอาเราะฮ์ คือทุกส่วนของร่างกาย ยกเว้นใบหน้า และฝ่ามือ ที่สามารถเปิดเผยได้

ส่วนที่ 2 ความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่รับบริการสาธารณสุข

ปัญหาที่พบของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ การไม่จัดบริการอาหารฮาลาลของโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยในต้องนอนค้างคืนที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลได้จัดรายการอาหารที่ไม่มีส่วนผสมของเนื้อหมู อย่างไรก็ตาม

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับกรรมวิธีการผลิต ตั้งแต่กระบวนการการล้าง การเตรียม ประคบประกอบอาหาร และวัตถุดิบต่างๆ เนื่องจากห้องครัวโรงพยาบาลไม่ได้แยกครัวเฉพาะสำหรับครัวมุสลิม และต้องการให้แม่ครัวที่ปรุง ประกอบอาหารเป็นผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารฮาลาลอย่างแท้จริง จะทำให้คลายข้อกังวลต่างๆ ลงได้

“อยากให้ความชัดเจน ไม่ทำให้กลุ่มเครือในเรื่องอาหารฮาลาล” (หญิงมุสลิมวัย 75 ปี วันที่สัมภาษณ์ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

“แม่ครัวอยากให้ตระหนักในการใส่ผ้าคลุมหัว เช่นบอกว่าอาหารฮาลาล แต่แม่ครัวไม่คลุมหัว จึงเกิดข้อสงสัยในอาหารฮาลาล” (หญิงมุสลิมวัย 68 ปี วันที่สัมภาษณ์ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

“ในขั้นตอนการล้างวัตถุดิบ ควรล้างตามขั้นตอนหลักศาสนา” (หญิงมุสลิมวัย 64 ปี วันที่สัมภาษณ์ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

“ในหน่วยงานรัฐ การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับมุสลิม ห้ามทำให้ใครสงสัยในเรื่องของอาหารฮาลาล” (ผู้นำชุมชนวัย 57 ปี วันที่สัมภาษณ์ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติศาสนกิจ คือ มีสถานที่ละหมาดแต่ไม่มีสัญลักษณ์ลูกศรทิศกิบลัตติดไว้ มีเพียงมีข้อความระบุไว้ ทำให้ผู้ที่มาปฏิบัติศาสนกิจครั้งแรกไม่ทราบว่าควรหันไปในทิศทางใด หากละหมาดไปในทิศทางที่ไม่ถูกต้อง การละหมาดนั้นถือเป็นโมฆะ ซึ่งทิศกิบลัต คือ ชุมทิศที่มุสลิมหันหน้าไปเวลาละหมาดหรือประกอบศาสนกิจอื่นๆ ซึ่งอยู่ที่เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ทิศกิบลัตของประเทศไทยจะอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือ จึงอยากให้ระบุสัญลักษณ์ลูกศรทิศกิบลัตให้ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการละหมาด

“ผ้าปูละหมาดอยากให้มากกว่านี้ และสะอาด และควรมีลูกศรทิศทางในการละหมาด เราเป็นมุสลิมไม่ต้องการการละหมาด” (ชายมุสลิมวัย 66 ปี วันที่สัมภาษณ์ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

“ผ้าละหมาดไม่แน่ใจว่าสะอาดหรือเปล่า จะนำมาเองตลอด” (หญิงมุสลิมวัย 60 ปี วันที่สัมภาษณ์ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

ในห้องละหมาดค่อนข้างสะอาดเป็นห้องรวมสำหรับชายและหญิง แต่จะมีผ้าม่านกันไว้กรณีมาละหมาดพร้อมกัน มีผ้าละหมาด (ผ้าตะละกะ) สำหรับผู้หญิง และพรมละหมาด แต่ไม่มีหมวกไว้บริการ และไม่มีปฏิทินแสดงเวลาละหมาดติดไว้ในห้องละหมาด อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ดูเวลาละหมาดจากแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งมีความสะดวกมากกว่า สำหรับผู้สูงอายุจะทำการประมาณการเวลาละหมาดด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักนำผ้าละหมาดมาเอง เนื่องจากมีความกังวลว่าผ้าละหมาดที่มีอยู่สะอาดหรือไม่ และต้องการให้มีพรมละหมาดเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อผู้มาใช้บริการ

“ตั้งแต่ปี 2550 ผมเป็นคนบุกเบิกแนะนำให้ทางโรงพยาบาลมีสถานที่ละหมาด เหล่านี้เกิดจากความต้องการของชาวบ้านคนอื่นๆ ด้วย ต่อไปทางโรงพยาบาลอาจมีการขยายห้องละหมาดก็อาจจะเป็นไปได้” (ผู้นำศาสนาวัย 75 ปี วันที่สัมภาษณ์ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

ส่วนที่ 3 การจัดบริการสาธารณสุข ปัญหา และข้อจำกัดของโรงพยาบาล

จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม พบว่า มีผู้ป่วยมุสลิมเข้ารับบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยนอกหรือญาติที่มาเฝ้าผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลมีบริการร้านอาหารอิสลามจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม จำนวน 1 ร้าน อยู่บริเวณภายในโรงพยาบาล ร้านอาหารดังกล่าวมีการแยกการจัดเก็บภาชนะเฉพาะ โดยจัดเตรียมที่ใส่ภาชนะอาหารใช้แล้วแยกตั้งไว้บริเวณหน้าร้าน และให้ผู้รับบริการนำภาชนะอาหารที่ใช้แล้วมาวางไว้หน้าร้าน ภายในบริเวณโรงพยาบาลยังมีตลาดกรีน ซึ่งเป็นตลาดสำหรับจำหน่ายผักปลอดสารพิษเป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้ ยังมีร้านอาหารอิสลามบริเวณรอบๆ หรือใกล้เคียงโรงพยาบาล และร้านสะดวกซื้อ จำนวน 1 ร้าน

กรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลมีบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่จากหอผู้ป่วยในแต่ละแผนกจะดำเนินการแจ้งยอดผู้ป่วยให้แก่กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ซึ่งจะระบุประเภทอาหาร

ที่ผู้ป่วยต้องได้รับตามคำสั่งแพทย์ โดยแยกเป็นอาหารธรรมดา อาหารอ่อน และอาหารทางสายยาง จากสถิติจำนวนยอดผู้ป่วยที่ต้องการรับอาหารอิสลาม (อาหารฮาลาล) มีประมาณวันละ 10 ราย โดยทางโรงพยาบาลมีการจัดจ้างบุคคลภายนอก (Outsource) ซึ่งเป็นบริษัทที่มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญในการให้บริการเฉพาะเกี่ยวกับการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยในหน่วยบริการอาหารในโรงพยาบาล ซึ่งจะเซ็นสัญญาว่าจ้างเป็นระยะเวลาแบบรายเดือน โดยจะตั้งคุณสมบัติรายละเอียดของวัตถุดิบ เพื่อนำมาตั้งราคากลางให้สอดคล้องกับอัตราค่าจ้าง สอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจในพื้นที่ เมื่อได้บริษัทที่ผ่านการประมูลแล้ว กลุ่มงานโภชนศาสตร์จะทำหน้าที่ในการตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร ตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเบิกก่อนเบิกค่าอาหาร ตรวจสอบคุณภาพของวัตถุดิบ ตลอดจนกระบวนการผลิตจนเป็นอาหารพร้อมบริโภคเพื่อส่งมอบให้แก่ผู้ป่วยในการให้บริการอาหารของโรงพยาบาล เมื่อกลุ่มงานโภชนศาสตร์ได้รับยอดจำนวนผู้ป่วยแล้ว เจ้าหน้าที่จะมีการตรวจสอบยอดอาหารและสั่งพิมพ์รายการอาหาร 3 เวลา ได้แก่ มื้อเช้า เวลา 06.00 น. มื้อกลางวัน เวลา 09.00 น. และมื้อเย็น เวลา 13.00 น. เจ้าหน้าที่จะจัดเตรียมอาหารโดยดูจากใบแจ้งสั่งอาหาร หากมีผู้ป่วยมุสลิม เจ้าหน้าที่จากหอผู้ป่วยในแต่ละแผนกจะดำเนินการระบุหมายเหตุว่าเป็นอาหารอิสลาม แต่หากไม่มีการระบุเจ้าหน้าที่จะไม่สามารถทราบได้ในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น เจ้าหน้าที่จะเตรียมข้าวต้ม หรืออาหารทั่วไปที่ไม่มีส่วนผสมของหมู ซึ่งส่วนใหญ่มีส่วนผสมจากเนื้อไก่ ปลา และอาหารทะเล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายที่มีความเคร่งครัดก็จะมีเฉพาะนมเท่านั้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาหารฮาลาลคืออาหารที่ไม่มีหมูเท่านั้น แต่ถ้าเป็นไก่ ปลา อาหารทะเล มุสลิมสามารถรับประทานได้

สำหรับการจัดเตรียมอาหารของโรงพยาบาล ลักษณะครัวเป็นครัวรวม ไม่มีครัวแยกระหว่างอาหารฮาลาลและ

ไม่ฮาลาล แต่แม่ครัวมีการแยกภาชนะ เช่น ภาชนะสำหรับหั่น ภาชนะประกอบอาหาร ภาชนะบรรจุ ถาดอาหาร และช้อนส้อม เป็นต้น ส่วนขั้นตอนในการล้างภาชนะเจ้าหน้าที่จะแยกฟองน้ำล้างจาน และล้างภาชนะถาดอาหารของอิสลามก่อน จากนั้นจึงเป็นถาดอาหารทั่วไป ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าการจัดเตรียมอาหารฮาลาลมีขั้นตอนอย่างไร โดยเฉพาะในเรื่องของการล้างวัตถุดิบ และส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิต เจ้าหน้าที่จะล้างวัตถุดิบตามหลักสุขาภิบาลอาหารเท่านั้น เนื่องจากไม่มีนักโภชนาการหรือแม่ครัวที่เป็นมุสลิม

“ครัวของโรงพยาบาล ไม่มีการแยกครัวพุทธและอิสลาม ซึ่งจะเป็นครัวรวม แต่แม่ครัวจะมีการแยกภาชนะระหว่างอาหารฮาลาลและไม่ฮาลาล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขวัย 30 ปี วันที่สัมภาษณ์ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2567)

ด้านห้องละหมาด และสถานที่อาบน้ำละหมาดทางโรงพยาบาลจัดเตรียมสถานที่สำหรับละหมาด โดยมีห้องละหมาดแยกออกจากตัวอาคารโรงพยาบาล ตั้งอยู่บริเวณใกล้กับอาคารหอผู้ป่วยใน ซึ่งสะดวกและเป็นห้องที่มีความเหมาะสมสำหรับปฏิบัติศาสนกิจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในการใช้บริการ ห้องละหมาดมี 1 ห้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ใช้งานกันแยกสำหรับชาย-หญิง ใช้ประตูทางเข้าทางเดียวกัน มีข้อความระบุทิศกิบลัตมองเห็นได้ชัดเจน แต่ไม่มีสัญลักษณ์ลูกศรทิศกิบลัตติดไว้ ภายในห้องละหมาด มีพรมละหมาด ผ้าโสร่งสำหรับผู้ชาย และผ้าละหมาดสำหรับผู้หญิง ไม่มีรูปภาพสิ่งมีชีวิต (คนหรือสัตว์ติดไว้ในห้อง) สำหรับสถานที่อาบน้ำละหมาดเป็นพื้นที่เฉพาะ แยกโซนชายและหญิงชัดเจน โดยโซนชาย สถานที่อาบน้ำละหมาดอยู่หน้าอาคารห้องละหมาด สำหรับโซนหญิง สถานที่อาบน้ำละหมาดอยู่ภายในบริเวณห้องละหมาด ภายในห้องละหมาดค่อนข้างสะอาดและมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย ส่วนใหญ่การดูแลมาจากเจ้าหน้าที่มุสลิมของโรงพยาบาล หรือญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ช่วยกันทำความสะอาด ซึ่งยังไม่มีแม่บ้านหรือผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลทำความสะอาด

ส่วนที่ 4 แนวทางในการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุมุสลิม

การให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ควรครอบคลุมทั้งในด้านบุคลากร สถานที่ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสามารถสังเคราะห์ออกมาเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมและศาสนาอิสลาม โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพ เช่น การละหมาด การถือศีลอด อาหารฮาลาล สถานที่ประกอบศาสนกิจ และการแต่งกาย เป็นต้น จะช่วยให้บุคลากรสามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสม ลดความรู้สึกรังเกียจของผู้รับบริการ รวมทั้งสร้างความไว้วางใจระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

2. การออกแบบบริการสาธารณสุข ควรมีการคำนึงถึงวิถีวัฒนธรรมของชาวมุสลิม เช่น การจัดเตรียมพื้นที่สำหรับการประกอบศาสนกิจภายในสถานบริการ การจัดหาอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตลอดจนการแยกเพศในการให้บริการในบางกรณีที่เหมาะสม เช่น การตรวจร่างกายหรือการอาบน้ำผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อรักษาศักดิ์ศรีและความศรัทธาทางศาสนาของผู้รับบริการ

3. ส่งเสริมบทบาทของคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด อิหม่ามประจำมัสยิด ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขมุสลิม (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น การจัดอบรม การสื่อสารสุขภาพ หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การบริการมีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับค่านิยมของชุมชน และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

4. ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่คำนึงถึงศรัทธาและวิถีชีวิตของชาวมุสลิม โดยทีมสหวิชาชีพควรได้รับการอบรมด้านวัฒนธรรมและศาสนาอิสลามควบคู่กัน และมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การช่วยเหลือในการละหมาด การเตรียม

อาหารที่ถูกต้องตามหลักศาสนา และการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ

5. การพัฒนาสื่อสุขภาพควรคำนึงถึงความเหมาะสมของภาษา เนื้อหา และช่องทางการสื่อสาร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเนื้อหาควรเชื่อมโยงกับหลักคำสอนทางศาสนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

1. ความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่รับบริการสาธารณสุข

ปัญหาที่พบของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประเด็นปัญหาหลัก คือ เรื่องอาหารฮาลาล เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับวัตถุดิบและกรรมวิธีในการปรุงประกอบอาหาร กรณีที่ผู้ป่วยในต้องนอนค้างคืนที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลได้จัดรายการอาหารที่ไม่มีส่วนผสมของเนื้อหมู อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับกรรมวิธีการผลิต ตั้งแต่กระบวนการล้าง การเตรียม ปรุงประกอบอาหาร และวัตถุดิบต่างๆ เนื่องจากห้องครัวโรงพยาบาลไม่ได้แยกครัวเฉพาะสำหรับครัวมุสลิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Totong, Wongsangiem, & Wongsangiem (2018) พบว่า ปัญหาหลักของมุสลิมเมื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลไม่มีการจัดการอาหารฮาลาลสำหรับผู้ป่วยมุสลิม ไม่มีห้องละหมาด และไม่มีสถานที่อาบน้ำละหมาดเฉพาะแยกบริเวณชาย-หญิง ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุมุสลิม และผู้นำชุมชนอยู่ในระดับที่มีความเคร่งทางศาสนา มีการปฏิบัติตนตามหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของอิสลาม

ฮาลาล (Halal) หมายถึง อนุมัติหรืออนุญาต จึงอาจกล่าวได้ว่า “อาหารฮาลาล” คือ อาหารที่ได้ผ่านกรรมวิธีในการทำ ผสม ปรุง ประกอบ หรือแปรรูปตามศาสนบัญญัติเป็นการรับประกันว่า ชาวมุสลิมโดยทั่วไปสามารถบริโภคอาหาร หรืออุปโภคสินค้าหรือบริการต่างๆ ได้ ดังนั้น อาหารฮาลาล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ที่ยึดถือศาสนาอิสลาม เนื่องจาก

มีกระบวนการผลิตที่ถูกต้องตามศาสนบัญญัติ ปราศจากสิ่งต้องห้าม (ฮาลาล) และมีคุณค่าทางอาหาร (ตอยยิบ) ซึ่งปัจจุบันมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าอาหารฮาลาลเป็นอาหารที่ไม่มีส่วนผสมหมู ก็สามารถรับประทานได้ ซึ่งในการผลิตอาหารฮาลาล วัตถุประสงค์หลักในการผลิตตลอดจนเครื่องปรุงอื่นๆ ต้องมีเครื่องหมายรับรอง “ฮาลาล” โดยไม่ปะปนกับสิ่งต้องห้าม และวัตถุประสงค์ที่ได้จากสัตว์ต่างๆ นั้น ต้องเป็นสัตว์ที่ศาสนาอิสลามอนุมัติ และเชือดตามศาสนบัญญัติ (Health and Fitness Service Center, 2025) คนมักเข้าใจว่า อาหารฮาลาลเป็นอาหารที่ไม่มีส่วนผสมของหมูหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ จากหมูเท่านั้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กังวลในเรื่องการเตรียมและการล้างวัตถุดิบที่ไม่ถูกต้องตามหลักศาสนบัญญัติ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องพบว่า เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าจะมีขั้นตอนในการล้างวัตถุดิบตามหลักศาสนาเป็นเพียงการล้างตามหลักสุขาภิบาลเท่านั้น ซึ่งการล้างวัตถุดิบและส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิตตามหลักศาสนา จะมีขั้นตอน โดยเมื่อล้างน้ำด้วยการจุ่มหรือน้ำซังในภาชนะแล้ว ต้องล้างด้วยน้ำสะอาดไหลผ่านวัตถุดิบหรือส่วนประกอบที่ใช้โดยทั่วถึงในการล้างครั้งสุดท้าย น้ำที่ใช้ไหลผ่านกระบวนการนี้แล้วจะนำมาใช้ล้างวัตถุดิบหรือสิ่งอื่นที่ใช้ในการผลิตอีกไม่ได้ (The Central Islamic Council of Thailand, 2016)

โรงพยาบาลจัดบริการสถานที่ละหมาดไว้อำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการชาวมุสลิม ห้องละหมาดเป็นอาคาร 1 หลัง ลักษณะอาคารแยกออกมาจากตัวอาคารโรงพยาบาล แต่อยู่ในพื้นที่บริเวณเดียวกัน เป็นห้องโถงกว้าง มีห้องน้ำ 1 ห้อง มีการเขียนทศกิตติบัตินี้ไว้ในจุดมองเห็นได้ชัด แต่ไม่มีสัญลักษณ์ลูกศรชี้ทิศทาง จึงอาจทำให้ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการเกิดความสับสนได้ ไม่ทราบว่าจะต้องหันหน้าไปทางใด สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakdaadisai & Dankittikul (2016) พบว่าในปัจจุบันพื้นที่ส่วนต่างๆ ภายในมัสยิดยังไม่สามารถรองรับการใช้งานของชาวไทยมุสลิมได้ทุกกลุ่ม ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาคือการใช้พื้นที่ดังกล่าวนี้ไม่เพียงแต่ต้องคำนึงถึงข้อกำหนดต่างๆ ของศาสนาอิสลามเท่านั้น หากแต่ยังต้องมุ่งให้ชาวมุสลิมทุกคนสามารถปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาได้อย่างสะดวกสบาย

ปลอดภัย และตัดเทียมกัน สำหรับสถานที่อาบน้ำละหมาดมีการจัดแบ่งโซนที่อาบน้ำละหมาดแยกบริเวณชาย-หญิงอย่างชัดเจน โดยโซนชายมีที่อาบน้ำละหมาดหน้าอาคารละหมาด และโซนหญิงอาบน้ำละหมาดในห้องละหมาด ซึ่งจะแบ่งโซนมีห้องอาบน้ำละหมาดสำหรับผู้หญิงอย่างชัดเจน ผู้หญิงต้องอาบน้ำละหมาดในบริเวณที่มิดชิดเนื่องจากระหว่างอาบน้ำละหมาด ผู้ชายจะต้องไม่เห็นผมสตรี (เอารัต) ขณะอาบน้ำละหมาด การอาบน้ำละหมาด เป็นศาสนกิจตามบัญญัติในศาสนาอิสลาม เมื่อคนมุสลิมต้องละหมาดในทุกวัน วันละ 5 ครั้ง ก็จำเป็นต้องอาบน้ำละหมาดก่อนการละหมาด โดยการอาบน้ำละหมาดนั้นหมายถึง การล้างอวัยวะบางส่วนในร่างกายที่ศาสนาบัญญัติไว้ คือ ล้างใบหน้า ล้างมือถึงข้อศอก ทั้ง 2 ข้าง การเช็ดศีรษะ และการล้างเท้าทั้งสองข้าง พร้อมตาคุ่มเป็นการล้างอวัยวะที่จำเป็นต้องล้าง ยังมีการบ้วนปาก สูดน้ำเข้าจมูก การเช็ดใบหู ประกอบอยู่ด้วยในขั้นตอนของการอาบน้ำละหมาด ดังนั้นเมื่อคนมุสลิมต้องทำการละหมาดก็จะอาบน้ำละหมาดก่อนเสมอเป็นการทำความสะอาดอวัยวะที่ถูกใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น มือและเท้า เป็นต้น เนื่องจากอวัยวะเหล่านี้สัมผัสสิ่งต่างๆ เมื่อมุสลิมต้องทำละหมาด 5 ครั้งในหนึ่งวันก็หมายความว่ามุสลิมต้องล้างอวัยวะต่างๆ ที่กล่าวมาอย่างน้อยวันละ 5 ครั้งโดยปริยาย เหตุผลทางศาสนาที่เป็นคำตอบว่า ทำไมมุสลิมต้องอาบน้ำละหมาด ก็เพราะเป็นศาสนกิจที่ศาสนาบัญญัติไว้ การอาบน้ำละหมาดจึงเป็นการใช้น้ำทำความสะอาดใบหน้า มือ แขน ศีรษะและเท้าตามขั้นตอนที่ศาสนาบัญญัติในลักษณะที่เจาะจงเอาไว้ การอาบน้ำละหมาดนั้นเป็นเงื่อนไขสำคัญของการละหมาด การละหมาดนั้นจะใช้ได้ถูกต้องและสมบูรณ์ต้องมีน้ำละหมาด (Totong, Wongsangiem, & Wongsangiem, 2019)

ศาสนาอิสลาม เป็นศาสนาที่มีความเชื่อมโยงกับการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ซึ่งแยกออกจากกันไม่ได้ มีการกำหนดหลักปฏิบัติเบื้องต้น 5 ประการ ได้แก่ การปฏิญาณตนว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ควรเคารพสักการะ นอกจากอัลลอฮ์ และมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของอัลลอฮ์” การดำรงละหมาด 5 เวลา การจ่ายซากาต เสียสละทรัพย์สิน (บริจาคทาน) การถือศีลอดในเดือน

รวมฏอน และการประกอบพิธีฮัจญ์สำหรับผู้ที่มีความสามารถ จากหลักปฏิบัติข้างต้น จะเห็นได้ว่าการละหมาดหรือ นมาซ เป็นหนึ่งศาสนกิจที่เป็นข้อบังคับที่ต้องปฏิบัติสำหรับชาวมุสลิม ถือเป็นเสาหลักของศาสนา ที่มีความสำคัญรองลงมาจาก การปฏิญาณตน การละหมาดเป็นการนมัสการพระเจ้า เพื่อแสดงถึงความเคารพสักการะความขอบคุณ การขอพร และความภักดีต่อพระเจ้า ซึ่งจะกระทำ 5 เวลา เรียกว่า ละหมาดฟัรฎู ได้แก่ ยามรุ่งอรุณ (ซุบฮิ) ยามบ่ายช่วงตะวันตกล้อย (ดูฮรี) ยามเย็น (อัสริ) ยามตะวันตกขอบฟ้า (มักริบ) และยามค่ำคืน (อิฮาอ์) (Department of Religious Affairs, 2017) และหากไม่สะดวกเนื่องจากความเจ็บป่วย การเดินทาง ผู้ที่กลัวบางอย่างซึ่งไม่สามารถละหมาดในลักษณะปกติทั่วไปได้ หรือข้อจำกัดด้านสถานที่ เพื่อขจัดความลำบาก ศาสนาจึงกำหนดให้มีการละหมาดแบบผ่อนผันโดยการย่อ กล่าวคือ ลดอิริยาบถ คบรวม หรือซดเซยภายหลังตามเงื่อนไข จากการสำรวจของ National Statistical Office (2020) พบว่า มุสลิมที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีความเคร่งครัดในการทำละหมาดทุกวันครบ 5 ครั้งสูงกว่าภาคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 61.7 ในการละหมาดทุกครั้งจะต้องหันหน้าไปทางทิศกิบลัตในเมืองมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยทิศกิบลัตของประเทศไทยจะอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ไปทางเฉียงเหนือ ซึ่งอัลลอฮ์ ได้บัญชาไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานในซูเราะห์ อัลอังกะบุต วรรคที่ 29 ว่า “และจงดำรงการละหมาด (เพราะ) แท้จริงการละหมาดนั้นจะยับยั้งการทำความผิดและความชั่วทั้งปวง” (Quran, 2025)

2. แนวทางในการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงวัยมุสลิม

จากผลการศึกษาพบปัญหาหลักและอุปสรรคของผู้สูงวัยมุสลิมเมื่อต้องเข้ารับบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดต่างๆ ในการให้บริการและจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งสามารถหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมได้ ดังนี้ (1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมอิสลาม ความเข้าใจหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามเบื้องต้น รวมทั้ง ข้อห้ามและข้อปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสุขภาพ (2) ออกแบบบริการสุขภาพควรมีการคำนึงถึงวิถีวัฒนธรรมของชาวมุสลิม

ได้แก่ จัดให้มีพื้นที่สำหรับประกอบศาสนกิจ จัดหาอาหารฮาลาล และให้ความเคารพต่อการแต่งกายตามหลักศาสนา (3) ส่งเสริมบทบาทของหน่วยงานองค์กรด้านศาสนาอิสลามทั้งในพื้นที่และส่วนกลาง ได้แก่ คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด อิหม่ามประจำมัสยิด ผู้นำชุมชนมุสลิม และอาสาสมัครสาธารณสุขมุสลิม (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นสื่อกลางประสานความร่วมมือในการพัฒนาบริการสุขภาพตามวิถีอิสลาม โดยให้คำแนะนำและคำปรึกษาวิถีอิสลาม หลักการของอาหารฮาลาล การดำเนินการตามหลักครัวฮาลาล การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิถีอิสลาม (4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการเยี่ยมบ้านผู้สูงวัยที่คำนึงถึงศรัทธาและวิถีชีวิตของชาวมุสลิม โดยทีมสหวิชาชีพควรได้รับการอบรมด้านวัฒนธรรมและศาสนาอิสลามควบคู่กัน (5) การพัฒนาสุขภาพควรคำนึงถึงความเหมาะสมของภาษา เนื้อหา และช่องทางการสื่อสาร เพื่อให้ผู้สูงวัยเข้าถึงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ นักวิชาการได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การเจ็บป่วยในทัศนะอิสลาม คือ สภาวะและความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นด้วยความประสงค์จากพระเจ้า การเจ็บป่วยเป็นลิขิตที่ต้องเกิดขึ้นพระองค์ได้ถูกลิขิตไว้แล้ว ด้วยสาเหตุต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่รับรู้หรือไม่รับรู้ก็ตาม การพยายามรักษาโรคไม่ว่าจะด้วยยาหรือวิธีอื่นๆ การพยายามรักษาบ่าบัดผ่านความรู้ของแพทย์ซึ่งเป็นการลิขิตกำหนดของพระองค์อีกด้วยเช่นกัน ดังนั้น การบำบัดรักษาจึงเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วย ให้รีบบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่อนุมัติ ไม่ขัดกับหลักศาสนา หลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามที่เรียกว่า “ฮาลาล” นั้นไม่ได้เป็นบทบัญญัติที่ครอบคลุมเฉพาะการผลิตสินค้าอาหารเท่านั้น แต่ยังรวมถึงแนวทางการให้บริการตามหลักการทางศาสนาอีกด้วย (Japakiya, 2012) สอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือให้บริการสาธารณสุขด้วยความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา (Thailand Nursing and

Midwifery Council, 2019) จากผลการศึกษาค้นคว้าสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สู่วัยมุสลิมยังเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ไม่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมอิสลาม เช่น ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาหารฮาลาล และบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจด้านศาสนาอิสลามจำกัด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจวัฒนธรรมอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรจัดให้มีช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการอาหารฮาลาลอย่างทั่วถึง เช่น ติดป้ายประกาศหรือสัญลักษณ์ฮาลาลในบริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจน และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่หลากหลาย
2. สร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ โรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดให้มีระบบรับฟังความคิดเห็น เช่น กล่องรับฟังความคิดเห็นหรือเวทีชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้สะท้อนความต้องการ ปัญหา และความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการปฏิบัติศาสนกิจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านพื้นที่การศึกษาซึ่งดำเนินการเฉพาะในพื้นที่ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นชุมชนมุสลิมเฉพาะกลุ่ม อาจไม่สามารถนำผลการวิจัยไปสรุปหรือประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบททางวัฒนธรรมแตกต่างกันโดยตรง ดังนั้น ควรดำเนินการวิจัยในหลายชุมชนมุสลิมที่มีลักษณะประชากรและบริบททางวัฒนธรรมที่หลากหลาย เพื่อเปรียบเทียบปัญหาและแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ และเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูล
2. ควรศึกษาความรู้ ทักษะ และข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมอิสลาม เพื่อพัฒนาหลักสูตรอบรมหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างยิ่งต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล รวมถึงโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ที่ได้อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Department of Religious Affairs. (2017). *The way of life of adherents of the five religions in Thailand*. (3rd ed.). Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University Press. (in Thai)
- Health and Fitness Service Center. (2025). *Fundamental principles of Halal product standards*. Retrieved September 1, 2025, from <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2553/5426/9/ch3.pdf>. (in Thai)
- Japakiya, I. (2012). *Patient handbook and care management based on Islamic principles*. Retrieved May 14, 2025, from <https://www.muslim-library.com/dl/books/th3467.pdf>. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2025). *Kanchanadit District information report*. Retrieved March 10, 2025, from https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_tambon?region=11&prov=OQ=&prov=4Li44Li44Lij4Liy4Lip4LiO4Lij4Lm-M4LiY4Liy4LiZ4Li1&amid=8402&ampr=4LiB4Liy4LiN4Li4LiZ4LiU4LiO4Lip4LiQ4LmM. (in Thai)
- National Statistical Office. (2020). *The 2018 survey on conditions of society, culture and mental health*. Retrieved July 18, 2024, from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_dtail/2023/20230501053015_16851.pdf. (in Thai)

- National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand*. Retrieved December 22, 2024, from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_dtail/2025/20241209145003_88327.pdf. (in Thai)
- Matchon online. (2017). *Trang Muslims urge government agencies to provide proper prayer facilities, noting that the prayer room at the hospital is too small and inadequate*. Retrieved January 30, 2025, from https://www.matchon.co.th/region/news_605945. (in Thai)
- Pichayapaiboon, S. (2018). Muslim way of life and relationship to the Islamic principles and Islamic law enforcement: Case study of Suanluang 1 community. *Journal of Graduate School, Pitchayatat*, 13(2), 233-243. (in Thai)
- Quran. (2025). *Al-'Ankabut*. Retrieved May 2, 2025, from <https://quran.com/th/al-ankabut/45>
- Sakdaadisai, P., & Dankittikul, C. (2016). The use of spaces for religious activities: A case of Tha-It mosque, Nonthaburi. *Veridian E-Journal, Silpakom University*, 9, 1717-1729. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2019). *National Health Security Act, B.E. 2002*. Retrieved July 4, 2025, from <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/B001.pdf>. (in Thai)
- The Central Islamic Council of Thailand. (2016). *The Central Islamic Council of Thailand on the implementation of entrepreneur certification and product certification and Fees B.E. 2559*. Retrieved May 13, 2025, from https://www.cicot.or.th/storages/contents/attachments/Product_certification_and_Fees_B.E._2559_TH.pdf. (in Thai)
- The Islamic Committee of Surat Thani. (2025). *The mosque and the righteous man*. Retrieved January 16, 2025, from <https://masjidthai.com/sni/masjid/?amphur=oSE3HuJiOeY7b-DGAc14cDFDPBGdCLWNzAGBqP0KKDa0>. (in Thai)
- Totong, K., Wongsangiem N. T., & Wongsangiem, M. (2018). Problems and needs of Thai Muslim for health service based on Islamic ways. *The Public Health Journal of Burapha University*, 13(2), 102-116. (in Thai)
- Totong, K., Wongsangiem, N. T., & Wongsangiem, M. (2019). Knowledge and understanding for health service in Islamic ways. *Journal of Chandrakasemsam*, 25, 126-140. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

นพรัตน์ วงรอบ^{1, 2, *} ส.ม., เสน่ห์ แสงเงิน³ ส.ด.

Received: June 6, 2025

Revised: August 17, 2025

Accepted: August 18, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 262 คน โดยการสุ่มอย่างมีระบบ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86-0.93 และค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.75-0.86 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ความสามารถ และสิ่งชักนำการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($\text{Beta} = 0.433, p\text{-value} < 0.001$) อาชีพเกษตรกร ($\text{Beta} = 0.165, p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($\text{Beta} = 0.045, p\text{-value} = 0.004$) ดังนั้น ควรส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง และการฉีดวัคซีน โดยเน้นผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยง โดยเจ้าของสถานประกอบการร่วมกับองค์กรท้องถิ่นวางแผนทางป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มอาชีพเกษตรกร เน้นตลาดและงานพิธีต่างๆ พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค ใช้การกระตุ้นเตือนถึงความเสี่ยงของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: Nopparatw64@nu.ac.th

Factors associated with preventive behaviors against Coronavirus disease 2019 among diabetic patients in Mae Phun Subdistrict, Laplae District, Uttaradit Province

Nopparat Wongrob^{1, 2, *} M.P.H., Sane Saengngoen³ Dr.P.H.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to investigate the factors associated with coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention behaviors among diabetic patients within the service area of Mae Phul Subdistrict Health Promoting Hospital, Laplae District, Uttaradit Province. A total of 262 participants were selected using systematic random sampling. Data were collected through questionnaires covering personal information, knowledge about COVID-19 prevention, health beliefs, and COVID-19 prevention behaviors. The content validity index ranged from 0.86 to 0.93, and reliability coefficients ranged from 0.75 to 0.86. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used for data analysis.

The results showed that participants had a moderate level of knowledge regarding COVID-19 prevention. Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived self-efficacy, and cues to action were at a high level, while perceived barriers were at a moderate level. COVID-19 prevention behaviors were at a high level. Factors significantly associated with COVID-19 prevention behaviors included perceived benefits of prevention (Beta = 0.433, p-value < 0.001), being a farmer (Beta = 0.165, p-value = 0.001), and perceived susceptibility (Beta = 0.045, p-value = 0.004). Therefore, promoting the perceived benefits of prevention measures such as mask-wearing, handwashing, social distancing, and vaccination should be emphasized among diabetic patients in health care settings. Additionally, enhancing risk perception through collaboration between local business owners and local organizations to implement COVID-19 prevention measures for agricultural workers, focusing on markets and social events, and supporting protective equipment provision is recommended. Risk reminders regarding COVID-19 should also be encouraged.

Keywords: Health Belief Model, Behavior, Diabetes mellitus, Coronavirus disease 2019

¹ Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Public Health Technical Officer, Mae Phun Subdistrict Health Promoting Hospital, Laplae District, Uttaradit Province

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: nopparatw64@nu.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (Coronavirus Disease 2019) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยวที่มีเยื่อหุ้มไขมันล้อมรอบ (Enveloped positive-stranded RNA virus) ซึ่งจัดอยู่ในตระกูล Coronaviridae และมีความเกี่ยวข้องกับไวรัสซาร์ส (SARS-CoV) และไวรัสเมอร์ส (MERS-CoV) โดยมีการระบาดมาตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ก่อนจะมีการระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกในเวลาอันรวดเร็ว (World Health Organization, 2024) ไวรัสนี้ชนิดนี้สามารถติดต่อได้จากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น การไอ การจาม หรือการสัมผัสอุปกรณ์ที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคนี้ มีระยะฟักตัวตั้งแต่ 2 ถึง 14 วัน และมีอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้ ไอ จาม น้ำมูก หายใจหอบ ในช่วงปี พ.ศ. 2566-2567 พบผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 14,600 ราย และผู้ป่วยหนัก (ICU) ประมาณ 1,000 ราย แม้การแพร่ระบาดลดลงแต่ยังคงแพร่หลายอยู่ในหลายภูมิภาค และมีโรคโควิด 19 สายพันธุ์อื่นๆ (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2024) โรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ประชาชนทั่วไปยังไม่มีภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเมษายน พ.ศ. 2564 โดยพบผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกถึง 239,477,111 ราย และมีผู้เสียชีวิต 4,794,121 ราย (อัตราเสียชีวิตร้อยละ 2.1) โดยทวีปที่มีผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ อเมริกา ยุโรป และเอเชียตะวันออก เฉียงใต้ ต่อมาปี พ.ศ. 2566 ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อย่างครอบคลุม ลดอาการรุนแรงจากการติดเชื้อและมีบางส่วนไม่แสดงอาการแต่ยังสามารถแพร่เชื้อได้อย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้าง (WHO, 2024) ปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่องด้วยมาตรการที่ครอบคลุมทั้งการตรวจและการรักษา โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ซึ่งสามารถคัดกรองเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว และสะดวก ช่วยแยกผู้ติดเชื้อออกจากประชากรทั่วไปได้ทันเวลา ในปี พ.ศ. 2567 พบมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 1,583 รายต่อวัน ในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2567 และผู้เสียชีวิตสะสม 21,598 ราย (อัตราเสียชีวิตร้อยละ 1.1)

พบผู้เสียชีวิต 7 ราย ทั้งหมดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (Department of Disease Control, 2023) จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยตายโรคโควิด 19 ยังสูง เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงต่ออาการรุนแรงและการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจ ร้อยละ 10.5 เบาหวาน ร้อยละ 7.3 ปอดเรื้อรัง ร้อยละ 6.3 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.0 โรคเมะเร็ง ร้อยละ 5.6 โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 100 คน จะมีอาการปอดอักเสบประมาณ 12-15 คน และมีอาการรุนแรง 3-5 คน ในการรักษาผู้ป่วยจะได้รับยาฟิราเวียร์ ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสที่ใช้กับผู้มีอาการไม่รุนแรงถึงปานกลาง ลดการเพิ่มจำนวนของไวรัส และให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงและการเสียชีวิต จึงเน้นให้มีการเฝ้าระวังและปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด (Department of Disease Control, 2023)

ในช่วงการระบาดปี พ.ศ. 2565 จังหวัดอุดรธานีพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 สะสมจำนวน 4,866 ราย และเสียชีวิต 65 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 20 ราย (เสียชีวิต 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.0) ในปี พ.ศ. 2565-2566 ยังพบผู้ป่วยสะสม จำนวน 33,822 ราย มีการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง สะสม 59 ราย แม้จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีความเสี่ยงสูงหากติดเชื้อและยังมีโอกาสที่ไวรัสจะกลายพันธุ์และเกิดการระบาดระลอกใหม่ได้ (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2023) ปี พ.ศ. 2567 ในอำเภอลับแล พบผู้ป่วยโรคโควิด 19 สะสมจำนวน 7,728 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 752.2 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต จำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.0 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานป่วยด้วยโรคโควิด 19 จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 40.0 (Laplae District Public Health Office, 2023) การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เช่น การควบคุมน้ำตาลในเลือดและการเกิดอาการแทรกซ้อน เป็นต้น จากภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลทำงานผิดปกติ จะกระตุ้นให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

อย่างรุนแรง ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค (Zhang, Cui, Shen, Zhang, Liu, Dai et al., 2020) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 จะมีความเสี่ยงเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป ประชากรในพื้นที่อำเภอลับแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงของโรคปอดติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เนื่องจากพื้นที่ตำบลแม่พูล มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 621 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 79,617.4 ต่อแสนประชากร) ส่วนใหญ่พบสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.5 และมีโรคร่วม (Maepoon Subdistrict Health Promoting Hospital, 2022) ดังนั้น ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงของโรคโควิด 19 ถึงขั้นเสียชีวิตนั้น ได้แก่ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน และมีโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากการต้องไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข อีกทั้งในพื้นที่มีประชาชนต่างถิ่นอาศัยจำนวนมาก มีประวัติเข้าสถานแออัด เช่น ตลาด ตลาดนัด และสถานที่ขายทุเรียน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการรับเชื้อ คือ สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก มีประวัติเข้าสถานที่ เช่น ตลาดนัด และการสัมผัสกับผู้ป่วย (Rattanasarat, 2020)

จากการประกาศโรคโควิด 19 เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย แต่ยังคงพบผู้ป่วยจำนวนมาก โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566-2567 ได้มีการเปลี่ยนผ่านจากภาวะระบาดใหญ่สู่การอยู่ในชีวิตประจำวันแบบวิถีชีวิตใหม่ (New normal) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์เชื้อไวรัส และมาตรการสาธารณสุขในไทย อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันของประชาชน ในปัจจุบันถึงแม้โรคโควิด 19 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ลดลง แต่ยังคงพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีโรคประจำตัว และมีการเสียชีวิตจากอาการรุนแรง จึงสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น เป้าหมายที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คือ การป้องกันการแพร่เชื้อต่อผู้อื่น และการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการได้รับเชื้อ

โดยแนวคิดทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, 1974) ใช้อธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลความรู้เรื่องโรคโควิด 19 จากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ วิทยุหรือโทรทัศน์คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เพื่อนคนในครอบครัว เป็นต้น (Panyathon, Suppsirisopha, & Tanglakmankhong, 2023; Taye, Bose, & Beressa, 2020) ซึ่งเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อนำผลจากการการศึกษาวินิจฉัยมาดำเนินการวางแผนปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในพื้นที่ตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ ใบรับรอง COE No.238/2023 IRB No.P2-371/2566 เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 621 คน (Maepoon Subdistrict Health Promoting Hospital, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยมีปริมาณน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายที่มาพบแพทย์ มากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (WHO, 2006) มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทย และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่ได้พักอาศัยหรือไม่ได้เข้ารับบริการในพื้นที่ทำการศึกษา ในช่วงเก็บข้อมูล ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้จากอาการป่วยรุนแรงหรือทุพพลภาพ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร (Finite population mean) ของ Wayne (1995) กำหนดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) เท่ากับ 0.5 (Boonthan, Waikhit, Soisaeng, Soinak, Akkaratanaphon, & Khompayak, 2020) และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 237 คน และสุ่มตัวอย่างสำรองไว้ ร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ 262 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน คำนวณระยะห่างของการเลือกกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากสูตร $n = nN/N$ แทนค่า n = ระยะห่าง, nN = จำนวนตัวอย่างในการศึกษา และ N = จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ทั้งหมด (Yamane, 1973) โดยคำนวณได้เท่ากับ 2 เรียงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จัดเรียงตามลำดับ (ลำดับที่ 1 ถึงลำดับสุดท้าย) แยกตามแต่ละหมู่บ้าน สุ่มหมายเลขเริ่มต้นในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกๆ คนที่ 2 จากจุดเริ่มต้นในหมู่บ้านนั้น จนได้จำนวนตามสัดส่วนที่คำนวณในแต่ละหมู่บ้านตามที่กำหนด ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์

พร้อมขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาผลงานวิจัย ตามแนวคิด ทฤษฎี และวัตถุประสงค์งานวิจัย นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ปรับปรุงตามคำแนะนำ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเขียนตอบ จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในครัวเรือน ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าระดับน้ำตาล การฉีดวัคซีนโควิด 19 ช่องทางแจ้งให้ทราบถึงประโยชน์ของการฉีดวัคซีน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19

เป็นคำถามเลือกตอบ จำนวน 21 ข้อ โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ และไม่ใช่ มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 2 แบบ คือ คำถามเชิงบวก ใช่ มีค่าเท่ากับ 1 ไม่ใช่ มีค่าเท่ากับ 0 และคำถามเชิงลบ ไม่ใช่ มีค่าเท่ากับ 1 ใช่ มีค่าเท่ากับ 0 การแปลผลโดยใช้หลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (17 คะแนนขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-80.0 (12-16 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0 (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย มีจำนวน 65 ข้อ โดยจำแนกเป็นข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ คำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 3 ถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบให้ คะแนนจาก 1 ถึง 3 คะแนน การแปลผลโดยใช้หลักเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00

ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน
ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง/ทุกวัน ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ มีจำนวน 12 ข้อ โดยคำถามจะให้คะแนนจาก 3 ถึง 1 คะแนน การแปลผลโดยใช้หลักเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruency: IOC) ของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ 0.86-0.93 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ ปรับข้อคำถามและภาษาตามข้อเสนอแนะ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ผลวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบ่งเป็น ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ 0.75 0.87 และ 0.86 ตามลำดับ ดังนั้น แบบสอบถามนี้มีค่าความความเที่ยง ≥ 0.70 จึงถือว่าเหมาะสม (Tavakol & Dennick, 2011) และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล เพื่อให้เข้าใจบริบทของพื้นที่และ

กลุ่มประชากรเป้าหมาย ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาจากงานวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และอธิบายสร้างความเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19
2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) ได้แก่ สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression) ใช้ทดสอบวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19

ในการคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลนั้น ตัวแปรอิสระส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาตราอันดับ (Interval scale) หรืออัตราส่วน (Ratio scale) อย่างไรก็ตาม ตัวแปรบางตัวที่มีมาตรวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้มีการแปลงให้อยู่ในรูปของตัวแปรหุ่นจำลอง (Dummy variables) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์รวมในโมเดลได้ สำหรับการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงของข้อมูล ตรวจสอบด้วย Kolmogorov-smirnov test พบว่า ค่า p-value มากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และได้ทำการตรวจสอบตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) จากการพิจารณาค่า Tolerance ไม่ต่ำกว่า 0.20 และพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าองค์ประกอบความแปรปรวน (Variance Inflation Factors: VIF) ไม่เกิน 10 ผลการวิเคราะห์ พบว่า Tolerance มีค่าน้อยที่สุดคือ 0.704 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า VIF มีค่ามากที่สุดคือ 1.395 ซึ่งไม่เกิน 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.6 มีอายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 33.6 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.21 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.1 รายได้ช่วง 2,500-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 53.8 มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 65.3 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 45.9 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน ร้อยละ 60.3 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเจ้าหน้าที่ อสม. และหอกระจายข่าว ร้อยละ 73.7 สมาชิกในครอบครัวไม่มีญาติสายตรงเคยป่วยเป็นโรคโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 75.6 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 40.8 มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 61.5 มีค่าระดับน้ำตาลที่ปกติ ร้อยละ 67.2 ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 97.3 ช่องทางแจ้งให้ทราบถึงประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่ อสม. และหอกระจายข่าว ร้อยละ 84.4

2. ข้อมูลความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ โรคโควิด 19 สามารถแพร่กระจาย

ผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อผ่านทางละอองเสมหะจากการ ไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย (ร้อยละ 98.1) และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด โรคโควิด 19 เป็นโรคที่เคยเกิดการระบาดครั้งใหญ่ในอดีตและกลับมาระบาดอีกครั้งในปัจจุบัน (ร้อยละ 74.8)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพของการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับมาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ร้อยละ 96.6) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ร้อยละ 86.6) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (ร้อยละ 85.9) การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเอง (ร้อยละ 87.4) การได้รับสิ่งชักนำภายใน (ร้อยละ 96.2) และภายนอก (ร้อยละ 94.3) โดยมีเพียงด้านการรับรู้อุปสรรคเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.0 (Mean = 2.88, S.D. = 0.22) โดยมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การรับวัคซีนของกลุ่มเสี่ยง การใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เมื่อได้รับสิทธิ์ และล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสสิ่งของที่มีความเสี่ยง ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัดหรือสถานที่ที่ระบบระบายอากาศไม่ดี เมื่อมีอาการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ (ไข้ ไอ จาม) สวมใส่หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการไปทำงานหรือไปในชุมชนแออัด

ตาราง 1 ระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n = 262)

ปัจจัย	ระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	42	16.0	179	68.3	41	15.7
Mean = 13.64, S.D. = 2.88, Max = 19, Min = 0						
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	253	96.6	6	2.3	3	1.1
Mean = 2.78, S.D. = 0.23, Max = 3, Min = 1						
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	227	86.6	33	12.6	2	0.8
Mean = 2.72, S.D. = 0.27, Max = 3, Min = 1						
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	225	85.9	31	11.8	6	2.3
Mean = 2.65, S.D. = 0.35, Max = 3, Min = 1						
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	90	34.3	165	63.0	7	2.7
Mean = 2.29, S.D. = 0.37, Max = 3, Min = 1						
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรค	229	87.4	32	12.2	1	0.4
Mean = 2.54, S.D. = 0.22, Max = 3, Min = 1						
สิ่งชักนำภายในให้เกิดการปฏิบัติ	255	96.2	9	3.4	1	0.4
Mean = 2.90, S.D. = 0.20, Max = 3, Min = 1						
สิ่งชักนำภายนอกให้เกิดการปฏิบัติ	250	94.3	14	5.3	1	0.4
Mean = 2.62, S.D. = 0.14, Max = 3, Min = 1						
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	254	97.0	6	2.2	2	0.7
Mean = 2.88, S.D. = 0.22, Max = 3, Min = 1						

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Beta = 0.433, p-value < 0.001) อาชีพ (Beta = 0.165, p-value = 0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

(Beta = 0.045, p-value = 0.004) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 33.5 (Adjusted R² = 0.335) สามารถเขียนสมการในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลแม่พูล = 16.508 + 0.452 (การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค) + 1.047 (อาชีพ) + 0.130 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (n = 262)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.452	0.433	7.193	< 0.001
อาชีพเกษตรกร (อ้างอิงกับอาชีพอื่นๆ ที่ไม่ใช่เกษตรกร)	1.047	0.165	3.225	0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.130	0.045	2.875	0.004

Constant (a) = 16.508, R square = 0.342, Adjusted R square = 0.335, F = 44.729, p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการป้องกันไม่ให้เป็นตนเองติดเชื้อ ได้แก่ การรับวัคซีนสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการใช้ช้อนกลาง เป็นต้น เนื่องมาจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 จากเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข โดยมีสื่อต่างๆ ได้แก่ เสียงตามสาย สื่อออนไลน์ที่ชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้ง่ายจากการไปในสถานที่มีคนแออัด เช่น การไปโรงพยาบาลโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองมีโรคประจำตัวจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเข้าใจการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการเข้าสถานที่แออัด การล้างมืออย่างถูกวิธี การรับวัคซีนให้ครบตามสิทธิ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phaetchee, Chueaho, Thanabunpuang & Wongsawang (2023) ซึ่งระบุว่าหากประชาชนได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคด้วยเหตุที่ตนเองเสี่ยงกว่าบุคคลทั่วไป และต้องประกอบอาชีพ เข้าสถานที่แออัด จึงจะพยายามจัดอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค พร้อมแสวงหาแนวทางการป้องกันโรคให้ตนเองปลอดภัย เช่น การสวมหน้ากากอนามัย เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเชื่อมั่นใน

ประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัยในการป้องกันโรค จึงมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามวิธีป้องกันโรคได้ เช่น สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่เข้าสถานที่แออัด และควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม เช่น การติดป้ายประกาศข้อปฏิบัติเมื่อต้องเข้าสถานที่แออัดหรือระบบปิด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อาชีพเกษตรกร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มากที่สุด (Beta = 0.433, p-value < 0.001) โดยเฉพาะในประเด็นการสวมหน้ากากอนามัยช่วยป้องกันโรคได้ กลุ่มตัวอย่างทราบถึง ประโยชน์ของการใช้หน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่าง และรับวัคซีน ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชื่อมั่นว่าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonthan et al. (2020) การรับรู้ประโยชน์ร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามมาตรการมากขึ้น และการศึกษาของ Kaewsuksai, Khongkhun, Thongkhup, Sama-ae, & Bunnarakorn (2021) ยืนยันว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มเบาหวานและผู้สูงอายุ (Chantasri & Khensila, 2022) ซึ่งอาจประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถ และสิ่งชักนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

อย่างชัดเจน ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม ให้ประชาชนทราบถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค เช่น การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัดเพื่อลดการไม่สัมผัสสิ่งปนเปื้อนจากผู้ติดเชื้อ และการรับวัคซีนป้องกันโรคอย่างครบถ้วน เป็นต้น

อาชีพเกษตรกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ($\text{Beta} = 0.165$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยเฉพาะในประเด็น ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำงานในสถานที่ที่มีความแออัดหรือติดต่อกับคนจำนวนมาก จากการต้องไปขายทุเรียน สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดในตอนนั้นอยู่ในช่วงฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิต เพื่อนำไปขายยังสถานที่รับซื้อทุเรียน ที่มีผู้คนต่างถิ่นจำนวนมาก เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด แรงงานต่างด้าว เป็นต้น จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มอื่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานทราบถึงโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้ จึงมีการปฏิบัติตนหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น เมื่อต้องไปในสถานที่แออัด จึงมีความเข้าใจการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดการสัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด 19 แสดงให้เห็นถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติภายในตนเอง คือภาวะสุขภาพของตนเอง คือการเป็นโรคเบาหวานและโรคร่วมต่างๆ จะส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงจำเป็นต้องการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 มากกว่าผู้อื่น เพื่อป้องกันโรคนั้น เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อไปในชุมชนแออัด การหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกัน ลดระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และสิ่งชักนำภายนอกอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อน สื่อต่างๆ ให้หลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด และงานสังสรรค์ อีกทั้งการเข้าถึงวัสดุป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ ช่วยเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติตามมาตรการ ดังนั้น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงมีความจำเป็นต้องเข้าถึงอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคโควิด 19 เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เพื่อให้ปฏิบัติตามมาตรการได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Limsringam, Sasithanakornkaew, & Apisupachok (2021) ที่ระบุว่า การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและต่อเนื่องจากหน่วยงานรัฐ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีขึ้น

การศึกษาของ Subedi, Leal Filho & Adedeji (2023) และ Mehanna, Elhadi, & Lucero-Prisno (2021) กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นจากปฏิบัติตามมาตรการ เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการเตือนจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตามมาตรการ และใช้หน้ากากอนามัยเพิ่มมากขึ้น การศึกษาของ Teeraphanphong & Nammong (2021) การรับรู้อุปสรรคที่ลดลง ช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรค ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirattananapras & Klommek (2022) ที่พบว่าอาชีพต่างๆ ไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ และงานศึกษาของ Kaewsuksai et al. (2021) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพต้องหารายได้มาดูแลครอบครัวจะเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อไม่ให้ตนเองติดเชื้อโรคโควิด 19 แต่กลับกัน หากผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอาจมองว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำ จึงไม่เห็นถึงความจำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 กลุ่มบุคคลเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ตระหนักและรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ($\text{Beta} = 0.045$, $p\text{-value} = 0.004$) โดยเฉพาะในประเด็น มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการนั่งรถในสถานที่แออัดโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่า โรคมีความเสี่ยงและรุนแรง ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคมากขึ้น จากการได้รับการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เป็นต้น โดยใช้เน้นสื่อออนไลน์ และสื่อในชุมชน ได้แก่ เสียงตามสาย บ้าย ปอสเตอร์ เป็นต้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อโรคโควิด 19 มีบทบาทสำคัญที่สุดในการผลักดันให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคนี้ส่งผลรุนแรงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป จึงมีแรงจูงใจในการป้องกันตัวเองมากขึ้นอย่างชัดเจน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Kantijit, Phromwong, Kaewmanee, & Charoennukul (2021) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อและโรคมีผลรุนแรงต่อชีวิต จะมีแนวโน้มปฏิบัติตามมาตรการ เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง ล้างมือ หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด เพื่อหลีกเลี่ยงการรับเชื้อและลดผลกระทบจากโรค

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยส่งเสริมให้ประชาชนทราบถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด การไม่สัมผัสสิ่งปนเปื้อนจากผู้ติดเชื้อ และการรับวัคซีนป้องกันโรคอย่างครบถ้วน เป็นต้น ช่วยลดการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สนับสนุนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการ ได้แก่ หน้ากากอนามัย จุกนักรอ แอลกอฮอล์ล้างมือ เป็นต้น

2. เจ้าของสถานประกอบการ สถานที่ราชการ ส่งเสริมการป้องกันโรคให้เกษตรกรในพื้นที่ เช่น ตลาดค้าขายทุเรียน ตลาดนัด งานพิธีต่างๆ โดยมี อปท. ร่วมกำหนดแนวทางการป้องกันโรคในพื้นที่ เพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันป้องกันโรค ลดอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

3. บุคลากรสาธารณสุขในทุกกระดับ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การนั่งรอในสถานที่แออัด ร่วมงานพิธีต่างๆ และการต้องไปขายทุเรียน เป็นต้น โดยใช้การกระตุ้นเตือนถึงความรุนแรงของโรคหากติดเชื้อ ผ่านบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านสื่อต่างๆ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เป็นต้น

โดยเน้นใช้สื่อออนไลน์ เสียงตามสาย บ้ายโปสเตอร์ และสื่อต่างๆ ทุกช่องทางในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้อยู่ในช่วงการระบาด โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และตำบลแม่พูลมีผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร สวนทุเรียน และค้าขายทุเรียน ประชาชนจึงมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อสูง ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ประชาชนเชื่อถือหรือที่ประชาชนให้ความสนใจ ด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การปฏิบัติตามแบบ New normal เปรียบเทียบหลังจากประเทศไทยประกาศโรคโควิด 19 เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อเป็นแนวทางการจัดการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มประชากรมีความแตกต่างของความรู้ของประชาชน เช่น อายุ อาชีพ และพื้นที่ เพื่อใช้วางแผนการบริการที่เหมาะสมกับการปฏิบัติตามในการป้องกันโรคได้ แต่ละพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ตำบลแม่พูล ที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในกระบวนการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-385.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Engle Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1975). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill.
- Boonthan, W., Waikhit, P., Soisaeng, W., Soinak, C., Akkaratanaphon, P., & Khompayak, J. (2020). Factors influencing health promotion behaviors for the prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among the elderly. *Royal Thai Police Nursing Journal*, 12(2), 323-337. (in Thai)

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2024). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) situation in Thailand (as of July 15, 2024)*. Retrieved November 11, 2024, from https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/สถานการณ์โควิด_15072567.pdf (in Thai)
- Chantasri, A., & Khensila, U. (2022). The relationship between health beliefs and COVID-19 preventive behaviors among the elderly in the community. *Kuakarun Journal of Nursing*, 29(1), 1-12. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2023). *Guidelines for the prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) for the general public and at-risk groups*. Retrieved August 12, 2024, from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/int_protection.php. (in Thai)
- Kantijit, P., Phromwong, W., Kaewmanee, C., & Charoennukul, A. (2021). Health belief model in the prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among people in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science, Boromarajonani College of Nursing, Saphasitthiprasong*, 5(2), 39-53. (in Thai)
- Kaewsuksai, R., Khongkhun, P., Thongkhup, B., Sama-ae, L., & Bunarakorn, S. (2021). Relationship between knowledge and perception and the new normal lifestyle behaviors for COVID-19 prevention among people in Narathiwat Province. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 67-79. (in Thai)
- Laplae District Public Health Office. (2023). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) situation report, Laplae District*. Laplae District: Laplae District Public Health Office, Uttaradit Province. (in Thai)
- Limsringam, P., Sasithanakornkaew, S., & Apisupachok, W. (2021). Perception of COVID-19 information through social media, attitudes, and preventive behaviors in Bangkok. *Mahachula Nakhon Ratchasima Journal*, 8(9), 18-33. (in Thai)
- Maepoon Subdistrict Health Promoting Hospital. (2022). *Diabetes patient data in 2022 of Maepoon Subdistrict Health Promoting Hospital (Laplae District, Uttaradit Province)*. Retrieved July 22, 2023, from <https://hdc.moph.go.th/utt/public/main> (in Thai)
- Mehanna, A., Elhadi, Y. A. M., & Lucero-Prisno, D. E. III. (2021). Public willingness to adhere to COVID-19 precautionary measures in Sudan: An application of the Health Belief Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6315. Retrieved July 22, 2023, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34527151/>
- Panyathon, K., Suppsirisopha, K., & Tanglakmankhong, K. (2023). The relationship between basic factors, health knowledge, and health beliefs and COVID-19 prevention behaviors among village health volunteers. *Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute Journal*, 17(3), 149-159. (in Thai)
- Phaetchep, K., Chueaho, K., Thanabunpuang, P., & Wongsawang, N. (2023). Development of a community-based care model for older adults with type 2 diabetes. *Journal of Health and Nursing Research*, 39(1), 15-30. (in Thai)
- Rattanasrat, A. (2020). Clinical characteristics and chest radiographic findings in COVID-19 pneumonia patients at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. *Disease Control Journal*, 46(4), 443-454. (in Thai)

- Srirattanapras, J., & Klommek, J. (2022). Knowledge, attitudes, and COVID-19 preventive behaviors among the working-age population in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province. *Royal Thai Army Nursing Journal*, 23(1), 437-445. (in Thai)
- Suphunnakul, P. (2018). *Applied statistics for public health research*. Phitsanulok: Naresuan University publishing House. (in Thai)
- Subedi, S., Leal Filho, W., & Adediji, A. (2023). An assessment of the Health Belief Model (HBM) properties as predictors of COVID-19 preventive behaviour. *Journal of Public Health*, 33(6), 1329-1339.
- Teeraphanphong, K., & Nammong, J. (2021). Factors associated with COVID-19 preventive behaviors among employees in a large factory in Krathum Baen District, Samut Sakhon Province. *Siam University Journal of Nursing*, 22(23), 10-18. (in Thai)
- Tavakol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Taye, G. M., Bose, L., & Beressa, T. B. (2020). COVID-19 knowledge, attitudes, and prevention practices among people with hypertension and diabetes mellitus attending public health facilities in Ambo, Ethiopia. *Infection and Drug Resistance*, 13, 4203-4214.
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2023). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) situation report, Uttaradit Province*. Uttaradit: Uttaradit Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (6th ed.). New York, NY: John Wiley & Son, Inc.
- World Health Organization. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: Report of a WHO/IDF consultation*. Retrieved July 22, 2023, from <https://www.who.int/publications/i/item/definition-and-diagnosis-of-diabetes-mellitus-and-intermediate-hyperglycaemia>
- World Health Organization. (2024). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved February 21, 2025, from <https://covid19.who.int/>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row Publication.
- Zhang, Y., Cui, Y., Shen, M., Zhang, J., Liu, B., Dai, M. et al. (2020). Association of diabetes mellitus with disease severity and prognosis in COVID-19: A retrospective cohort study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 165, 108227. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108227.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

สตรีรัตน์ บุญญา¹ พย.บ., วิษญาดา สุรินทร์ทอง¹ พย.บ., ทิตยาณี มุมวงศ์¹ พย.บ., ธันยชนก ปาลี¹ พย.บ.,
มรุรดา แก้วเผือก¹ พย.บ., กิตติคุณ วงศ์อ้ายตาล¹ พย.บ., บัณฑิตวิชญ์ ปันสา¹ พย.บ., จิรสิน อ้อมหมื่น¹ พย.บ.,
อรพิน จุลมุสิ²* พย.ด.

Received: June 23, 2025

Revised: August 11, 2025

Accepted: August 21, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 228 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ แบบสอบถาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินความเครียด และแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9 คำถาม มีค่าความเชื่อมั่น คือ 0.810-0.958 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (9Q) อยู่ในระดับน้อยมาก (Mean = 5.03, S.D. = 4.46) และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.727$, $p\text{-value} < 0.01$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.431$, $p\text{-value} < 0.01$) การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.411$, $p\text{-value} < 0.01$) และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.225$, $p\text{-value} < 0.01$) ดังนั้น สถาบัน การศึกษาทางการพยาบาล ควรจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการจัดการอารมณ์ และการใช้สื่อสังคมออนไลน์สำหรับนักศึกษาพยาบาล รวมไปถึงให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการรับมือและแนวทางการจัดการความเครียด เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และใช้ชีวิตอย่างมี ความสุขขณะเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นักศึกษาพยาบาล ภาวะซึมเศร้า

¹ นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*ผู้รับผิดชอบบทความ: orapinj@nu.ac.th

Factors associated with depression in nursing students

Satreerat Boonya¹ B.N.S., Witchayada Surinthong¹ B.N.S., Thitiyanee Mumwong¹ B.N.S.,
Tanyachanok Palee¹ B.N.S., Maturada Kaewpheak¹ B.N.S., Kittikhun Wongaital¹ B.N.S.,
Punnawich Pansa¹ B.N.S., Jirasin Aommuen¹ B.N.S., Orapin Jullmusi^{2,*} Ph.D.

ABSTRACT

This quantitative study aimed to examine the factors associated with depression among undergraduate nursing students. The sample comprised 228 first- to fourth-year students who were selected through stratified random sampling. Research instruments comprised the demographic questionnaire, the social media addiction questionnaire, the self-esteem questionnaire, the resilience scale, the stress scale, and the 9-item depression screening questionnaire (9Q). The reliability coefficients ranged from 0.810 to 0.958. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the nursing students exhibited a very low level of depression, as measured by the 9Q (Mean = 5.03, S.D. = 4.46). Moreover, stress showed a significant positive correlation with depression ($r = 0.727$, $p\text{-value} < 0.01$). Self-esteem had a significant negative correlation with depression ($r = -0.431$, $p\text{-value} < 0.01$). In contrast, social media addiction exhibited a significant positive correlation with depression ($r = 0.411$, $p\text{-value} < 0.01$), while resilience demonstrated a significant negative correlation with depression ($r = -0.225$, $p\text{-value} < 0.01$). Therefore, nursing education institutions should organize activities that promote psychological resilience, self-esteem, emotional regulation skills, and appropriate social media use among nursing students. They should also provide knowledge on coping strategies and stress management techniques to foster good mental health, prevent depression, and enhance students' happiness during in the Bachelor's degree in Nursing Science program.

Keywords: Resilience, Stress, Self-esteem, Nursing students, Depression

¹ Student, Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Naresuan University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

* Corresponding author: orapinj@nu.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีอัตราการเกิดเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มพบผลกระทบที่รุนแรงตามมา หากมีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการแก้ไขสะสมเป็นระยะเวลานานจะนำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้าตามมาได้ (Ritkumrop, 2020) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2023) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 280 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก (IHME, Global Burden of Disease, 2024) ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์โรคซึมเศร้า โดยกระทรวงสาธารณสุขรายงานข้อมูลอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 1.8 เป็นร้อยละ 1.9 และ 2.0 ของประชากรทั้งหมดระหว่างปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Jutha, Singsombun, & Buapuan, 2024)

จากทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในนักศึกษามหาวิทยาลัย ถึงร้อยละ 62.8 (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013) การศึกษาของประเทศไทยในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 49.0 ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากการปรับตัวในการเรียนการสอนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและความกดดันด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างที่กำลังศึกษา (Vatanasin, Hengudomsub, Vatanasin, Asarath, Chupan, & Srisopa, 2015) นักศึกษาพยาบาลนับเป็นนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพกลุ่มหนึ่งที่มีการจัดการเรียนการสอนในลักษณะดังกล่าว จากการศึกษาของ Vatanasin, Chupan, & Detchaiyod (2019) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 32.0 เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ Tosangwarn (2021) พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 4.7 นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความสุขในการเรียนรู้ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม มีพฤติกรรม

แยกตัว ไม่สนใจการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ และอาจส่งผลให้นิสิตลาออกกลางคัน หากนิสิตปรับตัวไม่ได้ และไม่ได้รับการช่วยเหลือจะมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า และนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลมีความหลากหลาย โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anusornteerakul, Boonmala, Harnklar, Ounkaew, & Wangtapan (2024) ในนักศึกษาพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.724$, $p\text{-value} < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tosangwarn & Juntarawiwat (2023) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.626$, $p\text{-value} < 0.005$) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.707$, $p\text{-value} < 0.001$) และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.509$, $p\text{-value} < 0.001$) ในนักศึกษาพยาบาล (Tosangwarn, 2021) และภายใต้การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่มีการใช้สื่อออนไลน์ในชีวิตประจำวันและการเรียนการสอนมากขึ้น ส่งผลให้ปัจจัยด้านการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.509$, $p\text{-value} < 0.001$) ในนักศึกษาพยาบาล (Tosangwarn, 2021) และภายใต้การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่มีการใช้สื่อออนไลน์ในชีวิตประจำวันและการเรียนการสอนมากขึ้น ส่งผลให้ปัจจัยด้านการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.352$, $p\text{-value} < 0.01$) (Chupradit & Chupradit, 2022) จะเห็นได้ว่า ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

การเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและเป็นปัจจัยเลือกสรรในการศึกษาในครั้งนี้

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยภูมิภาคเหนือตอนล่างที่ผ่านมา พบว่า คณะพยาบาลศาสตร์มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.0 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับคณะอื่น (Rukkhajeekul, 2013) เนื่องด้วยการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วย การเรียนภาคทฤษฎีที่มีเนื้อหาครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ การพยาบาล นรีเวช การพยาบาลสูติศาสตร์ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และบริหารทางการพยาบาล ในส่วนของการฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาต้องนำความรู้จากภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ในโรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาล และสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า กระบวนการเรียนรู้ การทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวันตามมาได้นั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่สนใจศึกษาในครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความเครียด การเสพติด สื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ปกครอง หรือสถาบันอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในการวางแผนหรือพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตที่ดี และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ขณะเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ ตลอดหลักสูตรการศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียด การเสพติด สื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนเรียนและกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 101 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 97 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 139 คน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 118 คน รวมทั้งสิ้น 455 คน ไม่รวมผู้วิจัยทั้ง 8 คน (Naresuan University, 2024)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนเรียนและกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 คณะพยาบาลศาสตร์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดียินดีตอบแบบสอบถามออนไลน์ คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างของทาโร ยามานะ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

เมื่อแทนค่าได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{455}{1+455(0.05)^2}$$

$$n = 212.87$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของของ ทาโร ยามานะ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 213 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Dropout rate) จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20.0 (Polit, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 256 คน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งออกเป็นชั้นปี จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรแต่ละชั้นปี ดังนี้

$$n_h = \frac{N_h}{N} n$$

โดย n_h = ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

N_h = จำนวนประชากรของแต่ละชั้นปี

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี คือ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 57 คน ชั้นปี 2 จำนวน 55 คน ชั้นปี 3 จำนวน 78 คน และ ชั้นปี 4 จำนวน 66 คน รวม 256 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อนักศึกษาแต่ละชั้นปี ด้วยคอมพิวเตอร์ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 228 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 89.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ของ Dullaphan (2018) โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ คะแนนเต็ม 55 คะแนน เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต มี 5 ระดับ คือ 5 = ปฏิบัติตลอดเวลา 4 = เป็นประจำ 3 = บ่อยครั้ง 2 = เป็นครั้งคราว และ 1 = ไม่เคยเลย โดยมีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน คือ เสพติดระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน คือ เสพติดระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน คือ เสพติดระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน คือ เสพติดระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน คือ เสพติดระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (RSES-TR-10) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self-Esteem Scale) ฉบับแปลภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นโดย Wongpakaran, & Wongpakaran (2012) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 คำถาม คะแนนเต็ม 40 คะแนน เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต มี 4 ระดับ คือ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 = เห็นด้วย 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 คะแนน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต

แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience inventory) ที่พัฒนาโดย Nintachanjan, Sang-on, & Thaveekoon (2010) โดยพัฒนาตามแนวทฤษฎีและองค์ประกอบของ Edith Henderson Grotberg โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 28-140 ได้แก่ ข้อวัดเกี่ยวกับ I have จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-9 ข้อวัดที่เกี่ยวกับ I am จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 10-19 ข้อวัดที่เกี่ยวกับ I can จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 20-28 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต มี 5 ระดับ คือ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = เห็นด้วย 3 = เฉยๆ 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 คะแนน คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 คะแนน คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียด

แบบประเมินความเครียด (ST5) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of mental health, 2025) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต มี 4 ระดับ คือ 3 = เป็นประจำ 2 = บ่อยครั้ง 1 = เป็นบางครั้ง และ 0 = แทบไม่มี โดยมีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนน 10-15 คะแนน คือ เครียดมากที่สุด คะแนน 8-9 คะแนน คือ เครียดมาก คะแนน 5-7 คะแนน คือ เครียดปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนน คือ เครียดน้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินโรคซึมเศร้า

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (Department of mental health, 2025) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน สอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าภายใน 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต มี 4 ระดับ คือ 3 = เป็นทุกวัน 2 = เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน 1 = เป็นบางวัน 1-7 วัน และ 0 = ไม่มีเลย โดยมีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนน > 18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง คะแนน 13-18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 7-12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย และคะแนน < 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือระดับน้อยมาก

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามการเสพติดการใช้สื่อโซเชียลมีเดียออนไลน์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ดูแลกิจการนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไข และคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00 โดยค่าที่ยอมรับได้ของแต่ละเครื่องมือจะต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป (Srisathitnarakoon, 2010) นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (Polit & Beck, 2017) และคำนวณหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.914 0.863 0.958 0.810 และ 0.912 ตามลำดับ โดยค่าที่ยอมรับได้ของแต่ละเครื่องมือจะต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป (Srisathitnarakoon, 2010)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ IRB No. P2-0474/2567, COA No. 053/2025 จากนั้นผู้วิจัยจะทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขอยินยอมโดยการกระทำ การเก็บบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้ง ข้อมูลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำ QR Code แบบสอบถาม ด้วยการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ด้วย Google forms มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เมื่อได้รายชื่อของนักศึกษาพยาบาล หรือกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) มาแล้ว ผู้วิจัยจะทำการติดต่อกับตัวแทน

แต่ละชั้นปี โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

2. หลังจากอาสาสมัครมีการให้การยินยอมโดยการกระทำ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังอาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยส่งแบบสอบถามไปทางอีเมลที่อาสาสมัครได้ระบุไว้ โดยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในเวลาส่วนตัวที่ว่างจากการเรียน ให้เสร็จภายใน 2 สัปดาห์

3. ตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับคืน คัดเลือกฉบับที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์สำหรับภาควิเคราะห์ นำข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาตรวจนับคะแนน และบันทึกข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

4. หากผู้วิจัยคัดกรองโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินความเครียด (ST5) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หากพบภาวะซึมเศร้ารุนแรง เครียดรุนแรง หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมาก ผู้วิจัยมีกระบวนการให้การดูแล โดยสอบถามความต้องการรับการรักษา และส่งต่ออาสาสมัครที่ยินดีรับการรักษาให้แก่คลินิกจิตเวช เพื่อตรวจรับการวินิจฉัยจากแพทย์ และทำการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความเครียด การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน Spearman's rank correlation coefficient ระหว่างความเครียด การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.6 เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 25.4 และกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 18-24 ปี ส่วนใหญ่อายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมา คือ อายุ 20 และ 22 ปี จำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 23.7 (Mean = 20.86, S.D. = 1.27)

2. ความเครียด การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนรวมเฉลี่ยของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.64, S.D. = 3.20) โดยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 48.2 ตามด้วยความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.3 ด้านการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.63, S.D. = 0.71) โดยส่วนใหญ่มีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลางและระดับน้อยเท่ากัน คือ ร้อยละ 38.2 ตามมาด้วยการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 11.0 ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.23, S.D. = 0.43) ส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.2 ตามด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 26.8 ด้านความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.14, S.D. = 0.57) ส่วนใหญ่มีความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมา คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 27.6 และด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก (Mean = 5.03, S.D. = 4.46) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า หรือมีระดับน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 75.4 รองลงมา คือ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.9

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียด การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล (n = 228)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด (Mean = 4.64, S.D. = 3.20, ระดับปานกลาง)		
เครียดระดับน้อย	110	48.2
เครียดระดับปานกลาง	60	26.3
เครียดระดับมาก	58	25.4
เครียดระดับมากที่สุด	0	0.0
การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Mean = 2.63, S.D. = 0.71, ระดับปานกลาง)		
เสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับมากที่สุด	5	2.2
เสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับมาก	25	11.0
เสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง	87	38.2
เสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับน้อย	87	38.2
เสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับน้อยที่สุด	24	10.5
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Mean = 3.23, S.D. = 0.43, ระดับสูง)		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ	0	0.0
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง	16	7.0
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง	151	66.2
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงสุด	61	26.8
ความแข็งแกร่งในชีวิต (Mean = 4.14, S.D. = 0.57 ระดับสูง)		
ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำมาก	0	0.0
ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำ	2	0.9
ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับปานกลาง	25	11.0
ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูง	138	60.5
ความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูงมาก	63	27.6
ภาวะซึมเศร้า (Mean = 5.03, S.D. = 4.46, ระดับน้อยมาก)		
ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือระดับน้อยมาก	172	75.4
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	34	14.9
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	22	9.6
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	0	0.0

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

จากตาราง 2 พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.727$, $p\text{-value} < 0.01$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับ

ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.431$, $p\text{-value} < 0.01$) การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.411$, $p\text{-value} < 0.01$) และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.225$, $p\text{-value} < 0.01$)

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า (r_s)	p-value	แปลผลระดับ ความสัมพันธ์
ความเครียด	0.727**	< 0.001	สูง
การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์	0.411**	< 0.001	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-0.431**	< 0.001	ปานกลาง
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-0.225*	< 0.01	ต่ำ

* $p\text{-value} < 0.01$, ** $p\text{-value} < 0.001$, r_s = Spearman's rank correlation coefficient

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมากหรือไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 75.4 (Mean = 5.03, S.D. = 4.46) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.0 ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 43.0 (Thethun, Detkhat, Rueankham, Lokjantit, Karnsai, Wongsanya, Yamii, & Chansung, 2023) จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ มีคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.14, S.D. = 0.57) ซึ่งการศึกษา

ที่ผ่านมา สนับสนุนว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นเกราะในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ดี ส่งผลให้บุคคลมีความเข้มแข็งและมีความยืดหยุ่นในชีวิตมาก (Tosangwarn, 2021) ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าต่ำแม้ว่ารูปแบบการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลจะต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากทางคณะพยาบาลศาสตร์มีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาที่ทำหน้าที่ดูแลและให้คำปรึกษาทั้งด้านการเรียน และการใช้ชีวิตในระหว่างศึกษาตลอดระยะ 4 ปี มีการจัดกิจกรรมป้องกันซึมเศร้าให้แก่นักศึกษาเป็นระยะๆ นอกจากนั้น มหาวิทยาลัยร่วมกับหน่วยงานดูแลใจ by Nurse ที่ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มีระบบการคัดกรองเพื่อให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่มีแนวโน้มมีปัญหาซึมเศร้า และมีระบบส่งต่อเมื่อจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อไป

ส่วนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียด การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

จากผลวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 25.4 และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.727$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anusornteerakul et al. (2024) ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ($r = 0.724$, $p\text{-value} < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.86 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความเครียดได้ง่ายจากทั้งการสอบ และสัมพันธภาพกับเพื่อน/ครู เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของตนเองในนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความเครียดจากการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเครียดจากการสอบ ($r = 0.387$, $p\text{-value} < 0.01$) ความเครียดจากเพื่อน ($r = 0.449$, $p\text{-value} < 0.01$) และความเครียดจากครู ($r = 0.464$, $p\text{-value} < 0.01$) ส่วนความสัมพันธ์เชิงบวกที่แข็งแกร่งระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเครียดที่เกิดจากตนเอง ($r = 0.538$, $p\text{-value} < 0.01$) ความเครียดจากการบริหารเวลา ($r = 0.505$, $p\text{-value} < 0.01$) (Andargeery, 2024) การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตประกอบไปด้วย ภาควิชาและภาคปฏิบัติอย่างเข้มข้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เพราะต้องเผชิญกับสภาพบรรยากาศของหอผู้ป่วยที่มีแต่ความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานต้องฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีความซับซ้อนเพื่อดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย ต้องใช้ความอดทน ความรอบคอบและความระมัดระวังอย่างสูง อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึกกดดัน และความเครียด

โดยความเครียดเมื่อเกิดในระยะเวลาอันยาวนาน อาจส่งผลให้ความสามารถในการรับมือกับความเครียดลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังและไม่มีทางออก (Tosangworn & Juntarawiwat, 2023) และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.411$, $p\text{-value} < 0.01$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.63, S.D. = 0.71) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีการเสพติดทางพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม ระยะเวลาการใช้งานและความต้องการการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองได้ จะส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การเรียน การงาน (Dullaphan, 2018) เนื่องจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลานานหรือมากเกินไป อาจทำให้เกิดการขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในชีวิตจริง หรืออาจทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมและอาจทำให้เพิ่มความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือซึมเศร้าขึ้นได้ (Chupradit & Chupradit, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Norasing & Kaewkiaw (2024) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย พบว่า พฤติกรรมเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 2.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่ำ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผลวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.431$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Tosangworn (2021) ที่ได้ศึกษาในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าเมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าจะลดลง เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองช่วยเติมเต็มประสบการณ์ชีวิตและความสัมพันธ์ส่วนบุคคลให้มีความพอใจในตนเองและมีความสุขมากขึ้น นอกจากนี้บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมักเป็นคนที่สามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขมากกว่าคนที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Charoensuk, 2023) โดยนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.23, S.D. = 0.43) ทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในทางบวก ยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ปรับตัวได้ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำนั่นเอง

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.225$, $p\text{-value} < 0.01$) จะเห็นได้ว่าเมื่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าจะลดลง เนื่องจากความแข็งแกร่งในชีวิตช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายหรือความเครียดในชีวิตได้ดียิ่งขึ้น เพราะสามารถยืดหยุ่น ปรับตัว ฟื้นฟูสภาพอารมณ์ และจิตใจ ได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของบุคคลที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝัน พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาสผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้ (Somkittikanon & Bunyapipat, 2021) โดยนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.14, S.D. = 0.57) ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tosangwarn (2021) ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.509$, $p\text{-value} < 0.01$) จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในระดับสูง คือ

ความเครียด สัมพันธ์ในระดับปานกลาง คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ข้อจำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้ คือ งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพียงแห่งเดียว และศึกษาคครอบคลุมเพียง 4 ปัจจัยต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล จึงควรทำการศึกษาในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยนี้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโครงการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยจัดการและควบคุมปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับความเครียด และการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ออกแบบและจัดกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ และทักษะการจัดการอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล โดยผลในระยะสั้น คือ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล และผลในระยะยาว คือ ลดจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่จะมีภาวะซึมเศร้า

2. นำผลการวิจัยเกี่ยวกับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไปจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันการใช้สื่อสังคมออนไลน์สำหรับนักศึกษาพยาบาล

3. นำผลการวิจัยไปจัดเวทีแลกเปลี่ยนแก่อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ผู้สอน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลนักศึกษาเพื่อป้องกันปัจจัยและโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในบริบทที่ต่างกันของแต่ละมหาวิทยาลัย เพื่อยืนยันผลการวิจัยและทำให้ผลวิจัยสามารถใช้ในวงกว้าง

2. ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Andargeery, S. Y. (2024). The perception and association between depression and academic stress among female undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 12, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1414469>
- Anusornteerakul, S., Boonmala, N., Harnklar, S., Ounkaew, A., & Wangtapan, K. (2024). Stress, depression, self-esteem, and self-efficacy of nursing students at a Higher Education Institution. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 25(1), 338-345. (in Thai)
- Charoensuk, S. (2023). *The effects of a group counseling program based on the cognitive-behavioral approach on the self-esteem of students at the non-formal and informal education center in Yala Province*. Thesis of Master of Arts (Applied Psychology), Srinakharinwirot University, Bangkok. (in Thai)
- Chupradit, P.W., & Chupradit, S. (2022). The influences of social media addiction on mental health of university students in Thailand. *Suthiparithat Journal*, 36(3), 188-207. (in Thai)
- Department of mental health. (2025). 9Q. Retrieved November 5, 2024, from <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=22> (in Thai)
- Department of mental health. (2025). *Stress test 5 (ST5)*. Retrieved November 5, 2024, from <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18> (in Thai)
- Dullaphan, K. (2018). *Social networking usage behavior and mental factor as a predictor of depression*. Thesis of Master of Communication Arts and Innovation, National Institute of Development Administration, Bangkok. (in Thai)
- Naresuan University. (2024). *Student information report system*. Retrieved November 5, 2024, from https://www.acad.nu.ac.th/statistic/static_stdcurrent.php?s_login=QUNBRC1T-VEFUSUMyMDI1LTExLTA5IDE3OjUwOjAz (in Thai)
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- IHME, Global Burden of Disease. (2024). *Global burden of disease - mental health prevalence*. Retrieved November 5, 2024, from <https://ourworldindata.org/grapher/depressive-disorders-prevalence-ihme>
- Jutha, W., Singsombun, T., & Buapuan, S. (2024). *New incidence and prevalence of depression in Thai aged 15 years and older 2022-2024: Health Data Center*. Retrieved November 5, 2024, from <https://dmh-elibrary.org/items/show/1807> (in Thai)
- Nintachan, P., Sang-on, S., & Thaveekoon, T. (2010). *A development of the resilience inventory*. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Norasing, N., & Kaewkiaw, J. (2024). Factors associated with depression among nursing students in a region of Thailand. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 4(3), 77-91. (in Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. (2nd ed.). New Jersey: Pearson.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ritkumrop, K. (2020). *Integrative counseling program on the emotional regulation of undergraduate students with depression*. Thesis of Master of Applied Psychology, Srinakharinwirot University, Bangkok. (in Thai)
- Rukkhajeekul, S. (2013). Depression and suicidal behaviors among Naresuan University Students. *The Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(4), 359-370. (in Thai)
- Somkittikanon, P., & Bunyapipat, T. (2021). The study of resilience quotient of the secondary private school students in Bangkok. *Journal of Health and Health Management*, 7(1), 28-36. (in Thai)
- Srisathitnarakoon, B. (2010). *Research methodology in nursing*. (5th ed.). Bangkok: U&I Intermedia CO., Ltd. (in Thai)
- Thethun, C., Detkhat, P., Rueankham, L., Lokjantit, C., Karnsai, B., Wongsaearya, M., Yamii, K., & Chansung, P. (2023). *The relationship between mental health literacy and depression among nursing students at Naresuan University*. Thesis of Bachelor of Nursing Science, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)
- Tosangwarn, S. (2021). Self-esteem, resilience, and depressive symptoms among nursing students in a Nursing College in Northeast Thailand. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(1), 58-73. (in Thai)
- Tosangwarn, S., & Juntarawiwat, T. (2023). Stress, depression, coping strategies and resilience of nursing students at an institution in northeast Thailand during the outbreak of the covid-19 virus. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 37(3), 92-113. (in Thai)
- Vatanasin, D., Chupan, S., & Detchaiyod, P. (2019). Social problem-solving and depression among nursing students. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 29(1), 87-99. (in Thai)
- Vatanasin, D., Hengudomsab, P., Vatanasin, S., Asarath, T., Chupan, S., & Srisopa, P. (2015). Factors predicting depression among health science students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 23(4), 31-47. (in Thai)
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. A. (2012). Comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg Self Esteem Scale. *Psychiatry Investig*, 9(1), 54-8. (in Thai)
- World Health Organization. (2023, March 31). *Depressive disorder (depression)*. Retrieved November 5, 2024, from <https://www.shorturl.asia/qv3KW> (in Thai)
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rd ed.). New York: Harper & Row Publication.

บทความวิจัย

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยเต็ดลำไยเพื่อลดความเสี่ยง ทางการยศาสตร์: กรณีศึกษาเกษตรกรสวนลำไย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

เฉลิมพันธ์ แก้วกันทะ^{1, 2, 3} ส.ม., ณิชาศม์ ปัญญาโพธิวัฒน์^{1, 2} วท.ม., ศิริวรรณ กันตสินธุ์^{1, 2, 3,*} ปร.ด.

Received: July 31, 2025

Revised: September 28, 2025

Accepted: October 1, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สรรวจอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 2) ประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย 3) ศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยเต็ดลำไย งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรสวนลำไย ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 38 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อุปกรณ์ช่วยเต็ดลำไยตามหลักการยศาสตร์ และการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยเทคนิคการประเมินท่าทางของร่างกายส่วนบนแบบรวดเร็ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงเปรียบเทียบด้วยสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired t-test

จากผลการศึกษาพบว่า บริเวณที่มีอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อสูงสุด (ซ้าย ขวา) คือ ไหล่ (ร้อยละ 89.5 84.2) รองลงมาคือหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 78.9 78.9) หัวเข่า (ร้อยละ 76.3 78.9) และข้อมือ (ร้อยละ 76.3 76.3) ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยเทคนิค Rapid Upper Limb Assessment (RULA) พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 28.9 และความเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 71.1 โดยลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงในระดับสูง ได้แก่ การก้มหยิบลำไย และการเต็ดผลลำไย หลังจากทดลองใช้ อุปกรณ์ช่วยเต็ดลำไยที่พัฒนาขึ้น ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ลดลงอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อุปกรณ์ช่วยเต็ดลำไยมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไยอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ การประเมินท่าทางของร่างกายส่วนบนแบบรวดเร็ว อุปกรณ์ช่วยเต็ดลำไย

¹ อาจารย์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

² นักวิจัย กลุ่มวิจัยนวัตกรรมเมืองปลอดภัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

³ นักวิจัย กลุ่มวิจัยเชิงพื้นที่สุขภาพของชุมชนชายขอบ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

* ผู้รับผิดชอบบทความ: siriwan.kan@mfu.ac.th

Development and effectiveness of an assistive equipment for longan stem removal to reduce ergonomic risks: A case study of longan farmers in

Phaya Mengrai District, Chiang Rai Province

Chaloemphan Kaewkanta^{1, 2, 3} M.P.H., Nicharuch Panjaphothiawat^{1, 2} M.Sc.,

Siriwan Kantisin^{1, 2, 3, *} Ph.D.

ABSTRACT

This study aimed to 1) investigate musculoskeletal symptoms 2) assess ergonomic risks among longan harvesters, and 3) evaluate the effectiveness of a developed ergonomic longan-picking device. This quasi-experimental research was conducted among 38 longan farmers in Mae Tam subdistrict, Phaya Mengrai district, Chiang Rai province. Research instruments included a demographic questionnaire, a body discomfort form, a musculoskeletal symptom assessment questionnaire, an ergonomically designed longan-picking device, and an ergonomic risk assessment using the Rapid Upper Limb Assessment (RULA). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with Paired t-test

The results showed that, the most frequently reported musculoskeletal symptoms among farmers (left, right) were shoulder (89.5%, 84.2%), followed by lower back (78.9%, 78.9%), knee (76.3, 78.9%), and wrist (76.3%, 76.3%). The ergonomic risk assessment using Rapid Upper Limb Assessment (RULA) indicated that most farmers were at a medium-risk level (28.9%) and a high-risk level (71.1%). The most critical high-risk postures identified were bending to pick and plucking longans. After using the developed ergonomic longan-picking device, ergonomic risk levels decreased to a moderate level, with a statistically significant difference ($p\text{-value} < 0.001$). The findings demonstrate that the ergonomic longan-picking device was effective in significantly reducing ergonomic risk among longan harvesters.

Keywords: Ergonomic risk level assessment, Rapid Upper Limb Assessment (RULA), Longan harvesting equipment

¹ Lecturer, Department of Occupational Health and Safety, School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

² Researcher, Urban Safety Innovation Research Group (USIR), School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

³ Researcher, Area-Based Research and Innovation in Cross-Border Health Care Group, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

* Corresponding author: siriwan.kan@mfu.ac.th

บทนำ

ลำไยเป็นพืชเศรษฐกิจที่ปลูกมากที่สุดในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย และพบมากในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ และลำพูน ในปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าภาคเหนือจะมีปริมาณผลผลิตลำไย ประมาณ 1,064,242 ตัน ผลผลิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 12.0 (Office of Agriculture Economics, 2025) โดยเกษตรกรชาวสวนลำไย มีหน้าที่ทำการผลิตลำไย ตั้งแต่กระบวนการเตรียมหน้าดิน พื้นที่เพาะปลูก การปลูก การดูแลรักษาต้นจนกระทั่งถึงขั้นการเก็บเกี่ยว ซึ่งถือได้ว่าเป็นการทำงานที่ต้องใช้แรงกายคนเป็นหลักในทุกขั้นตอนการทำงานในการเก็บเกี่ยวลำไยนั้น ประกอบด้วย 2 แผนกหลัก คือ 1) แผนกการเก็บลำไยจากต้น มีขั้นตอนเริ่มตั้งแต่เกษตรกรต้องตัดกิ่งลำไยจากต้น นำมาส่งต่อให้แผนกต่อไปนำเศษกิ่งก้านลำไยไปทิ้ง และเตรียมใส่กระสอบ เพราะเกษตรกรต้องนำผลผลิตไปขายให้โรงงานแปรรูป 2) แผนกเด็ดลำไย มีขั้นตอนหยิบลำไยและนั่งเด็ดลำไยให้ร่วงเป็นลูก ซึ่งการเก็บเกี่ยวลำไยนั้นเกษตรกรต้องออกแรงในการงยหน้าตัดลำไย นั่งเด็ดลำไยเป็นระยะเวลานาน เป็นท่าทางการทำงานซ้ำๆ รวมถึงการยกกระสอบลำไยที่มีน้ำหนักมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่ไม่ปลอดภัยในเกษตรกร ในทุกขั้นตอนทำให้เกษตรกรชาวสวนลำไยมีโอกาสนในการสัมผัสกับสิ่งคุกคามทางสุขภาพจากการทำงาน ทั้งสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรชาวสวนลำไย ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และการบาดเจ็บจากการทำงานได้

สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยนั้นส่งผลเสียทางสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านการยศาสตร์ และอื่นๆ (International Labour Organization, 2024; Khan, Dipti, Ferdousi, Hossain, Ferdousi, Sony et al., 2015) งานวิจัยของ Benos, Tsaopoulos, & Bochtis (2020) รายงานว่าเกษตรกรทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยเฉพาะในช่วงการเก็บเกี่ยวผลผลิตที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Work-related musculoskeletal disorders:

WMSDs) และจากรายงานอัตราการบาดเจ็บจากระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของประชาชนไทยที่ได้รับการบริการทางการแพทย์ พบว่า อัตราป่วยของโรคกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน คิดเป็น 38.3 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงเป็นอันดับสาม และกลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอาชีพเกษตรกรผู้ปลูกพืชผัก พืชไร่ พืชสวน (Ministry of Agriculture and Cooperatives, 2025) เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไย พบสิ่งที่คุกคามในทุกด้าน โดยเฉพาะสิ่งคุกคามทางด้านการยศาสตร์จะเห็นได้ว่าลักษณะการทำงานของเกษตรกรชาวสวนลำไยและเก็บเกี่ยวลำไย ต้องทำงานอยู่ในท่าทางที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ อันมาจากจากยก การแบกของหนัก การเอื้อมจับ และเก็บเกี่ยวผลผลิตที่มีน้ำหนักมาก รวมถึงไม่มีเครื่องจักรในการทุ่นแรง จึงเป็นสาเหตุของความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นโรคภัยเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรของประเทศไทย มีความชุกสูงที่สุด มากกว่าร้อยละ 65.0 (Chaiklieng, Poochada, & Suggaravetsiri, 2021) นอกจากนี้ ปัญหาอาการผิดปกติในโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรในประเทศอินเดีย พบว่า มีความชุกของการปวดหลังส่วนล่างมากถึงร้อยละ 72.0 (Gowri, Geetha, Parimalam, & Kanchana, 2015) และอาการปวดข้อและข้อติดแข็งของเกษตรกรในประเทศเนปาล ร้อยละ 65.5 (Basher, Nath, Siddique, Rahman, Rubel, Sayed et al., 2015) รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกษตรกรชาวสวนลำไย มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกตามหลักการยศาสตร์ ได้แก่ ท่าทางไม่เหมาะสม การถือและยกของหนัก กิจกรรมซ้ำๆ และความลาดชัน รวมถึงขาดอุปกรณ์และเครื่องมือในการผ่อนแรง (Ong-Artborirak, Kantow, Seangpraw, Tonchoy, Auttama, Choowanathanapakorn et al., 2022)

ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในกลุ่มเกษตรกรซึ่งต้องทำ

งานซ้ำๆ และอยู่ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้ม การเอี้ยว และการยกของ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเมื่อยและบาดเจ็บ แม้ว่าจะมีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่หลากหลาย เช่น การประเมินทั้งร่างกายแบบรวดเร็ว (Rapid Entire Body Assessment: REBA) ที่เน้นการประเมินทั้งร่างกาย หรือ การประเมินดัชนีความเสี่ยงของมือ (Revised Strain Index: RSI) ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ของมือและข้อมือโดยเฉพาะ แต่ลักษณะงานของเกษตรกรเก็บเกี่ยวลำไยมีการใช้แรงและท่าทางซ้ำๆ ที่เกี่ยวข้องกับช่วงแขน ไหล่ และลำตัว ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินของ Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ที่พัฒนาโดย McAtamney & Corlett (1993) เนื่องจาก RULA สามารถประเมินท่าทางการทำงานของร่างกายส่วนบนได้อย่างครอบคลุม ทั้งการก้มตัว การเอี้ยว แขน การใช้แรง และการคงท่าทางเป็นเวลานาน อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ใช้เวลาในการประเมินน้อย เหมาะกับการเก็บข้อมูลภาคสนามในกลุ่มเกษตรกรที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมการทำงาน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงเลือกใช้ RULA แทน RSI หรือวิธีอื่น โดยมีรายงานวิจัยจากการประเมินท่าทางของเกษตรกรเก็บเกี่ยวมะม่วงในจังหวัดนครปฐมที่ใช้แบบประเมิน RULA พบว่า ท่าทางการก้มและเอี้ยวมือสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกร (Boriboonsuksri, Taptagaporn, & Kaewdok, 2022) ผลลัพธ์จากการประเมินเหล่านี้ถูกนำไปใช้ในการออกแบบเครื่องมือช่วยเก็บเกี่ยวและปรับปรุงวิธีการทำงานตามหลักการยศาสตร์เพื่อลดความเสี่ยงและส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกร รวมทั้งมีงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษารูปแบบอุปกรณ์ช่วยในการทำงานเกษตรต่างๆ เช่น อุปกรณ์ช่วยเก็บเกี่ยวพริก (Joomjee, Bureelard, Songserm, & Theppitak, 2017) อุปกรณ์ช่วยเก็บเกี่ยวข้าว (Nurdin, Kusumawardhani, Lestari, Hidayat, & Prasnowo, 2020) ซึ่งพบว่าอุปกรณ์ดังกล่าวสามารถช่วยลดอาการปวดเมื่อยและบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้ รวมทั้งช่วยลดระยะเวลาในการทำงานของเกษตรกร จะเห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่ได้ทำ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ โดยใช้หลักการยศาสตร์ รวมถึงการวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุของสิ่งคุกคามทางสุขภาพ และออกแบบอุปกรณ์ช่วยลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ แต่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ทำการประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ด้วยวิธีการ RULA กับเกษตรกรชาวสวนลำไย และยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการออกแบบอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างต้น รวมถึงเกษตรกรชาวสวนลำไยเป็นแรงงานนอกระบบที่ยังไม่มีหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยหรือสาธารณสุขดูแลอย่างชัดเจน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงทำการประเมินอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยเทคนิคการประเมินท่าทางของร่างกายส่วนบนแบบรวดเร็ว RULA เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวางแผนและจัดทำมาตรการ และออกแบบพัฒนาอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยในการลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย อีกทั้งงานวิจัยนี้ยังสามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้กับกลุ่มเกษตรกรชาวสวนลำไยในพื้นที่อื่นและพนักงานที่มีลักษณะการทำงานที่คล้ายกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์จากการทำงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว มีการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของท่าทางการทำงานของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไยด้วยเทคนิค RULA ระหว่างใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยที่จัดทำขึ้นในกลุ่มเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2568

โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่โครงการ EC 24214-18 ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ระบุตัวตน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไยในสวนลำไยแห่งหนึ่ง ในหมู่บ้านแม่ต้าใต้ ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 38 คน การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลประชากรทั้งหมด โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นจำนวนประชากรทั้งหมดในสวนลำไยจึงไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง และมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีประสบการณ์เก็บเกี่ยวผลลำไย โดยมีลักษณะงานในการเด็ดลำไยอย่างน้อย 1 ปี 2) อายุระหว่าง 20 - 60 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ต้องรักษาต่อเนื่องโดยแพทย์ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนชั่วโมงและวันในการทำงาน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิก (Standardized Nordic Questionnaire; SNQ) (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Biering-Sørensen, Andersson et al., 1987) โดยสอบถามการบาดเจ็บและความเมื่อยล้าทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกในส่วนต่างๆ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ คอ ข้อศอก แขนส่วนบน แขนส่วนล่าง มือ/ข้อมือ เท้า/ข้อเท้า

ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขา/ก้น หัวเข่า และน่อง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย จำนวน 5 ข้อ ประเมินโดยใช้ Likert scale แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) ซึ่งแบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจนี้ได้นำไปขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน รวมถึงได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยวิธีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.91 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.82

เกณฑ์การแปลผลการประเมินความพึงพอใจ คะแนนเฉลี่ยถูกกำหนดโดยวิธีการแบ่งช่วง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้ช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้

- 1.00-2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
- 2.34-3.66 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
- 3.67-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

2. แบบประเมินความเสี่ยงจากท่าทางการทำงาน ด้วยแบบประเมินท่าทางของร่างกายส่วนบนแบบรวดเร็ว (RULA) (McAtamney & Corlett, 1993) มีทั้งหมด 16 ขั้นตอน การประเมินนี้แบ่งการประเมินเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่ม A ประกอบด้วย การประเมินส่วนแขนและข้อมือ และกลุ่ม B ประกอบด้วย การประเมินในส่วนคอ ลำตัว และขา ดำเนินการประเมินโดยการสังเกตท่าทางการทำงานในระหว่างที่เกษตรกรกำลังเก็บเกี่ยวผลลำไย ในขั้นตอนการหยิบและเด็ดลำไย เนื่องจากขั้นตอนดังกล่าวเกษตรกรมีการเอี้ยวตัวและใช้มือในการเด็ดลำไยด้วยท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และเก็บข้อมูลภาพหนึ่ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการประเมินคะแนนความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในแต่ละส่วน ซึ่งระดับความเสี่ยงแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยเทคนิค RULA

คะแนน	ระดับความเสี่ยง	ความเสี่ยง	การแปลผล
1-2	1	ต่ำ	ยอมรับได้ แต่อาจจะมีปัญหาทางการยศาสตร์ได้ ถ้ามีการทำงานดังกล่าวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าเดิม
3-4	2	ปานกลาง	ควรศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างละเอียด และต่อเนื่อง
5-6	3	สูง	งานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรดำเนินการปรับปรุงลักษณะดังกล่าว
≥ 7	4	สูงมาก	งานนั้นมีปัญหาการยศาสตร์ และต้องปรับปรุงทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

อุปกรณ์ต้นแบบสำหรับเด็ดลำไย เนื่องจากลักษณะงานในการเด็ดลำไยส่วนใหญ่เป็นการนั่ง มีการออกแรงในการเด็ดลำไยโดยใช้มือในการเด็ด เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ให้แก่เกษตรกรจึงมีการออกแบบและสร้างอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย โดยอ้างอิงข้อมูลสัดส่วนร่างกายของเกษตรกรที่นั่งทำงานบนเก้าอี้เตี้ยที่มีความสูง 29 เซนติเมตร จำนวน 38 คน โดยวัดความสูงนั่งถึงระดับสายตาเฉลี่ย 58.3 เซนติเมตร และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1 เซนติเมตร เพื่อนำมาคำนวณค่าเปอร์เซนไทล์ที่ 95 ได้ค่า 60.1 เซนติเมตร เพื่อใช้เป็นเกณฑ์กำหนดความสูงของอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและออกแบบพัฒนาอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงหัวหน้ากลุ่มเกษตรกรสวนลำไย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการประสานงานติดต่ออาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบ และขอความยินยอมกับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนก่อนที่จะเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการทำงานและดำเนินการสำรวจอาการของการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วงเก็บเกี่ยวผลลำไยจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

2. ดำเนินการประเมินความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานด้วยแบบประเมิน RULA ขณะไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย โดยการสังเกตท่าทางการทำงานในระหว่างที่เกษตรกรกำลังเก็บเกี่ยวผลลำไย และเก็บข้อมูลภาพนิ่งในช่วงบ่ายที่เกษตรกรเริ่มทำงาน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการประเมินคะแนนความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในแต่ละส่วน

3. การออกแบบและสร้างอุปกรณ์ต้นแบบสำหรับเด็ดลำไยสำหรับเกษตรกรที่นั่งบนเก้าอี้เตี้ยได้อิงตามหลักสัดส่วนร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเปอร์เซนไทล์ที่ 95 ของความสูงนั่งถึงระดับสายตาและให้ต่ำกว่าระดับสายตา ประมาณ 15 เซนติเมตร (60.1-15 เซนติเมตร) จึงได้ความสูงของอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย ประมาณ 45 เซนติเมตรจากพื้น ผู้วิจัยได้ใช้เหล็กกล่องขนาด 3 นิ้ว ในการขึ้นโครงสร้างเหล็ก ขนาดกว้าง 50 เซนติเมตร ยาว 60 เซนติเมตร สูง 45 เซนติเมตร หลังจากนั้นใช้เหล็กเส้นกลมความหนา 6 มิลลิเมตร ในการเชื่อมติดกับโครง โดยแบ่งเป็นช่องๆ ห่างกัน 1.5 เซนติเมตร สูง 12 เซนติเมตร เพื่อให้เกษตรกรสามารถเด็ดลำไยได้โดยไม่ทำให้ศีรษะและลำตัวโน้มเอียงไปด้านหน้า ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 ลักษณะของอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

4. นำอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยต้นแบบมาทดสอบใช้กับเกษตรกร และทำการประเมินความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานด้วยแบบประเมิน RULA ขณะใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยอีกครั้ง รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแสดงค่าข้อมูลเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อการอธิบายผลการศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test เพื่อใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน RULA ขณะไม่ใช้ และขณะใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย ในตำบลแม่ตำ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ช่วง 1 เดือนในการเก็บเกี่ยวผลลำไย พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 มีอายุระหว่าง ช่วง 51-60 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 81.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำงานวันละ 8 ชั่วโมง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 และส่วนใหญ่ทำงาน 5-7 วัน/สัปดาห์ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 ดังแสดงในตาราง 2

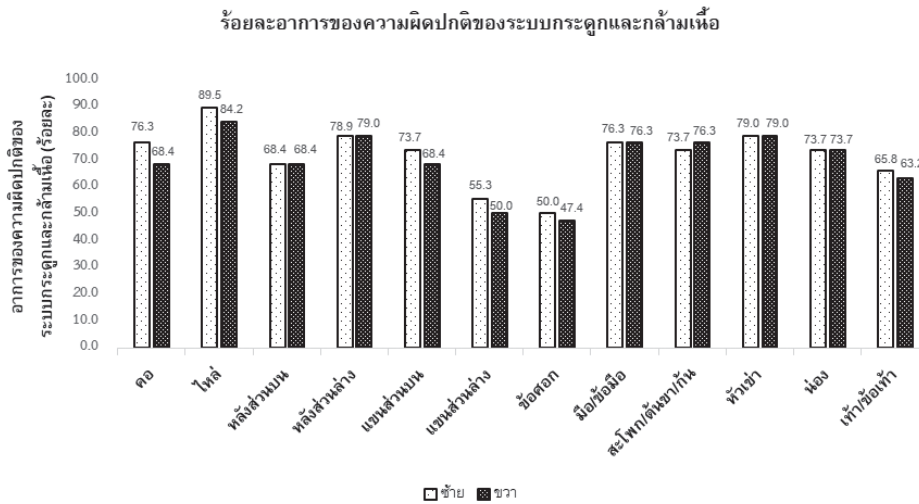
ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล (n = 38)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	26.3
หญิง	28	73.7
อายุ (ปี)		
20-30	1	2.6
31-40	3	7.9
41-50	12	31.6
51-60	22	57.9
Mean = 50.43, S.D. = 8.02, Max = 60, Min = 25		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.9
สมรส	31	81.6
หย่าร้าง/หม้าย	4	10.5
จำนวนชั่วโมงการทำงาน		
8 ชั่วโมง/วัน	38	100.0
จำนวนวันที่ทำงาน		
3-4 วัน/สัปดาห์	4	10.5
5-7 วัน/สัปดาห์	34	89.5

2. อาการความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

จากภาพ 2 แสดงถึงอาการความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจากการเก็บเกี่ยวผลลำไย (n = 38) พบว่า เกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไยมีอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ด้านซ้ายพบมากที่สุด คือ ไหล่

จำนวน 34 คน ร้อยละ 89.5 รองลงมา คือ หลังส่วนล่าง และหัวเข่า จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และมีมือ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 76.3 ส่วนอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อด้านขวา พบมากที่สุด คือ ไหล่ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 รองมาได้แก่ หลังส่วนล่างและหัวเข่า จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และมีมือ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 76.3



ภาพ 2 ร้อยละอาการของความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย

3. ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย

การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย จำนวน 38 คน ด้วยเทคนิค RULA จากผลการประเมิน พบว่า เกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย มีการนั่งเด็ดลำไยต่อเนื่องมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ด้วย

ท่าทางการทำงานที่ซ้ำๆ มีการก้มเงยศีรษะ ก้มลำตัวไปด้านหลัง และการหยิบลำไย เกษตรกรส่วนใหญ่ มีระดับความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 28.9) และความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 71.1) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการประเมินระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของท่าทางการทำงานในเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย ด้วยเทคนิค RULA (n = 38)

ลักษณะงาน	Mean ± S.D.	ระดับความเสี่ยง	ผลการประเมิน
1. การหยิบลำไย	5.22 ± 0.88	3	ความเสี่ยงสูง
2. การเด็ดผลลำไย	5.79 ± 0.72	3	ความเสี่ยงสูง

4. ผลการศึกษาประสิทธิภาพของอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

เมื่อออกแบบและได้สร้างอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย ดังแสดงในภาพ 1 แล้ว จากนั้นได้นำอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย ที่สร้างไว้ไปใช้งานกับเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย (ภาพ 3) และประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์จากท่าทางการทำงานของเกษตรกรเก็บเกี่ยวผลลำไย ด้วยเทคนิค RULA โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน RULA ของท่าทางการทำงานทั้ง 2 ท่าทาง ได้แก่

การหยิบลำไยและการเด็ดผลลำไย เมื่อไม่ใช้และขณะใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบปกติโดยใช้สถิติเชิงอนุมานแบบ Paired t-test ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ย RULA ของท่าทางการหยิบลำไยและการเด็ดผลลำไย เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย เท่ากับ 5.22 และ 5.79 คะแนนตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยที่ระดับความเสี่ยงสูง แสดงให้เห็นถึงงานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรดำเนินการปรับปรุงลักษณะดังกล่าว เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

คะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย RULA ของท่าทางการหยิบลำไยและการเด็ดผลลำไย เท่ากับ 3.69 และ 3.84 คะแนน ตามลำดับ ผลการประเมินความเสี่ยงด้วยเทคนิค RULA เมื่อไม่ใช้

และขณะใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 4

ก. การหยิบลำไย



ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยหยิบลำไย



ใช้อุปกรณ์ช่วยหยิบลำไย

ข. การเด็ดผลลำไย



ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดผลลำไย



ใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดผลลำไย

ภาพ 3 การเปรียบเทียบท่าทางการนั่งเก็บเกี่ยวผลลำไยขณะใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน RULA ท่าทางการทำงานของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย เมื่อไม่ใช้และขณะใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย ($n = 38$)

ลักษณะงาน	การใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย		p - value
	ไม่ใช้	ใช้	
การหยิบลำไย	5.22 ± 0.88	3.69 ± 0.63	< 0.001*
การเด็ดผลลำไย	5.79 ± 0.72	3.84 ± 0.46	< 0.001*

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

5. ผลการประเมินความพึงพอใจการใช้งานอุปกรณ์
ดีเต็ล่าย

ผลการประเมินความพึงพอใจจากเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยว
ผลล่าย จำนวน 38 คน หลังการใช้อุปกรณ์ช่วยดีเต็ล่าย
พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านขนาดและรูปร่าง
ในการใช้งาน เท่ากับ 4.39 ± 1.18 อุปกรณ์ใช้งานง่าย

ไม่ซับซ้อน เท่ากับ 4.23 ± 2.32 อุปกรณ์สามารถ
ช่วยลดเวลาในการทำงาน คิดเป็น 3.59 ± 1.36 อุปกรณ์
ช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เท่ากับ 3.96 ± 2.55
และค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ
 4.08 ± 1.47 อยู่ในระดับพึงพอใจระดับมาก ดังแสดง
ในตาราง 5

ตาราง 5 ผลการประเมินระดับความพึงพอใจการใช้อุปกรณ์ช่วยดีเต็ล่ายในเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลล่าย (n = 38)

ความพึงพอใจ	Mean $\pm$ S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1 ขนาดและรูปร่างมีความเหมาะสมกับการใช้งาน	4.39 ± 1.18	มาก
2. อุปกรณ์ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน	4.23 ± 2.32	มาก
3. อุปกรณ์สามารถช่วยลดเวลาในการทำงาน	3.59 ± 1.36	ปานกลาง
4. อุปกรณ์ช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	3.96 ± 2.55	มาก
5. ความพึงพอใจโดยรวม	4.08 ± 1.47	มาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัญหาทาง
การยศาสตร์ของเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลล่าย เมื่อไม่ใช้
อุปกรณ์ช่วยดีเต็ล่าย เฉลี่ยระยะเวลาทำงาน 8 ชั่วโมง/
วัน และทำประมาณ 5-7 วัน/สัปดาห์ เกษตรกรทำงาน
ในท่าทางการทำงานซ้ำๆ ตลอดเวลา มีการใช้ข้อมือ
ดีเต็ล่าย ก้มศีรษะและลำตัวโน้มไปด้านหน้าขณะ
ปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่าเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลล่ายมี
อาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการ
นั่งดีเต็ล่ายทั้งชายและหญิง ได้แก่ บริเวณไหล่ คิดเป็น
ร้อยละ 89.5 และ 84.2 รองลงมา คือ หลังส่วนล่าง
หัวเข่า (ร้อยละ 78.9) และมือ (ร้อยละ 76.3) การศึกษา
ครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนนี้ของเกษตรกร
ผู้เก็บลัจที่มีลักษณะการทำงานที่คล้ายคลึงกัน พบว่า
มีอาการผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด
ได้แก่ มือ (ร้อยละ 82.9) ไหล่ (ร้อยละ 82.2) คอ
(ร้อยละ 79.7) และหลังล่าง (ร้อยละ 78.0) (Ong-Artborirak
et al., 2022) และงานวิจัยของ Chokprasit, Puangpee,
Khotpan, Khongkan, Thaikert, & Mala (2024) ที่ได้
ศึกษาความชุกของอาการผิดปกติระบบกระดูกและ
กล้ามเนื้อในเกษตรกรสวนทุเรียนพบอาการบาดเจ็บ
มากที่สุดบริเวณหลังส่วนล่าง นอกจากนี้ยังสอดคล้อง

กับงานวิจัยในเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวพริกพบปัญหา
การบาดเจ็บมากที่สุดบริเวณหลังส่วนล่างได้เช่นกัน
(Kamnerdwam, Srivabut, Rawangwong, & Homkhiew,
2024) เนื่องจาก การยกของหนักและนั่งนาน ยังทำให้
ส่งผลต่อการปวดบริเวณหลังส่วนล่าง รวมทั้งเกษตรกร
มีการหมุนข้อมือเพื่อดีเต็ล่ายให้หลุดจากก้าน จึงทำให้
เกษตรกรมีอาการผิดปกติบริเวณมือและไหล่
(Ong-Artborirak et al., 2022) ทั้งนี้ท่าทางการทำงาน
ซ้ำๆ จำนวนความถี่สูง ในการนั่งดีเต็ล่ายของเกษตรกร
ผู้เก็บเกี่ยวผลล่ายมีการกระดกข้อมือ การเคลื่อนไหวแขน
การบิดตัวปลายนิ้ว สอดคล้องกับการศึกษาในการ
เก็บใบชาที่มีลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกัน การทำงาน
ด้วยลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ท่าทาง
การทำงานซ้ำซาก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติของการเกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและ
กล้ามเนื้อได้ (Tassanawong, Chanthorn, & Rakprasit,
2018)

จากผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์
จากลักษณะการนั่งดีเต็ล่าย โดยใช้เทคนิค RULA
พบว่า เกษตรกรมีท่าทางการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง
ด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการงานนั้น
เริ่มเป็นปัญหา ได้แก่ การหยิบล่ายและการดีเต็ล่าย

จึงควรปรับปรุงในท่าทางดังกล่าว เนื่องจากเกษตรกรมีการนั่งทำงานในท่าทางการทำงานซ้ำๆ เป็นเวลามากกว่า 2 ชั่วโมงติดต่อกัน มีการก้มศีรษะและโน้มตัวไปด้านหน้า ใช้ข้อมือในการหมุนเด็ดลำไย ตลอดระยะเวลาการทำงาน ลักษณะงานดังกล่าวทำให้เกษตรกรมีการเคลื่อนไหวของร่างกายซ้ำๆ ส่งผลต่อความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและรยางค์ส่วนบน ทำให้กล้ามเนื้อได้รับบาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นอาการผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เรียกว่าอาการปวดตึงกล้ามเนื้อซ้ำซาก (Repetitive strain injuries) (Tassanawong et al., 2018) และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการปวดไหล่ หลังส่วนล่าง เข่า และข้อมือ ในเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะแนวทางในการลดระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยการใช้อุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย

การสร้างอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยในครั้งนี้สามารถลดระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมได้ จากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยเทคนิค RULA ลดลงเมื่อเทียบกับการไม่ใช้งานอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยมีระดับความเสี่ยงสูง เมื่อใช้งานอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยความเสี่ยงลดลงเหลือระดับความเสี่ยงปานกลาง ซึ่งช่วยลดความเมื่อยล้าจากการนั่งทำงานเป็นระยะเวลานานเนื่องจากอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย ช่วยลดระยะเวลาการทำงาน และผู้วิจัยยังแนะนำให้เกษตรกรปรับระดับเก้าอี้ นั่งในการเด็ดลำไยเพื่อลดการก้มศีรษะและโน้มตัวไปด้านหน้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยในการเก็บพริก ช่วยลดระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยแบบประเมินท่าทางของร่างกายรยางค์ส่วนบนอย่างรวดเร็ว RULA ลดลงจากระดับ 3 (ระดับความเสี่ยงสูง) เป็นความเสี่ยงระดับ 2 (ระดับความเสี่ยงปานกลาง) เห็นได้ว่าก่อนและหลังดำเนินการใช้อุปกรณ์ช่วยเก็บพริกช่วยลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการดำเนินการปรับปรุงอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานสามารถลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และช่วยลดผลกระทบต่อการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างได้ (Joomjee et al., 2017)

นอกจากนี้ มีงานวิจัยในประเทศอินโดนีเซียได้พัฒนาเครื่องเก็บเกี่ยวข้าว พบว่า เครื่องเก็บเกี่ยวข้าวช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน ลดอาการความเมื่อยล้าของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและลดพลังงานที่ใช้ในการทำงานของเกษตรกร (Nurdin et al., 2020) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยในการดำเนินการเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรตามหลักการยศาสตร์สามารถช่วยลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในเกษตรกรได้

งานวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ประการแรก คือ การวัดสัดส่วนของเกษตรกร (Anthropometry dimension) ในการออกแบบอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติทางกายวิภาค ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำในการออกแบบอุปกรณ์ให้สอดคล้องกับสรีระที่หลากหลายของเกษตรกรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการออกแบบตามหลักการยศาสตร์ ประการที่สอง การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการประเมินท่าทางการทำงานโดยใช้ RULA แต่ยังไม่ได้ประเมินความเสี่ยงจากการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ของข้อมือด้วย Revised Strain Index (RSI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถสะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บบริเวณมือและข้อมือได้อย่างละเอียด งานวิจัยในอนาคตจึงควรผนวกการใช้ RSI เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้นและเป็นประโยชน์ในการออกแบบอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยแก่เกษตรกร นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังไม่ได้ทำการทดสอบการใช้งาน (Usability testing) ของอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยในสถานการณ์จริงของเกษตรกรอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพ ความสะดวกในการใช้งาน และการยอมรับของผู้ใช้ ดังนั้นงานวิจัยต่อไปควรดำเนินการทดสอบการใช้งานร่วมกับเกษตรกรจริง เพื่อยืนยันความเหมาะสมและประสิทธิผลของอุปกรณ์ในบริบทการทำงานจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์นี้ เป็นเพียงตัวแทนของกลุ่มเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย ซึ่งถือเป็นการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นที่เกิดจากการสังเกตท่าทางการทำงานของกลุ่มเกษตรกร ทั้งนี้ สามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงหรือประยุกต์ใช้กับลักษณะงานที่

คล้ายคลึงกันได้ รวมทั้งควรมีการปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยให้มีประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีขึ้น ทั้งในส่วนที่เป็นอุปกรณ์ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน ลดระยะเวลา และลดอาการป่วยเมื่อยของกล้ามเนื้อในการทำงานได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พิจารณามิติตัวขนาดสัดส่วนในท่อน้ำ (Anthropometry dimension) เพื่อใช้ออกแบบอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยที่มีสอดคล้องกับขนาดสัดส่วนร่างกายของเกษตรกรนำไปสู่ท่าทางการทำงานที่เหมาะสม ลดความเมื่อยล้าได้
2. การประเมินการบาดเจ็บบริเวณข้อมือจากการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ด้วยการประเมินโดยใช้เครื่องมือ RSI เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่อาจเกิดขึ้นในเกษตรกรผู้เก็บเกี่ยวผลลำไย
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทดสอบการใช้งาน (Usability testing) และการประเมินความพึงพอใจเมื่อใช้และไม่ใช้ของอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไย เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
4. ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยเก็บข้อมูลและประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในเกษตรกรชาวสวนลำไยในลักษณะงานอื่นๆ เพิ่ม เช่น การเก็บเกี่ยวลำไยจากต้นและการยกเข่งลำไยเพื่อนำไปสู่การออกแบบและป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์จากการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มเกษตรกรสวนลำไยในพื้นที่บ้านแม่ตำได้ ตำบลดแม่ตำ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าศึกษาและพัฒนาอุปกรณ์ช่วยเด็ดลำไยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Basher, A., Nath, P., Siddique, Z. S., Rahman, M. H., Rubel, M. A., Sayed, M. S. et al. (2015). Musculoskeletal disorder (MSD) among agricultural workers. *Mymensingh Medical Journal*, 24(1), 1-8.
- Benos, L., Tsaopoulos, D., & Bochtis, D. (2020). A review on ergonomics in agriculture. Part I: Manual operations. *Applied Sciences*, 10(6), 1905. <https://doi.org/10.3390/app10061905>
- Boriboonsuksri, P., Taptagaporn, S., & Kaewdok, T. (2022). Ergonomic task analysis for prioritization of work-related musculoskeletal disorders among mango-harvesting farmers. *Safety*, 8(1), 6. <https://doi.org/10.3390/safety8010006>
- Chaiklieng, S., Poochada, W., & Suggaravetsiri, P. (2021). Work-related diseases among agriculturists in Thailand: A systematic review. *Songklanakarin Journal of Science and Technology* 43(3), 638-647.
- Chokprasit, P., Puangpee, J., Khotpan, T., Khongkan, N., Thaikert, R., & Mala, J. (2024). Factor related to musculoskeletal disorders among durian farmers in Kanchanadit District, Surat Thani Province. *Health Science Journal of Thailand*, 6(4), 65-73. (in Thai)
- Gowri, S., Geetha, P. S., Parimalam, P., & Kanchana, S. (2015). Analysis of musculoskeletal disorders of agricultural workers. *Ergonomics for Rural Development*, 63-68.
- International Labour Organization. (2024, December 30). *Promoting a safe and healthy working environment in Thailand and Cambodia-Thailand Component*. Retrieved April 20, 2025, from <https://www.ilo.org/projects-and-partnerships/projects/promoting-safe-and-healthy-working-environment-thailand-and-cambodia>

- Joomjee, R., Bureelerd, O., Songserm, N., & Theppitak, C. (2017). The study of ergonomic management for reduce musculoskeletal symptoms among the para-rubber farmer. *Journal of Industrial Technology Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 7(1), 92-105. (in Thai)
- Kamnerdwam, A., Srivabut, C., Rawangwong, S., & Homkhiew, C. (2024). Work improvement by ergonomics and development of chili harvesting equipment: A case study of a chili farmer group in Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Industrial Technology Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 14(1), 93-106. (in Thai)
- Khan, N. R., Dipti, T. R., Ferdousi, S. K., Hossain, M. Z., Ferdousi, S., Sony, S. A. et al. (2015). Occupational health hazards among workers of garment factories in Dhaka City, Bangladesh. *Journal of Dhaka Medical College*, 24(1), 36-43.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., et al. (1987) Standardised nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-237.
- McAtamney, L., & Corlett, E. N. (1993). RULA: A survey method for the investigation of work-related upper limb disorders. *Applied Ergonomics*, 24(2), 91-99.
- Ministry of Agriculture and Cooperatives. (2025). *Report on important information of the Ministry of Agriculture and Cooperatives*. Retrieved September 7, 2025 from <https://www.moac.go.th/site-home>. (in Thai)
- Nurdin, S., Kusumawardhani, A., Lestari, M. W., Hidayat, K., & Prasnowo, M. A. (2020). Ergonomic analysis on redesigning rice harvesting machines. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 8(1), 165-170.
- Office of Agriculture Economics. (2025). *Overview of longan in 8 provinces in 2025*. Retrieved July 10, 2025, from <https://oae.go.th/uploads/files/2025/07/07/26190f38a73a4aea.pdf> (in Thai)
- Ong-Artborirak, P., Kantow, S., Seangpraw, K., Tonchoy, P., Auttama, N., Choowanthanapakorn, M. et al. (2022). Ergonomic risk factors for musculoskeletal disorders among ethnic lychee-longan harvesting workers in Northern Thailand. *Healthcare*, 10(12), 2446. doi: 10.3390/healthcare10122446.
- Tassanawong, P., Chanthorn, W., & Rakprasit, J. (2018). Prevalence and factors associated with musculoskeletal disorders among tea farmers, Thoet Thai Subdistrict, Mae Fa Luang District, Chiang Rai Province. *Srinagarind Medical Journal*, 33(5), 457-464. (in Thai)

บทความวิจัย

ความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร จันทร์จิรา คล้ายบุตร^{1,2,*} ส.ม., ชีระวุธ ธรรมกุล³ ส.ด., อารยา ประเสริฐชัย³ วท.ด.

Received: September 9, 2025

Revised: October 21, 2025

Accepted: October 22, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชุมพร กลุ่มเป้าหมายคือ อสม. อายุ 18-59 ปี จำนวน 12,795 คน โดยได้กลุ่มตัวอย่าง 373 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านออนไลน์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.6 (Mean = 81.95, S.D. = 2.60) ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.1 (Mean = 7.09, S.D. = 1.11) อสม. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 30.2 (Mean = 11.33, S.D. = 9.27) และสามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้เอง ร้อยละ 70.2 (Mean = 6.82, S.D. = 1.30) ด้านการยอมรับเทคโนโลยี พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในด้านการรับรู้ประโยชน์ รองลงมา คือ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ ด้านสุขภาพออนไลน์ พบว่า ระดับการศึกษา จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน ความสามารถใช้สมาร์ทโฟน การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และทุกปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยี ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 73.0

คำสำคัญ: การตัดสินใจ การยอมรับเทคโนโลยี ความต้องการ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สื่อออนไลน์

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² นักสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* ผู้รับผิดชอบบทความ: meyoufah@hotmail.com

Needs and decision - making on health learning through online media of village health volunteers, Chumphon Province

Junjira Klaybut^{1, 2, *} M.P.H., Theerawut Thammakun³ Dr.P.H., Araya Prasertchai³ Ph.D.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to examine the needs and decision-making processes regarding online health learning, as well as the influencing factors, among Village Health Volunteers (VHVs) in Chumphon Province. The target population consisted of 12,795 VHVs aged 18–59 years. A sample of 373 participants was selected using multistage sampling. The research instrument was a researcher-developed questionnaire, which demonstrated a total Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Data were analysed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that needs and decision-making regarding online health learning were at a high level (81.6%; Mean = 81.95, S.D. = 2.60). Smartphone literacy was at a moderate level (50.1%; Mean = 7.09, S.D. = 1.11). Most VHVs had more than 15 years of experience (30.2%; Mean = 11.33, S.D. = 9.27) and were able to access the internet independently (70.2%; Mean = 6.82, S.D. = 1.30). Regarding technology acceptance, perceived usefulness had the highest mean score, followed by perceived ease of use. Analysis of factors influencing needs and decision-making in online health learning revealed that education level, years of work experience, smartphone literacy, internet access, and all components of technology acceptance significantly affected online health learning needs and decisions at the 0.05 level, collectively explaining 73.0% of the variance.

Keywords: Decision-making, Technology acceptance, Need, Health promotion programme, Online media

¹ Student in Master of Public Health Program, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

² Public Health Officer, Health Promotion Division, Chumphon Provincial Public Health Office

³ Associate Professor, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: Meyoufah@hotmail.com

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การยอมรับเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลได้เติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Ministry of Public Health, 2023) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังเผชิญกับความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และทักษะ ซึ่งกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Sullivan, 2025) การยอมรับเทคโนโลยีในประเทศไทยมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้เทคโนโลยี เช่น ประโยชน์จากการใช้งาน ความง่ายในการใช้งาน ความไว้วางใจในระบบ ความปลอดภัยในการใช้งาน และอิทธิพลทางสังคม (Farhady, Haghdoust, & Bakhshi, 2020) เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีได้อย่างเท่าเทียมและปลอดภัยต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีอย่างจริงจังและเหมาะสม งานวิจัยที่ผ่านมาอธิบายการยอมรับเทคโนโลยีด้วยแบบจำลอง Technology Acceptance Model (TAM) และ Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่สำคัญและนิยมใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการยอมรับและใช้งานเทคโนโลยีในระดับบุคคล ซึ่งมุ่งเน้นปัจจัยการรับรู้ประโยชน์และความง่ายในการใช้งาน (Davis, 1989; Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003) แต่ส่วนใหญ่งานวิจัยจะศึกษาในภาคองค์กรธุรกิจ และขาดการศึกษาในมิติทางสังคม วัฒนธรรม และกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทักษะและการเข้าถึงเทคโนโลยี (Rana & Dwivedi, 2015) นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมา ยังพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ การใช้เทคโนโลยีมีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยี แต่ยังคงขาดการศึกษาที่ผสมผสานปัจจัยเหล่านี้กับตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น ทัศนคติ ความไว้วางใจ ความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูล และการสนับสนุนจากสถาบัน (Somying & Supaporn, 2018; Veerachai, 2019) ทำให้ยังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการยอมรับเทคโนโลยีได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ ดังนั้น ช่องว่างงานวิจัยที่สำคัญคือ การศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีในกลุ่มประชากรที่มีบริบทเฉพาะ

เช่น ชุมชน ท้องถิ่นหรือกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และการเรียนรู้ด้านสุขภาพออนไลน์ รวมถึงการบูรณาการปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิทยาเข้ากับกรอบทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีเดิม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมและสามารถนำไปพัฒนานโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม

จังหวัดชุมพรมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 14,975 คน (The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand, 2024) จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 68.7) (Health Promotion Monitoring and Evaluation System for Health Region 11, 2024) แต่ยังมีบางส่วนที่พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มากกว่าร้อยละ 80.0 ของคนวัยทำงาน การบริโภคเค็มเกินไป ร้อยละ 77.8 การบริโภคหวานเกินไป ร้อยละ 81.9 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.0 สูบบุหรี่ทุกวัน การดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.0 ดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยทุกสัปดาห์ และพบภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน ร้อยละ 37.5 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน คือ มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ และข้อมูลจากระบบ Health Data Center ยังชี้ให้เห็นถึงภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีสถิติสัดส่วนผู้มี BMI ปกติ ร้อยละ 42.6 และมีแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินสูง บ่งชี้ว่าวัยทำงานในจังหวัดชุมพรส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 57.0 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน สอดคล้องกับความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 37.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วนเป็นปัญหาที่รุนแรงในกลุ่มวัยนี้ทั่วประเทศ (Chumphon Provincial Public Health Office, 2024) แม้การอบรมแบบดั้งเดิมที่เน้นการสอนโดยใช้วิทยากรที่มีความรู้ความสามารถ หลักสูตรทั่วไป 1-3 วัน จะได้ผลดี แต่ข้อจำกัดด้านงบประมาณทำให้กิจกรรมต่อเนื่องทำได้ยาก การส่งเสริมสุขภาพผ่านโปรแกรมออนไลน์จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมและยั่งยืนสำหรับ อสม.

จากปัญหาและข้อขัดข้อง การศึกษาความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อออนไลน์เพื่อใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและตรงกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย พบว่าแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในและต่างประเทศ แบบจำลอง TAM ถูกนำมาใช้ในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจทัศนคติของผู้ใช้งานเกี่ยวกับการใช้สื่อสุขภาพออนไลน์ เช่น Kazaure, Emenike, & Nwafor (2022) พบว่า เทคโนโลยีช่วยเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ โดยเฉพาะผ่านมัลติมีเดีย ส่วน Alrashed, Ahmad & Almurdi (2024) ชี้ว่าเทคโนโลยีช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ในแอฟริกาในด้านของปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยี งานวิจัยของ Fu, Ma, Wang, & Wu (2018) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงความง่าย การใช้งานความคาดหวังจากความพยายาม และอิทธิพลทางสังคม นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิด AIDA Model (Attention, Interest, Desire, Action) ซึ่งเป็นโมเดลด้านการตลาดมาประยุกต์ใช้ในงานด้านสุขภาพ โดยใช้ร่วมกับ TAM เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้งานเทคโนโลยี เช่น Song, Lee & Kang (2021), Pratiwi, Maman, Danapriatna, Mukri, & Hejaziey (2021) และ Djubair & Ming (2022) พบว่า AIDA Model ช่วยเสริมประสิทธิภาพการสื่อสารและเพิ่มความสนใจในการใช้งานเทคโนโลยี

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบออนไลน์ที่ยืดหยุ่นและยั่งยืนในเชิงทฤษฎี การศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของ อสม. สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดการยอมรับเทคโนโลยี ได้แก่ TAM (Davis, 1989) ซึ่งเน้นการรับรู้ถึงประโยชน์และความง่ายในการใช้งาน และ UTAUT (Venkatesh et al., 2003) ที่เพิ่มเติมปัจจัยด้านความคาดหวังสมรรถภาพ ความคาดหวังจากความพยายาม อิทธิพลทางสังคม และสภาพสิ่งอำนวยความสะดวก งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจใช้งานเทคโนโลยี นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ AIDA Model ยังช่วยอธิบายขั้นตอนการตัดสินใจของผู้ใช้งานสื่อสุขภาพออนไลน์ โดยเสริมให้เห็นถึงกระบวนการ

สร้างความสนใจและการมีส่วนร่วม (Pratiwi et al., 2021; Song et al., 2021) งานวิจัยในต่างประเทศยังชี้ว่าเทคโนโลยีช่วยยกระดับการเรียนรู้และเพิ่มประสิทธิภาพทั้งในบริบทการศึกษาและการแพทย์ (Alrashed et al., 2024) ดังนั้น การผสานกรอบแนวคิด TAM, UTAUT และ AIDA Model จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมการเรียนรู้และการตัดสินใจของ อสม. ได้อย่างรอบด้าน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพออนไลน์ที่ตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับบริบททางสาธารณสุขในชุมชนได้

ในบริบทของจังหวัดชุมพร อสม. ถือเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน แต่การจัดอบรมแบบดั้งเดิมมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและเวลาทำให้การส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์กลายเป็นทางเลือกที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน แต่พบว่างานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยีที่มุ่งเน้นในภาคธุรกิจ และขาดการศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะหรือกลุ่มชุมชน ทำให้มีข้อจำกัดด้านทักษะและการเข้าถึงเทคโนโลยี และขาดการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล รวมทั้งด้านทัศนคติที่มีต่อเทคโนโลยี ทำให้ยังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการยอมรับเทคโนโลยีได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ การวิจัยครั้งนี้ จึงช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของ อสม. จังหวัดชุมพร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการสร้างและพัฒนาสื่อออนไลน์ที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ และส่งผลต่อการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังช่วยสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสื่อออนไลน์ให้เป็นที่ยอมรับและพึงพอใจในการใช้งานของ อสม. นำไปสู่การใช้งานจริงในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านรูปแบบออนไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร
2. เพื่ออธิบายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร

3. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อความต้องการ และการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยแบบการศึกษาวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) ซึ่งผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (หนังสือรับรองเลขที่ 062/2568 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-056/2568) เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชุมพร อายุ 18-59 ปี จำนวน 12,725 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 373 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์อำนาจทางสถิติ (Statistical power analysis) ตามแนวคิดของ โคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญอยู่ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบอยู่ที่ 0.8 และขนาดอิทธิพล อยู่ที่ 0.2 ซึ่งมีความเหมาะสมกับงานวิจัยในสาขาสังคม (Charan & Biswas, 2013) เลือกตัวอย่างแบบสุ่มหลาย ขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สุ่มเลือกให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการตาม สัดส่วนของกลุ่มประชากร กระจายทั่วถึงทั้งจังหวัดชุมพร (8 อำเภอ) ได้แก่ อำเภอท่าแซะ 68 คน อำเภอทุ่งตะโก 20 คน อำเภอปะทิว 38 คน อำเภอพะโต๊ะ 25 คน อำเภอเมืองชุมพร 88 คน อำเภอละแม 24 คน อำเภอ สวี 58 คน และอำเภอหลังสวน 52 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ คัดเฉพาะ ผู้ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ปฏิเสธการเข้าร่วมในระหว่าง การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ที่ผู้วิจัยประยุกต์ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล (10 ข้อ) เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส ศาสนา ความสามารถในการใช้ สมาร์ทโฟน จำนวนปีการเป็นสมาชิก อสม. และ ความสามารถในการเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 2 การยอมรับเทคโนโลยี (24 ข้อ) ใช้ทฤษฎี TAM และ UTAUT เพื่อวัด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ ถึงประโยชน์ (Perceived usefulness) 2) ความง่าย ในการใช้งาน (Perceived ease of use) 3) ความคาดหวัง ด้านสมรรถภาพ (Performance expectancy) 4) ความคาดหวังด้านความพยายาม (Effort expectancy) 5) อิทธิพลทางสังคม (Social influence) และ 6) สภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก (Facilitating conditions) ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ Chaiyakulwat (2018) โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ จากคะแนน 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด)

ส่วนที่ 3 ความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ ด้านสุขภาพ (10 ข้อ) ใช้ ทฤษฎี AIDA Model เพื่อวัด 4 มิติ ได้แก่ ความตั้งใจ (Attention) ความสนใจ (Interest) ความปรารถนา (Desire) และการกระทำ (Action) ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ Srijumpa & Panyaud (2018) โดยใช้ Likert Scale 5 ระดับ และมีการแปลผล ตามเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ≥ 80.0) ปานกลาง (ร้อยละ 60.0-79.0) และต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ < 60.0)

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ออนไลน์ที่เหมาะสม (16 ข้อ) ประยุกต์ใช้แนวทางของ Department of Disease Control (2021) เพื่อสอบถาม ความคิดเห็นเกี่ยวกับ รูปแบบข้อมูล การพัฒนาทักษะ และรูปแบบการเรียนรู้ โดยใช้ Likert Scale 5 ระดับ จากคะแนน 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากนำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของข้อคำถาม โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of item-objective congruence แล้วคัดเลือกที่มี

ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปมาใช้ ซึ่งสามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม มีความสอดคล้องเหมาะสมหรือมีความตรงเชิงเนื้อหา (Rovinelli & Hambleton, 1977) และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มอายุ 18-59 ปี จำนวน 30 คน ในพื้นที่จังหวัดระนอง และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ใช้เกณฑ์พิจารณาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป แบบสอบถามดังกล่าวมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งหมดอยู่ที่ 0.96 แสดงว่ามีความเชื่อมั่นสูง (Zikmund, Babin, Carr, & Griffin, 2010) และนำไปใช้ได้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2568 ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย และขอแบบยินยอมการเก็บแบบสอบถามรายบุคคล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ชุดแบบสอบถามแบบอิเล็กทรอนิกส์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบเชิงพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยวิธี Enter ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.0 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี โดยช่วงอายุส่วนใหญ่คือ 50-59 ปี ร้อยละ 50.1 มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 29.7 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.5 ในด้านรายได้ มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 47.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.9 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.6 สำหรับทักษะด้านดิจิทัล พบว่า ครึ่งหนึ่งมีความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟนในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.1 และส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 70.2 นอกจากนี้ โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. มาแล้วประมาณ 11 ปี และมีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.2 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 373)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	343	92.0
ชาย	30	8.0
อายุ (ปี)		
50 ถึง 59 ปี	187	50.1
40 ถึง 49 ปี	131	35.1
18 ถึง 39 ปี	55	14.8
Mean = 48.03, S.D. = 8.21, Min = 18, Max = 59		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	104	27.8
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) หรือเทียบเท่า	98	26.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่า	111	29.8
อนุปริญญา	17	4.6
ปริญญาตรี	42	11.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.2
อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ)		
เกษตรกร	262	60.9
ค้าขาย	57	13.7
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	45	10.8
ธุรกิจส่วนตัว	28	6.7
พนักงานบริษัทเอกชน	14	3.3
อื่นๆ	7	1.6
นักการเมือง	4	0.9
รายได้ (บาท)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	61	16.4
5,000 ถึง 10,000 บาท	177	47.4
10,000 ถึง 15,000 บาท	95	25.5
มากกว่า 15,000 บาท	40	10.7
Mean = 10,482.52, S.D. = 6,053.32, Min 2,000, Max = 50,000, Median = 10,000		
สถานภาพสมรส		
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	220	58.9
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	64	17.2
อยู่ด้วยกัน (แบบไม่ได้สมรส)	57	15.3
โสด	32	8.6

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 373) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	368	98.7
คริสต์	4	1.1
อิสลาม	1	0.2
ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน		
ปานกลาง	187	50.2
มากที่สุด	172	46.1
น้อยที่สุด	14	3.7
จำนวนปีของการเป็น อสม. (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	55	14.7
1 ถึง 5 ปี	73	19.6
6 ถึง 10 ปี	85	22.8
11 ถึง 15 ปี	47	12.6
มากกว่า 15 ปี	113	30.3
Mean = 11.33, S.D. = 9.27, Min = 0.5, Max = 30		
ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต		
สามารถเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ตได้เอง	262	70.2
มีบุคคลอื่นคอยให้การช่วยเหลือบางครั้ง	95	25.5
ไม่สามารถเชื่อมต่อได้ด้วยตนเอง	16	4.3

ด้านการยอมรับเทคโนโลยี พบว่า อสม. มีการยอมรับเทคโนโลยีในระดับสูง (ร้อยละ 81.6, Mean = 81.95, S.D. = 2.60) โดยด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ (ร้อยละ 83.8, Mean = 4.18, S.D. = 0.65) ตามมาด้วย การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน (ร้อยละ 82.6, Mean = 4.18, S.D. = 0.68) และความคาดหวังจากความพยายาม (ร้อยละ 82.4, Mean = 4.17, S.D. = 0.67) ตามลำดับ ด้านความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ พบว่า อสม. มีความต้องการและตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ในระดับสูงทุกด้าน โดยเฉพาะด้านความตั้งใจ (ร้อยละ 81.9, Mean = 12.29, S.D. = 2.06) ความสนใจ (ร้อยละ 81.7, Mean = 8.17, S.D. = 1.39) และการกระทำ (ร้อยละ 81.6, Mean = 12.24, S.D. = 1.94) ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา การใช้สมาร์ทโฟน จำนวนปีที่ เป็น อสม. และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต) และปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยี (การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงความง่ายการใช้งาน ความคาดหวังด้านสมรรถภาพ ความคาดหวังจากความพยายาม อิทธิพลทางสังคม และสภาพสิ่งอำนวยความสะดวก) มีผลต่อความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 เพื่อนำไปวิเคราะห์การถดถอยแบบเชิงพหุคูณต่อในแบบ Multivariate ตามแนวคิดของ Hosmer & Lemeshow (2000) ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการละเลยตัวแปรที่มีศักยภาพในการเป็นปัจจัยสำคัญในแบบจำลอง

ในส่วนของการวิเคราะห์ Multivariate ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Multiple linear regression โดยใช้วิธี Enter ซึ่งรวมตัวแปรอิสระทั้งหมดในคราวเดียวเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต รวมทั้งปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยีทุกตัวแปร รวม 11 ตัวแปร ก่อนการวิเคราะห์ Multiple linear regression ได้มีการตรวจสอบปัญหา Multicollinearity โดยการคำนวณค่า Pearson correlation ระหว่างตัวแปรอิสระ จากการวิเคราะห์ Multiple linear regression เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษาระดับอนุปริญา จะมีความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ มากกว่าการศึกษา ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (Mean Diff._{Adjusted} = 0.15, 95% CI: 0.12, 0.48, p-value = 0.041) ผู้ที่มีความสามารถ ใช้สมาร์ทโฟนในระดับสูงจะมีความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้มากกว่าผู้ที่มีความสามารถระดับน้อย (Mean Diff._{Adjusted} = 0.68, 95% CI: 0.04, 1.33, p-value = 0.036) ในส่วนของจำนวนปีการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่งผลต่อความต้องการ และการตัดสินใจเรียนรู้ (Mean Diff._{Adjusted} = -0.01, 95% CI: -0.29, -0.002, p-value = 0.023) ผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตระดับปานกลาง

จะมีความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้มากกว่า ผู้ที่มีความสามารถระดับน้อย (Mean Diff._{Adjusted} = -0.60, 95% CI: -0.72, -0.48, p-value = 0.006) และผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตระดับมาก จะมีความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้มากกว่า ผู้ที่มีความสามารถระดับน้อย (Mean Diff._{Adjusted} = -0.14, 95% CI: -0.20, -0.10, p-value = 0.003) ในด้านอายุ และสถานภาพสมรส พบว่า ไม่ส่งผลต่อความต้องการ และการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยีส่งผลต่อความต้องการ และการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าความต่าง คะแนนเฉลี่ยจากการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ในการรับรู้ถึงประโยชน์ เท่ากับ 0.25 (95% CI: 0.06, 0.40, p-value = 0.006) การรับรู้ถึงความง่ายการใช้งาน เท่ากับ 0.27 (95% CI: 0.05, 0.38, p-value = 0.008) ความคาดหวังด้านสมรรถภาพ เท่ากับ 0.31 (95% CI: 0.05, 0.39, p-value = 0.008) ความคาดหวังจากความพยายาม เท่ากับ 0.27 (95% CI: 0.07, 0.45, p-value = 0.008) อิทธิพลทางสังคม เท่ากับ 0.32 (95% CI: 0.12, 0.43, p-value = < 0.05) และสภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 0.52 (95% CI: 0.29, 0.62, p-value = < 0.05) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร ด้วยวิธี Enter (n = 373)

ตัวแปร	ความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์							p-value
	n	Mean Difference						
		Mean	S.D.	UN	Adjusted [†]	95% CI		
							Adjusted	
1. ด้านปัจจัยปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล								
1.1 อายุ	373	48.03	8.21	-0.31	-0.004	-0.21, 0.13	0.642	
1.2 ระดับการศึกษา	104	7.02	1.25	0	0		0.041*	
ประถมศึกษา								
หรือต่ำกว่า (อ้างอิง)								
มัธยมศึกษาตอนต้น	98	7.34	1.08	-0.31	-0.01	-0.19, 0.16		
หรือเทียบเท่า								
มัธยมศึกษาตอนปลาย	111	7.14	1.13	0.11	0.13	-0.29, 0.66		
หรือเทียบเท่า								
อนุปริญญา และสูงกว่า	60	7.82	1.18	0.80	0.15	0.12, 0.48		
1.3 สถานภาพสมรส							0.342	
โสด (อ้างอิง)	32	7.38	1.15	0	0			
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	220	7.13	1.22	-0.24	-0.79	-0.31, 0.15		
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	64	7.06	0.92	-0.31	-0.09	-0.37, 0.17		
อยู่ด้วยกัน	57	7.51	1.21	0.13	0.12	-0.37, 0.39		
(แบบไม่ได้สมรส)								
1.4 ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน							0.036*	
น้อยที่สุด (อ้างอิง)	24	6.75	1.21	0	0			
มากที่สุด	172	7.74	1.04	0.98	0.68	0.04, 1.33		
1.5 จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	373	11.33	9.27	-0.26	-0.01	-0.29, -0.002	0.023*	
1.6 ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต								
ไม่สามารถเชื่อมต่อได้เอง (อ้างอิง)	16	6.25	1.65	0	0			
ต้องคอยช่วยเหลือบางครั้ง	95	6.83	1.17	-0.55	-0.60	-0.72, -0.48	0.006*	
สามารถเชื่อมต่อได้	262	7.39	1.08	-1.13	-0.14	-0.20, -0.10	0.003*	
2. ปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยี								
2.1 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	373	4.18	0.65	0.23	0.25	0.06, 0.40	0.006*	

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชุมพร ด้วยวิธี Enter (n = 373) (ต่อ)

ตัวแปร	ความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์						
	n	Mean Difference					p-value
		Mean	S.D.	Un	Adjusted [†]	95% CI	
Adjusted							
2.2 ด้านการรับรู้ถึง ถึงความสะดวกการใช้งาน	373	4.18	0.68	0.22	0.27	0.05, 0.38	0.008*
2.3 ด้านความคาดหวัง สมรรถภาพ	373	4.09	0.67	0.22	0.31	0.05, 0.39	0.008*
2.4 ด้านความคาดหวัง จากความพยายาม	373	4.17	0.67	0.26	0.27	0.07, 0.45	0.008*
2.5 ด้านอิทธิพลทางสังคม	373	4.08	0.69	0.28	0.32	0.12, 0.43	< 0.001*
2.6 ด้านสภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก	373	4.17	0.67	0.52	0.58	0.29, 0.62	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ในด้านของการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบออนไลน์ที่เหมาะสม ตามหลักคู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 3 ด้าน พบว่า รูปแบบข้อมูล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.16, S.D. = 0.63) รองลงมาได้แก่ รูปแบบการพัฒนาทักษะ (Mean = 4.16, S.D. = 0.63) และรูปแบบการการเรียนรู้ (Mean = 4.11, S.D. = 0.63) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีอิทธิพลต่อทุกภาคส่วนของสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังคงเป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนด้านหน้า การนำเครื่องมือดิจิทัลมาใช้ในการเรียนรู้และทำงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของ อสม.

ในจังหวัดชุมพร เพื่อหาแนวทางส่งเสริมและพัฒนาการทำงานของ อสม. ให้ก้าวทันโลกยุคใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการวิเคราะห์การตัดสินใจเรียนรู้ของ อสม. ได้รับแรงขับเคลื่อนจากปัจจัยหลักสองกลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และการยอมรับเทคโนโลยี ด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญที่สุด คือ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และจำนวนปีที่ปฏิบัติงาน โดยพบว่า อสม. ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่าจะมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลดี และมีประสบการณ์ทำงานไม่นานจนเกินไป มีแนวโน้มที่จะเปิดรับการเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า มีความได้เปรียบเชิงโครงสร้างที่ส่งผลให้เกิดการบูรณาการระหว่างความรู้ที่ได้จากการศึกษาและความคุ้นชินทางเทคโนโลยี ปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่ทำให้มีทักษะดิจิทัลที่ดีเท่านั้น แต่ยังเสริมสร้างทัศนคติที่ยืดหยุ่นและเปิดรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิตในยุคดิจิทัล

ดังนั้น การส่งเสริมทักษะดิจิทัลจึงควรเน้นที่การสร้างการเข้าใจในหลักการ และการทำลายอุปสรรคทางความคิดที่เป็นผลมาจากความเคยชินกับวิธีการทำงานแบบเดิม เพื่อให้สามารถเป็นสมาร์ท อสม. ได้อย่างสมบูรณ์แบบในอนาคต ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางดิจิทัล และความยืดหยุ่นในการปรับตัว เป็นแรงผลักดันสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chansuwan, Pornprasertsook, & Thanjitt (2024) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Yuenyong, Ungcharoensuk, & Saktongteerakun (2024) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางดิจิทัลและการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพของ อสม. พบว่า ระดับการศึกษาและความถี่ในการใช้งานแอปพลิเคชันมีผลต่อการพัฒนาทักษะดิจิทัล นอกจากนี้ Vantamay (2024) ได้ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านมือถือมีความแตกต่างไปตามเพศ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา รวมทั้งปัจจัยทางพฤติกรรมและบรรทัดฐานทางสังคมที่มีบทบาทในการกำหนดการเรียนรู้ด้านสุขภาพออนไลน์ ขณะที่การศึกษาจากโครงการ ThaiSook (Sae-lee, Vongsaisuwon, & Charoenpong, 2023) ได้ยืนยันเพิ่มเติมว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ทักษะด้านดิจิทัล อิทธิพลทางสังคม และเงื่อนไขสิ่งอำนวยความสะดวก

ผลการวิเคราะห์ระดับการยอมรับเทคโนโลยีอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80.0 ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีทั้งหมดล้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการและการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับ โมเดลการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ของ Davis (1989) และทฤษฎี UTAUT ของ Venkatesh et al. (2003) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ อสม. รู้สึกว่าสื่อออนไลน์มีประโยชน์และใช้งานง่าย ในขณะที่เดียวกันด้านอิทธิพลทางสังคม (Social influence) และด้านสภาพสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งหมายความว่า การที่ อสม. จะตัดสินใจเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์นั้น นอกจากจะต้องรู้สึกว่ามันมีประโยชน์แล้ว ยังต้องได้รับอิทธิพลจากสังคมและด้านสภาพสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่

การสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งการมีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยอมรับเทคโนโลยี โดยเฉพาะในบริบทที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในชุมชน (Al-Ghuribi, Abu-Naser, & Al-Hindi, 2018) การมีเครื่องมือและทรัพยากรที่พร้อมใช้งานยังเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง (Choochom, Sucaromana, Chavanovanich, & Tellegen, 2019) ผลลัพธ์นี้เน้นย้ำว่าการส่งเสริมให้ อสม. เรียนรู้ออนไลน์ได้สำเร็จ ต้องอาศัยทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและเครือข่ายสนับสนุนควบคู่ไปกับการพัฒนาเนื้อหาที่น่าสนใจ

ผลการวิเคราะห์การตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์จากการประยุกต์ใช้แนวคิด AIDA (Attention, Interest, Desire, Action) พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความพร้อมในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจเรียนรู้ ตั้งแต่การรับรู้ไปจนถึงการลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่การเรียนรู้แบบดิจิทัลได้อย่างดีเยี่ยม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Strudwick (2015) ที่ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความง่ายการใช้งาน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับเทคโนโลยี และงานวิจัยที่ใช้โมเดล UTAUT พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลทางสังคม และสภาพสิ่งอำนวยความสะดวกมีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Farhady, Haghdooost, & Bakhshi, 2020; Philippi, Klerings, & Gartlehner, 2021) สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของ อสม. จังหวัดชุมพร

ด้านโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบออนไลน์ที่เหมาะสมควรมีองค์ประกอบหลายด้าน ได้แก่ เนื้อหาที่ชัดเจน ทันท่วงที เข้าถึงง่าย สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินแต่ละด้านของโปรแกรมเผยให้เห็นว่า รูปแบบข้อมูล มีค่าเฉลี่ยสูงสุดรองลงมา คือ รูปแบบการพัฒนาทักษะ และรูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งสะท้อนว่าการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นระบบ

เป็นสิ่งสำคัญต่อการตัดสินใจเรียนรู้ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวทางของกรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2021) ที่เน้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อและกิจกรรมออนไลน์ที่เข้าถึงง่าย ใช้ภาษาชัดเจน และตอบโจทย์พฤติกรรมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการออกแบบโปรแกรมตามบริบทกลุ่มเป้าหมายสามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจน เช่น งานวิจัยของ Mali & Buanaak (2023) ที่พัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เข้าร่วมมีพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และทัศนคติที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ และจากงานวิจัยของ Chotprom & Sawatsichai (2022) พบว่า การใช้ LINE group ร่วมกับแนวคิด 3 อ. 2 ส. ทำให้กลุ่มเป้าหมายตื่นตัวและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้จริง นอกจากนี้ Indech, Pimolmas & Phatthraphong (2023) ยังรายงานว่าการจัดกิจกรรมออนไลน์ที่กระตุ้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ในกลุ่มเยาวชนระดับมัธยมศึกษาช่วยพัฒนาทักษะด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วม ในขณะที่ Saksri, Yingsuksan, & Chantima (2023) พบว่า โปรแกรม Digital health literacy ผ่านโปรแกรม Zoom สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ได้ ทั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพออนไลน์ที่มีโครงสร้างชัดเจน เนื้อหาทันสมัย กิจกรรมเหมาะสม และออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทและพฤติกรรมเฉพาะกลุ่มจะสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถส่งเสริมการยอมรับเทคโนโลยี โดยเน้นให้เห็นถึงประโยชน์และความง่ายในการใช้งานของสื่อออนไลน์ เพื่อให้ อสม. รู้สึกว่าการเรียนรู้ผ่านช่องทางนี้เป็นเรื่องง่ายและคุ้มค่า โดยนำข้อมูลด้านปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยี ได้แก่ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ถึงความง่ายการใช้งาน ด้านความคาดหวังด้านสมรรถภาพ ด้านความคาดหวังจากความพยายาม ด้านอิทธิพลทางสังคม และ

สภาพสิ่งแวดล้อมความสะดวกมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรูปแบบออนไลน์

2. เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพออนไลน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะ อสม. ที่มีความต้องการและพร้อมที่จะเรียนรู้ และนำข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ทักษะการใช้สมาร์ทโฟน จำนวนปีของการเป็น อสม. และความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต มาเป็นแนวทางพื้นฐานในการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของ อสม.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นเนื้อหาที่ชัดเจน ทันสมัย เข้าถึงง่าย สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพออนไลน์ ติดตามผล เพื่อพัฒนาให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาเชิงลึก (Qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเรียนรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- Al-Ghuribi, N., Abu-Naser, S. S., & Al-Hindi, H. A. (2018). The role of social influence on technology adoption by healthcare workers. *International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*, 5(2), 55-68.
- Alrashed, S. N., Ahmad, M. M., & Almurdi, A. K. (2024). Impact of E-learning technology on medical students in Africa: A case study. *Journal of Medical Education and Research*, 38(1), 45-59.
- Chaiyakulwat, N. (2018). *Applying the unified theory of acceptance and use of technology to understand the adoption of virtual investment communities by retail investors*. Independent Study of Master of Business Administration, Bangkok University, Pathum Thani. (in Thai)

- Chansuwan, P., Pornprasertsook, A., & Thanjitt, V. (2024). The influence of digital literacy and work experience on the adoption of online media by public health personnel. *Journal of Information Technology*, 5(2), 120-135. (in Thai)
- Charan, J., & Biswas, T. (2013). How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(2), 121-126. (in Thai)
- Choochom, O., Sucaromana, U., Chavanovanich, J., & Tellegen, P. (2019). Model of self-development for enhancing psychological immunity of the elderly. *The Journal of Behavioral Science*, 14(1), 84-96. (in Thai)
- Chotprom, W., & Sawatsichai, K. (2022). Effect of an elderly health promotion program using the 3A 2S concept and LINE application on health behaviors of the elderly in an urban community. *Journal of Nursing and Education*, 15(2), 1-14. (in Thai)
- Chumphon Provincial Public Health Office. (2024). *Health statistical data from the Health Data Center (HDC) system for the fiscal year 2567*. Retrieved October 2, 2025, from <https://hdc.moph.go.th/center/public/main> (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- Department of Disease Control. (2021). *Manual on health literacy for disease and health hazard prevention and control*. Bangkok: Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Djubair, H., & Ming, H. T. (2022). The application of AIDA model in user experience design and communication in technology. *Journal of Digital Communication and Media*, 15(3), 112-125.
- Farhady, M., Haghdooost, A. A., & Bakhshi, M. (2020). Factors affecting the adoption of eHealth services among rural populations: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 134, 104036. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8417094/>
- Fu, M., Ma, J., Wang, S., & Wu, X. (2018). Determinants of user satisfaction with health information systems: A UTAUT-based study. *Journal of Medical Systems*, 42(10), 1-9.
- Health Promotion Monitoring and Evaluation System for Health Region 11. (2024). *Report on the results of body mass index (BMI) screening for the working-age population aged 1959 years*. Retrieved October 2, 2025, from <https://hpc11.go.th/me-working-age/> (in Thai)
- Hosmer, D. W., Jr., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Indech, Y., Pimolmas, J., & Phatthraphong, C. (2023). Development of mental health and behavioral skills in a group of high school youth through online activities. *Journal of Psychology and Mental Health Studies*, 10(2), 50-65. (in Thai)
- Kazaure, G. C., Emenike, R. C., & Nwafor, S. O. (2022). Multimedia-based instruction and student learning outcomes in a developing country. *Journal of Educational Technology Development and Exchange*, 15(1), 1-15.
- Mali, K., & Buanaak, P. (2023). Effects of a health promotion program for the elderly on health. *Journal of Elderly Health*, 10(1), 55-68. (in Thai)

- Ministry of Public Health. (2023). *Digital health service action plan B. E. 2566-2570*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Philippi, M., Klerings, I., & Gartlehner, G. (2021). UTAUT model and its application in health technology acceptance: A systematic review. *International Journal of Healthcare Technology Management*, 22(3), 254-278.
- Pratiwi, N. E., Maman, U., Danapriatna, N., Mukri, R., & Hejaziey, D. (2021). AIDA model and consumer decision making on health products. *International Journal of Marketing*, 12(1), 54-68.
- Rana, N. P., & Dwivedi, Y. K. (2015). A study on the factors affecting the adoption of e-health services in developing countries. *Information Technology & People*, 28(4), 861-880.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content experts for item selection during scale development. *Applied Psychological Measurement*, 1(2), 241-253.
- Sae-lee, K., Vongsaisuwon, W., & Charoenpong, P. (2023). Workout logging through an mHealth app for weight reduction among different generations: Secondary analysis of the MED PSU×ThaiSook Healthier Challenge. *JMIR Formative Research*, 7(1), e45298. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37389918/>
- Somying, S., & Supaporn, W. (2018). Factors of attitude and trust affecting the use of financial transaction applications. *Journal of Business Administration*, 15(2), 110-125. (in Thai)
- Song, J., Lee, J. K., & Kang, J. (2021). Applying AIDA model to health communication on social media. *Journal of Public Health*, 39(1), 45-60.
- Srijumpa, R., & Panyaude, L. (2018). *Response behavior with the AIDA model on social media in choosing fishing equipment*. Independent Study of Master of Business Administration, Burapha University, Chonburi. (in Thai)
- Strudwick, G. (2015). Evaluating the effectiveness of digital health interventions for patient education. *International Journal of Medical Informatics*, 84(9), 675-684.
- Suksri, C., Yingsuksan, W., & Chantima, C. (2023). Effects of a digital health literacy promotion program via Zoom on health literacy and health behaviors of a group at risk for non-communicable diseases. *Journal of Health Systems Research and Development*, 20(2), 115-130. (in Thai)
- Sullivan, J. (2025, September 5). *Thailand's digital transformation: Challenges and opportunities*. Retrieved October 2, 2025, from <https://forbesasiacustom.com/thailand-harnessing-opportunities-for-growth/>
- The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand, Chumphon Province. (2024). *Statistical data of village health volunteers in Chumphon Province B.E. 2567*. Chumphon: The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand, Chumphon Province. (in Thai)
- Vantamay, N. (2024). Determinants of mHealth literacy among Thai working-age adults: A structural equation modeling analysis. *Journal of Public Health and Development*, 22(1), 1-14.
- Veerachai, W. (2019). Analysis of the impact of data security concerns on online shopping behaviour. *Journal of Management Science*, 10(1), 30-45. (in Thai)

- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478.
- Yuenyong, S., Ungcharoensuk, W., & Saktongteerakun, J. (2024). Digital literacy and health application usage of village health volunteers in Thailand. *Journal of Health Science Research*, 18(2), 45-57. (in Thai)
- Zikmund, W. G., Babin, B. J., Carr, J. C., & Griffin, M. (2010). *Business research methods*. (8th ed.). Mason, Ohio: South-Western Cengage Learning.

บทความวิจัย

การประเมินลักษณะน้ำนมของมารดาหลังคลอดตามคัมภีร์ปฐมจินดาร่วมกับ การศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอด ชุมชนบ้านห้วยนา จังหวัดเลย

ศุภกร หีบทอง¹ พท.บ., วิไลวรรณ ไชกะวัง¹ พท.บ., เพ็ญศิริ จันทร์แอ² ส.ม., ศิรินทิพย์ พรหมเสนสา^{3,*} พท.ม.

Received: August 5, 2025

Revised: November 13, 2025

Accepted: November 17, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะน้ำนมของมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามคัมภีร์ปฐมจินดา และศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาการดูแลมารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย มีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบกรณีศึกษา โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน จำนวน 1 ราย และมารดาหลังคลอด จำนวน 15 ราย

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดมีน้ำนมประเภทน้ำนมโท ร้อยละ 67.0 และน้ำนมเอก ร้อยละ 33.0 ตามลำดับ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดในบ้านห้วยนามีวัฒนธรรมความเอื้อเฟื้อดูแลกันและกันในครอบครัว การจัดเตรียมขันท์ 5 สำหรับการบอกกล่าวบรรพบุรุษเรียกขวัญแม่และลูกน้อยกลับบ้าน การรับประทานอาหารที่จำกัด เช่น หมู ปลาช่อนน้อย ขิง ข่า เป็นต้น เพราะช่วยให้ น้ำนมไหลดี ป้องกันการผดผื่นแดง งดรับประทานอาหารแสลงเพราะจะส่งผลให้มีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อ กระตุก และมีการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยตำรับยาที่มีสรรพคุณช่วยเพิ่มน้ำนม การประเมินน้ำนมตามคัมภีร์ปฐมจินดาที่กล่าวว่า การมีบุตรที่ดีนั้นต้องอาศัยน้ำนมแม่ที่มีลักษณะคุณภาพดี และมีปริมาณที่เพียงพอเพื่อป้องกันและส่งเสริมให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สรุปได้ว่ามารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนามีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาที่ปฏิบัติสืบทอดต่อกันมาจนถึงปัจจุบันทั้งในเรื่องการอยู่ไฟ การรับประทาน อาหาร งดอาหารแสลง และภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ใช้สมุนไพรดูแลมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: คัมภีร์ปฐมจินดา ภูมิปัญญา มารดาหลังคลอด ลักษณะน้ำนม วัฒนธรรม

¹ แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

³ อาจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: Sirintip.pr@udru.ac.th

Assessment milk characteristics of postpartum mothers according to the Kum-Pee-Pathom-Jinda with a study of culture and wisdom care postpartum mothers in Ban Huaina community, Loei Province

Supakorn Heebthong¹ B.TM., Wilaiwan Khaikawing¹ B.TM., Pensiri Chan-ae² M.P.H.

Sirintip Promsensa^{3,*} M.TM.

ABSTRACT

This study aimed to assess the characteristics of breast milk among postpartum mothers using Thai Traditional Medicine based on the Kum-Pee-Pathom-Jinda and to study the culture and local wisdom related to postpartum care in the Ban Huai Na community, Chiangklom Subdistrict, Pakchom District, Loei Province. This qualitative research was conducted as a case study, selecting a specific sample group consisting of one traditional healer and fifteen postpartum mothers.

The results showed that postpartum mothers had 67% finer milk (Nam-Nom-Toe) and 33% finest one milk (Nam-Nom-Ake), respectively. Regarding culture and local wisdom, postpartum mothers in Ban Huaina demonstrated strong traditions of familial support and mutual care. Practices included preparing a Five Aggregates offering set to inform ancestors and call back the spirits of the mother and newborn, consuming restricted foods such as pork, small white fish, ginger, and galangal to promote good milk flow and prevent adverse reactions, and avoiding taboo foods believed to cause dizziness, musculoskeletal pain, or other discomforts. Local wisdom also involved the use of a traditional herbal recipe to enhance breast milk production. Evaluation of the milk characteristics according to the Kum-Pee-Pathom-Jinda, which states that a healthy child requires breast milk of good quality and sufficient quantity for protection and health promotion. In conclusion, the group of postpartum mothers in the Ban Huaina community continues to preserve cultural practices and inherited wisdom, including postpartum confinement, dietary practices, avoidance of taboo foods, and the use of traditional herbal recipes in maternal care

Keywords: Kum-Pee-Pathom-Jinda, Wisdom, Postpartum mothers, Characteristics of milk, Culture

¹ Thai Traditional Medicine, Pakchom Hospital, Loei Province

² Assistant Professor, Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan Sakonnakhon Campus

³ Lecturer, Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Science, Udon Thani Rajabhat University

* Corresponding author: Sirintip.pr@udru.ac.th

บทนำ

น้ำนมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะมีสารอาหารต่างๆ ตามที่ทารกต้องการ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และยังมีประโยชน์กับมารดา เช่น ลดภาวะตกเลือดในมารดาหลังคลอด ช่วยให้มีเต้านมเข้าอยู่เร็วขึ้น ลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) แนะนำให้มารดาหลังคลอดบุตรเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมมารดาอย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน จากนั้นจึงเริ่มให้อาหารตามวัย (Complementary feeding) ร่วมกับน้ำนมมารดาจนครบอายุ 2 ขวบ (World Health Organization, 2014) สำหรับประเทศไทยมีการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมแม่อย่างเดียวจน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 28.6 ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก (National Statistical Office of Thailand, 2023) ในปัจจุบันจึงมีการเตรียมมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้มารดาครรภ์แรกมีความมั่นใจในทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ซึ่งมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและครอบครัว ส่งผลให้สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่นานขึ้น (Sriwongchai, Shinkam, Wariloon, & Sripoun, 2021) นอกจากนี้ในการดูแลมารดาหลังคลอดตามหลักการพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลมารดาหลังคลอด คือ มารดาจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด เช่น การเปลี่ยนแปลงของเต้านม มดลูก น้ำคาวปลา แผลฝีเย็บ อาการเจ็บปวดที่ไม่สุขสบายต่างๆ รวมถึงสภาพจิตใจ ความเครียด และความผิดปกติทางอารมณ์ของมารดาหลังคลอด (Wang-sawiboon & Tongyoy, 2024)

การดูแลมารดาหลังคลอดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยนั้นมีหลักและทฤษฎีกลไกตามธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย โดยภายหลังการคลอดบุตรธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย ปถวี (ธาตุดิน) อาโป (ธาตุน้ำ) วาโย (ธาตุลม) และเตโช (ธาตุไฟ) จะเกิดการเสียสมดุล ซึ่งการดูแลมารดาหลังคลอด

ถือเป็นการฟื้นฟูสุขภาพมารดาจะช่วยให้ร่างกายเกิดความอบอุ่น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ขับน้ำคาวปลา ลดอาการคัดตึงเต้านม ทำให้ธาตุทั้ง 4 ในร่างกายกลับมาอยู่ในภาวะสมดุล (Golden Jubilee Medical Center, 2020) คัมภีร์ปฐมจินดาถือตำราหนึ่งในตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ที่เป็นหลักประธานแห่งพระคัมภีร์ฉันทศาสตร์ทั้งปวง ซึ่งบรมครูชวีกโกมารภักได้เป็นผู้แต่งไว้ โดยในคัมภีร์ปฐมจินดากล่าวไว้ว่าเมื่อมนุษย์ทั้งหลายถือปฏิสนธิแล้วก็คลอดจากครรภ์มารดา ถ้าเป็นสตรีจะมีประเภตผิตจากบุรุษ 2 ประการ คือ ต่อมเลือด (มดลูก) และน้ำนมสำหรับเลี้ยงบุตร โดยลักษณะน้ำนมในคัมภีร์ปฐมจินดาประกอบไปด้วย น้ำนมที่ให้โทษแก่กุมาร น้ำนมพิการ และน้ำนมเป็นโทษ และลักษณะของน้ำนมที่ดีประกอบไปด้วย น้ำนมอย่างเอก และน้ำนมอย่างโท ซึ่งถือเป็นน้ำนมที่ดีมีกลิ่นหอมของนม ไม่คาว มีความข้น รสน้ำนมหวานมัน นอกจากนี้ ลักษณะหญิงที่เป็นแม่ที่ดีมี 4 ประการ คือ 1. หญิงที่มีกลิ่นตัวหอมดังดอกกล้วยไม้ มีรสน้ำนมหวานมันเจือกัน 2. หญิงที่มีกลิ่นตัวดังดอกอุบล น้ำนมมีรสหวาน 3. หญิงที่กลิ่นตัวไม่ปรากฏหอมหรือเหม็น รสน้ำนมหวานมัน 4. หญิงที่มีกลิ่นตัวหอมเผ็ด น้ำนมขาวรสมันเข้มข้นน้อย (Thai Medical Rehabilitation Foundation, 2007)

คัมภีร์ปฐมจินดามีการกล่าวถึงการประเมินลักษณะน้ำนมของมารดาหลังคลอด โดยการทดสอบลักษณะน้ำนมตามวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ด้วยการหยดนมลงในภาชนะที่มีน้ำใส่ไว้ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของน้ำนมที่หยดลงไป โดยลักษณะน้ำนมจะแบ่งออกเป็นน้ำนมคุณภาพแบ่งย่อยเป็นน้ำนมเอกและน้ำนมโท ซึ่งลักษณะของน้ำนมเอกนั้น น้ำนมจะจมลงก้นขันหรือก้นภาชนะเป็นกลุ่มก้อนและมีสีขาวดังสังข์ ส่วนลักษณะของน้ำนมโชนั้น น้ำนมจะกระจายแต่จมลงก้นขันหรือภาชนะไม่เป็นกลุ่มก้อน น้ำนมทั้งสองประเภทถือเป็นน้ำนมคุณภาพที่มีความเหมาะสมแก่การเลี้ยงบุตร ซึ่งได้มีการระบุไว้ว่าน้ำนมทั้งสองอย่างนี้จะกระทำให้ทารกที่ได้ดื่มกินมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงไม่มีโรคภัย (Thai Medical Rehabilitation Foundation, 2007)

ภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นการสั่งสมความรู้ประสบการณ์และความเฉลียวฉลาดของชาวบ้านที่มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมา ทั้งการทำมาหากิน การอยู่ร่วมกันในชุมชน ประเพณี และความรู้การเคารพผู้ใหญ่และบรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว (Thai Encyclopedia for Youth, n.d.) โดยภูมิปัญญาดั้งเดิมของชาวอีสานมีหลักการที่เรียกว่า ข้อห้ามหรือข้อชะล่าที่ไม่ควรปฏิบัติ โดยเฉพาะในสตรีหลังคลอดและลูกน้อยนั้น มีข้อห้ามที่ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเป็นอย่างมาก คือ แม่หลังคลอดต้องได้อยู่ไฟหรืออยู่กรรมเพื่อให้มดลูกเข้าอู่ ขับน้ำคาวปลา ซึ่งมักจะมีสมุนไพรและอุปกรณ์ต่างๆ มากมาย สำหรับการอยู่ไฟและการใช้ยาต้มสมุนไพรประกอบด้วย ข้าวหลามตง ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ แก่นฝาง และต้องมีการแต่งเตรียมขันท์ 5 ก่อนการอยู่ไฟ และมีเวลาการอยู่ไฟต่ำสุดที่ 7 วัน มากสุดที่ 29 วัน โดยส่วนใหญ่มักนิยมเป็นเลขคี่ ในช่วงของการอยู่ไฟมักรับประทานอาหารได้ค่อนข้างจำกัดทั้งเนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ เพื่อป้องกันอาการผิวดำแดงที่อาจเกิดขึ้น (Thongnet, 2012)

วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเจริญงอกงามของสังคมทั้งความก้าวหน้าของชาติและศีลธรรมอันดีรวมไปถึงทั้งทางจิตใจและทางวัตถุ (Office of the Royal Society, 2012) วัฒนธรรมประจำชีวิตของคนอีสานในการคลอดที่แสดงถึงอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่ค่อนข้างชัดเจน โดยเฉพาะการอยู่กรรมหรือการอยู่ไฟ การกินน้ำร้อนหรือน้ำสมุนไพรขณะอยู่ไฟ ระยะเวลาของการอยู่ไฟ ผู้อยู่ไฟต้องละเว้นของชะล่า (อาหารแสลง) และการจัดทำพิธีกรรมสู่ขวัญแต่งขันท์ 5 ผูกข้อต่อแขนให้แม่และลูก (Liengjindathaworn, 2002) วัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดถือเป็นการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษอย่างยาวนานที่ยังคงมีการปฏิบัติตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเป้าหมายของการดูแลสุขภาพของภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นเพื่อให้มารดาและลูกปลอดภัย และที่ยังคงมีการปฏิบัติอยู่นั้นประกอบไปด้วยการอยู่ไฟ เพราะเชื่อว่าการอยู่ไฟจะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว ขับน้ำคาวปลา ทำให้แม่สุขภาพแข็งแรงมีน้ำนมให้ลูก และมีการใช้สมุนไพรในช่วงของการอยู่ไฟ โดยมักเป็นตำรับยาสมุนไพรหลากหลายชนิดที่สามารถหาได้ตามท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ โดยเน้นการบำรุงร่างกายให้แม่แข็งแรง

บำรุงน้ำนมเพื่อให้มีปริมาณมากพอสำหรับทารกและปรับรสชาติให้น้ำนมมีรสดี (Pumtong, Wirasathien, Sitthithaworn, Rungmekarat, & Paeratakul, 2010) ชุมชนบ้านห้วยนา อำเภอปากชม จังหวัดเลย ตั้งอยู่บริเวณที่ราบหินห้วยเป็นที่ทำนา ทำไร่ของประชาชนเป็นจำนวนมาก และยังเป็นพื้นที่ป่าไม้อุดมสมบูรณ์มาก เป็นแหล่งที่มีสมุนไพรหลากหลายชนิด หมอพื้นบ้านจึงมีการเข้าไปเก็บสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ตามภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ยังมีการดูแลในรูปแบบอื่น อาทิ การอยู่ไฟและการใช้ยาต้มสมุนไพร โดยถือเป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ยังคงมีการปฏิบัติกันมารวมถึงการปฏิบัติในการงดอาหารแสลงต่างๆ ทั้งประเภทเนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ เป็นต้น ทางโรงพยาบาลปากชม มีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่ให้บริการดูแลมารดาหลังคลอดตามสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการลงพื้นที่ติดตามรวมถึงการสอบถามความเป็นอยู่มารดาหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและเรียนรู้ถึงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด พร้อมกับประเมินลักษณะน่านมตามคัมภีร์ปฐมจินดา ทั้งนี้ถือเป็นการบูรณาการดูแลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด เพื่อให้มารดาตระหนักและทราบถึงลักษณะน่านมตามคัมภีร์ปฐมจินดาที่กล่าวว่า การมีบุตรที่ดีนั้นต้องอาศัยน้ำนมแม่ที่มีลักษณะดีและมีปริมาณที่เพียงพอ เพื่อเป็นการป้องกันและส่งเสริมให้มีสุขภาพที่แข็งแรง และยังถือเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ทั้งด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดให้คงอยู่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินลักษณะน่านมของมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามคัมภีร์ปฐมจินดา
2. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบกรณีศึกษา (Case study) โดยการศึกษาวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0111/2566 ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน จำนวน 1 ราย อายุ 83 ปี และมารดาหลังคลอด จำนวน 15 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. หมอพื้นบ้าน มีคุณสมบัติเป็นหมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้สมุนไพรดูแลมารดาหลังคลอด ได้รับการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้าน มีระยะเวลาการเป็นหมอพื้นบ้าน 10 ปีขึ้นไป จะต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่องในเขตพื้นที่ชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภอกาบัง จังหวัดเลย และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาหลังคลอด

2. มารดาหลังคลอด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นกลุ่มมารดาหลังคลอดที่อยู่ในเขตชุมชนบ้านห้วยนา มีประวัติการคลอดปกติที่ยังคงให้นมบุตร ไม่มีประวัติของการตกเลือดหลังคลอดหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และสามารถสื่อสารรู้เรื่อง เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่คลอดด้วยการผ่าคลอด และมีภาวะหรือมีความเสี่ยงที่ตกเลือดในช่วงหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีโรคประจำตัว อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และมีประวัติการแพ้อาหารและสมุนไพร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. หมอพื้นบ้าน

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์จากการรวบรวมเอกสาร หนังสือ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาตั้งข้อคำถามที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์ ทั้งหมด 13 ข้อ อาทิ การปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับพิธีกรรมทางวัฒนธรรม

การอยู่ไฟ การใช้ยาสมุนไพร รวมถึงการรับประทานอาหารเพื่อวิเคราะห์เป็นข้อมูลด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอด และอุปกรณ์บันทึกเสียง

2. มารดาหลังคลอด

- 2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์จากการรวบรวมเอกสาร หนังสือ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาตั้งข้อคำถามที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์ ทั้งหมด 13 ข้อ อาทิ การปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับพิธีกรรมทางวัฒนธรรม การอยู่ไฟ การใช้ยาสมุนไพร รวมถึงการรับประทานอาหารและอุปกรณ์บันทึกเสียง

- 2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยเป็นคำถาม อาทิ อายุ โรคประจำตัว วิธีการคลอด ลำดับการตั้งครรภ์ และการอยู่ไฟ

- 2.3 แบบประเมินลักษณะน่านมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย (Wangsomboonsiri, Booranasubkajom, Akarasereenont, Ngercham, & Tripatara, 2023) อาทิ ลักษณะของน่านม สี รสชาติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินการตรวจลักษณะของน่านมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย (Wangsomboonsiri et al., 2023) โดยค่าความเที่ยงตรง (Content validity) มีค่า IOC เท่ากับ 0.8-1.0 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) น่านมเอก เท่ากับ 0.70 น่านมโท เท่ากับ 0.75 และน่านมโทษ เท่ากับ 0.84

2. การตรวจสอบข้อมูล โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากหมอพื้นบ้าน และมารดาหลังคลอด ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยใช้พิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นั้นถูกต้องหรือไม่ ซึ่งทำการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มา 3 แหล่ง คือ หมอพื้นบ้าน มารดาหลังคลอด และเอกสารทางวิชาการ (Tongthong, Philawan, Khamplae, Leelakornjan, Rattanachompu, Promsensa et al., 2024) โดยตรวจสอบข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรม บันทึกเทปขณะเสวนา ดำเนินการตรวจสอบ

คุณภาพของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ การสังเกต การสัมภาษณ์ มารวบรวมให้เป็นระบบ ตีความจากบทสัมภาษณ์ โดยเชื่อมโยงและหาความสัมพันธ์ของข้อมูล และเพิ่มเติมข้อมูลให้สมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการพรรณนา เพื่อจัดหมวดหมู่ของเนื้อหา และนำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วมหรือประเด็นหลัก อธิบายเนื้อหาและจัดทำสรุปข้อมูลการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีประวัติการคลอดในโรงพยาบาลปากชม ที่อยู่ในเขตชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภopakชม จังหวัดเลย โดยใช้แบบสอบถาม และดำเนินการสัมภาษณ์ หอมพื้นบ้านและมารดาหลังคลอด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) จากการรวบรวมเอกสาร หนังสือ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาตั้งข้อคำถามที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์ อุปกรณ์บันทึกเสียง และการประเมินลักษณะน้ำหนักตามคัมภีร์ปฐมจินดา ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลในการประเมินลักษณะน้ำหนักตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยใช้สถิติพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่ศึกษาในด้านวัฒนธรรม และภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอด

ผลการวิจัย

1. บริบทพื้นที่ชุมชน

ชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภopakชม จังหวัดเลย เป็นพื้นที่ภูเขาสลับซับซ้อน มีพื้นที่ราบเชิงเขาเล็กน้อย ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทำการเกษตร อาทิ นาข้าว ไร่ข้าวโพด เลี้ยงสัตว์ ไร่มันสำปะหลัง ไร่ถั่วต่างๆ และการปลูกยางพารา มีลำห้วยสงวาลไหล

ผ่านกลางหมู่บ้านเหมาะแก่การทำการเกษตร และมีป่าชุมชนบ้านห้วยนาที่มีพื้นที่กว้าง มีความอุดมสมบูรณ์ของพืชหลากหลายชนิดที่มีสรรพคุณเป็นสมุนไพรตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของหอมพื้นบ้าน และมีแนวปฏิบัติเมื่อเข้าไปเก็บสมุนไพร จะต้องไปทุกวันอังคาร ขึ้น 15 ค่ำ เมื่อมีการเจ็บป่วยประชาชนยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างหอมพื้นบ้าน อายุ 83 ปี ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาหลังคลอดที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภopakชม จังหวัดเลย มากกว่า 30 ปี

กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด มีอายุ 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 54.0 รองลงมาอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.0 และมีอายุ 18-20 ปี ร้อยละ 13.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว และคลอดธรรมชาติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 67.0 และครรภ์ที่ 1 ร้อยละ 33.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 100.0 อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ พบว่า ไม่มี ร้อยละ 100.0 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอยู่ไฟมาก่อน ร้อยละ 100.0 มีระยะเวลาในการอยู่ไฟหลังคลอด 3-7 วัน ร้อยละ 60.0 รองลงมาอยู่ไฟ 9-13 วัน ร้อยละ 33.0 และอยู่ไฟ 15-2 วัน ร้อยละ 7.0 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างเคยใช้ยาต้มสมุนไพร ร้อยละ 100.0

3. ข้อมูลการประเมินลักษณะน้ำหนักตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีรายละเอียดดังนี้

ประเภทของน้ำหนักที่ตรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนักประเภทน้ำหนักอย่างโท ร้อยละ 67.0 และน้ำหนักอย่างเอก ร้อยละ 33.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ประเภทของน้ำนมที่ตรวจพบของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด

ประเภทของน้ำนมที่ตรวจพบ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 15)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทของน้ำนม		
น้ำนมอย่างเอก	5	33.0
น้ำนมอย่างโท	10	67.0

4. การศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาการดูแลมารดาหลังคลอด

วัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดเลย มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 วัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอดที่สืบทอดจากบรรพบุรุษ พบว่าหมอพื้นบ้านมีวิธีการดูแลรักษาแม่หลังคลอดที่คลอดลูกแล้วต้องได้รับการอยู่ไฟหลังคลอดด้วยกรรมวิธี ได้แก่ การอยู่ไฟ การรับประทานยาต้มสมุนไพร การอาบน้ำต้มสมุนไพร รวมไปถึงการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดขณะอยู่ไฟ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแสดงต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตัวมารดาหลังคลอด ซึ่งมารดาหลังคลอดค่อนข้างจะรับประทานอาหารได้อย่างจำกัดเป็นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงอาหารที่จะก่อให้เกิดอาการติดเชื้อหรือที่เรียกว่า ผิดกรรม โดยมักจะให้รับประทานเพียงแค่น้ำแกง กล้วย ตำปลาขาวน้อย ไข่ไก่ และจำพวกผักนั้นส่วนใหญ่จะเป็นขิง ข่า และปลี ในส่วนของผลไม้จะไม่รับประทาน เพราะกลัวจะรับประทานกัน และมียาต้มสมุนไพรที่สามารถหาได้ในพื้นที่ โดยเป็นตำรับที่ใช้นานมาก ซึ่งส่วนมากจะพบเป็นไม้น้ำน้อย ไม้น้ำขาวหลวง เครือแฮดหวานหรือชะเอม โดยต้มกินรับประทานแทนน้ำ ซึ่งสรรพคุณของยาต้มสมุนไพรจะช่วยในเรื่องการไหลของน้ำนมให้ลูกได้กินนมและป้องกันการติดเชื้อที่อาจจะเกิดขึ้นต่อแม่และลูกน้อย

หมอพื้นบ้าน อายุ 83 ปี กล่าวว่า “...ยามแม่คลอดลูกแล้วต้องได้อยู่ไฟ อยู่กรรม กินยาต้ม อาบน้ำต้มอย่าเอ็ดผิดกรรม อย่ากินอาหารผิด แล้วกะอย่ากินซุ่มของแสง แวงกินที่กินได้พวกเนื้อสัตว์กะสิมี ซุ่มเนื้อหมู

ควายดำ ปลาขาวน้อย ไข่ไก่ ผักกะสิเป็นพวกขิง ข่า ปลีหมากไม้บ่มกินบ่อได้ แล้วกะสิมียาต้มที่ใช้กะสิเป็นยาหากไม้ที่หาได้ในป่าตามบ้านเขาที่หลายๆ แหนะกะเป็นซุ่มไม้น้ำน้อย ไม้น้ำขาวหลวง เครือแฮดหวาน สิกินกะเอาไปต้มใส่หม้อให้กินต่างน้ำยามอยู่ไฟยาแต่ละอย่างกะสิต้มๆ กันยาต้มนี้กะสิสอยเรื่องให้แม่แม่เหนียวไหลดี ลูกกินกะสิได้อิ่มบ่อให้ผิดกรรมพร้อม...” (หมอพื้นบ้าน อายุ 83 ปี)

ในเขตชุมชนบ้านห้วยนามีการปฏิบัติในเรื่องของวัฒนธรรมที่ยังคงสืบทอดต่อกันมาจากบรรพบุรุษ ผู้เฒ่าผู้แก่ รวมไปถึงวัฒนธรรมความเชื่อเพื่อดูแลกันและกันในครอบครัว ซึ่งกลุ่มมารดาหลังคลอดหลังจากออกจากโรงพยาบาล แม่ ญาติสนิท บ้านใกล้เคียงเฝ้าจะคอยเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ ที่พร้อมใช้สำหรับอยู่ไฟหลังคลอด ในแต่ละบ้านของกลุ่มมารดาหลังคลอดก่อนจะมีการอยู่ไฟต้องเตรียมขันธ 5 ประกอบด้วย ดอกไม้ 5 คู่ เทียน 5 คู่ จัดวางใส่บนจานและให้ผู้ที่อาบไธมากที่สุดในบ้านเป็นผู้ทำพิธีเล่าขานกล่าวถึงบรรพบุรุษที่ล่วงลับไป รวมถึงผีบ้านผีเรือนให้ได้รับทราบ เพื่อเป็นการรับขวัญหลานและแม่หลังคลอด เพื่อเรียกให้ขวัญกลับมาอยู่กับตัว ป้องกันสิ่งไม่ดีมาทำร้ายหรือมาใกล้ ซึ่งมีการผูกต้ายสายสิญจน์บริเวณข้อมือของมารดาหลังคลอด และลูกน้อยหลังกลับมาอยู่บ้านซึ่งพร้อมที่จะอยู่ไฟ

จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด อายุ 32 ปี กล่าวว่า “...แม่หลังคลอดกับลูกน้อยคันออกจากโรงพยาบาลกะสิให้ผู้เฒ่าในบ้านแต่งขันธ 5 เตรียมไว้ ในขันธ 5 กะสิมีเทียน 5 คู่ ดอกไม้ 5 คู่ แต่งไว้ใส่จานผู้เฒ่าในบ้านกะสิเป็นคนว่าขออดหาผู้เฒ่าผู้แก่ที่พึ่งที่ตายไปแล้วกะสิว่าขออดหาผีบ้านผีเรือนให้พ้นได้ชั่วละกะเป็นการฮักขวัญแม่กับลูกให้ขวัญได้เมื่อบ้านมาอยู่กับโตบ่อให้แนวบ่อดี

มาใกล้ ละกะผูกฝ้ายผูกแขนให้หลังออกจากโรงบาล เพื่อที่พร้อมสืออยู่ไฟ...” (มารดาหลังคลอด อายุ 32 ปี)

กลุ่มมารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนา มีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาเรื่องการอยู่ไฟและการออกไฟ ของมารดาหลังคลอด โดยเป็นการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ เพราะการอยู่ไฟจะทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว ช่วยขับน้ำคาวปลา บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ อีกทั้งการอยู่ไฟ ยังช่วยแก้อาการผิวดำแดงหรือในภาษาท้องถิ่นมักเรียกว่า ผิดกรรม และมารดาหลังคลอดต้องอยู่ไฟให้ครบสิบสาม วันหรือหากในกรณีที่ไม่สามารถอยู่ไฟได้ครบสิบสามวัน ก็สามารถออกไฟได้ก่อนกำหนด ซึ่งต้องออกไฟให้ตรงกับ วันคึก (วันคี่) ซึ่งในการออกไฟหากออกไม่ตรงวันคี่นั้น แม่และลูกจะมีอาการไม่ค่อยแข็งแรง มักจะเจ็บไข้อย่างง่ายและบ่อยครั้ง

จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด อายุ 27 ปี กล่าวว่า “...แม่หลังคลอดต้องนอนอยู่ไฟเพราะผู้เฒ่า เห็นว่าสือเข้าอู่ได้เร็ว ละกะสือให้น้ำคาวปลาไหล ออกมาดี บอให้แม่หลังคลอดผิดกรรมพร้อมต้องอยู่ไฟ จนกว่าสือขอดมี้อออกไฟ ต้องอยู่ไฟขอดเกือบสิบสามมี้อ จังสือออกไฟได้ แต่ถ้ายูบอขอดสิบสามมี้อกะให้อยู่สุมที่ ไหวแต่ว่าคั้นสือออกไฟต้องออกมี้อคึกสุมฮั่น ผู้เฒ่า โบราณเห็นว่าบ่อฮั่นแม่กับลูกสือล่อแหลมสิมักเจ็บไข้อย่างง่ายกว่าเก่า...” (มารดาหลังคลอด อายุ 27 ปี)

ประเด็นที่ 2 ภูมิปัญญาในเรื่องอาหารที่ควรรับประทานอาหารและไม่ควรรับประทานหรือที่เรียกว่า อาหารแสลง กลุ่มมารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนา มีการรับประทานอาหารตามคำแนะนำจากมารดาญาติ หมอพื้นบ้าน หรือคนเฒ่าคนแก่ ซึ่งยังคงมีการปฏิบัติตั้งแต่อดีตจนกระทั่งในยุคปัจจุบัน โดยอาหารที่ชุมชนบ้านห้วยนา มีการรับประทานในช่วงของการอยู่ไฟหลังคลอด คือ ควายดำ หนุม ปลายาวน้อย ขิง ข่า ปลี ทั้งนี้ อาหารที่รับประทานนั้นค่อนข้างจำกัดเพื่อป้องกัน ขะล่าหรือที่เรียกว่าเกิดการผิดกรรมผิวดำแดงต่างๆ เพราะเชื่อว่าการรับประทานอาหารจากข้างต้นที่กล่าวมา จะช่วยให้มารดาหลังคลอดมีร่างกายแข็งแรง น้ำนมมาดีและมีปริมาณมาก ช่วยป้องกันการผิวดำแดงต่างๆ ที่ส่งผลต่อมารดาหลังคลอดและลูกน้อย ซึ่งอาหารแสลงที่มารดาหลังคลอดนั้นต้องหลีกเลี่ยงและงดรับประทาน

คือ เนื้อสัตว์ป่าแทบจะทุกชนิด เนื้อวัว ควายตอน (ควายเผือก) ปลาไม่มีเกล็ด ไข่ไก่ ผักเหมา (ชะอม) ผักไห (มะระขี้นก) หน่อไม้ ของหมักดองทุกชนิด ผลไม้รสเปรี้ยว รวมไปถึงของปรุงรสต่างๆ เพราะเชื่อว่า หากมารดาหลังคลอดรับประทานอาหารแสลงเข้าไป จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการท้องเสีย แพ้พิษไฟ หรือมีผื่นแดงคันขึ้นตามบริเวณผิวหนัง รวมไปถึงมีความเชื่อที่อาจส่งผลให้ลูกน้อยที่ดื่มนมมีอาการลงท้อง (ท้องเสีย)

จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด อายุ 25 ปี กล่าวว่า “..ยามอยู่ไฟกะสือได้กินแต่พวกหมู ควายดำ ปลาขาวน้อย ถ้าเป็นผักกะสือเป็นพวกขิง ข่า ปลี เพราะว่าหากินชุมนี้ กะสือบ่ผิดกรรมกะสือโหลดแล้วกะหลายพร้อม แต่ว่าคั้นฮากินของชะล่าของแสลงยามอยู่ไฟชุมพวกเนื้อวัว เนื้อสัตว์ป่า อาหารทะเล ของหมักของดอง แล้วกะพวกเนื้อควายตอน ชุมปลาบ่อมีเกิดสือให้แม่หลังคลอด ผิดกรรมแพ้พิษไฟ เป็นผื่นแดงคันตามโต ลูกกินนมกะสือลงท้อง น้ำนมแม่กะสือบ่ไหล แล้วกะสือปวดหัวคัก วินหัว ปวดท้อง ปวดตามตตามโต ตากะสือออกๆ มีดบอดเหลียวบ่อเห็นหนาวไข โตสั่นก้อ...” (มารดาหลังคลอด อายุ 25 ปี)

ประเด็นที่ 3 มารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนาได้รับการดูแลด้วยภูมิปัญญาจากการใช้สมุนไพร ในการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยตำรับยาที่เป็นยาต้มสมุนไพรให้มารดาหลังคลอดรับประทานในช่วงของการอยู่ไฟมักเป็นตำรับยาจากหมอพื้นบ้าน และยังพบว่า ในเขตชุมชนบ้านห้วยนา มีการใช้ยาต้มสมุนไพรที่สามารถหาได้ในพื้นที่ทั้งในเขตชุมชนหรือตามไร่ นา ซึ่งมีความเหมือนและคล้ายคลึงกัน

หมอพื้นบ้าน อายุ 83 ปี กล่าวว่า “...ยาสมุนไพรที่ใช้ประกอบไปด้วย ไม้ข้าวหลามดง ไม้หน้อย (หน้อย) เครือแฮดหวาน (ชะเอมไทย) หนุ่ยนางแดง (ย่านางแดง) แก่นฝางแดง ห้วยหลวง (ข้าวเย็นใต้) โดยมีขนาดและวิธีใช้ ใช้ในปริมาณเท่าๆ กัน ด้วยวิธีการต้ม กินแทนน้ำ และมีสรรพคุณช่วยเพิ่มน้ำนมให้กับกลุ่มมารดาหลังคลอด กระตุ้นการไหลของน้ำนมบให้ขาดเพื่อที่จะเพียงพอต่อลูกน้อย และช่วยให้มารดาหลังคลอดมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง...” (หมอพื้นบ้าน อายุ 83 ปี)

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินลักษณะน้ำนมของมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามคัมภีร์ปฐมจินดาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำนมประเภทน้ำนมอย่างโท ร้อยละ 67.0 และน้ำนมอย่างเอก ร้อยละ 33.0 ตามลำดับ ซึ่งในการประเมินลักษณะน้ำนมของมารดาหลังคลอดนั้น มีความสอดคล้องตามคัมภีร์ปฐมจินดาที่มีการทดสอบลักษณะน้ำนมตามวิธีทางการแพทย์แผนไทยด้วยการหยดนมลงในภาชนะที่มีน้ำใสไว้ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของน้ำนมที่หยดลงไป โดยลักษณะน้ำนมจะแบ่งออกเป็นน้ำนมคุณภาพแบ่งย่อยเป็นน้ำนมอย่างเอกและน้ำนมอย่างโท ซึ่งลักษณะของน้ำนมอย่างเอคนั้น น้ำนมจะจมลงก้นชามหรือก้นภาชนะเป็นกลุ่มก้อนและมีสีขาวดั่งสังข์ มีสัณฐานดังลูกบัวเกราะในส่วนลักษณะของน้ำนมอย่างโทนั้น น้ำนมจะกระจายแต่จมลงที่ก้นชามหรือภาชนะไม่เป็นกลุ่มก้อน น้ำนมทั้งสองประเภทถือเป็นน้ำนมคุณภาพที่มีความเหมาะสมแก่การเลี้ยงบุตรซึ่งได้มีการระบุไว้ว่าน้ำนมทั้งสองอย่างนี้จะกระทำให้ทารกที่ได้ดื่มน้ำนมมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีโรคภัย ถ้าหากน้ำมนั้นเปรี้ยว ฝาด ขม จืด จาง และมีกลิ่นคาว จัดอยู่ในกลุ่มน้ำนมโทษ และน้ำนมพิการอีก 3 จำพวก โดยถือว่าเป็นมลทินโทษแห่งน้ำนม และมีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนผลของการใช้สมุนไพรที่ช่วยในการบำรุงน้ำนม คือ การศึกษาผลของชาขงสมุนไพรรำข้าว บำรุงน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดบุตรพบว่า ในการศึกษาถึงลักษณะของน้ำนมของมารดาหลังคลอดจะพบทั้งน้ำนมอย่างโทและน้ำนมปกติ แต่เมื่อมีการใช้ชาขงสมุนไพรรำข้าวบำรุงน้ำนมสามารถเปลี่ยนลักษณะน้ำนมเป็นน้ำนมอย่างเอกได้ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ($p\text{-value} = 0.05$) (Noisedtee, Somboon, Chakornpadit, Trainapakul, Chunjit, & Singmuang, 2022) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในการตรวจประเมินลักษณะของน้ำนมตามคัมภีร์ปฐมจินดาในลักษณะต่างๆ และวิธีการตรวจ (Thai Medical Rehabilitation Foundation, 2007)

การศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม

อำเภอปากชม จังหวัดเลย สามารถสรุปประเด็นในภาพรวมดังนี้

ประเด็นที่ 1 วัฒนธรรมในเขตชุมชนบ้านห้วยนามีวัฒนธรรมการเอื้อเฟื้อดูแลกันและกันในครอบครัว กลุ่มมารดาหลังคลอดและลูกน้อยหลังจากออกจากโรงพยาบาล จะได้รับการผูกแขนด้วยสายสิญจน์ โดยมีการเตรียมขันธ 5 เพื่อใช้ในการบอกกล่าวบรรพบุรุษและมีการรับขวัญแม่และลูกเพื่อให้ขวัญกลับมาอยู่กับตัวป้องกันสิ่งไม่ดีมาใกล้หรือทำร้ายซึ่งถือเป็นการปฏิบัติและสืบทอดต่อกันมา การศึกษานี้สอดคล้องกับ Sinthusirir, Sawatdichotte, Hemathulin, Onpiw, & Charoenrat (2021) ได้ทำการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดนครพนมพบว่า คนโบราณให้ความสำคัญกับเรื่องขวัญมาก คนปกติทั่วไปจะมีขวัญอยู่ในร่างกายตลอดเวลา หากขวัญออกจากร่างกายถือว่าไม่ดี สุขภาพอ่อนแอ จึงต้องมีพิธีเรียกขวัญหรือบายศรีสู่ขวัญ ผูกข้อมือด้วยด้ายสายสิญจน์ แกะหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิดเพื่อเรียกให้ขวัญมาอยู่กับตัวและป้องกันสิ่งไม่ดีเข้าสู่ร่างกาย ดังคำสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล “คนท้องและเด็กแรกเกิดถือว่าขวัญอ่อนต้องให้คนแก่หรือพ่อพรหมมาผูกข้อมือและบายศรีสู่ขวัญเพื่อความเป็นสิริมงคล” (ผู้ให้ข้อมูลอายุ 87 ปี) “ขวัญออกจากตัวไม่ได้ถ้าขวัญออกจะป่วยหนัก บางคนตาย ขวัญเปรียบคือวิญญาณต้องเรียกขวัญกลับมาเข้าร่าง” (ผู้ให้ข้อมูลอายุ 80 ปี)

ประเด็นที่ 2 ภูมิปัญญาในการบริโภคอาหารที่ควรรับประทานอย่างเหมาะสมและควรหลีกเลี่ยง โดยมารดาหลังคลอดมีการเคร่งครัดในเรื่องอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน หรือที่เรียกว่าอาหารแสลง ซึ่งอาหารที่รับประทานในช่วงของการอยู่ไฟหลังคลอดคือ กล้วยตำ หมู ปลาขาน้อย ขิง ข่า หัวปลี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการที่ผิดปกติซึ่งอาจจะส่งผลต่อมารดาหลังคลอด เพราะเชื่อว่าการรับประทานอาหารจากที่กล่าวมา จะช่วยให้มารดาหลังคลอดมีร่างกายแข็งแรง น้ำนมมาดี และมีปริมาณมาก ช่วยป้องกันการผิดปกติต่างๆ ที่ส่งผลต่อมารดาหลังคลอดและลูกน้อย การศึกษานี้สอดคล้องกับ Kamuttachai, Rannakhote, & Kaewdee (2018) ได้ทำการศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ในการบริโภคอาหารของมารดาหลังคลอด กรณีศึกษา ชุมชนชาวภูไท ตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัด สกลนคร พบว่า ชาวภูไทในตำบลโนนหอมมีความเชื่อ ในเรื่องอาหารที่ควรรับประทานเพื่อป้องกันการผดผื่นต่าง ๆ โดยมีการรับประทานเนื้อหมู ปลาขาว ปลี ขิง ข่า เพราะ ชาวภูไทมีความเชื่อว่าจะทำให้ร่างกายมารดาหลังคลอด แข็งแรง แผลหายเร็ว ไม่ผดผื่นต่าง บำรุงเลือด บำรุงร่างกาย ทำให้น้ำนมมีปริมาณมาก ลดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ การขับถ่ายได้สะดวก ในส่วนอาหารแสดงที่มารดาหลังคลอด ต้องหลีกเลี่ยงและงดรับประทาน คือ เนื้อสัตว์ป่า เนื้อวัว ควายเผือก ปลาไม่มีเกล็ด ไข่ไก่ ผักชะอม มะระขี้นก หน่อไม้ ของหมักดองทุกชนิด ผลไม้รสเปรี้ยว เพราะ เชื่อว่าหากรับประทานอาหารแสดงเข้าไปจะส่งผลให้ มารดาหลังคลอดมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการท้องเสีย แพ้พิษไฟ หรือมีผื่นแดงคันขึ้นตามบริเวณผิวหนัง รวมถึงมีความเชื่อ ที่อาจส่งผลให้ลูกน้อยที่ดื่มนมมีอาการลงท้อง (ท้องเสีย) การศึกษานี้สอดคล้องกับ Kamuttachai et al. (2018) พบว่า ชาวภูไทในตำบลโนนหอมจะรับประทาน เนื้อสัตว์ป่า ปลาไม่มีเกล็ด ไข่ทุกชนิด หน่อไม้ของหมักดอง มีความเชื่อว่า ทำให้มารดาผดผื่นต่าง คือ อาการไม่สบาย ปวดตามตัว อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ อาเจียน บางราย ที่รับประทานเข้าไปอาจมีอาการ ชัก คางแข็ง หายใจ ไม่สะดวก ทำให้แสบแผล แผลหายช้า น้ำคาวปลาไหล ไม่สะดวก และทำให้ทารกที่ดื่มนมเข้าไปไม่สบาย ท้องเสีย และสอดคล้องกับ Tanglakmankhong et al. (2016) ได้ทำการศึกษามีปัญหาท้องอืดในการดูแล มารดาและทารก โดยใช้ห้องเรียนชุมชน และการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน พบว่า การรับประทานอาหาร ในช่วงหลังคลอดนั้นมีความเชื่อในเรื่องการห้ามรับประทาน อาหารบางอย่าง เช่น การชะล่า อาหารแสดง เช่น ผักชะอม ส้มตำ ปลาไร้ หน่อไม้ดอง เป็นต้น เพราะเชื่อว่า รับประทานแล้วจะแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และ อาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ หัวปลี เพื่อขับน้ำนม การชงยาและสมุนไพรหลังคลอด พบว่า ยังมีความเชื่อ เรื่องการรับประทานหัวปลี เพื่อบำรุงน้ำนม การรับประทาน ขิง ข่า หัวว่านไฟ ตะไคร้ เพื่อบำรุงเลือดและขับลม

ประเด็นที่ 3 มารดาหลังคลอดในเขตชุมชน บ้านห้วยนา มีการใช้ตำรายาในช่วงระหว่างการอยู่ไฟ โดยส่วนประกอบของตำรายานี้ประกอบไปด้วย ไม้ข้าวหลามดง ไม้หน่อ (หน่อ) เครือแฮดหวาน (ชะเอมไทย) หน่อนางแดง (ย่านางแดง) ผางแดง หัวยาหลวง (ข้าวเย็นใต้) ซึ่งนำสมุนไพรมาต้มในปริมาณ สดส่วนที่เท่าๆ กัน มีการรับประทานแทนน้ำในช่วงของการอยู่ไฟ สรรพคุณของตำรายานี้ช่วยเพิ่มน้ำนม ให้กับกลุ่มมารดาหลังคลอด กระตุ้นการไหลของน้ำนม ไม่ให้ขาดเพื่อที่จะเพียงพอต่อลูกน้อย และช่วยให้มารดา หลังคลอดมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งการศึกษานี้ สอดคล้องกับ Puntong et al. (2010) ได้ทำการศึกษา การดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผน ไทยในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า สมุนไพรท้องถิ่นที่ใช้ ในมารดาหลังคลอดมักเป็นตำรายาสำหรับมารดาหลังคลอด ซึ่งใช้ในขณะอยู่ไฟ โดยเน้นการบำรุงร่างกายให้แม่ แข็งแรง บำรุงน้ำนมให้มีปริมาณมากพอสำหรับทารก รวมถึงปรับให้น้ำนมมีรสชาติที่ดี ซึ่งสมุนไพรที่มีการใช้ บำรุงน้ำนม และช่วยให้น้ำนมไหลดีมักเป็นสมุนไพรที่มี คำว่า นม ในชื่อพืชสมุนไพรเหล่านี้ ได้แก่ แก่นนมวัว แก่นนมสาว แก่นนมแมว นอกจากนี้ ยังใช้รากเล็บแมว รากต้องแล้ง (หน่อ) รากตุ้มกาแดง รากย่านางแดง และต้นน้ำนมราชสีห์ รวมถึงสมุนไพรที่มีรสหวาน ซึ่งช่วยให้น้ำนมมีรสดี ได้แก่ อ้อยสามสวน (ชะเอมไทย) ตานเสี้ยน (นางหวาน) นมวัว และรากย่านางแดง นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่ผ่านมาได้กล่าวถึง ลักษณะน้ำนมในกลุ่ม แม่แบบเบญจกัลยาณี โดยพบว่าธาตุเจ้าเรือนไฟ มีอัตรา เฉลี่ยการไหลของน้ำนมสูงที่สุดและมีปริมาณน้ำนม สูงกว่ากลุ่มธาตุเจ้าเรือนน้ำ ดิน ลม ใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด และจากการตรวจสอบคุณภาพของน้ำนม พบว่า น้ำนม อย่างเอก พบในธาตุเจ้าเรือนน้ำมากที่สุด รองลงมาคือ ธาตุเจ้าเรือนลม และน้ำนมอย่างโทพบมากที่สุดในธาตุ เจ้าเรือนไฟ รองลงมาคือธาตุเจ้าเรือนดิน (Jirasinlapasat, Jaiaree, Nanthakomon, Kositamongkol, & Chaiyawatthanananthn, 2025) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐาน ที่สามารถอธิบายได้ว่าธาตุเจ้าเรือนมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพของน้ำนมมารดาหลังคลอด

ทั้งนี้ รูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดในเขตชุมชนบ้านห้วยนา ตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย มีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดในการใช้สมุนไพร การอยู่ไฟโดยนอนบนแคร่ และการรับประทานขิง ข่า เพื่อช่วยในการบำรุงน้ำนมที่สอดคล้องกับพื้นที่ตำบลบ้านจืด อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี (Kammeeon, Tongthong, Puttaruk, Protipaison, Rattanachompu, Philawan et al., 2023)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษางานวิจัยนี้ได้รับความรู้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดให้คงอยู่ รวมถึงการอนุรักษ์การใช้สมุนไพรในการดูแลมารดาหลังคลอด ช่วยบำรุงน้ำนม หลีกเลียงอาหารแสลง และการปฏิบัติตนตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอดในหมู่บ้านหรือตำบลอื่นๆ ในเขตอำเภอปากชม เพื่อเป็นการศึกษาและรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแลมารดาหลังคลอดในภาพรวมของอำเภอ
2. เป็นแนวทางการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการใช้สมุนไพรที่ช่วยในการบำรุงน้ำนม เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ตลอดจนการรวบรวมข้อมูลต่างๆ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ นพ.สรรรคเพชร หอมสมบัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากชม ที่ผลักดันส่งเสริมการทำงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2020). *Benefits of postpartum maternal care*. Retrieved September 9, 2023, from <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/afterbirth/> (in Thai)
- Jirasinlapasat, N., Jaiaree, N., Nanthakomon, T., Kositamongkol, S. & Chaiyawatthanananthn, P. (2025). A comparative study of milk flow rate, milk quantity, and the excellent and medium quality milk characteristics in first normal postpartum women in each group of four elements and the Benjakalyani's characteristics according to the principles of Thai traditional medicine. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 21(1), 41-60. (in Thai)
- Kamuttachai, P., Rannakhote, J., & Kaewdee, A. (2018). Local wisdom food consumption in postpartum mothers : Case study in Phu Thai community Nonhom Sub-district, Meuang district, Sakon Nakhon province. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 4(2), 39-56. (in Thai)
- Kammeeon, S., Tongthong, K., Puttaruk, L., Protipaison, C., Rattanachompu, P., Philawan, N., Jateleela, S., & Wannasen, S. (2023). The survey of knowledges in postpartum health care with Thai traditional medicine in Ban Chit Subdistrict, Ku Kaeo District, Udon Thani Province. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 9(2), 87-104. (in Thai)

- Liengjindathaworn, O. (2002). *Creating a database and disseminating the traditions of Isaan*. Retrieved September 9, 2023, from <http://www.esanpedia.oar.ubu.ac.th/local information/?p=379>
- National Statistical Office of Thailand. (2023). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2022, Survey Findings Report*. Bangkok: National Statistical Office of Thailand. (in Thai)
- Noisedtee, N., Somboon, P., Chakornpandit, B., Trainapakul, C., Chunjit, S. & Singmuang, W. (2022). The effect of Bum Rung Nam Nom herbal tea on breast milk production. *Region 4-5 Medical Journal*, 41(4), 411-425. (in Thai)
- Office of the Royal Society. (2012). *Culture*. Retrieved September 9, 2023, from <http://legacy.orst.go.th/?knowledges= Culture-7-August-2012> (in Thai)
- Pumtong, S., Wirasathien, L., Sitthithaworn, W., Rungmekarat, A., & Paeratakul, O. (2010). Postpartum care through Thai traditional medicine in Amnat Charoen province. *Journal of Health Systems Research*, 4(2), 281-295. (in Thai)
- Sinthusirir, P., Sawatdichotte, D., Hemathulin, S., Onpiw, N., & Charoenrat, L. (2021). Local wisdom in maternal and child healthcare among ethnic groups in Nakhon Phanom province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 24(1), 46-55. (in Thai)
- Sriwongchai, L., Shinkam, C., Wariloon, A., & Sripoun, S. (2021). Development of breastfeeding promoting program for first-time postpartum mothers and their families. *Mahasarakham Hospital Journal*, 18(3), 99-112. (in Thai)
- Tanglakmankhong, K., Thongphao, P., Srisuwan, J., & Phu Wongkrai, O. (2016). The study of local wisdom of maternal and child care using community classroom and research based learning. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 33(4), 288-299. (in Thai)
- Thongnet, V. (2012). *Isaan folk wisdom and caring for mothers and children after giving birth*. USA Printing: Plans to strengthen community health systems with local health wisdom Thai Health Foundation. (in Thai)
- Thai Medical Rehabilitation Foundation. (1992). *Old Thai Medical Textbook (Relief Medicine, Conservation Ed.) Volume 1 Paid Edition B. E. 2007*. Bangkok: Supawinit Printing. (in Thai)
- Thai Encyclopedia for Youth. (n.d.). *Folk wisdom*. Retrieved September 9, 2023, from <https://saranukromthai.or.th/smallchild/612>
- Tongthong, K., Philawan, N., Khamplae, K., Leelakornjan, K., Rattanachompu, P., Promsensa, S., & Thiraphatthanavong, P. (2024). The study of local Khit Sen Isaan massage wisdom: A case study of Mr. Narong Sittisongkhram. *Journal of Traditional Thai Medical Research*. 10(1), 93-108. (in Thai)
- Wangsawiboon, W., & Tongyoy, T. (2024). The development of a guideline for self-care among postpartum mothers. *Journal of Nursing Science and Health*, 47(3), 38-50. (in Thai)
- Wangsomboonsiri, R., Booranasubkajorn, S., Akarasereenont, P., Ngercham, S., & Tripatara, P. (2023). The development of human milk characteristics record form for human milk classification in Thai traditional medicine. *Siriraj Medical Bulletin*, 16(2), 138-146. (in Thai)

World Health Organization. (2014, December 30).

Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief. Retrieved November 12, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของสื่อโมชันกราฟิกต่อความรู้และความพึงพอใจในการป้องกันโรค หอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

โอพาร อสิริยะพันธุ์^{1,3} วท.ม., ชวิศา พุ่มโสภาก² วท.บ., วิเชษฐ ราชเจริญ² วท.บ., อารีย์ภรณ์ วันเชียง² วท.บ.,
วรุณนภา ศรีโสภาก^{3,4,*} Ph.D.

Received: May 19, 2025

Revised: June 23, 2025

Accepted: July 23, 2025

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความยาว 3 นาที เปรียบเทียบผลของการใช้สื่อเทคโนโลยีโมชันกราฟิกเพิ่มระดับความรู้ก่อนและหลังการรับชมสื่อ และประเมินความพึงพอใจของสื่อโมชันกราฟิกในอาสาสมัครวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20-40 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 95 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) สื่อโมชันกราฟิกที่สร้างและพัฒนาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และ 2) แบบประเมินวัดความรู้ต่อสื่อโมชันกราฟิกจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 3 ท่าน โดยใช้ค่าความเที่ยงตรง (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่าเท่ากับ 0.76 และค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการทดสอบซ้ำในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มอาสาสมัคร ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.66

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนระหว่างก่อนและหลังการรับชมสื่อโมชันกราฟิก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยก่อนรับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.01 ± 3.80 หลังรับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 17.83 ± 2.49 นอกจากนี้พบว่าระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อสื่อโมชันกราฟิกในระดับมากที่สุด ดังนั้น สื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการประเมินคุณภาพสื่อสามารถเพิ่มความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจต่อสื่อโมชันกราฟิกในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้

คำสำคัญ: การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น สื่อโมชันกราฟิก

¹ อาจารย์ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ หน่วยวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการฟื้นฟู คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: waroonnapas@nu.ac.th

Effectiveness of motion graphics media on knowledge and satisfaction regarding stroke prevention among young adults

Olan isariyapan^{1,3} M.Sc., Chawisa Poomsopha² B.Sc., Wichet Ratcharoen² B.Sc.,
Areepron Wancheang² B.Sc., Waroonnapa Srisoparb^{3,4,*} Ph.D.

ABSTRACT

The objective of this developmental research was to develop a 3-minute motion graphics media for stroke prevention, to compare the effects of using the motion graphics media on knowledge levels before and after viewing, and evaluate user satisfaction with the media among 95 early adulthood volunteers (aged 20-40 years) residing in Phitsanulok Province. The research instruments included: 1) a motion graphics media tool, developed and refined based on expert recommendations; and 2) a 20-item knowledge assessment questionnaire. The questionnaire was validated by three neurology experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.76. Reliability was established via test-retest with a pilot group of 30 participants with similar characteristics to the target group, resulting in a reliability coefficient (r) of 0.66.

The results revealed a statistically significant difference between the pre and post viewing scores of the motion graphics media (p-value = 0.001). The mean and standard deviation of the pre-viewing scores were 12.01 ± 3.80 , while the post-viewing scores increased to a mean of 17.83 ± 2.49 . Furthermore, participants reported the highest level of satisfaction with the media. These findings suggest that motion graphics media is an effective tool for promoting stroke prevention knowledge and achieving high user satisfaction among young adults.

Keywords: Prevention of stroke, Stroke, Young adult, Motion graphics

¹ Lecturer, Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

² Student in Bachelor of Science Program in Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

³ Exercise and Rehabilitation Sciences Research Unit, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

⁴ Associate Professor, Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

* Corresponding author: waroonnapas@nu.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันเทคโนโลยีได้พัฒนาอย่างก้าวกระโดดและมีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและการเรียนรู้ โดยเฉพาะสื่อวิดีโอประเภทโมชันกราฟิกซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่นำเสนอข้อมูลในรูปแบบกราฟิกเคลื่อนไหว ทำให้ข้อมูลเข้าใจง่ายและดึงดูดความสนใจได้มากกว่าสื่อประเภทอื่นๆ (Sukphatthi et al., 2017) สื่อโมชันกราฟิกจึงกลายเป็นสื่อที่ได้รับความนิยมเพื่อตอบสนองต่อรูปแบบการรับรู้ในสังคมดิจิทัลที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีเนื้อหากระชับ เข้าถึงง่าย และดึงดูดความสนใจได้ดี หลายหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้เลือกใช้สื่อโมชันกราฟิกในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แนวทางการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่มีเนื้อหาจำนวนมากและซับซ้อน เช่น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เนื่องจากสื่อที่มีภาพเคลื่อนไหวเสียง และสีสันที่น่าสนใจสามารถช่วยเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้และทำความเข้าใจข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว (Rungprasert, 2018) โดยในปัจจุบันมีการใช้แนวทางตามโมเดล ADDIE ย่อมาจาก 5 ขั้นตอน ได้แก่ Analysis (การวิเคราะห์) Design (การออกแบบ) Development (การพัฒนา) Implementation (การนำไปใช้) และ Evaluation (การประเมินผล) ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในงานด้านการออกแบบสื่อการเรียนรู้ โดยเฉพาะสำหรับสื่อที่ต้องผสมผสานความบันเทิงและความน่าสนใจเข้าด้วยกัน เพื่อให้การพัฒนาสื่อดังกล่าวเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (Juttano, 2019)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคนต่อปี นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และความพิการอันดับ 3 ของโลก โดยเฉลี่ยทุก 3 วินาทีจะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Department of Disease Control, 2023) โดยเฉพาะในจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างครอบครัวและขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ

สุขภาพที่แข็งแรงในวัยนี้จึงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียน การทำงาน และการพัฒนาเศรษฐกิจในทางตรงกันข้าม หากเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองในวัยดังกล่าว จะนำไปสู่ความสูญเสียทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ทั้งนี้ พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Bukhari et al., 2023) โดยผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญกับความพิการระยะยาว ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน (Yoo et al., 2020) ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งจากค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยที่โรงพยาบาลประมาณ 120,306 บาทต่อคน และค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่บ้านเฉลี่ยปีละ 162,644 บาทต่อคน (Sa-ringkan et. al., 2021) โดยปัจจัยเสี่ยงแบ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม เป็นต้น (Jearasukon et al., 2022) ดังนั้น การเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกัน และการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มักมีระดับความตระหนักต่ำ (Chantaraprapabkun et al., 2019)

จากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า สื่อโมชันกราฟิกได้รับการนำมาใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพอย่างแพร่หลายในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากความสามารถในการดึงดูดความสนใจและช่วยในการจดจำข้อมูลได้ง่าย อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาเมื่อเทียบกับสื่อประเภทอื่นๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือบทความ (Chitrakorn, 2021; Naenthaisong et al., 2018; Chookerd, 2025) อย่างไรก็ตาม การพัฒนาสื่อที่มุ่งเน้นเฉพาะประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 20-40 ปี) (Arnett, 2000) ยังมีอย่างจำกัด งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่เน้นการสร้างสื่อเพื่อการเรียนรู้ทั่วไป โดยไม่ได้ออกแบบเนื้อหา หรือเทคนิคการสื่อสารให้เหมาะสมกับลักษณะการเรียนรู้และพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังขาดสื่อที่ออกแบบ

มาเฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาแบบประเมินความรู้ที่มีมาตรฐานทางวิจัย รวมถึงการประเมินความพึงพอใจจากการรับชมสื่อถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดประสิทธิภาพของสื่อในด้านต่างๆ การทำความเข้าใจในด้านนี้จะช่วยให้การออกแบบและการใช้สื่อโมชันกราฟิกมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากผู้รับสารรู้สึกพึงพอใจและสนุกสนานกับการเรียนรู้ผ่านสื่อ ก็จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการจดจำข้อมูลได้ดีขึ้น (Chookerd, 2025; Almeida, 2015) งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อเติมเต็มปัญหาดังกล่าว ด้วยการผลิตและสร้างแบบประเมินสื่อโมชันกราฟิกที่ออกแบบเฉพาะสำหรับประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกที่มีเนื้อหา รูปแบบการนำเสนอ และเทคนิคการสื่อสารที่ออกแบบเฉพาะ เพื่อกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในจังหวัดพิษณุโลก และประเมินประสิทธิภาพการเพิ่มพูนความรู้ รวมถึงความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อสื่อดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนยุทธศาสตร์การสื่อสารด้านสุขภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อผลิตสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (สื่อโมชันกราฟิก)
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อโมชันกราฟิก โดยเปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการรับชมสื่อโมชันกราฟิก
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการรับชมสื่อโมชันกราฟิก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อผลิตสื่อโมชันกราฟิก และประเมินประสิทธิภาพของสื่อดังกล่าวโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในการ

ทดสอบความรู้ก่อนและหลังการรับชมสื่อ และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการรับชมสื่อโมชันกราฟิก

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาสื่อโมชันกราฟิก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการประเมินสื่อโมชันกราฟิก

ประชากรในการประเมินสื่อโมชันกราฟิก ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสื่อ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก ตามคุณสมบัติ คือ เป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานทางด้านสื่อ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 ปี จำนวน 3 คน

การพัฒนาสื่อโมชันกราฟิก

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการออกแบบและพัฒนาสื่อของหลักการ ADDIE Model (Juttano, 2019) ดังนี้

ขั้นตอนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยเริ่มต้นจากการศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงวัยต่างๆ และสำรวจระดับความรู้ของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคดังกล่าว พร้อมทั้งรวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตเนื้อหาของสื่อและวางแผนการพัฒนาโดยกำหนดให้เนื้อหาประกอบด้วย 5 ตอนหลัก ได้แก่ (1) นิยามและความชุก (2) อาการแสดง (3) ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง (4) วิธีการป้องกัน และ (5) แนวทางการจัดการเบื้องต้น เมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนการออกแบบ ผู้วิจัยดำเนินการออกแบบโครงร่างของสื่อในรูปแบบโมชันกราฟิกจำนวน 7 ฉาก พร้อมจัดทำสตอรี่บอร์ด (Storyboard) (Yusoff, 2019)

ขั้นตอนการพัฒนา สื่อได้รับการสร้างขึ้นในรูปแบบวิดีโอโมชันกราฟิก ความยาว 3 นาที 14 วินาที ผลิตด้วยโปรแกรม Renderforest โดยมีความละเอียดระดับ Full HD (1920x1080 พิกเซล) และจัดเก็บในรูปแบบไฟล์ MPEG (Motion Picture Expert Group) กระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะการผลิต (Production) ซึ่งประกอบด้วยการจัดวางองค์ประกอบของภาพ เสียง ข้อความ และดนตรีประกอบตามเนื้อหา

จากสตอรี่บอร์ด (2) ระยะเวลาหลังการผลิต (Post-production) จากนั้นผู้วิจัยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อประเมิน และทำการปรับปรุงสื่อโมชันกราฟิกฯ ตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อโมชันกราฟิกฯ

การสร้างแบบประเมินความรู้ต่อสื่อโมชันกราฟิกฯ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินวัดความรู้ต่อสื่อโมชันกราฟิกฯ มีจำนวน 20 ข้อ มีข้อความที่เกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ในสื่อโมชันกราฟิกฯ ทั้ง 5 ตอน ตอนละ 4 ข้อ และผ่านการทดสอบคุณภาพ ดังนี้

การหาค่าความตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินวัดความรู้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การทำงานด้านผู้ป่วยทางระบบประสาท มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 ปี จำนวน 3 ท่าน พิจารณา จากนั้น นำมาหาค่าความตรงของเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความแต่ละข้อกับเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) จำนวน 3 ครั้ง จนได้ค่าเฉลี่ย IOC ของแบบทดสอบทั้ง 20 ข้อ เท่ากับ 0.76 คะแนน ซึ่งแสดงถึงข้อความแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับเนื้อหาในระดับใช้ได้ (Agah et al., 2023)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินวัดความรู้ นำไปทดสอบกับกลุ่มทดลองใช้จำนวน 30 คน ที่มีเกณฑ์คัดเข้า คัดออก เช่นเดียวกับกลุ่มอาสาสมัครจริง เพื่อหาคุณภาพของแบบทดสอบเป็นค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งได้ใช้วิธีการสอบซ้ำ Test-Retest Method โดยเว้นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จึงได้ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.66 ซึ่งหมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง จึงสรุปได้ว่า แบบทดสอบวัดความรู้มีค่าความตรง และความเชื่อมั่นในระดับที่เพียงพอต่อการนำไปใช้เพื่อประเมินผลได้ (Cohen, 1988)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อโมชันกราฟิกฯ

ประชากร คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุระหว่าง 20 ถึง 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองใช้เพื่อ

ทดสอบคุณภาพของแบบประเมินวัดความรู้ก่อนและหลังการรับชมสื่อโมชันกราฟิก จำนวน 30 คน (Cohen, 1988) และกลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของสื่อโมชันกราฟิก จำนวน 95 คน ซึ่งคำนวณจากโปรแกรม G*power โดยใช้ความแตกต่างค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากงานวิจัยของ Wontaisong et al. (2022) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลองเท่ากับ 12.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.25 หลังการทดลอง เท่ากับ 18.50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 18.50 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power) 80% ค่านัยสำคัญทางสถิติ (Alpha level) 0.05 และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมการสูญเสีย (Drop out) อีกร้อยละ 20 (Bell et al., 2013) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 95 คน การวิจัยครั้งนี้เป็นการสุ่มเลือกอาสาสมัครในการวิจัยโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก (Convenience sampling)

การวิจัยนี้กำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 20 ถึง 40 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีอุปกรณ์ที่สามารถใช้โปรแกรมสื่อสารทางไกลผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีการลงนามเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถดู ฟัง อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ มีภาวะตาบอดสี และบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินความรู้ก่อนและหลังรับชมสื่อโมชันกราฟิกฯ

ผู้วิจัยเผยแพร่สื่อแก่กลุ่มอาสาสมัครวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 95 คน โดยเริ่มจากการอธิบายรายละเอียดของงานวิจัยและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม หลังจากนั้นจึงสื่อสารและแจกจ่ายลิงก์สำหรับเข้าร่วมสื่อผ่าน Google Meet พร้อมดำเนินการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการรับชม รวมถึงการประเมินความพึงพอใจผ่าน Google Form จากนั้นรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถามความพึงพอใจ แล้วนำไปวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อ และระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างจริงสรุปผลการวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อโมชันกราฟิก ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญและการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (ลิงค์: <https://shorturl.asia/SnMJW> [เลขที่ลิขสิทธิ์ ส.019061])

ส่วนที่ 2 เครื่องที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ตอน ตอนละ 4 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ก่อนนำมาวิเคราะห์โดยใช้คะแนนรวม

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของสื่อโมชันกราฟิก ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก (Namwongsa et al., 2023) เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) จำนวน 6 ข้อ กำหนดตามเกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังนี้ คะแนนระหว่าง 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนระหว่าง 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนระหว่าง 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนระหว่าง 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย คะแนนระหว่าง 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนสูงสุดคือ 5 คะแนนต่ำสุด คือ 1 นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยคะแนนรวม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพัฒนาสื่อโมชันกราฟิก

1. บันทึกผลการปรับปรุงแก้ไขสื่อโมชันกราฟิก โดยการบรรยายประกอบรูปภาพ

2. ผลการประเมินสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ รายงานโดยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อโมชันกราฟิก

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาชีพ และระดับการศึกษา วิเคราะห์

ด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา จากนั้นนำเสนอในรูปแบบจำนวน และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังจากการรับชมสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ที่สอบผ่านเกณฑ์ก่อนและหลังการรับชมสื่อ โดยใช้สถิติ McNemar's test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

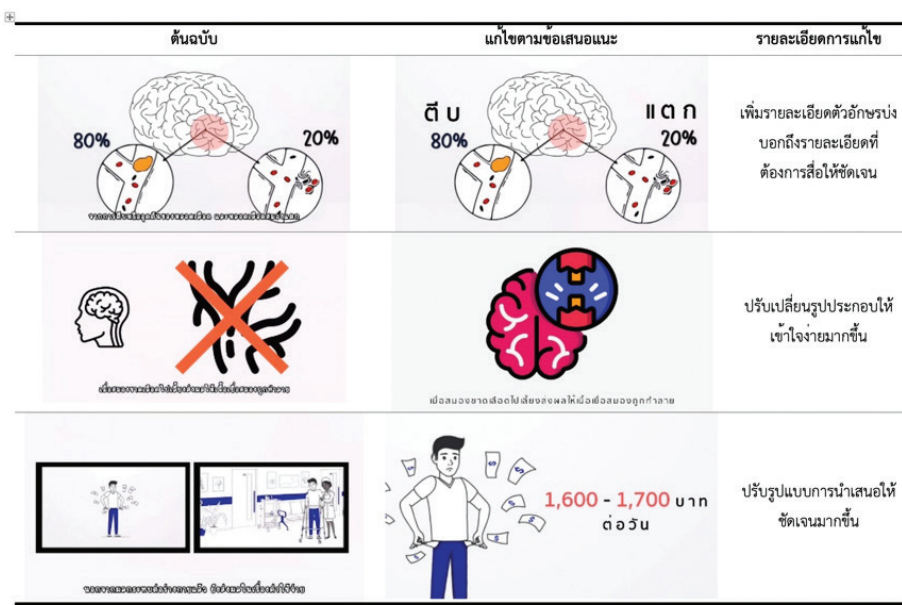
3. ความพึงพอใจต่อการรับชมสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นข้อมูลประเภทมาตราวัดเรียงอันดับ (Ordinal scale) วิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) จากนั้น นำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ IRB No. P1-0025/2566 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยอาสาสมัครได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอน วิธีการ และให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ หากตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยให้อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยกับผู้วิจัย โดยข้อมูลได้ถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการวิจัย

การพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สื่อโมชันกราฟิก ได้รับการสร้างด้วยโปรแกรม Renderforest และตามหลักการผลิตสื่อ 3P ร่วมกับการพัฒนาสื่อ ADDIE Model โดยได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นต่างๆ ตัวอย่างดังภาพ 1



ภาพ 1 การปรับปรุงสื่อโมชันกราฟิกฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการประเมินความพึงพอใจต่อสื่อโมชันกราฟิกฯ ของผู้เชี่ยวชาญในด้านตัวอักษร เท่ากับ 4.00 ± 0.13 คะแนน ด้านภาพประกอบ เท่ากับ 4.47 ± 0.40 คะแนน ด้านเสียงเฉลี่ย เท่ากับ 4.11 ± 0.30 คะแนน และด้านการเคลื่อนไหวของภาพเฉลี่ย เท่ากับ 4.08 ± 0.50 คะแนน ดังนั้น ความพึงพอใจสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อในทุกๆ ด้านเฉลี่ย เท่ากับ 4.17 ± 0.18 คะแนน แสดงถึงระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการข้างต้นจึงได้สื่อโมชันกราฟิกฯ ที่มีคุณสมบัติความจุอยู่ที่ 32.6 MB ความละเอียดแบบ Full HD โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปประเมินประสิทธิผลของการใช้และความพึงพอใจที่มีต่อสื่อโมชันกราฟิกฯ

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อโมชันกราฟิก เรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

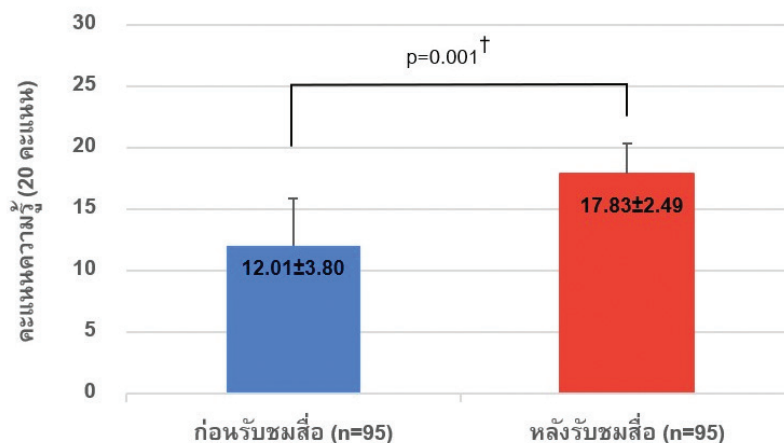
ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครช่วงอายุ 20-25 ปี 26-30 ปี 31-35 ปี และ 36-40 ปี คิดเป็น ร้อยละ 73.7 8.4 10.5 และ 7.4 ตามลำดับ แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 32.6 เพศหญิง ร้อยละ 67.4 โดยอาสาสมัครทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว มีอาสาสมัครที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 42.1 และไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 57.9 เป็นข้าราชการ/พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 22.1 นักศึกษา ร้อยละ 69.5 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 6.3 เกษตรกร ร้อยละ 2.1 ซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 19.0 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 81.0 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัคร (n = 95)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัคร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-25	70	73.7
26-30	8	8.4
31-35	10	10.5
36-40	7	7.4
เพศ		
ชาย	31	32.6
หญิง	64	67.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	95	100.0
เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
เคยได้รับ	40	42.1
ไม่เคย	55	57.9
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	22.1
นักศึกษา	66	69.5
ธุรกิจส่วนตัว	6	6.3
เกษตรกร	2	2.1
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	19.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	77	81.0

สำหรับคะแนนความรู้ในการใช้สื่อโซเชียลมีเดียในกลุ่มอาสาสมัคร พบว่า มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.82; 95% CI = 4.87-6.76, p-value = 0.001) โดยมีค่าเฉลี่ย

ก่อนเข้าร่วมวิจัยเท่ากับ 12.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.80 และหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.49 ดังแสดงในภาพ 2



†สถิติ Paired t-test ในการทดสอบค่านัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของกลุ่มอาสาสมัครก่อนและหลังการรับชมสื่อ (n = 95)

สัดส่วนของจำนวนอาสาสมัครผู้ที่สอบผ่านเกณฑ์ ก่อนและหลังการรับชมสื่อโทรทัศน์กราฟิก พบว่า ก่อนการรับชมสื่อมีเพียงร้อยละ 15.8 ที่ผ่านเกณฑ์ แต่หลังการรับชมสื่อโทรทัศน์กราฟิก มีผู้ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.3 (65 จาก 80 คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value < 0.001) และกลุ่มอาสาสมัครจำนวนร้อยละ 15.8 (15 จาก 80 คน) ที่ผ่านเกณฑ์ก่อนการรับชมสื่อโทรทัศน์กราฟิก ยังคงผ่านเกณฑ์หลังรับชมสื่อโทรทัศน์กราฟิก อีกด้วย ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ที่สอบผ่านเกณฑ์ก่อนและหลังการรับชมสื่อโทรทัศน์กราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (n = 95)

สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (%)		หลังการรับชมสื่อโทรทัศน์กราฟิก (n, %)		p-value†
		ไม่เกิน 80% (ไม่ผ่านเกณฑ์)	เกิน 80% (ผ่านเกณฑ์)	
ก่อนการรับชมสื่อโทรทัศน์กราฟิก	ไม่เกิน 80% (ไม่ผ่านเกณฑ์)	15 (15.8)	65 (68.4)	< 0.001†
	เกิน 80% (ผ่านเกณฑ์)	0 (0.0)	15 (15.8)	

†สถิติ McNemar's test ในการทดสอบค่านัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อสื่อโมชันกราฟิกฯ ในด้านเนื้อหา เท่ากับ 4.76 ± 0.38 คะแนน ด้านตัวอักษร เท่ากับ 4.72 ± 0.43 คะแนน ด้านภาพประกอบ เท่ากับ 4.73 ± 0.43 คะแนน ด้านเสียง เท่ากับ 4.57 ± 0.64 คะแนน ด้านการเคลื่อนไหว เท่ากับ 4.76 ± 0.39 คะแนน และด้านประโยชน์จากการใช้งาน

เท่ากับ 4.82 ± 0.35 คะแนน ดังนั้นความพึงพอใจสำหรับอาสาสมัครในทุกๆ ด้านเฉลี่ย เท่ากับ 4.73 ± 0.38 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตาราง 3 โดยได้รับข้อเสนอแนะของอาสาสมัครต่อการรับชมสื่อโมชันกราฟิกฯ ได้แก่ เสียงเพลงบรรยายฟังไม่ค่อยชัดเจนในบางช่วง

ตาราง 3 ความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ($n = 95$)

หัวข้อประเมิน	Mean $\pm$ S.D.	แปลผลระดับความพึงพอใจ	Mean $\pm$ S.D. รวมแต่ละด้าน
ด้านเนื้อหา			4.76 $\pm$ 0.38
ความทันสมัยของเนื้อหา	4.76 $\pm$ 0.44	มากที่สุด	
เนื้อหามีความเข้าใจง่าย	4.84 $\pm$ 0.39	มากที่สุด	
การจัดลำดับของเนื้อหา	4.76 $\pm$ 0.49	มากที่สุด	
ปริมาณของเนื้อหา	4.66 $\pm$ 0.53	มากที่สุด	
ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา	4.75 $\pm$ 0.49	มากที่สุด	
การใช้ภาษาถูกต้องและ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง	4.76 $\pm$ 0.38	มากที่สุด	
ด้านตัวอักษร			4.72 $\pm$ 0.43
รูปแบบตัวอักษรมีความเหมาะสม	4.72 $\pm$ 0.49	มากที่สุด	
ขนาดตัวอักษรมีความเหมาะสม	4.71 $\pm$ 0.47	มากที่สุด	
สีของอักษรมีความเหมาะสม	4.68 $\pm$ 0.53	มากที่สุด	
ตำแหน่งการจัดวางตัวอักษรมีความเหมาะสม	4.75 $\pm$ 0.47	มากที่สุด	
ด้านภาพประกอบ			4.73 $\pm$ 0.43
ขนาดภาพประกอบที่เหมาะสม	4.75 $\pm$ 0.47	มากที่สุด	
การสื่อความหมายที่สามารถเข้าใจได้ง่ายของภาพประกอบ	4.80 $\pm$ 0.47	มากที่สุด	
ความเหมาะสมของสี	4.61 $\pm$ 0.64	มากที่สุด	
ความคมชัดของภาพประกอบ	4.73 $\pm$ 0.56	มากที่สุด	
ตำแหน่งการจัดวางที่เหมาะสม	4.72 $\pm$ 0.49	มากที่สุด	
ด้านเสียง			4.57 $\pm$ 0.64
การใช้เอฟเฟค	4.60 $\pm$ 0.62	มากที่สุด	
การใช้เสียงเพลงประกอบ	4.60 $\pm$ 0.64	มากที่สุด	
การใช้เสียงเพลงบรรยาย	4.50 $\pm$ 0.78	มากที่สุด	

ตาราง 3 ความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (n = 95) (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	Mean $\pm$ S.D.	แปลผลระดับความพึงพอใจ	Mean $\pm$ S.D. รวมแต่ละด้าน
ด้านการเคลื่อนไหว			4.76 $\pm$ 0.39
ภาพกราฟิกเหมาะสมกับเนื้อหาโรคหลอดเลือดสมอง	4.81 $\pm$ 0.39	มากที่สุด	
ตัวละครและภาพประกอบมีความน่าสนใจ	4.71 $\pm$ 0.49	มากที่สุด	
ภาพเคลื่อนไหวมีความไหลลื่นที่สมบูรณ์	4.74 $\pm$ 0.46	มากที่สุด	
การสื่อความหมายของภาพกับเนื้อหาที่มีความเหมาะสมและชัดเจน	4.77 $\pm$ 0.44	มากที่สุด	
ด้านประโยชน์จากการใช้งาน			4.82 $\pm$ 0.35
มีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.81 $\pm$ 0.42	มากที่สุด	
ได้ประโยชน์จากการรับชมสื่อโมชันกราฟิก	4.82 $\pm$ 0.41	มากที่สุด	
สามารถนำไปประยุกต์ในชีวิตประจำวันได้	4.84 $\pm$ 0.44	มากที่สุด	
Mean $\pm$ S.D. รวมทุกด้าน	4.73 $\pm$ 0.38	มากที่สุด	

หมายเหตุ S.D. = Standard deviation

สรุปและอภิปรายผล

สื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่พัฒนาขึ้น ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อจนมีค่าคะแนนความพึงพอใจที่ยอมรับได้ และมีประสิทธิผลทำให้อาสาสมัครที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกฯ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ อาสาสมัครยังมีความพึงพอใจในการรับชมสื่อในระดับมากที่สุด

การพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกฯ ให้ออกแบบตามแนวคิดการผลิตสื่อแบบ 3P ร่วมกับกระบวนการพัฒนา ADDIE Model ซึ่งครอบคลุมการวิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนา นำไปใช้ และประเมินผล เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ (Juttano, 2019) ทั้งนี้ สื่อดังกล่าวได้ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ และปรับปรุงแก้ไขจนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า

สื่อโมชันกราฟิกที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระดับความรู้ของอาสาสมัครเกี่ยวกับการป้องกันโรคทั้งในเรื่องของนิยาม และความชุกของโรค อาการแสดงของโรค ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรค วิธีการป้องกันการเกิดโรค และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของสื่อในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสื่อที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ออกแบบตามกระบวนการ ADDIE Model สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sukphatthi et al. (2017) ที่เน้นการพัฒนาโมเดลสื่อเพื่อการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ แบบประเมินวัดความรู้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาได้ในระดับที่ใช้ได้ และแบบประเมินมีผลการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากการ

ทดสอบซ้ำ (Test-retest) ในระดับที่ยอมรับได้ จึงทำให้มั่นใจในความแม่นยำและน่าเชื่อถือของแบบประเมิน (Agah et al., 2023) จากการประเมินความรู้ พบว่าอาสาสมัครจำนวน 15 คน ผ่านเกณฑ์ก่อนรับชมสื่อโมชันกราฟิก อาจสะท้อนถึงประสบการณ์หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 42.1) แต่ระดับความรู้หลังรับชมสื่อโมชันกราฟิก ของทุกคนยังคงเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของสื่อโมชันกราฟิก ในการส่งเสริมการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วยภาพเคลื่อนไหว เสียง และสีที่ดึงดูดใจ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจเนื้อหาที่มีความซับซ้อนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ รูปแบบของสื่อที่สั้นกระชับ และมีการฝึกที่ชัดเจน ช่วยดึงดูดความสนใจของผู้รับสาร และเอื้อต่อการจดจำเนื้อหา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Miller et al., 2018) ที่กล่าวว่าสื่อวิดีโอที่มีประสิทธิภาพควรให้ความรู้ สนุก กระชับ และสื่อสารให้ชัดเจน เช่นเดียวกับการวิจัยของ (Hansen et al., 2024) ที่พบว่าวิดีโอแอนิเมชันสามารถเพิ่มการจดจำข้อมูลสุขภาพในระยะสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มคนรุ่นใหม่ และการวิจัยของ Srimi et al. (2024) ที่พบว่าการใช้สื่อวิดีโอทัศน์ในการสอนสามารถเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาสื่อตามหลัก ADDIE Model มีความสอดคล้องกับแนวทางของ Feeley et al. (2023) ที่เน้นว่าการออกแบบสื่อสุขภาพควรอิงกับกระบวนการพัฒนาเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้พบว่า หัวข้อ “ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง” เป็นหัวข้อที่อาสาสมัครได้คะแนนน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับหัวข้ออื่นๆ โดยมีผู้ตอบถูกหลังรับชม 76 คนจากทั้งหมด 95 คน (คิดเป็นร้อยละ 80.0) สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากข้อมูลในหัวข้อนี้มีความซับซ้อนสูง มีรายละเอียดเชิงชีวภาพและข้อมูลตัวเลขจำนวนมาก เช่น กลไกของการอุดตันหรือหลอดเลือด การสะสมไขมัน การควบคุมความดัน รวมถึงการจำแนกปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจเชิงลึกมากกว่าการรับชมเพียงครั้งเดียว อีกทั้งการใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์บางคำอาจเกินขอบเขตความเข้าใจของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มี

พื้นฐานด้านสุขภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถเชื่อมโยงเนื้อหา กับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาสื่อในอนาคต ควรพิจารณาออกแบบเนื้อหาในหัวข้อนี้ให้มีลักษณะเป็นการเล่าเรื่อง ที่สามารถเชื่อมโยงพฤติกรรมในชีวิตจริงของกลุ่มเป้าหมายกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ช่วยเพิ่มความเข้าใจและความตระหนักรู้ได้ เช่น การนำเสนอกรณีศึกษาหรือสถานการณ์จำลองที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตจริงของผู้ชม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kankanhalli et al. (2021) พบว่า การเรียนรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพจะได้ผลดีที่สุดเมื่อเนื้อหาสามารถเชื่อมโยงกับประสบการณ์ส่วนตัวหรือชีวิตประจำวัน

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อสื่อโมชันกราฟิก ในทุกๆ ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ถึงแม้ว่าการประเมินด้านเสียงพบว่า ในบางช่วงเสียงเพลงบรรยายฟังไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดจากการปรับระดับเสียงที่ไม่สมดุล หรือการใช้เสียงประกอบที่ไม่เหมาะสมในบางช่วง เนื่องจากสื่อโมชันกราฟิก มีความยาวไม่มากเกินไป และมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของการใช้งาน กลุ่มอาสาสมัครจึงเกิดความสนใจและพึงพอใจต่อสื่อโมชันกราฟิก ซึ่งโดยทั่วไปความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีเนื้อหาจำนวนมากที่ต้องใช้เวลาในการเข้าใจ แต่ด้วยลักษณะของสื่อโมชันกราฟิก ที่ประกอบไปด้วย ภาพเคลื่อนไหว เสียง สี ที่ดึงดูดความสนใจ จึงทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และทำความเข้าใจข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Namwongsa et al. (2023) ที่ศึกษาเรื่องแนวทางการสร้างสื่อดิจิทัลเพื่อป้องกันความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่า ภายหลังจากการรับชมสื่ออาสาสมัครมีความพึงพอใจต่อสื่อในระดับมากที่สุดเช่นกัน และผลการวิจัยของ Denny et al. (2017) ที่พบว่าวิดีโอการศึกษาสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการเรียนรู้และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมของ Moe-Byrne et al. (2022) ยังชี้ให้เห็นว่า วิดีโอแอนิเมชันมีประสิทธิภาพในการ

เพิ่มการจดจำข้อมูลสุขภาพในระยะสั้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ดังนั้น การรับชมสื่อโมชันกราฟิก ดังกล่าว จึงอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

สื่อโมชันกราฟิก ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แม้ว่าได้รับการตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ แต่ยังพบข้อจำกัดในบางประเด็น ได้แก่ คุณภาพของเสียงในบางช่วงที่อาจไม่ชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพของสื่อในการถ่ายทอดเนื้อหาไปยังกลุ่มเป้าหมายลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สื่อโมชันกราฟิก ที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการต่อยอดและประยุกต์ใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายโดยปรับใช้ในพื้นที่ต่างๆ เช่น ชุมชน โรงเรียน หรือสถานประกอบการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราการรู้จักรโรคต่ำ ซึ่งอาจช่วยขยายการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสำคัญได้มากขึ้น

2. การเผยแพร่สื่อโมชันกราฟิก ในชุมชน โดยใช้วิธีการจัดกิจกรรมในชุมชน อาจส่งเสริมการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การจัดเวิร์คช็อปหรือการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ที่มีการใช้สื่อพร้อมการอภิปราย เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามความรู้ความเข้าใจหลังจบการศึกษา เพื่อดูต่อไปว่าเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจะมีประสิทธิภาพพอที่จะทำให้อาสาสมัครมีความรู้ความเข้าใจหลังจากการรับชมสื่อโมชันกราฟิก ได้นานเท่าใด

2. ควรออกแบบเนื้อหาในหัวข้อปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เทคนิคการถ่ายทอดผ่านกรณีศึกษาหรือสถานการณ์ที่จำลองจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มเป้าหมาย

ซึ่งจะช่วยให้อาสาสมัครสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาทางสุขภาพกับประสบการณ์ส่วนบุคคลของตนเองได้ง่ายขึ้น

3. ควรมีการติดตามพฤติกรรมของอาสาสมัครหลังการจบการศึกษา เพื่อศึกษาต่อยอดหลังจากการรับชมสื่อโมชันกราฟิก ว่าอาสาสมัครจะมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- Agah, J. J., Ocheni, C. A., Ezugwu, I. J., Nnaji, A. D., Nnenanya, G. C., & Eke, J. C. (2023). Application of item objective congruence index (IOC-index) for proper alignment of 2020 Physics WASSCE items with objectives and content. *ASSEREN Journal of Education*, 9(1), 57-63.
- Almeida, R. S., Bourliataux-Lajoie, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 11-25. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00027014>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Bell, M. L., Kenward, M. G., Fairclough, D. L., & Horton, N. J. (2013). Differential dropout and bias in randomised controlled trials: When it matters and when it may not. *BMJ*, 346, e8668. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8668>
- Bukhari, S., Yaghi, S., & Bashir, Z. (2023). Stroke in Young Adults. *Journal of clinical medicine*, 12(15), 4999. <https://doi.org/10.3390/jcm12154999>

- Chantaraprapabkun, S., Mayotarn, S., Chompoonuch, S., & Pongpakdee, S. (2019). Prevalence and etiologies of ischemic stroke in young patients in Bhumibol Adulyadej Hospital. *Journal of Thai Stroke Society*, 17(3), 5-14. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/172072> (in Thai)
- Chitrakorn, A. (2021). A development of infographic media using Health Belief Model to promote health awareness in elderly through Line application. *Arts of Management Journal*, 5(3), 877-894. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jam/article/view/250748> (in Thai)
- Chookerd, N., Mettarikanon, D., Tawanwongsri, W., Puangsri, P., Kaeophanuek, S., Boonpit, V., & Wanchai, A. (2025). Using Motion-Graphic Media to Educate Higher Education Students About Depression: A Randomized Controlled Trial. *Emerging Science Journal*, 8, 249-261. <https://doi.org/10.28991/ESJ-2024-SIED1-015>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Denny, M. C., Vahidy, F., Vu, K. Y., Sharrief, A. Z., & Savitz, S. I. (2017). Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy, and patient satisfaction. *PLOS ONE*, 12(3), e0171952. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171952>
- Department of Disease Control. (2023, October 24). *Stroke situation in Thailand*. Ministry of Public Health, 2023. Retrieved April 25, 2023, from <https://shorturl-ddc.moph.go.th/tFFwu>. (in Thai)
- Feeley, T. H., Keller, M., & Kayler, L. (2023). Using animated videos to increase patient knowledge: A meta-analytic review. *Health Education & Behavior*, 50(2), 240-249. <https://doi.org/10.1177/10901981221139416>
- Hansen, S., Jensen, T. S., Schmidt, A. M., Strøm, J., Vistisen, P., & Høybye, M. T. (2024). The effectiveness of video animations as a tool to improve health information recall for patients: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e58306. <https://doi.org/10.2196/58306>
- Jearasukon, P., Piaseu, N., Natason, A., & Surinrach, A. (2022). The development of stroke risk assessment by application risk management concept of COSO: ERM. *Journal of Thai Stroke Society*, 21(2), 7. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/254182> (in Thai)
- Juttano, A. (2019). *Development of self-learning package on food sanitation guidelines for restaurants in Nonghoi sub-district, Mueang district, Chiang Mai province*. Thesis of Master of Public Health, Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai. (in Thai)
- Kankanhalli, A., Xia, Q., Ai, P., & Zhao, X. (2021). Understanding Personalization for Health Behavior Change Applications: A Review and Future Directions. *AIS Transactions on Human-Computer Interaction*, 13(3), 316-349. <https://doi.org/10.17705/1thci.00152>
- Miller, K. A., Monuteaux, M. C., Aftab, S., Lynn, A., Hillier, D., & Nagler, J. (2018). A randomized controlled trial of a video-enhanced advanced airway curriculum for pediatric residents. *Academic Medicine*, 93(12), 1858-1864. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002216>

- Moe-Byrne, T., Evans, E., Benhebil, N., & Knapp, P. (2022). The effectiveness of video animations as information tools for patients and the general public: A systematic review. *Frontiers in Digital Health*, 4, 1010779. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1010779>
- Naenthaisong, S., & et al. (2018). Development of motion graphics to prevent obesity in children aged 6–12: Case study: Wat Donsalao School (Pan Poon Ratrajbumrung). *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University*, 5(1), 187-201. <https://doi.org/10.14456/jmsnpnu.2018.16> (in Thai)
- Namwongsa, S., Kittitrakarn, T., Polpisit, T., Ponchai, P., & Nutkae, P. (2023). Enhancing ergonomics awareness among Gen Z tablet users: A digital media approach to prevent musculoskeletal disorders [Article 263100]. *Thai Journal of Ergonomics*, 6(2). <https://he01.tcithaijo.org/index.php/TJE/article/view/263100> (in Thai)
- Rungprasert, K. (2018). The production of motion graphics to promote knowledge and attitudes towards stroke prevention. *Progress in Applied Science and Technology*, 8, 153-168. (in Thai)
- Sa-ringkan, O., Boonthum, A., Kongsin, S., Jiamton, S., & Prakongsai, P. (2021). Cost per admission day of intermediate care among patients diagnosed with cerebrovascular diseases in a tertiary hospital. *Journal of Health Systems Research*, 15(4), 407-421 (in Thai)
- Srimi, P., Apisrasomthat, A., Krainara, S., Pongaram, N., Pimphasalee, P., Charujan, Y., & Kosuwintan, R. (2024). Effect of educational video on prevention and control of food and waterborne diseases on learning achievement and satisfaction of health promotion students. *Journal of Education, Khon Kaen University*, 47(3), 22-34. (in Thai)
- Sukphatthi, T., & Songsrisornsthaporn, T. (2017). A study on graphic module design to enhance learning ability. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn*, 12(1), 261-268. (in Thai)
- Wontaisong, N., Surinrach, A., Jumpajan, J., Wongkureson, S., Buranet, L., Pholwongsa, D., & Khiamkom, L. (2022). The effect of a stroke risk prevention program among at-risk patients living in the community. *Academic Journal of Health and Environment*, 1(1), 619. <https://doi.org/10.55674/ajhe.v1i1.619> (in Thai)
- Yoo, J. W., Hong, B. Y., Jo, L., Kim, J. S., Park, J. G., Shin, B. K., & Lim, S. H. (2020). Effects of age on long-term functional recovery in patients with stroke. *Medicina (Kaunas)*, 56(9), Article 451. <https://doi.org/10.3390/medicina56090451>
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49-54.

บทความวิจัย

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล

นภาพรณ์ มณีฉาย^{1*} ศ.ม., ประภัสรา ศิริกาญจน์² ป.ด., เสาวนีย์ เบญจมานุกูล³ พ.บ.

Received: July 2, 2025

Revised: September 26, 2025

Accepted: November 4, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบย้อนหลังจากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล ตัวอย่าง 401 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ปี พ.ศ. 2555-2566 โดยวันที่คัดเข้าและเริ่มติดตามเมื่อผู้ป่วยเริ่มได้รับยาอัลโลพูรินอลครั้งแรก คือ วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 สิ้นสุดวันคัดเข้า วันที่ 31 ธันวาคม 2566 และสิ้นสุดการติดตามเมื่อผู้ป่วยได้รับยาอัลโลพูรินอล ครบ 1 ปี โดยวันสุดท้ายของการติดตาม คือ วันที่ 31 ธันวาคม 2567 พรรณนาลักษณะทั่วไปของตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ และใช้ตัวแบบ Modified Poisson regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการบรรลุเป้าหมายในการรักษา

ผลการวิจัย พบอุบัติการณ์การบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลใน 1 ปี ร้อยละ 58.1 (95% CI: 53.2-62.9) และปัจจัยที่มีผล คือ ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น โดยผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูงมาก (> 9 มก./ดล.) มีโอกาสบรรลุเป้าหมายในการรักษาลดลงร้อยละ 23.0 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้นสูง (≥ 6 ถึง ≤ 9 มก./ดล.) (RR = 0.77, 95% CI : 0.64-0.93) ดังนั้น ควรมีการติดตามระดับกรดยูริกในผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างใกล้ชิดและปรับขนาดยาให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษา

คำสำคัญ: กรดยูริก ยาอัลโลพูรินอล โรคเกาต์

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

* ผู้รับผิดชอบบทความ: naphaporn.m@kkumail.com

Incidence and factors influencing achievement of treatment goal in gout patients with allopurinol

Naphaporn Maneechai^{1,*} M.P.H., Prapassara Sirikarn² Ph.D., Saovanee Benjamanukol³ M.D.

ABSTRACT

This retrospective cohort study aimed to investigate the incidence and factors associated with achieving treatment targets in gout patients receiving allopurinol. A total of 401 patients were included, all of whom received allopurinol at the outpatient rheumatology clinic of Banphaeo General Hospital between 2012 and 2023. The inclusion date and initiation of follow-up were defined as the date the patient first received allopurinol, starting on July 1, 2012. Patient enrollment ended on December 31, 2023, and follow-up continued for one year after allopurinol initiation, with the final follow-up date being December 31, 2024. The characteristics of the sample were described by mean, standard deviation, frequency, and percentage. A modified Poisson regression model was used to investigate the association between factors and the achievement of the treatment goal.

The results showed that the incidence of achieving the treatment target within one year was 58.1% (95% CI: 53.2–62.9). Baseline serum uric acid level was the factor influencing the achievement of treatment targets in gout patients receiving allopurinol. Patients with a very high baseline uric acid level (> 9 mg/dL) were 23% less likely to achieve the treatment target compared to those with high baseline levels (≥ 6 to ≤ 9 mg/dL) (RR = 0.77, 95%CI: 0.64-0.93). Therefore, closely monitoring of serum uric acid levels and appropriate dose adjustment are crucial for successful treatment outcomes in gout patients.

Keywords: Uric acid, Allopurinol, Gout

¹ Master of Public Health Student in Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³ Rheumatologist, Department of Medicine, Banphaeo General Hospital

* Corresponding author: naphaporn.m@kkumail.com

บทนำ

เกาต์เป็นโรคข้ออักเสบที่เกิดจากการสะสมของกรดยูริกในร่างกายมากเกินไปทั่วโลกมีรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 0.1-0.3 และความชุกร้อยละ 1.0-4.0 โดยทุก 10 ปีมีความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.0-13.0 (Singh & Gaffo, 2020) โดยความชุกของโรคเกาต์ในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 0.16 (Chaiamnuy, Darmawan, Muiriden, & Assawatanabodee, 1998) แม้ความชุกดังกล่าวจะไม่ได้มีอัตราที่สูงมาก แต่จากการสำรวจภาวะกรดยูริกในเลือดสูง (Hyperuricemia) พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 24 ในปี พ.ศ. 2553 (Chiwchanwisawakit, Charoenhongthong, Katchamart, & Srinonprasert, 2016) ซึ่งบ่งชี้ว่าในอนาคตความชุกของโรคเกาต์ในประเทศไทยอาจมีแนวโน้มสูงขึ้นหากไม่มีการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ การดำเนินของโรคเกาต์ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย นั่นคือ เมื่อกรดยูริกสะสมเป็นเวลานาน จนเกิดการอักเสบและตกผลึกเป็นเกล็ดยูเรตในร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบและมีอาการปวดข้อเฉียบพลัน (Neogi et al., 2015) หากโรคมีการดำเนินเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลให้เกิดความพิการทางกิริยาร่วมประจำวันที่ (Cairns et al., 2020) 2) ด้านจิตใจ พบผู้ป่วยโรคเกาต์มีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 5.3 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 15.0 (Fu et al., 2018) และ 3) ด้านสังคม เมื่อควบคุมโรคเกาต์ได้ไม่ดีส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตลดลง (Wood, Fermer, Ramachandran, Baumgartner, & Morlock, 2016) ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถควบคุมระดับกรดยูริกในเลือดให้ต่ำกว่าเป้าหมายได้ จะลดการเกิดโรคข้ออักเสบ รวมถึงผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลดอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต

การบรรลุมเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ คือ การลดเกล็ดยูเรต โดยควรมีระดับกรดยูริกในเลือดน้อยกว่า 6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในปัจจุบันมีคำแนะนำให้ใช้ยาอัลโลพูรินอลในการลดระดับกรดยูริกในเลือดเป็นลำดับแรก (First-line drugs) (Richette et al., 2017) โดยการรักษาจะเริ่มในขนาดต่ำที่ 50-100 มิลลิกรัม

ต่อวัน จากนั้นปรับเพิ่มขึ้นครั้งละ 50-100 มิลลิกรัมต่อวัน ในทุก 1-4 สัปดาห์ จนสามารถควบคุมระดับกรดยูริกในเลือดได้ตามเป้าหมาย แม้ว่ายาอัลโลพูรินอลจะมีประสิทธิภาพในการลดระดับกรดยูริกในเลือด แต่การบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ยังคงเป็นความท้าทาย โดยการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมาน พบว่าอุบัติการณ์การบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับกรดยูริกให้อยู่ในเป้าหมายที่แนะนำได้ (Borghgi & Perez-Ruiz, 2016) อุบัติการณ์การบรรลุเป้าหมายดังกล่าวอาจแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการรักษาได้

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเกาต์ของกระทรวงการสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดกรดยูริกในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และประวัติโรคเกาต์คนในครอบครัว 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีปุ่มก้อนโทฟัส และระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์ 3) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ยาขับปัสสาวะและยาลดความดันโลหิตสูง 4) ปัจจัยด้านห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น และค่าการทำงานของไต 5) ปัจจัยด้านโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางข้อและรูมาติสซั่ม โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน และโรคตับอักเสบเรื้อรัง (Singh, Yang, & Saag, 2020)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคเกาต์ในประเทศไทยอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกา ทั้งการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน จึงอาจมีผลกระทบต่อระดับกรดยูริกในเลือดได้ รวมถึงงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผล (Cohort study) แต่การรายงานขนาดความสัมพันธ์โดยอัตราส่วนออดส์ (Odds ratio: OR) อาจทำให้เกิดปัญหาการประมาณค่าสูงเกินจริง (Overestimation) โดยเฉพาะในกรณีของโรคหรือผลลัพธ์ที่ศึกษามีอุบัติการณ์สูง (มากกว่าร้อยละ 10.0) (Zhang & Yu, 1998) ซึ่งจากการศึกษา

ที่ผ่านมาพบอุปสรรคการบรรลุปเป้าหมายในการรักษาโรคเกาต์ด้วยยาอัลโลพูรินอลนั้นมีค่าสูงกว่าร้อยละ 10.0 จึงอาจทำให้การรายงานขนาดความสัมพันธ์โดยอัตราส่วนออดส์ยังไม่เหมาะสม ดังนั้น เมื่อทราบถึงอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา จะช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมโรคที่ดีขึ้น ช่วยลดความจำเป็นในการใช้ยา อีกทั้งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเกาต์อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาอุปสรรคการบรรลุปเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุปเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบย้อนหลังจากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort study) เพื่อศึกษาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุปเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกาต์โดยมีรหัส ICD-10 คือ M10.00 ถึง M10.09 แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 937 ราย

กลุ่มตัวอย่าง 401 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเกาต์ มีรหัส ICD-10 คือ M10.00 ถึง M10.09 ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม ปี พ.ศ. 2555-2566 โดยวันที่คัดเข้าและเริ่มติดตามเมื่อผู้ป่วยเริ่มได้รับยาอัลโลพูรินอลในการลดระดับกรดยูริกครั้งแรก คือ วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 สิ้นสุดวันคัดเข้า วันที่ 31 ธันวาคม 2566 และสิ้นสุดการติดตาม เมื่อผู้ป่วยได้รับยาอัลโลพูรินอลครบ 1 ปี โดยวันสุดท้ายของการติดตาม คือ วันที่ 31 ธันวาคม 2567

โดยคัดเลือกผู้ป่วยทุกรายที่มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยสัญชาติไทย มีอาการปวดข้อหรือมีการกำเริบโรคเกาต์มากกว่า 2 ครั้งต่อปี หรือมีปุ่มก้อนโทฟัสร่วมด้วย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถติดตามอาการต่อเนื่องได้ เช่น ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ไม่ได้มาติดตามการรักษาตามนัด หรือเสียชีวิต 2) รับประทานยาลดกรดยูริกตัวอื่นที่ไม่ใช่อัลโลพูรินอล ได้รับยาอัลโลพูรินอลน้อยกว่า 1 ปี เปลี่ยนไปใช้ยาลดกรดยูริกตัวอื่น หยุดใช้ยาอัลโลพูรินอล ใช้ยาลดกรดยูริกตัวอื่นร่วมด้วย หรือแพ้ยาอัลโลพูรินอล 3) ได้รับยาในกลุ่มที่ทำให้กรดยูริกในเลือดสูง ได้แก่ Cyclosporine และ Pyrazinamide 4) รับประทานยาอัลโลพูรินอลไม่สม่ำเสมอ พิจารณาโดยอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม

ตัวแปรและการวัดตัวแปร

ในการศึกษานี้ประกอบไปด้วย ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรตาม คือ การบรรลุปเป้าหมายการลดระดับกรดยูริกในเลือดต่ำกว่า 6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรด้วยยาอัลโลพูรินอลภายใน 1 ปีหลังได้รับยาครั้งแรก มีค่าเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ บรรลุปเป้าหมายและไม่บรรลุปเป้าหมาย อ้างอิงตามแนวทางการรักษาโรคเกาต์โดย American College of Rheumatology (ACR) ปี ค.ศ. 2020 แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเกาต์ทุกรายที่เริ่มการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก (Urate-lowering therapy) ควรมีเป้าหมายในการควบคุมระดับกรดยูริกให้น้อยกว่า 6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพื่อป้องกันการสะสมของผลึกยูเรตในร่างกาย และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ (FitzGerald et al., 2020) โดยแหล่งข้อมูลได้จากฐานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ชุดข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการ โดยเลือกค่ากรดยูริก (Uric acid) ปี พ.ศ. 2555-2566

2. ตัวแปรอิสระ คือ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการบรรลุปเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับ

ยาอัลโลพูรินอล โดยการจับกลุ่มตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์จากการจัดกลุ่มตามระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมโรคข้อและรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุของผู้ป่วยที่เริ่มไต่ยา 3) การมีปุ่มก้อนโทฟัส 4) ระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์ คือ ผู้ป่วยเคยมีประวัติมีปุ่มก้อนโทฟัส มีระดับกรดยูริกในเลือดสูง หรือถูกวินิจฉัยเป็นโรคเกาต์ ก่อนเข้าแผนกอายุรกรรมเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม 5) ดัชนีมวลกาย คือ ดัชนีที่ใช้สำหรับประเมินความสมดุลระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูง คำนวณได้จากสูตร น้ำหนัก (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)² มีหน่วยเป็น กก/ม² 6) ยาขับปัสสาวะ คือ ยาที่ช่วยเพิ่มการขับปัสสาวะจากร่างกายเพื่อลดการสะสมของของเหลว 7) ยาลดความดันโลหิตสูง คือ ยาที่ใช้ลดความดันโลหิตในร่างกาย 8) ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น คือ ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นเมื่อถูกวินิจฉัยเป็นโรคเกาต์โดยอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม มีหน่วยเป็น มก./ดล. 9) ค่าการทำงานของไต คือ เป็นการวัดค่าที่ใช้ในการประเมินความสามารถของไตในการกรองของเสียออกจากเลือด มีหน่วยเป็น มล./นาที่/1.73 ม² 10) โรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 11) โรคทางข้อและรูมาติสซั่ม คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางข้อและรูมาติสซั่ม 12) โรคแผลในกระเพาะอาหาร คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร 13) โรคเบาหวาน คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และ 14) โรคตับอักเสบขั้นรุนแรง คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคตับอักเสบขั้นรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลซึ่งพัฒนาขึ้นมาเอง เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและประวัติการรักษาจากโปรแกรม EMR soft ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและโรคประจำตัว ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าการทำงานของไต โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคทางข้อและรูมาติสซั่ม โรคแผล

ในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคตับอักเสบขั้นรุนแรง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ วันที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคเกาต์ ระยะเวลาการเป็นโรคเกาต์ การมีปุ่มก้อนโทฟัส ระดับกรดยูริกเริ่มต้น การรับประทานยาขับปัสสาวะ การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ระดับกรดยูริกที่ 1 ปี จำนวน 7 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมข้อมูล

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ใช้โปรแกรม EMR soft ในการจัดเก็บประวัติการรักษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกราย ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยศูนย์เทคโนโลยีและสารสนเทศ การเตรียมข้อมูล ดังนี้

1.1 การกรองข้อมูล

ศูนย์เทคโนโลยีและสารสนเทศ ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้รับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ปี พ.ศ. 2555-2566 โดยมีรหัส ICD-10 M10.00 ถึง M10.09 จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล โดยนำ ID ไปค้นหาประวัติผู้ป่วยในโปรแกรม EMR soft พร้อมทั้งเปิดแฟ้มประวัติผู้ป่วยควบคู่กัน จากนั้นทำการบันทึกข้อมูลลงในไฟล์ excel เพื่อทำการจัดการคำสุญหายต่อไป

1.2 การจัดการคำสุญหาย

การจัดการคำสุญหายแบ่งออกเป็น 3 กรณี ดังนี้

1.2.1 ตัดตัวแปรออกจากการวิเคราะห์ กรณีที่พบมีคำสุญหายมากกว่าร้อยละ 20.0 ได้แก่ ตัวแปรระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์มีข้อมูลสุญหายร้อยละ 23.0

1.2.2 ตัดเรคคอร์ดออกจากการวิเคราะห์ กรณีพบเรคคอร์ดที่มีคำสุญหาย การศึกษานี้พบจำนวน 10 ราย ได้แก่ ไม่มีข้อมูลน้ำหนัก จำนวน 2 ราย ไม่มีข้อมูลส่วนสูง จำนวน 1 ราย ไม่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้น จำนวน 5 ราย และไม่มีข้อมูลระดับกรดยูริกเมื่อได้รับยาอัลโลพูรินอลครบ 1 ปี จำนวน 2 ราย

1.2.3 กรณีพบค่าที่เป็นไปไม่ได้ เช่น อายุ 999 ปี ทำการตรวจสอบจากแฟ้มประวัติที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่มเพื่อยืนยันข้อมูล จากการตรวจสอบข้อมูลไม่พบค่าที่ผิดปกติ

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม STATA เวอร์ชัน 18 โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์เพื่อนำเสนอลักษณะทางประชากรของตัวอย่าง กรณีข้อมูลจำแนกประเภท นำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2.2 การบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล นำเสนอโดยอุบัติการณ์พร้อมด้วยร้อยละ 95.0 ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval: CI)

2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระที่ละตัว โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ตัวแบบเชิงเส้นน้อยสำคัญทั่วไป ส่วนประกอบเชิงสุ่ม คือ การแจกแจงปัวซอง กำหนดฟังก์ชันเชื่อมโยง คือ ลอการิทึม และใช้วิธีการประมาณค่าความแกร่ง (Robust) ให้การประมาณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน จากนั้นพิจารณาว่าตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบเริ่มต้น (Initial model) โดยพิจารณาจากค่า $p\text{-value} \leq 0.20$ (Hosmer & Lemeshow, 1989)

2.4 การตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์ตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป ประกอบด้วย การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องกับตัวแปรตาม โดยวิธี Design variable และการตรวจสอบความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ทำการตรวจสอบโดยพิจารณาค่า Variance inflation factor (VIF) หากพบว่าชุดตัวแปรใดมีค่า VIF มากกว่า 10 จะพิจารณาตัดตัวแปรนั้นออกจากการวิเคราะห์

2.5 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล ใช้ตัวแบบ Modified Poisson regression คัดเลือกตัวแปร ด้วยวิธีการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยพิจารณาค่า $p\text{-value}$ ของสถิติ Wald test ในโมเดลเริ่มต้น พิจารณาค่าตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} > 0.05$ และ $p\text{-value}$ สูงที่สุดในตัวแบบออก ร่วมกับการพิจารณาค่า Akaike Information Criterion (AIC) และ Bayesian Information Criterion (BIC) จนกระทั่งไม่สามารถนำตัวแปรใดออกได้อีก จะถือว่าตัวแบบนั้นคือตัวแบบสุดท้าย (Final model) ส่วนตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ การมีปุ่มก้อนโทฟัสและอายุของผู้ป่วย จะคงไว้ในตัวแบบเสมอ ไม่มีการขจัดออก และนำเสนอด้วยค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk : RR) พร้อมด้วยร้อยละ 95.0 ช่วงเชื่อมั่น

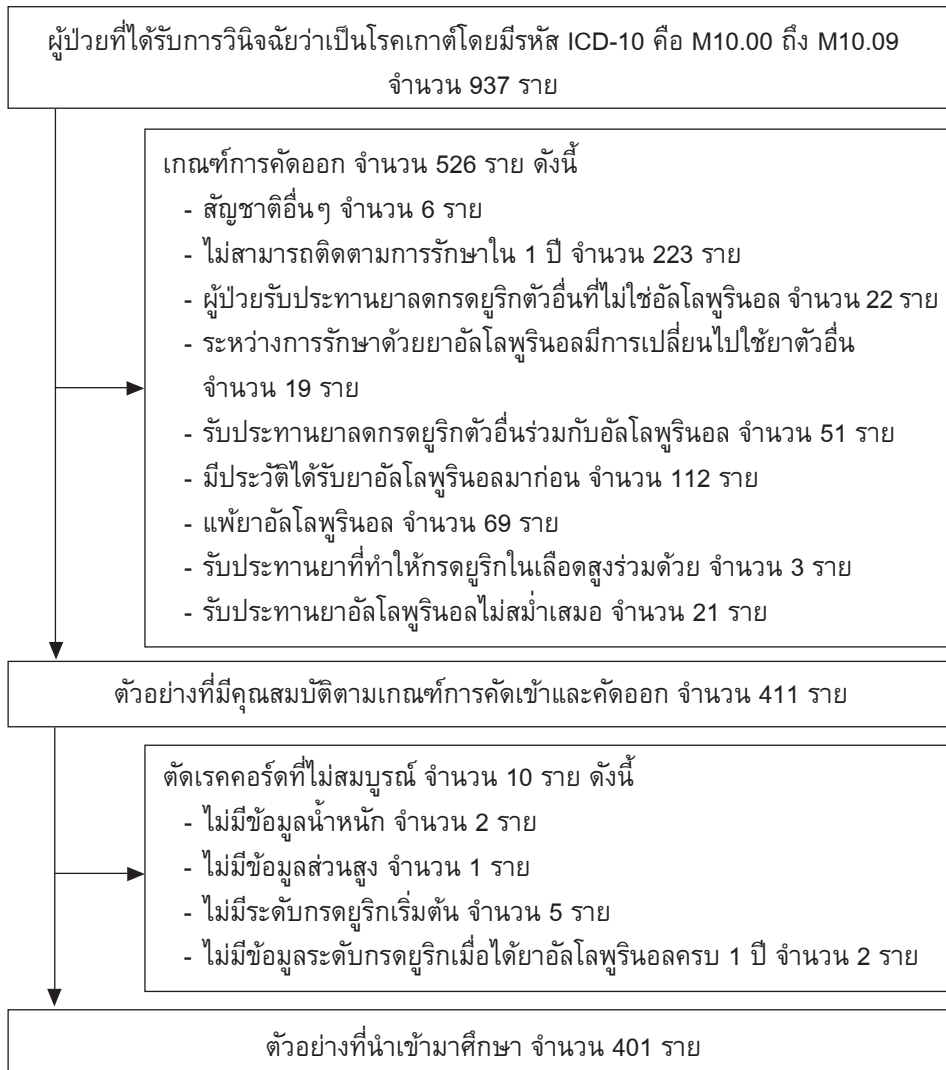
จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 672236 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 และ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เลขที่ 015/67 วันที่ 6 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยสัณฐานชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกาต์ โดยมีรหัส ICD-10 คือ M10.00 ถึง M10.09 ปี พ.ศ. 2555-2566 ที่ปรากฏในฐานข้อมูลผู้รับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จำนวน 937 ราย ถูกตัดออกจากการศึกษาตามเกณฑ์การคัดออก จำนวน 526 ราย และหลังจากตัดข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ออกจากการศึกษา พบตัวอย่างที่นำเข้ามาศึกษาเท่ากับ 401 ราย รายละเอียดดังภาพ 1



ภาพ 1 การคัดเลือกตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 401 ราย พบว่าร้อยละ 93.0 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 56.9 ปี (S.D. = 14.3) และส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มากกว่าปกติ (ร้อยละ 80.1) ไม่มีปุ่มก้อนโทพิส (ร้อยละ 72.6) ไม่ได้รับยาขับปัสสาวะ (ร้อยละ 95.5) ไม่ได้รับยาลดความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.4) และค่าการทำงาน

ของไต (eGFR) เฉลี่ยอยู่ที่ 72.79 มล./นาที/1.73 ม² (S.D. = 23.45) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อและรูมาติสซั่ม โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน รายละเอียดเพิ่มเติมแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n = 401)

ปัจจัย	บรรลุป้ำหมาย (n = 233)		ไม่บรรลุป้ำหมาย (n = 168)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	215	57.6	158	42.4	373	93.0
หญิง	18	64.3	10	35.7	28	7.0
อายุ (ปี)						
อายุ ≤ 40 ปี	31	49.2	32	50.8	63	15.7
อายุ 41-59 ปี	85	56.7	65	43.3	150	37.4
อายุ ≥ 60 ปี	117	62.2	71	37.8	188	46.9
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	58.4 (14.0)		54.8 (14.4)		56.9 (14.3)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : สูงสุด)	60 (27 : 98)		66.5 (23 : 88)		59 (23 : 98)	
ดัชนีมวลกาย (กก/ม²)						
น้อยกว่าเกณฑ์	7	41.2	10	58.8	17	4.2
ปกติ	43	68.3	20	31.7	63	15.7
มากกว่าเกณฑ์	183	57.0	138	43.0	321	80.1
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	26.1 (4.4)		26.7 (5.0)		26.4 (4.6)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : สูงสุด)	25.5 (13.0 : 39.0)		26.1 (12.5 : 43.0)		25.8 (12.5 : 43.0)	
การมีปุ่มก้อนทอพัส						
มีปุ่มก้อนทอพัส	61	55.5	49	44.6	110	27.4
ไม่มีปุ่มก้อนทอพัส	172	59.1	119	40.9	290	72.6
ยาขับปัสสาวะ						
ได้รับ	11	61.1	7	38.9	18	4.5
ไม่ได้รับ	222	58.0	161	42.0	383	95.5
ยาลดความดันโลหิตสูง						
ได้รับ	120	57.1	90	42.9	191	47.6
ไม่ได้รับ	113	59.2	78	40.8	210	52.4
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น (มก./ดล.)						
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น	147	65.3	78	34.7	307	76.6
สูง (≥ 6 ถึง ≤ 9)						
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น	86	48.9	90	51.1	94	23.4
สูงมาก (> 9 ขึ้นไป)						
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8.7 (1.7)		9.1 (1.6)		8.9 (1.7)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : สูงสุด)	8.4 (6 : 16.2)		9.2 (6.1 : 13.1)		8.7 (6 : 16.2)	

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n = 401) (ต่อ)

ปัจจัย	บรรลุป้าหมาย (n = 233)		ไม่บรรลุป้าหมาย (n = 168)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าการทำงานของไต (มล./นาที/1.73 ม²)						
ค่าการทำงานของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 60 มล./นาที/1.73 ม ²	153	55.0	125	45.0	278	69.3
ค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ม ²	80	65.0	43	35.0	123	30.7
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	70.0 (22.5)		76.6 (24.3)		72.79 (23.5)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : สูงสุด)	70.0 (5.1 : 124.7)		75.9 (25.1 : 151.7)		72.77 (5.14 : 151.7)	
โรคหัวใจและหลอดเลือด						
มี	26	52.0	24	48.0	50	12.5
ไม่มี	207	59.0	144	41.0	351	87.5
โรคทางข้อและรูมาติสซั่ม						
มี	4	66.7	2	33.3	6	1.5
ไม่มี	229	58.0	166	42.0	395	98.5
โรคแผลในกระเพาะอาหาร						
มี	9	60.0	6	40.0	15	3.7
ไม่มี	224	58.0	162	42.0	386	96.3
โรคเบาหวาน						
มี	53	63.1	31	37.0	84	21.0
ไม่มี	180	56.8	137	43.2	317	79.1

2. อุปัตติการณ์

จากตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 401 ราย พบผู้ที่บรรลุป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล จำนวน 233 ราย หรือคิดเป็นอุปัตติการณ์ร้อยละ 58.1 (95% CI: 53.2 ถึง 62.9)

3. ตัวแปรที่มีผลต่อการบรรลุป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลโดยไม่คำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้มีทั้งหมด 12 ตัวแปร จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ พบมี 3 ตัวแปร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น และค่าการทำงานของไตที่จะนำเข้าสู่ตัวแบบเริ่มต้นดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยอื่น (n = 401) (Crude analysis)

ปัจจัย	n	การบรรลุเป้าหมาย จำนวน ร้อยละ	Crude RR	95% CI	p-value (Wald test)*
เพศ					
ชาย	373	215 57.6	1		
หญิง	28	18 64.3	1.12	0.83-1.50	0.461
อายุ (ปี)					
อายุ ≤ 40 ปี	63	31 49.2	1		
อายุ 41-59 ปี	150	85 56.7	1.15	0.86-1.54	0.336
อายุ ≥ 60 ปี	188	117 62.2	1.26	0.96-1.66	0.094
ดัชนีมวลกาย (กก/ม²)					
น้อยกว่าเกณฑ์	17	7 41.2	1		
ปกติ	63	43 68.3	1.66	0.92-3.00	0.095
มากกว่าเกณฑ์	321	183 57.0	1.38	0.78-2.46	0.269
การมีปุ่มก้อนโทฟัส					
มีปุ่มก้อนโทฟัส	110	61 55.5	1		
ไม่มีปุ่มก้อนโทฟัส	291	172 59.1	1.07	0.88-1.30	0.517
ยาขับปัสสาวะ					
ไม่ได้รับ	383	222 58.0	1		
ได้รับ	18	11 61.1	1.05	0.72-1.54	0.784
ยาลดความดันโลหิตสูง					
ไม่ได้รับ	191	113 59.2	1		
ได้รับ	210	120 57.1	0.97	0.82-1.14	0.682
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น (มก./ดล.)					
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูง					
(≥ 6 ถึง ≤ 9)	225	147 65.3	1		
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูงมาก	176	86 48.9	0.75	0.63-0.89	0.001
(> 9 ขึ้นไป)					
ค่าการทำงานของไต (มล./นาที/1.73 ม²)					
ค่าการทำงานของไตมากกว่า หรือเท่ากับ 60 มล./นาที/1.73 ม ²	278	153 55.0	1		0.041
ค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ม ²	123	80 65.0	1.18	1.00-1.40	0.010

ตาราง 2 ผลของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยอื่น (n = 401) (Crude analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	n	การบรรลุเป้าหมาย จำนวน ร้อยละ	Crude RR	95% CI	p-value (Wald test)*
โรคหัวใจและหลอดเลือด					
มี	50	26 52.0	1		
ไม่มี	351	207 59.0	1.13	0.86-1.50	0.379
โรคทางข้อและรูมาติสซั่ม					
มี	6	4 66.7	1		
ไม่มี	395	229 58.0	0.87	0.50-1.54	0.633

* เนื่องจาก Modified Poisson regression ใช้วิธีประมาณค่า Robust จึงไม่สามารถหา p-value จาก LR test ได้

4. ตัวแปรที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีขจัดออกที่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรดัชนีมวลกายและตัวแปรค่าการทำงานของไตถูกนำออกจากตัวแบบเนื่องจากมี p-value มากกว่า 0.05 ดังนั้นในตัวแบบสุดท้ายจึงประกอบไปด้วยตัวแปรระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น แต่เมื่อพิจารณาจากความสำคัญทางด้านคลินิก พบว่า การมีปุ่มก้อนโทฟัสและอายุของผู้ป่วยมีความสำคัญทางคลินิก ซึ่งมีผลต่อการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล ดังนั้นใน

ตัวแบบสุดท้ายจึงทำการควบคุมอิทธิพลของการมีปุ่มก้อนโทฟัสและอายุ รายละเอียดแสดงในตาราง 3

เมื่อทำการควบคุมอิทธิพลของการมีปุ่มก้อนโทฟัสและอายุ พบว่าระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น มีความสัมพันธ์ต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูงมาก (> 9 มก./ดล.) มีโอกาสบรรลุเป้าหมายในการรักษาลดลงร้อยละ 23.0 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้นสูง (≥ 6 ถึง ≤ 9 มก./ดล.) (RR = 0.77, 95% CI : 0.64-0.93) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น (n = 401)

ปัจจัย	Crude		Adjusted		p-value (Wald test)*
	RR	95% CI	RR	95% CI	
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น (มก./ดล.)					
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูง (≥ 6 ถึง ≤ 9)	1		1		
ระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูงมาก (> 9 ขึ้นไป)	0.75	0.63-0.89	0.77	0.64-0.93	0.005
การมีปุ่มก้อนโทฟัส					
มีปุ่มก้อนโทฟัส	1		1		
ไม่มีปุ่มก้อนโทฟัส	1.07	0.88-1.30	1.07	0.88-1.29	0.513
อายุ (ปี)					
อายุ ≤ 40 ปี	1		1		
อายุ 41-59 ปี	1.15	0.86-1.54	1.07	0.80-1.44	0.651
อายุ ≥ 60 ปี	1.26	0.96-1.66	1.16	0.87-1.54	0.308

*เนื่องจาก Modified Poisson regression ใช้วิธีประมาณค่า Robust จึงไม่สามารถหา p-value จาก LR test ได้

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ พบอุบัติการณ์ของการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลใน 1 ปี ร้อยละ 58.1 (95% CI: 53.2-62.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Corbett, Pentony, & McGill (2017) ที่ทำการศึกษากการบรรลุเป้าหมายในการลดระดับยูริกในผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับการรักษาในแผนกเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่มเช่นเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลบรรลุเป้าหมายในการรักษา ร้อยละ 61.0 โดยมีอุบัติการณ์การบรรลุเป้าหมายที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าอุบัติการณ์ในการศึกษานี้สูงกว่าอุบัติการณ์ที่รายงานในงานวิจัยของ Borghi & Perez-Ruiz (2016) ที่พบอุบัติการณ์การบรรลุเป้าหมายในการรักษาด้วยยาอัลโลพูรินอลร้อยละ 44.4 (95% CI: 36.8-52.3) ซึ่งผลการศึกษานี้ อาจแสดงถึงแนวโน้มการใช้ยาและการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากยาอัลโลพูรินอลจัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยสามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย

ส่งผลให้การเริ่มต้นและการใช้ยาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามในแผนกเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม จะได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดและได้รับการปรับแผน การรักษาอย่างเหมาะสม จึงอาจมีอุบัติการณ์การบรรลุเป้าหมายที่สูงกว่าการศึกษาที่ใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั่วไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอล เมื่อทำการควบคุมอิทธิพลของการมีปุ่มก้อนโทฟัสและอายุในตัวแบบสุดท้ายแล้ว พบว่าตัวแปรระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้น มีความสัมพันธ์ต่อการบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ได้รับยาอัลโลพูรินอลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูงมาก (> 9 มก./ดล.) มีโอกาสบรรลุเป้าหมายในการรักษาลดลงร้อยละ 23.0 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้นสูง (≥ 6 ถึง ≤ 9 มก./ดล.) (RR = 0.77, 95% CI: 0.64-0.93) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Singh, Yang, & Saag (2020) ที่พบระดับกรดยูริกในเลือดก่อนการรักษา (Pre-index serum urate, SU) มีความสัมพันธ์ต่อการบรรลุนิ่วและรักษาระดับกรดยูริกในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย โดยกลุ่มที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้น 10 ถึง น้อยกว่า 12 มก./ดล. การบรรลุนิ่วเป้าหมายในการรักษาลดลงร้อยละ 49.0 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้นเท่ากับ 6 ถึง น้อยกว่า 8 มก./ดล. (OR = 0.51, 95% CI: 0.48-0.55) และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hatoum, Khanna, Lin, Akhras, Shiozawa, & Khanna (2014) พบผู้ที่มีระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นมากกว่าหรือเท่ากับ 9 มก./ดล. การบรรลุนิ่วเป้าหมายในการรักษาลดลงร้อยละ 52.0 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับกรดยูริกเริ่มน้อยกว่า 7 มก./ดล. (OR = 0.48 95% CI: 0.41-0.57) ซึ่งระดับกรดยูริกที่สูงมากยังแสดงถึงปริมาณผลึกยูเรตที่ตกค้างในเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย มีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคเกาต์มากกว่ากลุ่มอื่น และมักต้องใช้เวลานานในการปรับขนาดยาเพื่อลดระดับกรดยูริก ซึ่งอาจส่งผลต่อการบรรลุนิ่วเป้าหมายการรักษาได้ จากผลการศึกษานี้ควรเพิ่มแนวทางการติดตามระดับกรดยูริกในผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้นสูงมากเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสม

การศึกษานี้มีข้อดี คือ การศึกษาจากตัวอย่างที่ทำการรักษาในแผนกเฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม ซึ่งใช้แนวทางการรักษาที่อิงตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้มาตรฐานสากล โดยมีเป้าหมายให้ระดับกรดยูริกในเลือดต่ำกว่า 6 มก./ดล. ผ่านการปรับขนาดยาลดกรดยูริกอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ซึ่งเป็นแบบย้อนหลังจากเหตุไปหาผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ทำให้มีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยร้อยละ 23.8 ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการคัดเลือก (Selection bias) ได้ เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถประเมินได้ว่าผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยกลุ่มที่ขาดหายไปนั้น แตกต่างจากกลุ่มที่ติดตามได้ครบถ้วนเช่นไร อีกทั้งตัวแปรระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์มีข้อมูลสูญหายถึงร้อยละ 23.0 ทำให้ไม่สามารถนำตัวแปรนี้เข้าสู่การ

วิเคราะห์ได้ จากการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีการสูญหายของระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์มีอายุเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 62.5 ปี, S.D. = 13.8) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีข้อมูลครบถ้วน ($\bar{X}$ = 55.7 ปี, S.D. = 14.2) ซึ่งอาจบ่งชี้ได้ว่าการขาดหายของข้อมูลนี้มีความสัมพันธ์กับอายุที่มีมากขึ้นของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มเป็นโรคเกาต์มาเป็นเวลานานกว่าและการศึกษาของ Singh et al. (2020) พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์มีความสัมพันธ์กับการบรรลุนิ่วเป้าหมายในการรักษาที่ลดลง (OR 0.97, 95% CI: 0.97-0.98) ดังนั้นการที่ไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์ในการวิเคราะห์ได้ อาจส่งผลให้อัตราการบรรลุนิ่วเป้าหมายในการรักษาที่รายงานในครั้งนี้นี้นสูงกว่าความเป็นจริง (Overestimation) และยังทำให้การประมาณค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ ต่อการบรรลุนิ่วเป้าหมายในการรักษาอาจบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ดังนั้นเพื่อที่จะประเมินความสัมพันธ์ที่แท้จริงและลดอคติดังกล่าว ในการศึกษาครั้งถัดไปผู้วิจัยควรออกแบบการศึกษาเป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อให้สามารถวางแผนในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนได้และควรมีการบันทึกระยะเวลาในการเป็นโรคเกาต์ตั้งแต่เริ่มศึกษาโดยอาจกำหนดเป็นช่วงเวลาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระบุช่วงเวลาได้และลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล การบันทึกตัวแปรนี้เป็นประโยชน์เพื่อลดอคติดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ พบผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีระดับกรดยูริกในเลือดเริ่มต้นสูงมาก (> 9 มก./ดล.) มีโอกาสบรรลุนิ่วเป้าหมายในการรักษาลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้นสูง (≥ 6 ถึง ≤ 9 มก./ดล.) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีระดับกรดยูริกเริ่มต้นมากกว่า 9 มก./ดล. ขึ้นไป ควรได้รับการติดตามที่ใกล้ชิดกว่าคนปกติทั่วไปหรือปรับเพิ่มยาลดกรดยูริกที่มีกลไกอื่นเพื่อให้สามารถบรรลุนิ่วเป้าหมายได้เร็วขึ้น รวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้โรคเกาต์กำเริบรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ใช้ค่าระดับกรดยูริกที่วัดในช่วง 1 ปี เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาการบรรลุเป้าหมาย การประเมินผลลัพธ์ของการรักษาโดยใช้ค่ากรดยูริกเพียงจุดเดียว อาจไม่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาได้ทั้งหมด การศึกษาในอนาคตอาจพิจารณาวิเคราะห์ที่วัดตัวแปรตามซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและสอดคล้องกับการควบคุมโรคเกาต์ในระยะยาวมากขึ้น รวมทั้งอาจพิจารณารูปแบบการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงเพื่อนำมาวางแผนการรักษาโรคเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลรวมถึงบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กิระพล กาละดี และรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร คำสะอาด ที่ให้คำแนะนำจนทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Borghi, C., & Perez-Ruiz, F. (2016). Urate lowering therapies in the treatment of gout: A systematic review and meta-analysis. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 20(5), 983-992.

Cairns, I., Lindsay, K., Dalbeth, N., Díaz-Torné, C., Antònia Pou, M., Rodríguez Diez, B., ... Taylor, W. J. (2020). The impact of gout as described by patients, using the lens of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a qualitative study. *BMC Rheumatology*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s41927-020-00147-2>

Chaiamnuy, P., Darmawan, J., Muir, K. D., & Assawatanabodee, P. (1998). Epidemiology of rheumatic disease in rural Thailand: a WHO-ILAR COPCORD study. Community Oriented Programme for the Control of Rheumatic Disease. *The Journal of Rheumatology*, 25(7), 1382-1387.

Chiwchanwisawakit, P., Charoenhongthong, K., Katchamart, W., & Srinonprasert, V. (2016). AB0825 survey on management of gout and hyperuricemia among Thai physicians. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 75 (Suppl 2), 1185. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-eular.3465>

Corbett, E. J. M., Pentony, P., & McGill, N. W. (2017). Achieving serum urate targets in gout: An audit in a gout-oriented rheumatology practice. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 20(7), 894-897. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13032>

FitzGerald, J. D., Dalbeth, N., Mikuls, T., Brignardello-Petersen, R., Guyatt, G., Abeles, A. M., . . . Neogi, T. (2020). 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout. *Arthritis Care & Research*, 72(6), 744-760. <https://doi.org/10.1002/acr.24180>

Fu, T., Cao, H., Yin, R., Zhang, L., Zhang, Q., Li, L., ... Gu, Z. (2018). Depression and anxiety correlate with disease-related characteristics and quality of life in Chinese patients with gout: a case-control study. *Psychology, Health & Medicine*, 23(4), 400-410. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1378819>

- Hatoum, H., Khanna, D., Lin, S., Akhras, K. S., Shiozawa, A., & Khanna, P. (2014). Achieving serum urate goal: A comparative effectiveness study between allopurinol and febuxostat. *Postgraduate Medicine*, 126(2), 65–75. <https://doi.org/10.3810/pgm.2014.03.2741>
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression, Second Edition*. Retrieved from <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:198489226>
- Neogi, T., Jansen, T. L. T. A., Dalbeth, N., Fransen, J., Schumacher, H. R., Berendsen, D., ... Taylor, W. J. (2015). 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(10), 1789. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-208237>
- Richette, P., Doherty, M., Pascual, E., Barskova, V., Becce, F., Castañeda-Sanabria, J., ... Bardin, T. (2017). 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(1), 29. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209707>
- Singh, J. A., & Gaffo, A. (2020, June 1). Gout epidemiology and comorbidities. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, Vol. 50, pp. S11-S16. W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.04.008>
- Singh, J. A., Yang, S., & Saag, K. G. (2020). Factors influencing the effectiveness of allopurinol in achieving and sustaining target serum urate in a US Veterans Affairs Gout Cohort. *The Journal of Rheumatology*, 47(3), 449. <https://doi.org/10.3899/jrheum.190522>
- Wood, R., Fermer, S., Ramachandran, S., Baumgartner, S., & Morlock, R. (2016). Patients with gout treated with conventional urate-lowering therapy: Association with disease control, health-related quality of life, and work productivity. *The Journal of Rheumatology*, 43(10), 1897. <https://doi.org/10.3899/jrheum.151199>
- Zhang, J., & Yu, K. F. (1998). What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA*, 280(19), 1690-1691. <https://doi.org/10.1001/jama.280.19.1690>

บทความวิจัย

ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ จังหวัดอุดรธานี: การศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สืบตระกูล ตันตลานุกุล¹ ส.ด., พุทธจักร ช่วยราย^{2*} ส.ด.

Received: July 29, 2025

Revised: October 3, 2025

Accepted: November 4, 2025

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย พระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้ เนื่องจากวิถีชีวิตและการปฏิบัติทางศาสนาที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์จังหวัดอุดรธานี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 298 รูป สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient = 0.89) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคกำลังสอง (Chi-square test) การทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า พระสงฆ์ ร้อยละ 78.5 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคอ้วน ร้อยละ 59.7 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.7 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.6 ตามลำดับ พระสงฆ์ ร้อยละ 52.3 ไม่ออกกำลังกาย และร้อยละ 45.0 รับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ($p\text{-value} = 0.001$) การออกกำลังกาย ($p\text{-value} = 0.001$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p\text{-value} = 0.019$) กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สรุปได้ว่า พระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีมีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง จำเป็นต้องพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ โดยเน้นการป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์

คำสำคัญ: พระสงฆ์ พฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

* ผู้รับผิดชอบบทความ: BuddhajakBank@gmail.com

Health status of Buddhist monks in Uttaradit Province: A study of non-communicable diseases situation

Seubtrakul Tantalanutkul¹ Dr.P.H., Buddhajak Chuayray^{2,*} Dr.P.H.

ABSTRACT

Non-communicable diseases (NCDs) are a major public health problem in Thailand. Buddhist monks are at risk of developing these diseases due to their unique lifestyle and religious practices. This study aimed to examine the situation of non-communicable diseases among Buddhist monks in Uttaradit Province. This was a descriptive cross-sectional study conducted among 298 monks selected using multi-stage sampling. The research instrument was a questionnaire validated for content validity and reliability (Cronbach's alpha coefficient = 0.89). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, t-test and One-way ANOVA.

The results showed that 78.5% of monks had at least one non-communicable disease. The most common diseases were obesity (59.7%), hypertension (48.7%), and dyslipidemia (37.6%), respectively. 52.3% of monks did not exercise regularly, and 45.0% frequently consumed sweet, salty, and fatty foods. Significant associations were found between age (p-value = 0.001), physical activity (p-value = 0.001), and dietary behaviors (p-value = 0.019) and the occurrence of non-communicable diseases. In conclusion, Buddhist monks in Uttaradit Province have a high prevalence of non-communicable diseases. There is a need to develop an integrated healthcare system appropriate for the context of Buddhist monks, focusing on prevention and promoting healthy behaviors. The findings can be used as baseline information for establishing public health policies for Buddhist monks.

Keywords: Buddhist monks, Health behaviors, Non-communicable diseases, Integrated healthcare system

¹ Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute

² Medical Technologist Professional Level, Southern Regional Hospital of Tropical Dermatology-Trang Province

* Corresponding author: BuddhajakBank@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นภาวะสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาและการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังต่างๆ (Kaufman, Chasombat, Tanomsingh, Rajataramya, & Potempa, 2011; Sakboonyarat, Mungthin, Hatthachote, Srichan, & Rangsin, 2022) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยมากถึง 400,000 คนต่อปี คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 74.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (World Health Organization, 2020) พระสงฆ์ไทย มีจำนวนกว่า 349,000 รูป ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศรวมถึงพื้นที่ห่างไกล (Jeamjitvibool, Tankumpuan, Lukkahatai, & Davidson, 2022) อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยพบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 44.2 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.3 และโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 29.8 ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มพระสงฆ์ (Jeamjitvibool et al., 2022) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 41.3 การรับประทานอาหารที่ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากต้องพึ่งพาอาหารบิณฑบาต และการขาดกิจกรรมทางกาย (Laochai & Preechawong, 2022) การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในประเทศไทยได้รับการพัฒนาผ่านระบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลพระปริยัติธรรมที่ให้บริการแก่พระสงฆ์ทั่วประเทศ (Laochai & Preechawong, 2021) อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากศูนย์กลาง ประเทศไทยได้พัฒนาระบบสาธารณสุขปฐมภูมิและการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีประสิทธิภาพ (Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol, & Mills, 2018;

Sumriddetchkajorn, Shimazaki, Ono, Kusaba, Sato, & Kobayashi, 2019; Aekplakorn, Suriyawongpaisal, Srithamrongsawadi, & Kaewkamjonchai, 2021; Tangcharoensathien, Adulyanon, Supaka, Munkong, Viriyathorn, Sirithienthong, et al., 2024) โดยใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ (Pongutta, Suphanchaimat, Patcharanarumol, & Tangcharoensathien, 2019; Tuangratananon, Julchoo, Phaiyarom, Panichkriangkrai, Pudpong, Patcha-ranarumol, et al., 2021) แนวทางนี้ได้รับการนำมาใช้ในหลายพื้นที่และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการลดอัตราการเกิดโรคและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Wanitikun, Batterham, Vichathai, Leetongin, & Osborne, 2011; Murtagh, McCombe, Broughan, Carroll, Casey, Harrold, et al., 2021; Theeranut, Methakanjanasak, Lertsinudom, Surit, Panyaek, Leeladapattarakul, et al., 2024)

พระสงฆ์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนมาตั้งแต่อดีต โดยทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (Hathirat, 1983) และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ (Treerutkuarkul, 2008) การบูรณาการบทบาทนี้เข้ากับระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และขยายผลไปยังชุมชนได้ โดยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อการลดลงของความดันโลหิต (Stewart, Yamarat, Neeser, Lertmaharit, & Holroyd, 2014) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ การศึกษารังนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์จังหวัดอุดรธานี และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ผลจากการศึกษาวิจัยนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพพระสงฆ์ในบริบทท้องถิ่น และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยยึดหลักการที่ว่า สุขภาพของบุคคลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinants of health) ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ (Jeamjitvibool et al., 2022) กรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของพระสงฆ์ รวมถึงอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาบวช 2) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย 3) ปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนา เช่น การบิณฑบาต การปฏิบัติธรรม และกิจกรรมในวัด และ 4) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน และโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ จังหวัดอุดรธานี การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

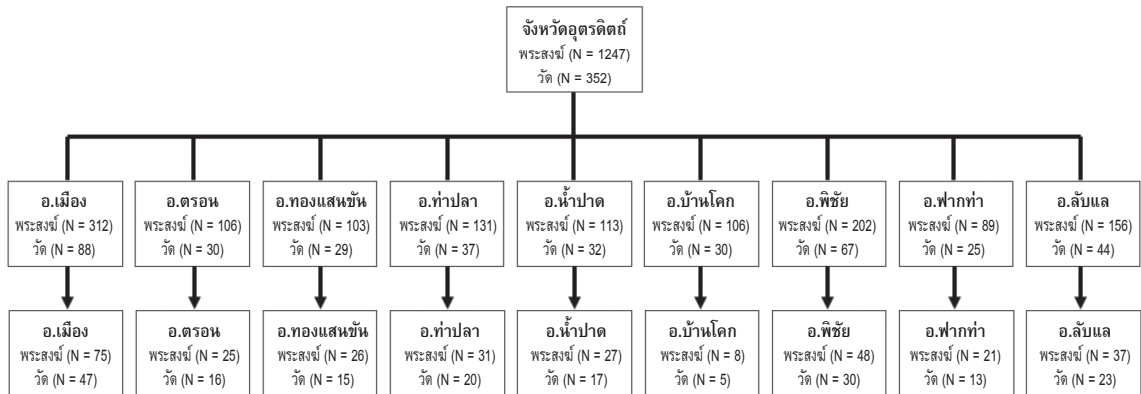
ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พระสงฆ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วยพระสงฆ์ในคณะสงฆ์มหานิกาย และคณะสงฆ์ธรรมยุติกนิกาย จำนวน 1,247 รูป จากวัดทั้งหมด 352 วัด ในเขตอำเภอทั้ง 9 อำเภอ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.0 โดยยอมรับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5.0 จากประชากรพระสงฆ์ทั้งหมด 1,247 รูป ได้กลุ่มตัวอย่าง 298 รูป การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังภาพ 1 โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง แต่ละอำเภอตามสัดส่วนประชากรพระสงฆ์ในแต่ละอำเภอ ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมือง 75 รูป อำเภอพิชัย 48 รูป อำเภอลับแล 37 รูป อำเภอท่าปลา 31 รูป อำเภอน้ำปาด 27 รูป อำเภอตรอน 25 รูป อำเภอทองแสนขัน 25 รูป อำเภอฟากท่า 21 รูป อำเภอบ้านโคก 8 รูป

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกวัดที่พระสงฆ์จำพรรษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเพื่อหาวัดที่จะมาเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มได้วัดในแต่ละอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมือง 47 วัด อำเภอพิชัย 30 วัด อำเภอลับแล 23 วัด อำเภอท่าปลา 20 วัด อำเภอน้ำปาด 17 วัด อำเภอตรอน 16 วัด อำเภอทองแสนขัน 15 วัด อำเภอฟากท่า 13 วัด อำเภอบ้านโคก 5 วัด

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ด้วยการนำรายชื่อที่มีการเรียงลำดับพระสงฆ์ทั้งหมดของวัดที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างจำนวน 1,247 รูป และคำนวณหาช่วงของการเลือกตัวอย่างโดยใช้สูตร $I = N/n$ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้ช่วงการสุ่ม เท่ากับ 4.18 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพระสงฆ์กำหนดเป็น 4 จากนั้นจับฉลากหา Random start (R) ได้ค่า R เป็นประชากรตัวอย่างแรก จากนั้น เลือกข้ามไปครั้งละ 4 จนกระทั่งตัวอย่างครบ 298



ภาพ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุตรดิตถ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. อายุ 20 ปีขึ้นไป

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่มีภาวะป่วยหนักต้องนอนโรงพยาบาลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. เป็นพระสงฆ์ที่อยู่ระหว่างการเดินทางหรือไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Jeamjitvibool et al., 2022; Stewart et al., 2014) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาบวช วัดที่อยู่อาศัย และข้อมูลทั่วไปอื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติทางศาสนา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาและวิถีชีวิตของพระสงฆ์ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ การบิณฑบาต การปฏิบัติธรรม การเทศน์ และกิจกรรมในวัด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง นักวิชาการสาธารณสุข พระธรรมจารย์ และนักวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเกี่ยวกับพระสงฆ์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ที่ได้มีค่าระหว่าง 0.80-1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability)

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดำเนินการโดยนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ในจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 รูป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมแล้ว ใช้ระยะเวลา 4 เดือน (สิงหาคม-พฤศจิกายน 2567) ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับเจ้าคณะจังหวัดและเจ้าอาวาสวัดต่างๆ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยแก่พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง
3. ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบยินยอม
4. ให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือผู้วิจัยช่วยสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ระดับ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

การทดสอบไคกำลังสอง (Chi-square test) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การทดสอบค่าที (t-test) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างหลายกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ภายใต้เลขที่โครงการ UPHO REC No.057/2567 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 วันที่หมดอายุ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 298 รูป ผลการวิจัยแสดงดังนี้

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-39	78	26.2
40-59	132	44.3
60-79	76	25.5
80 ปีขึ้นไป	12	4.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	45	15.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	89	29.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	92	30.9
อุดมศึกษา	72	24.1
ระยะเวลาบวช (ปี)		
1-10	95	31.9
11-20	83	27.8
21-30	67	22.5
มากกว่า 30	53	17.8
คณะสงฆ์		
มหานิกาย	276	92.6
ธรรมยุติกนิกาย	22	7.4
พื้นที่ตั้งวัด		
เมือง	134	45.0
ชานเมือง	89	29.9
ชนบท	75	25.1

จากตาราง 1 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.3 มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.9 และมีระยะเวลา

บวช 1-10 ปี ร้อยละ 31.9 ส่วนใหญ่สังกัดคณะสงฆ์ มหานิกาย ร้อยละ 92.6 และอยู่ในพื้นที่เมือง ร้อยละ 45.0

ตาราง 2 พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	189	63.4
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	67	22.5
ยังสูบบุหรี่อยู่	42	14.1
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	156	52.3
ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	89	29.9
ออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	42	14.1
ออกกำลังกายทุกวัน	11	3.7
การรับประทานอาหาร		
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บ่อยครั้ง	134	45.0
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บางครั้ง	123	41.3
หลีกเลี่ยงอาหารหวาน/เค็ม/มัน	41	13.7
การตรวจสุขภาพ		
ไม่เคยตรวจ	89	29.9
ตรวจเมื่อมีอาการ	145	48.7
ตรวจประจำปี	64	21.4

จากตาราง 2 พบว่า พระสงฆ์ ร้อยละ 63.4 ไม่เคยสูบบุหรี่ แต่ยังมีผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 14.1 พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 52.3 และ

มีการรับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง ร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการ ร้อยละ 48.7

ตาราง 3 การปฏิบัติทางศาสนาและกิจกรรมในวัดของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การบิณฑบาต		
ไปบิณฑบาตทุกวัน	245	82.2
ไปบิณฑบาตบางวัน	45	15.1
ไม่ไปบิณฑบาต	8	2.7
การปฏิบัติธรรม		
ปฏิบัติทุกวัน	198	66.4
ปฏิบัติบางวัน	87	29.2
ไม่ปฏิบัติ	13	4.4
การเทศน์		
เทศน์เป็นประจำ	89	29.9
เทศน์บางโอกาส	156	52.3
ไม่เทศน์	53	17.8
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน		
เข้าร่วมเป็นประจำ	123	41.3
เข้าร่วมบางครั้ง	134	45.0
ไม่เข้าร่วม	41	13.7

จากตาราง 3 พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไปบิณฑบาต เทศน์บางโอกาส ร้อยละ 52.3 และเข้าร่วมกิจกรรม ทุกวัน ร้อยละ 82.2 ปฏิบัติธรรมทุกวัน ร้อยละ 66.4 ชุมชนบางครั้ง ร้อยละ 45.0

ตาราง 4 ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
โรคความดันโลหิตสูง	145	48.7	43.1-54.3
โรคเบาหวาน	89	29.9	24.8-35.4
โรคไขมันในเลือดสูง	112	37.6	32.1-43.4
โรคอ้วน (BMI $\geq$ 25)	178	59.7	54.1-65.1
โรคหัวใจและหลอดเลือด	45	15.1	11.4-19.7
โรคไตเรื้อรัง	23	7.7	5.1-11.4
โรคมะเร็ง	8	2.7	1.3-5.2
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	12	4.0	2.2-6.9
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง $\geq$ 1 โรค	234	78.5	73.5-82.9
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง $\geq$ 2 โรค	167	56.0	50.3-61.6
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง $\geq$ 3 โรค	89	29.9	24.8-35.4

จากตาราง 4 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดในพระสงฆ์ คือ โรคอ้วน ร้อยละ 59.7 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.7 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.6 พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 78.5 และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 56.0

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวแปร	มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, n (%)	ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, n (%)	χ^2	p-value
กลุ่มอายุ			15.428	0.001*
20-39 ปี	52 (66.7)	26 (33.3)		
40-59 ปี	108 (81.8)	24 (18.2)		
60-79 ปี	66 (86.8)	10 (13.2)		
80 ปีขึ้นไป	8 (66.7)	4 (33.3)		
การสูบบุหรี่			3.254	0.071
ไม่เคยสูบ	142 (75.1)	47 (24.9)		
เคยสูบ/ยังสูบ	92 (84.4)	17 (15.6)		
การออกกำลังกาย			11.234	0.001*
ไม่ออกกำลังกาย	134 (85.9)	22 (14.1)		
ออกกำลังกาย	100 (70.4)	42 (29.6)		
การรับประทานอาหาร			7.892	0.019*
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บ่อยครั้ง	115 (85.8)	19 (14.2)		
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บางครั้ง	98 (79.7)	25 (20.3)		
หลีกเลี่ยงอาหารหวาน/เค็ม/มัน	21 (51.2)	20 (48.8)		

*p-value < 0.05

จากตาราง 5 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพระสงฆ์ในช่วงอายุ 40-79 ปี มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าช่วงอายุอื่น (p-value = 0.001) นอกจากนี้ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพระสงฆ์ที่ไม่ออกกำลังกายและรับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า (p-value = 0.001, p-value = 0.019 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์จังหวัดอุดรธานี

การศึกษาครั้งนี้พบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีมีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคถึงร้อยละ 78.5 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปในประเทศไทย โดยพบว่าในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4,615,969 คน ร้อยละ 46.9 โรคเบาหวาน 2,144,438 คน ร้อยละ 21.8 โรคหลอดเลือดสมอง 247,170 คน ร้อยละ 2.5 โรคหัวใจและหลอดเลือด 193,527 คน ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeamjitvibool et al. (2022) ที่พบว่าพระสงฆ์ไทยมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเนื่องจากปัจจัยด้านวิถีชีวิตและการปฏิบัติทางศาสนาที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ความชุกที่สูงนี้อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การพึ่งพาอาหารบิณฑบาต การขาดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้น โรคที่พบมากที่สุดในการศึกษาคครั้งนี้ คือ โรคอ้วน ร้อยละ 59.7 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.7 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jeamjitvibool et al. (2022) ที่ระบุว่า โรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในพระสงฆ์ไทย การที่โรคอ้วนมีความชุกสูงที่สุดนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามบริบทของพระสงฆ์ในการพึ่งพาอาหารจากการบิณฑบาตและการขาดกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อเนื่อง

ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 52.3 ไม่ออกกำลังกาย และร้อยละ 45.0 รับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Laochai และ Preechawong (2022) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พบในพระสงฆ์ ร้อยละ 14.1 ซึ่งแม้จะ

ต่ำกว่าอัตราที่รายงานในงานวิจัยก่อนหน้านี้ แต่ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ข้อจำกัดในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์เกิดจากลักษณะเฉพาะของวิถีชีวิต โดยเฉพาะการพึ่งพาอาหารบิณฑบาตที่ไม่สามารถเลือกประเภทอาหารได้ และการมีกิจกรรมทางศาสนาที่เป็นหลักทำให้มีเวลาจำกัดสำหรับการออกกำลังกาย สิ่งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeamjitvibool et al. (2022) ที่ระบุว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเฉพาะข้อจำกัดในการเลือกอาหารและกิจกรรมทางกาย

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพระสงฆ์ในช่วงอายุ 40-79 ปี มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าช่วงอายุอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2014) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีพบว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ การที่พระสงฆ์ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง ร้อยละ 66.7 อาจเป็นผลจากการที่พระสงฆ์ในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น หรือเป็นผลจากการคัดเลือกผู้รอดชีวิต (Survival bias) ที่พระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีเท่านั้นที่สามารถมีชีวิตยืนยาวได้

ผลกระทบของการปฏิบัติทางศาสนาต่อสุขภาพ

การศึกษาพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไปบิณฑบาตทุกวัน ร้อยละ 82.2 และปฏิบัติธรรมทุกวัน ร้อยละ 66.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2014) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อการลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่จังหวัดอุดรธานี ในทางกลับกัน การพึ่งพาอาหารบิณฑบาตอาจเป็นข้อจำกัดสำคัญในการควบคุมคุณภาพอาหารและปริมาณแคลอรีที่เหมาะสม การที่พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกประเภทอาหารได้และต้องรับประทานอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต ซึ่งมีรสชาติดหวาน เค็ม มัน เพื่อให้เกิดความอร่อย จึงส่งผลให้เกิดปัญหาโรคอ้วนและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางที่ศึกษาเฉพาะในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จึงอาจไม่สามารถสรุปผลไปยังพระสงฆ์ในพื้นที่อื่นได้ทั้งหมด นอกจากนี้ การใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลอาจมีข้อจำกัดในเรื่องความแม่นยำของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นการรายงานตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลจากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยทำให้สามารถตรวจจับปัญหาสุขภาพได้เร็วขึ้นและจัดการแก้ไขได้อย่างทัน่วงที

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในระยะยาว การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในมุมมองที่ลึกซึ้ง รวมถึงการศึกษาผลกระทบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมต่อสุขภาพของพระสงฆ์

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W., Suriyawongpaisal, P., Srithamrongsawadi, S., & Kaewkamjonchai, P. (2021). Assessing a national policy on strengthening chronic care in primary care settings of a middle-income country using patients' perspectives. *BMC Health Services Research*, 21(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06220-x>
- Hathirat, S. (1983). Buddhist monks as community health workers in Thailand. *Social Science & Medicine*, 17(19), 1485-1487. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90047-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90047-3)
- Jeamjitvibool, T., Tankumpuan, T., Lukkahatai, N., & Davidson, P. M. (2022). Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: An integrative review. *Research in Nursing & Health*, 45(2), 249-260. <https://doi.org/10.1002/nur.22215>
- Murtagh, S., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, Á., Casey, M., Harrold, Á., et al. (2021). Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 20(4), 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5508>
- Kaufman, N. D., Chasombat, S., Tanomsingh, S., Rajataramya, B., & Potempa, K. (2011). Public health in Thailand: emerging focus on non-communicable diseases. *International Journal of Health Planning and Management*, 26(3), e197-e212. <https://doi.org/10.1002/hpm.1078>

- Laochai, W., & Preechawong, S. (2021). Selected factors relating to smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases. *Tobacco Induced Diseases*, 19 (Suppl 1), A175. <https://doi.org/10.18332/tid/140981>
- Laochai, W., & Preechawong, S. (2022). Quit rates and predictors of smoking abstinence in Thai Buddhist monks with noncommunicable diseases. *Journal of Health Research*, 36(3), 453-461. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2020-0336>
- Pongutta, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2019). Lessons from the Thai health promotion foundation. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(4), 213-220. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.220277>
- Sakboonyarat, B., Mungthin, M., Hatthachote, P., Srichan, Y., & Rangsin, R. (2022). Model development to improve primary care services using an innovative network of homecare providers (WinCare) to promote blood pressure control among elderly patients with noncommunicable diseases in Thailand: A prospective cohort study. *BMC Primary Care*, 23(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01648-4>
- Stewart, O., Yamarat, K., Neeser, K. J., Lertmaharit, S., & Holroyd, E. (2014). Buddhist religious practices and blood pressure among elderly in rural Uttaradit Province, northern Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 119-125. <https://doi.org/10.1111/nhs.12075>
- Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., Kusaba, T., Sato, K., & Kobayashi, N. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415-422. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223693>
- Tangcharoensathien, V., Adulyanon, S., Supaka, N., Munkong, R., Viriyathorn, S., Sirithienthong, S., et al. (2024). The Thai Health Promotion Foundation: Two decades of joint contributions to addressing noncommunicable diseases and creating healthy populations. *Global Health: Science and Practice*, 12(2), e2300311. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00311>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Theeranut, A., Methakanjanasak, N., Lertsinudom, S., Surit, P., Panyaek, N., Leeladapattarakul, S., et al. (2024). Integrated care model by the village health volunteers to prevent and slow down progression of chronic kidney disease in a rural community, Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15, 21501319241240355. <https://doi.org/10.1177/21501319241240355>
- Treerutkuarkul, A. (2008). Thailand's unsung heroes. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(1), 5-6. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.010108>

- Tuangratananon, T., Julchoo, S., Phaiyaron, M., Panichkriangkrai, W., Pudpong, N., Patcha-ranarumol, W., et al. (2021). Healthcare providers' perspectives on integrating NCDs into primary healthcare in Thailand: a mixed method study. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00791-1>
- Wanitikun, N., Batterham, R., Vichathai, C., Leetongin, G., & Osborne, R. H. (2011). Building equity in chronic disease management in Thailand: A whole-system provincial trial of systematic, pro-active chronic illness care. *Chronic Illness*, 7(1), 31-44. <https://doi.org/10.1177/1742395310389495>
- World Health Organization. (2020). *Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand -the case for investment*. WHO Press.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ชิราวุธ ปุณณวิช^{1,*} วท.ม., วาริศา เพชรธีรานนท์¹ วท.ม.

Received: September 19, 2023

Revised: June 29, 2025

Accepted: November 9, 2025

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 403 ราย จากชมรมผู้สูงอายุ 8 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น

ผลการวิเคราะห์ พบว่า 1) ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ที่ 82.0 คะแนน โดยมีคะแนนการปฏิบัติตนสูงสุดที่การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง และรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1.5-2.0 เมตรอยู่เสมอเมื่อออกไปยังพื้นที่สาธารณะ 99.9 คะแนน และน้อยที่สุดในการอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อกลับจากการทำภารกิจนอกบ้าน (47.5 คะแนน) 2) ปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์ (Beta = 0.196, p-value < 0.001), อายุ (Beta = 0.167, p-value < 0.001) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = 0.143, p-value < 0.001) ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้สื่อออนไลน์ในการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โควิด 19

¹ อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

* ผู้รับผิดชอบบทความ: chirawut@webmail.npru.ac.th

Factors affecting Coronavirus disease 2019 self-preventive behaviors among elderly club members in Bangkok metropolis

Chirawut Punyawit^{1,*} M.Sc., Warisa Petchthiranon¹ M.Sc.

ABSTRACT

This research aimed to identify factors affecting Coronavirus disease 2019 (COVID-19) preventive behaviors among elderly club members in Bangkok metropolis. A cross-sectional analytical study design was employed. A stratified random sampling technique was used to recruit 403 participants from eight elderly clubs in Bangkok metropolis. Data analysis involved both descriptive statistics and linear regression analysis.

The results showed that 1) The overall COVID-19 self-prevention score among elderly club members in Bangkok metropolis was 82.0 points. The highest self-preventive behavior score was for wearing a face mask consistently and maintaining social distancing of at least 1.5-2 meters in public areas (99.9 points), while the lowest score was for immediate bathing and changing clothes upon returning from outdoor activities (47.5 points). 2) Factors that significantly and positively affected COVID-19 self-prevention behaviors among the elderly were access to information via online media (Beta = 0.196, p-value < 0.001), age (Beta = 0.167, p-value < 0.001) and health literacy (Beta = 0.143, p-value < 0.001). Therefore, supporting health literacy and encouraging the elderly to use online media to receive useful information can help them to take appropriate care of their health and prevent disease.

Keywords: Preventive behaviors, Elderly club members in Bangkok metropolis, COVID-19

¹ Lecturer, Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Nakhon Pathom Rajabhat University

* Corresponding Author: chirawut@webmail.npru.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคซึ่งนำมาสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตในวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรสูงอายุ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเปราะบางและความเสี่ยงสูงกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Faculty of Nursing Mahidol University, 2022) ผลการวิจัยอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ทั้งจากองค์การอนามัยโลก ประเทศจีน และอิตาลี พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิตโดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.6 ถึงร้อยละ 13.2 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0 ถึงร้อยละ 9.6 และในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8 ถึงร้อยละ 19.0 (Department of Disease Control, 2022)

กรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากถึง 1,018,918 คน จากประชากรที่มีทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด จำนวน 5,676,648 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 ของประชากรทั้งหมด (The Bureau of Registration Administration, 2022) ประกอบกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในชุมชนเป็นวงกว้างในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และมีแนวโน้มจะกระจายไปทั่วประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 โดยการทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจะอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เพื่อการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อความแข็งแรง ตลอดจนการป้องกันสุขภาพจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกจะได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 เพื่อนำไปปฏิบัติตนเอง

ในการดูแลตนเองและครอบครัว ถ่ายทอดหลักการกักตัวแยกผู้ป่วย จึงควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเชื่อดังกล่าวติดต่อกันได้ทางละอองฝอยของสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองจากการไอจามหรือการพูดคุยใกล้ชิด ในระยะ 1-1.5 เมตร และการสัมผัสสารคัดหลั่งที่อยู่ตามสิ่งของต่างๆ แล้วไปโดนเยื่อต่างๆ เช่น ตา จมูก ปาก ประกอบกับการแพร่เชื้อสามารถติดต่อกับผู้ที่ติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการได้ โดยหากมีการติดเชื้อในผู้ที่ร่างกายไม่แข็งแรง รวมถึงผู้สูงอายุ จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงและภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย (Department of Medical Services, 2021)

เพื่อให้การป้องกันโรคโควิด 19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยได้ขอความร่วมมือให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้สูงอายุ เก็บตัวอยู่ในบ้านให้มากที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลที่ยังมีความจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านเพื่อทำงาน หรือจับจ่ายใช้สอยเพื่อการยังชีพ จึงมีโอกาสติดเชื้อจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุ อีกทั้งการจำกัดบริเวณให้ผู้สูงอายุอยู่แต่ในบ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน อาจส่งผลให้สภาพร่างกายและสมองของผู้สูงอายุถดถอยลงจนเกิดภาวะผึ่งผิงในระยะยาว รวมทั้งเกิดความเครียด ทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบกับครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงมีความจำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะผึ่งผิงประดังดังกล่าว (Institute of Geriatric Medicine, 2021) โดยในช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลับมาระบาดอีกครั้งในประเทศไทย จำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตต่อวันเพิ่มขึ้น ซึ่งในกลุ่มของผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวที่ได้รับเชื้อ ดังนั้นการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างถูกวิธีจะช่วยลดผลกระทบและความเสี่ยงที่จะเกิดต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากสถานการณ์

ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการป้องกันโรคโควิด 19 ที่สำคัญอยู่ที่ การปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยง จำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด การดูแลและการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุก็คือ 1) ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ ที่มีความเข้มข้นร้อยละ 70 ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าส้วม 2) เลือกรับประทานอาหารที่ร้อนหรือ ประสุกใหม่ๆ 3) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4) พักผ่อน ให้เพียงพอ 5) ปิดปากเวลาไอ จาม 6) หลีกเลี่ยงการเข้าไป ในบริเวณที่มีคนแออัด หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัย และ 7) รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตร (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) นอกจากนี้ จากแนวคิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค คือ ความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มีความเข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค และประเมิน ภาวะเสี่ยงหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และนำมาสู่ การตัดสินใจการป้องกันโรค องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) ระบุว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ การมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ ที่ไม่ดี มีหลายงานวิจัย พบว่า ระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการ ดูแลสุขภาพตนเองที่ต่ำ เช่น การกินยาไม่สม่ำเสมอ เพิ่มการเกิดผลข้างเคียงจากยา มีอัตราการเสียชีวิตที่ สูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ในทางตรงกันข้าม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงมีความสัมพันธ์กับ รายได้ที่สูง ความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สูง คุณภาพชีวิต ที่ดี และอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำอีกด้วย ระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลถึงภาระรายจ่ายทางสุขภาพที่ เพิ่มขึ้นในปริมาณร้อยละ 3.0-5.0 ของรายจ่ายเกี่ยวกับ สุขภาพของทุกประเทศในแต่ละปี นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้น ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรยังทำให้ เกิดความเท่าเทียมกันของภาวะสุขภาพ การมีสุขภาพ ที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ และการพัฒนาของระบบสุขภาพ ของประเทศอีกด้วย (World Health Organization, 2015)

กรุงเทพมหานคร มีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 395 แห่ง มีสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมร่วมกันจำนวน 44,344 คน (Social Development Department, 2018) ซึ่งการระบาดของโรคโควิด 19 ล่าสุด เป็นกลุ่ม 608 คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 7 โรค และหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด จากการวิเคราะห์ทาง ระบาดวิทยา พบว่า คนอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อป่วยมีโอกาส เสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า และอายุ 70 ปีขึ้นไป โอกาสเสียชีวิตมากกว่า 4 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า การระบาดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า มากกว่าเขตอื่นของประเทศไทย (Online Manager, 2023) โดยการทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจะอยู่ภายใต้การ ควบคุมดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เป็นไปเพื่อการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง เพื่อความแข็งแรง ตลอดจนการป้องกันสุขภาพจาก โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกจะได้รับ การถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากโรค โควิด 19 เพื่อนำไปปฏิบัติตนเองในการดูแลตนเอง และครอบครัว ถ่ายทอดหลักการกักตัวแยกผู้ป่วย ตลอดจนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด 19 จากศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยสถานการณ์ที่กล่าวมา หากทราบปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและการป้องกัน โรคในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จะเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุ และวางแนวทางในการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคโควิด 19 ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม COA No. 005/2565 ลงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 403 คน จากชมรมผู้สูงอายุประจำศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 แห่ง โดยมีกระบวนการขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 44,344 คน จากจำนวนชมรม/ศูนย์เรียนรู้ จำนวน 395 แห่ง (Social Development Department, 2018)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำนวน 403 คน โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane (1967) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95.0% ความคลาดเคลื่อน 5.0% เมื่อได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแล้วใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีสมาชิกมาทำกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีสมาชิกอย่างน้อย 100 คนขึ้นไป จำนวน 8 แห่งกระจายตามการแบ่งเขตโซนพื้นที่ของกรุงเทพมหานครทั้ง 8 พื้นที่ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างระดับบุคคลโดยนารายชื่อผู้สูงอายุที่ได้จากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่มีค่าคะแนนกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) ระดับ 5 คะแนนขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการพิจารณาความสามารถอ่านหนังสือได้ และไม่มีอุปสรรคในการฟัง สามารถพูดจาโต้ตอบได้ชัดเจน มาสุ่มตัวอย่างจำนวนชมรมละ 50 คน โดยใช้ตารางเลขสุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์ผ่านโทรศัพท์ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างถือเป็นกลุ่มเปราะบางเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากโรคโควิด-19 โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยและพนักงานสัมภาษณ์จะได้รับหมายเลขโทรศัพท์จากประธานชมรม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้วเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่ให้สัมภาษณ์จะดำเนินการสุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมขึ้นมาแทนที่โดยการสุ่มรายชื่อและใช้ตารางเลขสุ่มจนครบจำนวนที่ต้องการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดำเนินการตามหลักของจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัดในการสัมภาษณ์ พนักงานสัมภาษณ์จะอ่านข้อความจากเอกสารชี้แจง (Information sheet) และผู้ให้ข้อมูลจะทำการอนุญาตแบบปากเปล่า จากนั้นทำการสัมภาษณ์โดยพนักงานสัมภาษณ์จะทำการอ่านข้อคำถามและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามตามที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตอบ โดยเคารพสิทธิผู้ตอบตลอดการสัมภาษณ์ ในขณะเดียวกันหากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบคำถามข้อใด หรือต้องการหยุดให้สัมภาษณ์เมื่อใดก็กระทำได้ในทันทีโดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามมีโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคโควิด-19 ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจากโครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครของ Kespichayawattana, Wivatvanit, & Wanwacha (2020) เกณฑ์การแบ่งโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับดี คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0 ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 60.0-79.0

ระดับน้อย คือ น้อยกว่าร้อยละ 60.0 และ 3) ข้อมูลการปฏิบัติตนเองเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) โดยกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2022) เกณฑ์การแบ่งโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับดี คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0 ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 60.0-79.0 และระดับน้อย คือ น้อยกว่าร้อยละ 60.0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการศึกษา ได้รับการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ 3 ท่านได้ค่าของแต่ละข้อคำถามมากกว่า 0.50 และผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยผ่านการทดลองเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และวิเคราะห์ผลทางสถิติพบว่า ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่น มากกว่า 0.75 ในทุกข้อคำถาม ก่อนทำการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

1.การวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากร สถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยสถิติ Multiple linear regression

ผลการวิจัย

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร 8 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 403 คน เป็น เพศชาย ร้อยละ 20.1 เพศหญิง ร้อยละ 79.9 แบ่งออกตามช่วงอายุ ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 31.8 อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 53.6 และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.6 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 8.2 สมรส ร้อยละ 50.5 หม้าย ร้อยละ 30.3 และหย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 11.0 เมื่อจำแนกออกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 13.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 11.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ในขณะที่ ร้อยละ 3.2 ไม่ได้เรียนหนังสือ ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.7 มีเงินเหลือเก็บ รองลงมา ร้อยละ 35.2 มีเงินพอใช้ ร้อยละ 16.1 มีเงินไม่พอใช้ และร้อยละ 4.0 มีหนี้สิน ภาวะทางสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 76.9 มีโรคประจำตัว ในขณะที่ ร้อยละ 23.1 ไม่มีโรคประจำตัว

เมื่อพิจารณาด้านการติดตามข้อมูลข่าวสาร พบว่า ในด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในหลากหลายช่องทาง โดยมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 93.8 รองลงมา ได้แก่ ช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ ได้แก่ เฟสบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ ร้อยละ 63.5 เข้าถึงผ่านสิ่งพิมพ์ต่างๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสารต่างๆ ร้อยละ 29.0 เข้าถึงผ่านวิทยุ ร้อยละ 28.3 และช่องทางอื่นๆ ร้อยละ 4.0 ในขณะที่การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 68.7 รองลงมาได้แก่ โทรทัศน์ ร้อยละ 64.8 ช่องทางสื่อสารออนไลน์ ร้อยละ 56.1 จากสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสารต่างๆ ร้อยละ 15.1 จากวิทยุ ร้อยละ 11.4 และจากช่องทางอื่นๆ ร้อยละ 8.9

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	81	20.1
หญิง	322	79.9
กลุ่มอายุ		
60-69 ปี	128	31.8
70-79 ปี	216	53.6
80 ปีขึ้นไป	59	14.6
สถานภาพสมรส		
โสด	33	8.2
สมรส	204	50.5
หม้าย	122	30.3
หย่า/แยกกันอยู่	44	11.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	3.2
ประถมศึกษา	187	46.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	11.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	73	18.1
ปวส./อนุปริญญา	17	4.2
ปริญญาตรี	56	13.9
ปริญญาโท	11	2.7
การประกอบอาชีพ		
ประกอบอาชีพ	83	20.6
ไม่ประกอบอาชีพ	320	79.4
ความเพียงพอของรายได้		
มีเงินพอใช้	142	35.2
มีเงินไม่พอใช้	65	16.1
มีเงินเหลือเก็บ	180	44.7
มีหนี้สิน	16	4.0
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	44	10.9
มีคนอยู่ด้วย	359	89.1

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเอง		
ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	399	99.0
ทำได้เฉพาะการดูแลตนเอง	4	1.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	93	23.1
มี	310	76.9

ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้ทางสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างใน 5 มิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการทำความเข้าใจ ข้อมูล ร้อยละ 87.5 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 64.5 ด้านทักษะในการสื่อสารข้อมูล ร้อยละ 67.0 ด้านทักษะในการตัดสินใจ ร้อยละ 93.7 และด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 53.6 ดังตาราง 2 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า

กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ด้านสุขภาพมากน้อยแตกต่างกันออกไปในองค์ประกอบ เมื่อพิจารณาจำแนกแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุดในด้านการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของโควิด 19 ก่อนข้างดี อย่างไรก็ตามยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารข้อมูล และความรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 2 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ความหมาย
1. ทักษะความเข้าใจข้อมูล	87.5	18.78	ดี
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	64.5	24.99	ปานกลาง
3. ทักษะในการสื่อสารข้อมูล	67.0	18.17	ปานกลาง
4. ทักษะในการตัดสินใจ	93.7	10.80	ดี
5. ทักษะความรู้เท่าทันสื่อ	53.6	22.33	น้อย

เมื่อพิจารณาถึงการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 เฉลี่ยอยู่ที่ 82.0 คะแนน และเมื่อพิจารณาผลการปฏิบัติตัว พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง และรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1.5-2 เมตรอยู่เสมอเมื่อออกไปยังพื้นที่สาธารณะ การคอยเตือน

บุคคลในครอบครัว ให้ระวังพฤติกรรม หรือการเข้าไปยังสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่เสมอ และการหลีกเลี่ยงการไปยังสถานที่แออัดด้วยผู้คน เช่น วัด มัสยิด โบสถ์คริสต์ ชมรมผู้สูงอายุ ตลาด หรืองานบุญประเพณีต่างๆ เป็นต้น ในขณะที่ การปฏิบัติตนที่ได้น้อยที่สุด ได้แก่ การอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อกลับจากการทำภารกิจนอกบ้าน ดังตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อปฏิบัติ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ความหมาย
1. การแยกภาชนะรับประทานอาหาร และไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	74.2	25.27	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงการไปยังสถานที่แออัดด้วยผู้คน เช่น วัด มัสยิด โบสถ์คริสต์ ชมรมผู้สูงอายุ ตลาด หรืองานบุญประเพณีต่างๆ เป็นต้น	97.3	11.37	ดี
3. การไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้ามาในที่พักอาศัยโดยไม่จำเป็น	73.8	25.00	ปานกลาง
4. การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง และรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1.5-2 เมตรอยู่เสมอเมื่อออกไปยังพื้นที่สาธารณะ	99.9	2.49	ดี
5. การล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังจากสัมผัสสิ่งต่างๆ	73.8	25.00	ปานกลาง
6. การอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อกลับจากการทำภารกิจนอกบ้าน	48.1	32.75	น้อย
7. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอ ปวดศีรษะ มีไข้ เป็นต้น	72.5	26.36	ปานกลาง
8. การประเมินความเสี่ยงต่อการรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตนเอง และคนในครอบครัวอยู่เสมอ	89.5	21.89	ดี
9. การเฝ้าระวัง สังเกตอาการของโรคโควิด 19 (เช่น ไอ มีไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส) ของตนเองและคนในครอบครัวอยู่เสมอ	93.3	17.77	ดี
10. การคอยเตือนบุคคลในครอบครัว ให้ระวังพฤติกรรม หรือการเข้าไปยัง สถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่เสมอ	97.5	11.43	ดี
ภาพรวม	82.0	10.69	ดี

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19

จากการทบทวนงานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ และความถี่ในการรับข้อมูลข่าวสาร และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression analysis)

โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของตัวแปรที่นำมาศึกษา ดังตาราง 4 ซึ่งการทดสอบดังกล่าวได้ทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และ อายุ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การใช้สื่อออนไลน์ในการติดตามข่าวสารโรคโควิด 19 และความถี่ในการติดตามข่าวสาร และ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม เติม 100 คะแนน ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปร	เพศ	อายุเต็ม (ปี)	การมีโรคประจำตัว	การติดตามข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์	ความถี่ในการติดตามข่าวสาร	คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ
เพศ	1					
อายุเต็มปี	0.184**	1				
การมีโรคประจำตัว	0.013	0.116*	1			
การติดตามข่าวสาร				1		
โควิด-19 ผ่านสื่อออนไลน์	0.010	-0.197**	-0.136**		1	
ความถี่ในการติดตามข่าวสาร	0.007	-0.073	0.007	0.056		1
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-0.029	-0.064	-0.024	0.206**	0.092	

*p-value < 0.01, **p-value < 0.001

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ อายุเต็มปี ซึ่งส่งผลทางบวกต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ($b = 0.305^{**}$) กล่าวคืออายุของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ที่เพิ่มมากขึ้นตามไป การใช้สื่อออนไลน์ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ($b = 4.225^{**}$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ใช้สื่อออนไลน์ในการ

ติดตามข้อมูลข่าวสารด้านโรคโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19 มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้สื่อออนไลน์ และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ($b = 0.115^{*}$) กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่ เพศ การมีโรคประจำตัว และความถี่ในการติดตามข้อมูล ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตน ดังตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโควิด-19 ของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	b	Beta
(Constant)	47.989	
เพศ		
ผู้สูงอายุเพศชาย		
ผู้สูงอายุเพศหญิง (กลุ่มอ้างอิง)	0.603	0.023
อายุเต็มปี	0.305**	0.167
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง)	0.981	0.039
การติดตามข่าวสารโควิด-19 ผ่านสื่อออนไลน์		
ใช้สื่อออนไลน์		
ไม่ใช้สื่อออนไลน์ (กลุ่มอ้างอิง)	4.225**	0.196
ความถี่ในการติดตามข่าวสาร		
ใช้สื่อออนไลน์		
ไม่ได้ติดตามข่าวทุกวัน (กลุ่มอ้างอิง)	0.325	0.014
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.115*	0.143
n = 403, R ² = 0.075, Adjusted R ² = 0.072		

*p-value < 0.01, **p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในภาพรวมมีความเข้าใจทางสุขภาพ และการป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ อยู่ในระดับที่ดีมาก กล่าวคือ มีความรู้ความเข้าใจมากกว่าร้อยละ 80.0 ในขณะเดียวกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุดคือ ด้านการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 สูงกว่าร้อยละ 90.0 แต่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ และการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าพอสมควร ประมาณร้อยละ 60.0 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อยังอยู่ในระดับ

ต่ำกว่าร้อยละ 50.0 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังต้องได้รับการส่งเสริมในเรื่องของความรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srithanee (2017) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำ โดยองค์ประกอบที่ควรพัฒนา ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kespichayawattana, Wivatvanit, & Wanwacha (2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ที่สามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการหรือ

การนำมาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังคงปรับปรุงเรื่องของการรู้เท่าทันสื่อซึ่งสำคัญต่อการประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนการปฏิบัติตนในภาพรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 82.0 คะแนน โดยพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัดทั้งการสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง และรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1.5-2 เมตร อยู่เสมอเมื่อออกไปยังพื้นที่สาธารณะ การคอยเตือนบุคคลในครอบครัวให้ระวังพฤติกรรมหรือการเข้าไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่เสมอ และการหลีกเลี่ยงการไปยังสถานที่แออัดด้วยผู้คน เช่น วัด มัสยิด โบสถ์คริสต์ ชมรมผู้สูงอายุ ตลาด หรืองานบุญประเพณีต่างๆ การคอยเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเองและคนในครอบครัว รวมถึงการไม่อนุญาตให้บุคคลอื่นเข้ามาในบ้านโดยไม่จำเป็น เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงของตนเองและบุคคลในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงละเลยการป้องกันตนเองโดยการอาบน้ำชำระล้างร่างกายทันทีเมื่อกลับเข้าบ้าน และการแยกภาชนะสำหรับรับประทานอาหารของบุคคลในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat (2020) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองสูงสุดในเรื่องของการใส่หน้ากากอนามัยเป็นประจำ และหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้อื่นโดยไม่จำเป็น ซึ่งการศึกษาของ Maneein & Duangchinda (2021) อธิบายว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคของผู้สูงอายุนี้นมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันตนเองจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง และจากสื่อต่างๆ สื่อสังคมหรือโซเชียลมีเดีย ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและรับรู้ได้อย่างต่อเนื่องในพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษานี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การติดตามข่าวสารโรคโควิด 19 ผ่านสื่อออนไลน์ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tipkanjanaraykha, Yingrengreung, Kheokao, Ubolwan, Jaemtim, & Promsuan (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมจะมีแนวโน้มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านอินเทอร์เน็ตมากกว่าผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรง โดยมักจะใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลการปฏิบัติตน เช่น การดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งในประเด็นนี้ การศึกษาของ Pontanya (2021) อธิบายว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเครื่องมือหนึ่งของผู้สูงอายุในการช่วยลดความรู้สึกว่าตนเองถูกกีดกันจากกิจกรรมทางสังคม และช่วยลดความรู้สึกลบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง อันเป็นการลดผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์จะทำให้ผู้สูงอายุได้แบ่งปันข้อมูลข่าวสารต่างๆ ร่วมกัน รวมถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและการป้องกันโรคได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Maneein & Duangchinda (2021) ที่อธิบายว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคของผู้สูงอายุนี้นมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันตนเอง จากการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง และจากสื่อต่างๆ สื่อสังคมหรือโซเชียลมีเดีย ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและรับรู้ได้อย่างต่อเนื่อง และนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การศึกษานี้ของ Sonchan & Sonchan (2022) ยังกล่าวว่า การเปิดรับสื่อของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติที่มีต่อการป้องกันความเสี่ยงในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยผู้สูงอายุจะเลือกเปิดรับสื่อที่สอดคล้องกับความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ

และทัศนคติของตนเอง อันนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงใน 3 ระดับ คือ การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

ขณะเดียวกัน พบว่า อายุเต็มปี เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากขึ้นตามไปด้วย ซึ่ง Suramitmitree (2013) ได้ศึกษาคุณลักษณะทางประชากรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังโดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มักมีแนวโน้มในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมามากขึ้นเช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันและลดการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. (2009) ที่อธิบายว่า อายุ เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการเฝ้าระวังตนเองจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพ เนื่องจากความกังวลว่าจะส่งผลทำให้มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการรักษาตัวเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumthong, Potisiri, & Kaedumkoeng (2016) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุมักจะมีการดูแลตนเองจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และปัจจัยก่อโรคเนื่องจากความต้องการที่จะมีชีวิตยืนยาวอยู่อย่างมีสุขภาพดี และไม่เป็นภาระในการดูแลรักษา ตลอดจนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพแก่บุตรหลาน

ความรู้ทางสุขภาพ ถือเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prapakorn, Chintanawat, & Tamdee (2021) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกมีพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Norasing & Thanomphan (2019) ที่พบว่าที่ระดับความรู้ทางสุขภาพของบุคคลที่สูงขึ้น จะส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งในแง่ของการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการงดเว้นทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ

ขณะที่การศึกษาของ Lakheaw & Chaleekee (2015) ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเกิดขึ้นจากความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินข้อมูลและนำไปใช้ในการปฏิบัติและจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ

สรุป

ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด 19 ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ที่ 82.0 คะแนน ปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์ อายุ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้สื่อออนไลน์ในการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อยังคงอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านดังกล่าวควบคู่กับการส่งเสริมความสามารถในการใช้สื่อรับข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม หน่วยงานด้านสาธารณสุขและผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยควรเน้นเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ

2. ควรมีการส่งเสริมการใช้สื่อออนไลน์ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ควบคู่กับการสร้างการรู้เท่าทันสื่อ และจัดการตนเองทางสุขภาพ ให้สอดคล้องกับวัย และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุในบริบทสังคมที่แตกต่างกันออกไป

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

- Department of Disease Control. (2022). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved December 15, 2022, from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/> (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Report on the situation of coronavirus disease 2019*. Retrieved August 10, 2020, from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no-295-241063.pdf> (in Thai)
- Department of Medical Services. (2021). *Announcement from the Department of Medical Services regarding care recommendations for COVID-19 patients*. Retrieved December 10, 2022, from <https://covid19.dms.go.th/> (in Thai)
- Faculty of Nursing Mahidol University. (2022). *Risks and impacts on the elderly during COVID-19*. Retrieved February 10, 2022, from <https://op.mahidol.ac.th/> (in Thai)
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and behavior regarding self-care prevention from COVID-19. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 21(2), 202-212.
- Institute of Geriatric Medicine. (2021). *Guidelines for caring for the elderly during the COVID-19 outbreak*. Retrieved January 11, 2023, from <https://www.hfocus.org/content/2021/05/21679> (in Thai)
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., & Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health care patients: Data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, 31(4), 490-500.
- Kespichayawattana, J., Wivatvanit, S., & Wanwacha, C. (2020). Health literacy of older persons participating in senior clubs and learning centers in the Bangkok metropolitan region. *Journal of Demography*, 3(2), 37-52. (in Thai)
- Khumthong, T., Potisiri, W., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy among people at risk of diabetes mellitus and hypertension in Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85. (in Thai)
- Lakheaw, A., & Chaleekeu, T. (2015). Health literacy and factors related to hypertension in Ban Piang Luang, Chiang Mai Province. *Proceedings of National and International Research Conference*, 6, 635-649. (in Thai)
- Maneein, M., & Duangchinda, A. (2021). Perceived self-efficacy and preventive health behaviors related to COVID-19 among the elderly in U-Thong District, Suphan Buri Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 1-18. (in Thai)

- Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2022). *Integrated sub-district economic and social development project (1 sub-district, 1 university)*. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.mhesi.go.th/index.php/71-flagship-project.html> (in Thai)
- Norasing, M., & Thanomphan, S. (2019). Health literacy and health behavior among patients with uncontrolled blood sugar or blood pressure. *Journal of Nakornping Hospital*, 10(1), 35-50. (in Thai)
- Online Manager. (2023). *COVID-19 outbreak situation in Bangkok metropolitan area*. Retrieved January 10, 2024, from <https://mgronline.com/qol/detail/9660000049274> (in Thai)
- Pontanya, A. (2021). The use of social network sites and quality of life among the elderly. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, 15(3), 272-288. (in Thai)
- Prapakorn, Y., Chintanawat, R., & Tamdee, D. (2021). Health literacy and health-promoting behaviors among Karen older persons. *Nursing Journal*, 48(1), 67-79. (in Thai)
- Social Development Department. (2018). *Information about elderly clubs in Bangkok*. Retrieved May 17, 2022, from <http://www.bangkok.go.th/social/page/sub/7600/> (in Thai)
- Sonchan, S., & Sonchan, W. (2022). Media exposure, attitudes, and risk prevention behaviors of elderly people during COVID-19. *NRRU Community Research Journal*, 16(1), 64-77. (in Thai)
- Srithanee, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of life among the elderly in northeastern Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 26-36. (in Thai)
- Suramitmitree, B. (2013). *Health literacy and health promotion in Thailand*. Ministry of Foreign Affairs. Retrieved February 16, 2022, from <http://www.mfa.go.th/> (in Thai)
- The Bureau of Registration Administration. (2022). *Official statistics on registration systems*. Retrieved from <https://stat.bora.dopa.go.th>
- Tipkanjanaraykha, K., Yingrengreung, S., Kheokao, J., Ubolwan, K., Jaemtim, N., & Promsuan, W. (2017). Health information seeking behaviors of the elderly through online media. *Journal of Health Science Research*, 11(Suppl.), 12-22.
- World Health Organization. (2012). *Health literacy: The solid facts*. Retrieved February 25, 2021, from <https://www.euro.who.int/>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Retrieved January 10, 2024, from <https://www.who.int/publications/item/9789241565042>

บทความวิจัย

การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าของแรงงานข้ามชาติในโรงงาน อำเภอแม่สอด

จังหวัดตาก: การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง

สุทัศน์ อภัยภูธร^{1*} พ.บ., อว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

Received: September 26, 2025

Revised: January 12, 2026

Accepted: January 29, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงาน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 523 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 13 ข้อ) 2) แบบประเมินความเครียด (ST-5) และ 3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย การเก็บข้อมูลเริ่มด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม หากพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ดำเนินการต่อด้วยการใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และเมื่อพบอาการโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป ทำการประเมินต่อด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 30 ปี (S.D. = 7.9) ร้อยละ 97.3 มีความเครียดน้อย ความสุขของความเครียด เป็น 2.7 ต่อ 100 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาอยู่ในประเทศไทย ไม่มีความสัมพันธ์ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับภาวะซึมเศร้า พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 8.8 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 13.0 มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย และร้อยละ 0.4 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับต่ำ งานวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการติดตาม เฝ้าระวัง สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ดำเนินการในโรงงานที่ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีข้อจำกัดในการระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวน ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้ จึงควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย ความเครียด ซึมเศร้า แรงงานข้ามชาติ สุขภาพจิต

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

* ผู้รับผิดชอบบทความ: rsu318@gmail.com

Assessment of stress and depression among migrant workers in factories,**Mae Sot District, Tak Province: A cross-sectional study**

Suthat Aphaikunchorn^{1,*} M.D., Diploma of Thai Board of Preventive Medicine (Community Mental Health)

ABSTRACT

This cross-sectional survey study aimed to investigate the levels of stress and depression, as well as factors associated with stress, among migrant workers employed in factories in Mae Sot District, Tak Province. The sample consisted of 523 migrant workers selected through simple random sampling. Data were collected using questionnaires developed by the Department of Mental Health, comprising: 1) general information (13 items); 2) the Stress Test (ST-5); and 3) screening tools for depression and suicidal tendency. The data collection process began with the two-item depression screening questionnaire. Participants who were identified as being at risk of depression were further assessed using the nine-item depression questionnaire. When depressive symptoms at a mild level or higher were identified, an eight-item suicide risk assessment was subsequently administered. Data were analyzed using the chi-square test and Fisher's exact test.

The results showed that 66.5% of the participants were female, with a mean age of 30 years (S.D. = 7.9). Regarding stress levels, 97.3% of the participants experienced low stress, and the prevalence of stress was 2.7 per 100 population. Analysis of the associated factors revealed that sex, age, marital status, educational level, underlying diseases, and duration of residence in Thailand were not significantly associated with stress (p -value > 0.05). Regarding depression, 8.8% of the participants were identified as an at-risk group; among these individuals, 13.0% exhibited mild depressive symptoms, and 0.4% of the total sample demonstrated a low level of suicide attempt. The findings of this study can inform the monitoring and surveillance of mental health among migrant workers. However, this study was conducted in factories with legally registered migrant workers and employed a cross-sectional design, which limits its ability to determine causal relationships and did not control for confounding variables. Therefore, the application of the findings should be interpreted with caution.

Keywords: Suicide, Stress, Depression, Migrant worker, Mental health

¹ Medical physician, Senior professional level, Mae Sot general hospital, Tak Province

* Corresponding author: rsu318@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการย้ายถิ่นฐานภายในภูมิภาคและเป็นประเทศปลายทางหลักในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากรายงานของเครือข่ายสหประชาชาติ (UN network) พบว่า แรงงานข้ามชาติจากเมียนมาเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดของแรงงานข้ามชาติทั้งหมด โดยแรงงานข้ามชาติจากเมียนมา มีจำนวน 1,713,856 คน จากทั้งหมด 2,349,234 คน คิดเป็นร้อยละ 73.0 (United Nations Network on Migration in Thailand, 2024) แรงงานข้ามชาติ หรือแรงงานต่างด้าว หมายถึง บุคคลซึ่งย้ายถิ่นฐานเพื่อทำงานทำในต่างประเทศ (International Labour Organization, 2007) แรงงานข้ามชาติถือเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคมที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ปัจจัยที่ส่งผลให้แรงงานกลุ่มนี้มีความเปราะบาง ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ลักษณะงานที่ไม่มั่นคง การพลัดพรากจากครอบครัว และการเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน (Ornek, Waibel, Wullinger, & Weinmann, 2022) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติมีระดับความเครียดสูง และมีแนวโน้มพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Hasan, Yee, Rinaldi, Azham, Mohd Hairi, & Amer Nordin, 2021) นอกจากนี้ แรงงานข้ามชาติยังเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เช่น อุปสรรคทางภาษา สถานะทางกฎหมาย รายได้ต่ำ และระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม (Uansri, Kunpeuk, Julchoo, Sinam, Phaiyaron, & Suphanchaimat, 2023; Wongsuwanphon, Chottanapund, Knust, Wongjindanon, & Suphanchaimat, 2024) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การตรวจพบและการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเกิดความล่าช้า เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Forte, Trobia, Gualtieri, Lamis, Cardamone, Giallonardo et al., 2018; Knipe, Lambert, Pearson, Eddleston, Jayamanne, Wickramage et al., 2019) ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติไม่เพียงเกิดขึ้นกับตัวบุคคล แต่ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของนายจ้าง และค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข

และความมั่นคงทางสังคมโดยรวม (International Organization for Migration, 2021) ดังนั้น การเข้าใจภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาโยบายและระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียม

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ภาวะเครียด (Stress) หมายถึง การตอบสนองทางร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่ท้าทาย หรือกดดันเกินขีดความสามารถในการปรับตัว (American Psychological Association: APA, 2023) ภาวะเครียดเป็นปฏิกิริยาทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่คุกคาม แต่หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานหรือรุนแรงเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (World Health Organization, 2023) ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะอารมณ์เศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ และอาจมีความคิดทำร้ายตนเองร่วมด้วย (World Health Organization, 2025) โดยความเครียดเรื้อรังถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Hammen, 2018; Slavich, 2020) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) ครอบคลุมถึงความคิด การวางแผน หรือการกระทำที่มุ่งทำลายชีวิตตนเอง (World Health Organization, 2021) โดยมีหลักฐานชี้ว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดรุนแรงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มความเสี่ยงของความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Turecki, Brent, Gunnell, O'Connor, Oquendo, Pirkis, et al., 2019; O'Connor & Kirtley, 2018) บุคคลที่ประสบความเครียดจากการทำงาน เศรษฐกิจ หรือสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น แรงงานข้ามชาติ มักมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มทั่วไป (Win, Hounnaklang, Tantirattanukulchai, & Panza, 2024) โดยสรุป ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มีความเชื่อมโยงกันเป็นลำดับขั้น กล่าวคือ ความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อาจพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจ

ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสามจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

การวิจัยที่เกี่ยวกับความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในแรงงานข้ามชาติมีความแตกต่างไปตามแต่ละประชากรที่ทำการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบใน 17 ประเทศ พบความชุกโดยรวมของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 39.0 (Hasan et al., 2021) Siregar, Sutan, & Baharudin (2021) ศึกษาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าแรงงานข้ามชาติชาวอินโดนีเซียที่ทำงานในประเทศมาเลเซียพบ ความชุก ร้อยละ 25.6 และ 23.6 ตามลำดับ การศึกษาในประเทศไทยโดย Kyaw (2022) พบว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรสาคร มีความชุกของภาวะเครียดปกติ ร้อยละ 71.2 และภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 40.7 การศึกษาของ Sultana, Jirapongsuwan, & Tipayamongkhogul (2025) พบว่า แรงงานชาวบังคลาเทศในประเทศไทย พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.8 และ ความเครียด ร้อยละ 17.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ได้แก่ อายุในช่วงวัยรุ่น การศึกษาระดับต่ำ ความสามารถสื่อสารภาษาไทย สถานที่ทำงานภาครัฐ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและครอบครัว และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ Sikhiwat, Rajsiri, Nunes, Uansri, Panapong, Kunpeuk, et al. (2024) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในแรงงานข้ามชาติชาวลาว กัมพูชา และ เมียนมา โดยร้อยละ 98.0 เป็นชาวเมียนมา พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23.9 และพบความสัมพันธ์กับการมีหลักประกันสุขภาพและการมีงานทำ Phaowiriya, Tungpunkom, & Sripichyakan (2018) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในแรงงานสตรีข้ามชาติในจังหวัดเชียงใหม่ พบอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 23.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถทางภาษาไทย อาชีพ และรายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคม และ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนการศึกษาความชุกของพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายในแรงงานข้ามชาติ มีการศึกษา

ในแรงงานข้ามชาติในประเทศจีน พบความคิดฆ่าตัวตายอยู่ที่ ร้อยละ 7.5 (Zhang, Xu, Zhang, Wang, Yu, & Hu et al., 2021)

ประเทศไทยมีแรงงานข้ามชาติ จำนวน 4,005,283 คน (Department of Employment, 2025) จังหวัดตากเป็นจังหวัดชายแดนฝั่งตะวันตกมีพื้นที่ติดกับประเทศเมียนมาเป็นระยะทาง 540 กม. อำเภอแม่สอดเป็น 1 ใน 5 อำเภอชายแดน เป็นอำเภอที่ได้รับการยกระดับเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีการลงทุนภาคอุตสาหกรรมที่สำคัญ อีกทั้งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติมากที่สุดในจังหวัดตาก จากข้อมูลจากสำนักงานจัดหางานจังหวัดตากมีแรงงานข้ามชาติทั้งในภาคการเกษตรและภาคอุตสาหกรรม จำนวน 70,414 คน ในจำนวนนี้ทำงานอยู่ในอำเภอแม่สอดถึง 63,582 คน (Tak Provincial Employment Office, 2025) อำเภอแม่สอด มีจำนวนแรงงานในระบบประกันสังคมทั้งหมด 34,767 คน เป็นแรงงานเมียนมา 33,890 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 (Tak Provincial Office of Social Security, 2025) และยังมีแรงงานข้ามชาตินอกระบบอีกเป็นจำนวนมาก ข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงาน อำเภอแม่สอด จังหวัดตากยังมีน้อย อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่ และสมุทรสาคร (Phaowiriya, et al., 2018; Kyaw, 2022) และยังไม่มีการศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของแรงงานข้ามชาติในโรงงานของอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงาน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้ในการพัฒนามาตรการและแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงาน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแม่สอด กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ MSHP 17/2568 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย ทำงานในโรงงานพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 จำนวน 34,767 คน จากบัญชีรายชื่อการขึ้นทะเบียนของสำนักงานประกันสังคมจังหวัดตาก (Tak Provincial Office of Social Security, 2025) คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน จากสูตรขนาดตัวอย่าง
$$= \frac{(Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P))}{e^2}$$
 (Komoltri, 2012)

โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95.0 ซึ่งค่า $Z = 1.96$ และ $e = 0.05$ ส่วน $P = 0.5$ เนื่องจากผู้เขียนต้องการศึกษาทั้งความชุกของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตาย จึงเลือกค่า P ที่คำนวณขนาดตัวอย่างได้สูงสุด ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 384 ราย โดยผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อลดการสูญหายในการศึกษา ร้อยละ 20.0 รวมขนาดตัวอย่าง 461 ราย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ แรงงานข้ามชาติทุกราย ใน 6 โรงงาน ที่สุ่มเลือกจากโรงงาน ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 6 โรงงาน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นแรงงานที่ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงานซึ่งตั้งอยู่ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 2) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และ 3) ทำงานหรืออาศัยในพื้นที่ระหว่างช่วงเวลาการศึกษา (เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2568) สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งจาก 6 โรงงานที่สุ่มเลือก มีแรงงานข้ามชาติทั้งหมดตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด รวม 523 ราย ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทั้งหมด 523 ราย เพื่อลดความแบ่งแยกของการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไปและสภาพแวดล้อมการทำงาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย รายได้ต่อเดือน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันหยุด ลักษณะงานที่ทำการเคยถูกกดดันจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน หรือนายจ้าง และการสื่อสารกับนายจ้างหรือเพื่อนร่วมงาน จำนวน 13 ข้อ

2. แบบสอบถามมาตรฐานการประเมินสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q และ 8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นแนวปฏิบัติในการคัดกรองสุขภาพในการทำงานบริการด้านสุขภาพจิต ของประเทศไทย

2.1 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2024) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.82-0.85 (Silpakit, 2012; Nantasenee & Thananithisak, 2019; Tontapanit, Duangkum, Chaiudomsom, Thinkhamrop, Komwilaisak, & Wiangyos, 2022) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมเป็น มีความเครียดน้อย (0-4 คะแนน) มีความเครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) มีความเครียดมาก (8-9 คะแนน) และมีความเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน) และในกรณีที่พบกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (> 5 คะแนน) มีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ โดยใช้คำถามว่า “ความเครียดของท่านเกิดจากอะไรบ้าง?” นำเสนอข้อมูลด้วยการจัดกลุ่ม และบรรยายเป็น จำนวน ร้อยละ

2.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q และ 8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2022) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.92 (Chomchan, Paenkaew, & Aunban, 2016) โดยเริ่มต้นจากการสอบถามโดยใช้

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งถ้าพบแรงงาน ตอบ “มี” ในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ ถือว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ดำเนินการประเมินต่อยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยมีการสรุปคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีอาการโรคซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก (< 7 คะแนน) มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และมีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (> 19 คะแนน) ซึ่งในกรณีที่พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป (> 7 คะแนน) จะประเมินต่อยด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) โดยมีการสรุปคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (0 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย (1-7 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง (8-16 คะแนน) และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง (> 18 คะแนน)

นอกจากข้อคำถามหลักในการประเมินมาตรฐานการประเมินสุขภาพจิตจากกรมสุขภาพจิต ทางผู้วิจัยสร้างข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อประเมินการจัดการความเครียดและความพร้อมในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

1. วิธีการจัดการความเครียด จำนวน 1 ข้อ โดยถามว่า “ท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างไร?” (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) เป็นแบบตัวเลือก ประกอบด้วย 1) พูดคุยกับเพื่อน/ครอบครัว 2) ออกกำลังกาย 3) นั่งสมาธิ/สวดมนต์ 4) ใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ 5) ฟังเพลง/ดูหนัง/เล่นเกม และ 6) อื่นๆ (ระบุ)
2. ความพร้อมในการขอความช่วยเหลือ จำนวน 1 ข้อ โดยถามว่า “หากท่านมีปัญหาสุขภาพจิต ท่านจะขอความช่วยเหลือจากแหล่งใดมากที่สุด?” เป็นแบบ 6 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาล/คลินิก 2) องค์กรช่วยเหลือแรงงาน 3) นายจ้างหรือหัวหน้างาน 4) ครอบครัวหรือเพื่อน 5) สายด่วนสุขภาพจิต และ 6) ไม่ขอความช่วยเหลือ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) สอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพแรงงานในโรงงานในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด เพื่อประสานกับโรงงานเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติ

3. ก่อนทำการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย และมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจโดยมีผู้สัมภาษณ์แปลเป็นภาษาไทยเมื่อก่อนลงนาม

4. ผู้วิจัยฝึกอบรมการใช้แบบสอบถามให้กับเจ้าพนักงานล่ามที่มีความเชี่ยวชาญในภาษาไทยของ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

5. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามภาษาไทย โดยมีเจ้าพนักงานล่าม ภาษาเมียนมาของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เป็นผู้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

6. ดำเนินการสอบถามแรงงานข้ามชาติในโรงงานตามบัญชีรายชื่อที่ส่งของแรงงานตัวตัว และเก็บข้อมูลจนครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด คำนวณค่าความชุกของอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ความชุกของอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยขึ้นไป และความชุกของแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อยขึ้นไป ต่อ 100 ส่วนการวิเคราะห์สัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไประดับความเครียด ได้ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test หรือ Fisher's exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.5 เป็นเพศหญิง ประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.4) มีอายุ 25-34 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 30 ปี แรงงานครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.7) มีสถานภาพสมรสโสด สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ร้อยละ 56.8 ไม่ได้เรียนหรือเรียนระดับประถมศึกษา แรงงานเพียงร้อยละ 7.6 ให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัว แรงงานร้อยละ 50.7 อยู่ในประเทศไทยเกิน 5 ปี สำหรับรายได้/เดือน พบว่า แรงงาน ร้อยละ 28.9 มีรายได้ระหว่าง 3,500-6,000 บาท และร้อยละ 57.2 มีรายได้ระหว่าง 6,001-9,000 บาท ส่วนที่เหลือ

มีรายได้มากกว่า 9,000 บาท โดยค่ามัธยฐานของรายได้ คือ 7,000 บาท ต่ำสุด 3,500 บาท และสูงสุด 20,000 บาท สำหรับสภาพการทำงาน พบว่า แรงงานร้อยละ 74.0 ทำงาน 7-8 ชั่วโมง/วัน ส่วนใหญ่มีวันหยุด 1-2 วัน/สัปดาห์ สำหรับความเครียดจากการทำงาน พบว่า ร้อยละ 61.0 ไม่มีความเครียดจากการทำงาน นอกจากนี้ พบว่า ร้อยละ 82.0 ไม่มีความกดดันจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานหรือนายจ้าง และร้อยละ 74.2 ไม่มีการมีปัญหาด้านการสื่อสารกับนายจ้างหรือเพื่อนร่วมงาน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 523)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	175	33.5
หญิง	348	66.5
อายุ (ปี)		
< 25	140	26.8
25-34	248	47.4
35-44	107	20.5
≥ 45	28	5.4
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	30.0 $\pm$ 7.9	
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	16-56	
สถานภาพสมรส		
โสด	265	50.7
คู่	237	45.3
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	21	4.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
≤ ประถมศึกษา	297	56.8
มัธยมศึกษา/ปวช.	180	34.4
> มัธยมศึกษา/ปวช.	46	8.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	483	92.4
มี	40	7.6

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 523) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย (ปี)		
≥ 1	72	13.8
2-5	186	35.5
6-10	148	28.3
> 10	117	22.4
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.3 ± 5.6	
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	1-30	
รายได้ (บาท/เดือน)		
3,500-6,000	151	28.9
6,001-9,000	299	57.2
> 9,000	73	13.9
ค่ามัธยฐาน	7,000	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	3,500-20,000	
จำนวนชั่วโมงการทำงาน/วัน		
7-8	387	74.0
9-15	136	26.0
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.7 ± 1.4	
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	7-15	
จำนวนวันหยุดทำงาน		
1-2 วัน/เดือน	40	7.6
1-2 วัน/สัปดาห์	334	63.9
> 3 วัน/สัปดาห์	149	28.5
ความเครียดจากการทำงาน		
ไม่มี	319	61.0
น้อย	173	33.1
ปานกลาง	25	4.8
มาก	6	1.1
ความกดดันจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานหรือนายจ้าง		
ไม่มี	429	82.0
บางครั้ง	89	17.0
บ่อยครั้ง	5	1.0
ปัญหาด้านการสื่อสารกับนายจ้างหรือเพื่อนร่วมงาน		
ไม่มี	388	74.2
น้อย	85	16.2
ปานกลาง	45	8.6
มาก	5	1.0

การประเมินความเครียดของแรงงานข้ามชาติ ในโรงงานที่สำรวจจาก 523 ราย พบว่าแรงงาน ร้อยละ 97.3 มีความเครียดน้อย ความสุขของความเครียดปานกลางขึ้นไป คิดเป็น 2.7 ต่อ 100 โดยแรงงาน ครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) ระบุว่า สาเหตุของความเครียดเกิดจากจากปัญหาครอบครัว รองลงมา ได้แก่ ปัญหา

จากงาน เช่น ทำงานมาก ทำงานผัดบอย (ร้อยละ 28.6) และปัญหารายได้ เช่น เงินไม่พอใช้ มีภาระที่ต้องใช้เงินมาก รายได้ต่ำ ไม่พอส่งเสียครอบครัวหรือส่งกลับให้ญาติที่ประเทศเมียนมา (ร้อยละ 28.6) จากการสอบถามแรงงานทั้งหมด ไม่เคยไปพบแพทย์เพื่อรักษาความเครียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 523)

ระดับความเครียดและสาเหตุของความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
มีความเครียดน้อย	509	97.3
มีความเครียดปานกลาง	13	2.5
มีความเครียดมากที่สุด	1	0.2
ความสุขของความเครียดปานกลางขึ้นไป $(14/523) * 100 = 2.7$ ต่อ 100		
สาเหตุของความเครียด (N = 14)*		
ปัญหาครอบครัว	7	50.0
ปัญหาเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน	2	14.3
ปัญหาจากงาน เช่น ทำงานมาก ทำงานผัดบอย	4	28.6
ปัญหารายได้ เช่น ไม่พอใช้ มีภาระที่ต้องใช้เงินมาก รายได้ต่ำ	4	28.6
ปัญหาสุขภาพ พักผ่อนน้อย นอนไม่หลับ	2	14.3

*ในรายที่พบมีความเครียดปานกลางถึงมากที่สุดรวม 14 ราย โดยบางรายตอบมากกว่า 1 สาเหตุ

ผลการประเมินความเครียด พบว่า ร้อยละ 97.3 มีความเครียดน้อย และร้อยละ 2.7 มีความเครียดปานกลางถึงมากที่สุด เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า

เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	รวม	เครียดน้อย จำนวน (ร้อยละ)	เครียดปานกลาง ถึงมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	p-value
จำนวนทั้งหมด	523	509 (97.3)	14(2.7)	
เพศ**				0.298
ชาย	175	168 (96.0)	7 (4.0)	
หญิง	348	341 (98.0)	7 (2.0)	
อายุ (ปี) **				0.983
< 35	388	377 (97.2)	11 (2.8)	
> 35	135	132 (97.8)	3 (2.2)	
สถานภาพสมรส***				0.368
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	286	280 (97.9)	6 (2.1)	
คู่	237	229 (96.6)	8 (3.4)	
การศึกษาสูงสุด				0.288
≤ ประถมศึกษา	297	291 (98.0)	6 (2.0)	
> ประถมศึกษา	226	218 (96.5)	8 (3.5)	
โรคประจำตัว**				0.647
ไม่มี	483	469 (97.1)	14 (2.9)	
มี	40	40 (100.0)	0 (0.0)	
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย (ปี) ***				0.623
≤ 5	258	252 (97.7)	6 (2.3)	
> 6	265	257 (97.0)	8 (3.0)	

*เครียดปานกลาง 13 ราย และเครียดมากที่สุด 1 ราย

**Fisher's exact test

***Chi-square test

การจัดการความเครียดของแรงงานข้ามชาติในโรงงานที่สำรวจ พบว่า ใช้วิธีการฟังเพลง/ดูหนัง/เล่นเกม/เล่นโทรศัพท์ มากที่สุด (ร้อยละ 56.4) รองลงมา คือ การพูดคุยกับเพื่อน/ครอบครัว (ร้อยละ 44.6) การนั่งสมาธิ/สวดมนต์ (ร้อยละ 25.4) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 11.5)

การประเมินโรคซึมเศร้า

การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q พบแรงงานที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคซึมเศร้ามารวม 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของแรงงานที่สำรวจทั้งหมด จากแรงงานที่มีความเสี่ยง

จะเป็นโรคซึมเศร้า 46 รายนี้ เมื่อประเมินต่อยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.6 (38 ราย) ไม่มีอาการโรคซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก ในจำนวนผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้า พบว่า มีอาการโรคซึมเศร้าวระดับน้อย ร้อยละ 13.0 (6 ราย) และมีอาการโรคซึมเศร้าวระดับปานกลางร้อยละ 4.4 (2 ราย) คิดเป็นความชุกของอาการโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.5 (8 ราย) ซึ่งใน 8 ราย ที่มีอาการโรคซึมเศร้าน้อยถึงปานกลางนี้ เมื่อประเมินต่อยด้วยแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q พบว่า 2 รายมีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

ในปัจจุบันระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด ส่วนอีก 6 รายที่เหลือไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

แรงงานทุกรายที่สำรวจไม่เคยไปพบแพทย์เพื่อรักษา ภาวะซึมเศร้า ดังตาราง 4

ตาราง 4 การประเมินโรคซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 523)

การประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q (n = 523)		
ไม่มี	477	91.2
มี	46	8.8
การประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (n = 46)*		
ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า หรือมีอาการระดับน้อยมาก	38	82.6
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย	6	13.0
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	2	4.4
ความชุกของอาการโรคซึมเศร้า (8/523) * 100 = 1.5 ต่อ 100		
การประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q (n = 8)**		
ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	6	75.0
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย	2	25.0
ความชุกของแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย (2/523) * 100 = 0.4 ต่อ 100		

*ประเมินในรายที่พบมีความเสี่ยงจะเป็นโรคซึมเศร้า จากการคัดกรอง 2Q

**ประเมินในรายที่มีอาการโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป จากการประเมิน 9Q

ในส่วนของแหล่งขอความช่วยเหลือ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จะขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 67.5) รองลงมา คือ จากนายจ้าง หรือหัวหน้างาน (ร้อยละ 19.9) และจากโรงพยาบาล/คลินิก (ร้อยละ 19.7) โดยแรงงาน 43 ราย (ร้อยละ 8.2) ให้คำตอบว่า จะไม่ขอความช่วยเหลือจากแหล่งใด

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ พบกลุ่มตัวอย่างมีความชุกของความเครียด ปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 2.7 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kyaw (2022) ที่พบว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวเมียนมาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรสาคร มีความชุกของภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 16.6 และ Sultana, et al. (2025) พบว่า แรงงาน ชาวบังคลาเทศในประเทศไทยพบภาวะความเครียดปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 12.0 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ดำเนินการสำรวจในโรงงานที่มีการขึ้นทะเบียน

แรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมาย ซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติ ในอำเภอแม่สอด ที่มาจากประเทศเมียนมา ร้อยละ 97.5 และอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นจังหวัดชายแดนที่ ติดกับประเทศเมียนมา ที่มีระยะทางไม่ห่างไกลจาก ประเทศของแรงงานข้ามชาติ ทำให้พบความชุกของความเครียด แตกต่างจากการวิจัยอื่นในประเทศไทย

ในส่วนของการวิจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาอยู่ในประเทศไทย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Sultana et al. (2025) โดยความเครียดมีความสัมพันธ์กับอายุน้อย (18-24 ปี) การศึกษาที่ต่ำ เป็นลูกจ้างของรัฐ และ ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติในระดับปานกลางถึงสูง ส่วน Kyaw (2022) พบว่า ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ รายได้ และการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์ ที่มีนัยสำคัญ ความแตกต่างของความชุกและปัจจัยที่มี ผลต่อความเครียด (Stress) อาจเกิดจาก 3 ประเด็น

ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือการประเมินต่างชนิดกัน โดยงานวิจัยนี้ใช้ ST-5 ที่สามารถคัดกรองเฉพาะภาวะเครียด ในขณะที่สองการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ The Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) ที่วัดประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะเครียดในเครื่องมือเดียว 2) ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้งเชื้อชาติ ประเภทโรงงานหรืองานภาคเกษตร และช่วงเวลาการศึกษาแตกต่างกัน และ 3) ความรุนแรงในที่ทำงานหรือประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติในสองการศึกษา ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ระบุสาเหตุความเครียดมาจากครอบครัวถึง ร้อยละ 50.0 อีกทั้งในการศึกษานี้เป็นแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งการทำงานในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา มักมีสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ที่ไม่เอื้ออำนวยกับสภาพพื้นที่เดิมในประเทศเมียนมา แรงงานข้ามชาติเหล่านี้สามารถติดต่อกับครอบครัว หรือญาติพี่น้อง ในประเทศเมียนมาได้โดยง่าย ซึ่งเมื่อมีปัญหา แรงงานก็สามารถไปกลับประเทศเมียนมาได้โดยสะดวก และใช้ช่วงเวลาสั้นๆ ได้ อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดที่น้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

การศึกษานี้ได้การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q พบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 8.8 โดยในจำนวนนี้ได้คัดกรองต่อด้วยคำถาม 9Q พบความชุกของอาการโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.5 ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษา โดยความชุกภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไปจะอยู่ในช่วงร้อยละ 14.4-40.7 (Aung, Shirayama, Moolphate, Lorga, Angkurawaranon, Yuasa et al., 2024; Sultana et al., 2025; Kyaw, 2022; Sikhiwat et al., 2024) จากศึกษาของ Kyaw (2022) พบความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 40.7 ในขณะที่ Sultana และคณะ (2025) พบความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.8 โดยสองการศึกษาใช้เครื่องมือ DASS-21 ส่วนอีกสองการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ PHQ-9 ได้แก่ Aung et al. (2024) ศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาจากรัฐฉานที่ทำงานในจังหวัดเชียงใหม่ โดยรอสำรวจที่สำนักงานจัดหางานจังหวัด ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างรายวันในภาคเกษตร ก่อสร้างและงานบริการ พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.4 และ Sikhiwat et al.

(2024) ทำการศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา ลาว และเมียนมาโดยสำรวจในชุมชน พบภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 23.9 เหตุที่พบความแตกต่างกันของความชุกของภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจาก เครื่องมือวัดที่ใช้ในการวัดความแตกต่างของบริบทของประชากรที่ทำการศึกษานอกจากนี้ การมีงานทำ การเข้ามามีประกันสุขภาพ และรวมถึงสถานะทางกฎหมาย อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาของ Sikhiwat et al. (2024) พบว่ากลุ่มตัวอย่างว่างงานถึงร้อยละ 20.0 และไม่มีประกันสุขภาพ ร้อยละ 40.0 เมื่อเทียบกับการศึกษานี้เป็นแรงงานในโรงงานที่ทุกรายต้องมีประกันสุขภาพตามกฎหมายซึ่งความแตกต่างนี้อาจมีผลต่อความชุกของอาการซึมเศร้า ส่วนประเด็นสถานะทางกฎหมายมีการศึกษาในประเทศสวิตเซอร์แลนด์สนับสนุนว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสถานะที่ถูกต้องตามกฎหมายจะมีความชุกของปัญหาภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารถูกต้องตามกฎหมาย (Fakhoury, Burton-Jeangros, Consoli, Duvoisin, Courvoisier, & Jackson, 2021)

คำถาม 8Q พบมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อยเพียงร้อยละ 0.4 เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะมีการศึกษาในแรงงานข้ามชาติในเขตอุตสาหกรรมของประเทศจีน พบความคิดฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 7.5 พบความสัมพันธ์ระหว่างความคิดฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้ารุนแรง และความเครียดในงานระดับสูง โดยการศึกษาที่มีความชุก ร้อยละ 27.0 และ 26.5 ตามลำดับ (Zhang et al., 2021) จะเห็นได้ว่า การศึกษาคครั้งนี้มีความชุกของความเครียดเพียงร้อยละ 2.7 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.5 ซึ่งจะเห็นได้ว่าต่ำกว่าอย่างชัดเจน ในขณะที่การศึกษาที่ทำในผู้อพยพและผู้ลี้ภัย (Immigrant and refugee) พบความชุกของความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในช่วง ร้อยละ 2.1-34.4 (Haase, Schönfelder, Nesterko, & Glaesmer, 2022) ซึ่งความแตกต่างที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย บริบทของงานและสภาวะแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม โดย Zhang et al. (2021) ศึกษาในแรงงานอพยพภายในประเทศจีน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตสังคมสูง ได้แก่

ชั่วโมงทำงานยาว ความไม่มั่นคงในการจ้างงาน แรงกดดันทางเศรษฐกิจ การแยกจากครอบครัวและระบบสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่ Haase et al. (2022) ศึกษา Meta-analysis ในกลุ่มผู้อพยพและผู้ลี้ภัย (Immigrants and refugees) ซึ่งเผชิญประสบการณ์รุนแรงก่อนและหลังการอพยพ เช่น สงคราม ความรุนแรง การสูญเสีย การเลือกปฏิบัติ อุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม ความไม่มั่นคงด้านสถานะทางกฎหมาย ส่วนการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของความเครียด (ร้อยละ 2.7) และภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 1.5) ต่ำกว่ามาก ซึ่งบ่งชี้ว่าประชากรศึกษาอาจมีเสถียรภาพด้านงานและรายได้ มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่เผชิญเหตุการณ์กระทบกระเทือนรุนแรง (Trauma) ทำให้ความคิดฆ่าตัวตายพบได้น้อยกว่า

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การสำรวจในครั้งนี้จะพบปัญหาความเครียด โรคซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวต่ากว่า การศึกษาอื่นข้างต้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตในแรงงานในโรงงานยังคงมีความจำเป็น โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ได้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติด (อสต.) ในโรงงานเพื่อประสานงานการตรวจสุขภาพประจำปี และมีกิจกรรมเชิงรุกในโรงงาน ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างสม่ำเสมอ อสต. ถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานและเป็นอาสาสมัครคอยดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติในโรงงาน (Umpong, 2021) การบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพจิตในแรงงานในโรงงาน การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตต่างๆ ผ่านกระบวนการอบรมและสร้างเครือข่าย อสต. อาจมีส่วนช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบต่อไป ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ 1) การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ชัดเจน 2) ข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรกวน และ 3) การเก็บข้อมูลในโรงงานที่ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้ จึงควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นครั้งแรกในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดน โดยบริบทของการวิจัยครั้งนี้เป็นแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในโรงงานและขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย จึงควรมีการสำรวจในแรงงานข้ามชาติกลุ่มอื่น เช่น แรงงานในภาคเกษตรกรรม แรงงานก่อสร้าง และแรงงานทั่วไปอื่นๆ ซึ่งมักมีสถานะทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงาน เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตในแรงงานข้ามชาติทั้งหมด และช่วยบ่งชี้กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่พบมีปัญาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนแก้ไขและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับแรงงานของแต่ละกลุ่ม โดยสามารถดำเนินการร่วมไปกับการสำรวจปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

- 1) เก็บข้อมูลแรงงานต่างด้าวในระบบและนอกระบบ
- 2) ทบทวนตัวแปรที่ส่งผลต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้า และ 3) ออกแบบการวิจัย ที่ระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล อันจะทำให้เข้าใจความเครียด และภาวะซึมเศร้าของแรงงานต่างด้าว ได้รอบด้านและนำไปออกแบบการดูแลความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นพ. วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ และกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- American Psychological Association. (2023). *Stress: The different kinds of stress*. Retrieved November 8, 2025, from <https://www.apa.org/topics/stress>
- Aung, T. N. N., Shirayama, Y., Moolphate, S., Lorga, T., Angkurawaranon, C., Yuasa, M. et al. (2024). Prevalence and social determinants of depression: A cross-sectional survey of Myanmar migrant workers in Chiang Mai, Northern Thailand. *Global Public Health*, 19(1), 1744-1706. <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2334316>
- Chomchan, S., Paenkaew, J., & Aunban, P. (2016). A survey on depression among older adults with chronic disease, attending community hospital in Mea-rim District of Chiang Mai. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 22(2), 28-35. (in Thai)
- Department of Employment. (2025). *Statistics on remaining foreigners with work permits nationwide*, September 2025. Retrieved November 8, 2025, from https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/c7b940db4ee479105d900d8116f55978.pdf (in Thai)
- Department of Mental Health. (2022). Depression and suicide risk screening questionnaires (2Q, 9Q and 8Q). Nonthaburi: Department of Mental Health. Retrieved March 1, 2025, from <https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22> (in Thai)
- Department of Mental Health. (2024). *Stress assessment questionnaire (ST-5)*. Nonthaburi: Department of Mental Health. Retrieved March 1, 2025, from <https://catalog.dmh.go.th/dataset/test-st5/resource/da88ceb2-53f0-4b82-9a1f-ff474cb3e88f> (in Thai)
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Duvoisin, A., Courvoisier, D., & Jackson, Y. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(175), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03149-7>
- Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallardo, V., et al. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- Haase, E., Schönfelder, A., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2022). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts among refugees: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 635. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13029-8>
- Hasan, S. I., Yee, A., Rinaldi, A., Azham, A. A., Mohd Hairi, F., & Amer Nordin, A. S. (2021). Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(12), e0260221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260221>
- Hammen, C. (2018). Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 1-28. Retrieved November 8, 2025 from <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>
- International Labour Organization. (2007). *International labour standards on migrant workers' rights: Guide for policymakers and practitioners in Asia and the Pacific*. Bangkok: International Labour Office. (in Thai)

- International Organization for Migration. (2021). *Social protection for migrant workers and their families*. IOM Publications. Retrieved November 8, 2025, from <https://publications.iom.int/books/social-protection-migrant-workers>
- Knipe, D., Lambert, H., Pearson, M., Eddleston, M., Jayamanne, S., Wickramage, K. et al. (2019). Are left-behind families of migrant workers at increased risk of attempted suicide? – A cohort study of 178,000+ individuals in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-8.
- Komoltri, C. (2012). Sample size calculation. *Journal of Mental Health of Thailand*, 20(3), 192-198. Retrieved November 8, 2025 from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/10141/46392>
- Kyaw, M. (2022). *Occupational hazards and mental health among Myanmar migrant workers in Samut Sakhon province, Thailand*. Thesis of Master of Public Health, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Nantasenee, P. & Thananithisak, C. (2019). The association between depression and blood pressure in essential hypertensive patients, Jaokunpiboon Pranomtuan Hospital. *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology)*, 14(1), 91-104. (in Thai)
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Ornek, O., Waibel, J., Wullinger, P., & Weinmann, T. (2022). Precarious employment and migrant workers' mental health: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(5), 327-350.
- Phaowiriya, H., Tungpunkom, P. & Sripichayan, K. (2018). Mental health status and related factors among women migrant laborers. *Nursing Journal CMU*, 44(3): 102-112. (in Thai)
- Sikhiwat, N., Rajsiri, K., Nunes, J., Uansri, S., Panapong, N., Kunpeuk, W. et al. (2024). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among cross border migrants in Thailand, 2023: A mixed-methods study. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal*, 17(4), 214-221.
- Silpakit, O. (2012). Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand*, 16(3), 177-185. (in Thai)
- Siregar, P., Sutan, R., & Baharudin, A. (2021). Prevalence of stress, anxiety and depression among Indonesian immigrant workers in Malaysia. *Bali Medical Journal*, 10, 863. <https://doi.org/10.15562/bmj.v10i2.1961>
- Slavich, G. M. (2020). Social safety theory: A biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 265-295.
- Sultana, S., Jirapongsuwan, A., & Tipayamongkhogul, M. (2025). Mental health and associated factors among Bangladeshi migrants in Thailand: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 15(1), 966. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84650-3>

- Tak Provincial Employment Office. (2025). *Numbers of migrant workers in Tak province as of May 25, 2025*. Tak: Department of Employment. (in Thai)
- Tak Provincial Office of Social Security. (2025). *Numbers of workers under Social Security Scheme, 2025*. Tak: Social Security Office. (in Thai)
- Tontapanit, P., Duangkum, C., Chaiudomsom, K., Thinkhamrop, J., Komwilaisak, R., & Wiangyos, P. (2022). Prevalence and Factors of Stress in Pregnancy. *Srinagarind Medical Journal*, 37(6), 588-595. (in Thai)
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., et al. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 74. Retrieved November 8, 2025, from <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Uansri, S., Kunpeuk, W., Julchoo, S., Sinam, P., Phaiyarom, M., & Suphanchaimat, R. (2023). Perceived barriers of accessing healthcare among migrant workers in Thailand during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(10), 5781. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105781>
- Umhong, T. (2021). Outcomes of nursing care for workers in factories infected with coronavirus-2019 with factory isolation system, Mae Sot District, Tak Province. *Journal of Public Health Tak Province*, 1(4), 1-15. (in Thai)
- United Nations Network on Migration in Thailand. (2024). *Thailand migration report 2024*. Thammada Press Co., Ltd. <https://thailand.iom.int/sites/g/files/tmzbd11371/files/documents/2025-04/thailand-migration-report-2024-th.pdf> (in Thai)
- Wongsuwanphon, S., Chottanapund, S., Knust, B., Wongjindanon, N., & Suphanchaimat, R. (2024). Access to healthcare services and factors associated with unmet needs among migrants in Phuket Province, Thailand, 2023: A cross-sectional mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1161. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11589-6>
- Win, N., Hounnaklang, N., Tantirattanakulchai, P., & Panza, A. (2024). The impact of stressors on depressive symptoms among youth Myanmar migrant workers in Thailand: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 2653-2663.
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. WHO. Retrieved November 8, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- World Health Organization. (2023). *Stress*. Retrieved November 8, 2025, from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- World Health Organization. (2025). *Depression fact sheet*. Retrieved November 8, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Zhang, K., Xu, C., Zhang, Y., Wang, R., Yu, X., Hu, T. et al. (2021). The mental health and syndromic effect on suicidal ideation among migrant workers in China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11363. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111363>

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

ต่อความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ

ศศิธร พุ่มพัก^{1,2} วท.ม., พัทธวีภา จุฬพันธ์ทอง³ Ph.D., โอปาร อิสริยะพันธุ์^{2,3} วท.ม.,อรรณณ กীরติสโรจน์⁴ วท.ด., วรณณา ศรีโสภณ^{2,5,*} Ph.D.

Received: April 19, 2025

Revised: August 25, 2025

Accepted: August 26, 2025

บทคัดย่อ

อายุที่เพิ่มขึ้นและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นปัจจัยภายในและภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินกับความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 200 คน สามารถเดินได้อย่างน้อย 10 เมตรโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และผ่านการคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบฉบับภาษาไทย (Mental State Examination T10) ประเมินความเสี่ยงหกล้มโดยการทดสอบเดินไปกลับระยะทาง 3 เมตร (Mental State Examination T10 (MSET10)) บันทึกข้อมูลของอายุ และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินจากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ผลการศึกษาแบบตัดขวางโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) เพื่อระบุค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินกับความเสี่ยงหกล้ม (TUG) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า อายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมีค่า Adjusted odds ratio เท่ากับ 1.06 (95% CI: 1.01, 1.12) และ 0.07 (95% CI: 0.02, 0.23) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ย่อมเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นตามมา นอกจากนี้สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ จึงควรมีการประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์ ความเสี่ยงหกล้ม ผู้สูงอายุ อุปกรณ์ช่วยเดิน

¹ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² หนวยวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการฟื้นฟู คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ อาจารย์ ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

⁵ รองศาสตราจารย์ ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: waroonnapas@nu.ac.th

The Association of age and assistive device use with fall risk in older adults

Sasithorn Putfak^{1,2} M.Sc., Pakwipa Julphunthong³ Ph.D., Olan Isariyapan^{2,3} M.Sc.,
Orawan Keeratisiroj⁴ Ph.D., Waroonnapa Srisoparb^{2,5,*} Ph.D.

ABSTRACT

Increasing age and the use of assistive walking devices are internal and external factors associated with fall risk in older adults. This study aimed to investigate the relationship between age, the use of walking aids, and fall risk among individuals aged 60 years and above residing in Mueang District, Phitsanulok Province. A total of 200 participants who were able to walk at least 10 meters without the use of assistive devices and who passed a preliminary cognitive screening using the Thai version of the Mental State Examination T10 (MSET10) were included. Fall risk was assessed using the Timed Up and Go (TUG) test. Data on age and the use of assistive devices were collected through interviews. This cross-sectional study employed logistic regression analysis to examine the associations between age, assistive device use, and fall risk as measured by the TUG test. Statistical significance was set at $p\text{-value} < 0.05$.

The results showed that both age and the use of assistive devices were significantly associated with fall risk among older adults, with adjusted odds ratios of 1.06 (95% CI: 1.00-1.12) and 0.07 (95% CI: 0.02-0.23), respectively. These findings suggest that increased age is associated with higher fall risk. Furthermore, among older adults who require assistive walking devices, using them can help reduce the risk of falling. Therefore, assessing the need for assistive devices in older adults is important and should be considered when planning health promotion and fall prevention strategies.

Keywords: Association, Fall risk, Elderly, Walking aids

¹ Student in Master of Science Program in Physical Therapy, Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

² Exercise and Rehabilitation Sciences Research Unit, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

³ Lecturer, Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

⁴ Associate Professor, Department of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

⁵ Associate Professor, Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

* Corresponding author: waroonnapas@nu.ac.th

บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่ร่างกายล้มหรือพักบนพื้นในระดับต่ำกว่าโดยไม่รวมการเปลี่ยนแปลงของท่าทางดังกล่าวที่เกิดขึ้นอย่างตั้งใจ (Burns, 2018) ไม่ได้เกิดจากโรคร้ายแรงหรืออุบัติเหตุที่รุนแรงรวมไปถึงการถูกทำร้ายร่างกาย (Gamage, Rathnayake, & Alwis, 2018) ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาที่ถดถอยลงตามวัยหรือการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ (Romanello, McGushin, Di Napoli, Drummond, Hughes, Jamart, et al., 2021) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 28.0-35.0 จะหกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในจำนวนผู้ที่หกล้มร้อยละ 50.0 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (World Health Organization, 2007) การหกล้มจึงถือว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ควรให้ความสำคัญเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยเฉพาะในจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 26.0 จากจำนวนประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2024)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุอาจเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุทำให้สามารถทำนายโอกาสในการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ล่วงหน้า จึงเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนป้องกันการหกล้มสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การทดสอบ Timed Up and Go (TUG) เป็นวิธีการที่มักนำมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งนี้การทดสอบ TUG เป็นการตรวจประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะเดิน สามารถทำการทดสอบได้ง่าย มีความไวและความจำเพาะเจาะจงต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ (Sritanam, Mantham, & Thabthong, 2024) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้แก่ ผู้ที่ใช้ระยะเวลาในการเดินมากกว่า 13.50 วินาที (Barry, Galvin, Keogh, Horgan, & Fahey, 2014) แบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการ

ใช้ในชุมชน เนื่องจากไม่ต้องใช้อุปกรณ์ราคาสูง และสามารถทำการประเมินได้ในทุกสถานที่

การเพิ่มขึ้นของอายุส่งผลให้มีอัตราการหกล้มหรือความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น (Li, Hou, Zhao, Xie, Yi, & Ding, 2023) เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเสื่อมถอยของระบบการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ และการทรงตัว (Vaishya & Vaish, 2020) การเสื่อมทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้นนั้น มักส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเดิน เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถเดินได้เองโดยอิสระ จึงส่งผลต่อเนื่องไปยังการจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ลดลง (Whipple, Hamel, & Talley, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วง 70-79 ปี มีแนวโน้มประสพภาวะเสี่ยงล้มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.75; 95% CI: 1.32-2.31) และในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงดังกล่าวยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (OR = 3.41; 95% CI: 2.49-4.68) (Noopud, Phrom-On, Woradet, & Chaimay, 2020) โดยพบผลการศึกษาเช่นเดียวกันในผู้สูงอายุในประเทศไทย (Sawangbumrung, Chai-Apom, & Wongweeraphan, 2024) ดังนั้น ในผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่มั่นคงจึงมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมาช่วยเพิ่มการทรงตัว เพิ่มพื้นที่รองรับในการเดิน (Miyasike-daSilva, Tung, Zabukovec, & McIlroy, 2013) ลดความกลัวต่อการหกล้ม ลดการบาดเจ็บของกระดูกกล้ามเนื้อ ชดเชยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรือช่วยแก้ไขความบกพร่องในการเดิน (Suwannarat, Thaweewannakij, Kaewsanmung, Mato, & Amatachaya, 2015) ขณะที่การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเป็นวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการเดินของผู้สูงอายุ การศึกษาที่ผ่านมากลับพบว่า ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Pantong, Traperop, & Jareaprapal, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ De Mettelinge and Cambier (2015) ที่พบว่า การใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินประเภท Walker ภายในที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มในอนาคต

ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 3.98$; 95% $CI: 1.10-14.37$) โดยมีปัจจัยร่วมที่อาจส่งผล ได้แก่ การเดินช้า การใช้ยากลุ่มจิตเวช และอายุที่มากขึ้น (De Mettelinge & Cambier, 2015) เช่นเดียวกับ การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะ เปราะบางที่ใช้เครื่องช่วยเดินมีอัตราการหกล้มสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุที่มีการใช้เครื่อง ช่วยเดินอาจเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงของการหกล้ม เพิ่มขึ้น (Cruz, Santana, Costa, Gomes da Costa, & Ferraz, 2020) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Robinovitch, Feldman, Yang, Schonnop, Leung, Sarraf, et al. (2013) พบว่า การหกล้มส่วนใหญ่เกิดขึ้น ระหว่างการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยมีปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความผิดปกติในการทรงตัวและการ เคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การใช้เครื่องช่วยเดิน ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนี้ ยังช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บเมื่อ เกิดการหกล้มด้วย (Robinovitch et al., 2013)

จากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่ออายุมากขึ้น ความเสี่ยง ต่อการหกล้มมักเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงมักใช้อุปกรณ์ ช่วยเดิน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าว อย่างไรก็ตาม งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มที่สูงขึ้น ซึ่งอาจไม่ได้เกิดจากอุปกรณ์โดยตรง แต่สะท้อนถึงภาวะ จำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือปัญหาด้านการทรงตัว ที่มีอยู่เดิม ขณะเดียวกัน หากใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่าง เหมาะสม อุปกรณ์เหล่านี้จะสามารถช่วยลดความเสี่ยง ในการหกล้มได้โดยเพิ่มความมั่นคงและความมั่นใจ ในการเดิน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องประเมินความ เหมาะสมในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินแต่ละรายอย่าง รอบคอบ เพื่อให้สามารถเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้มได้อย่าง แท้จริง อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในผู้สูงอายุ ที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินทุกระยะในการเดินกับ ความเสี่ยงต่อการหกล้มเท่านั้น แต่ยังขาดการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

ในผู้สูงอายุที่สามารถเดินโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในระยะการเดินภายในบ้าน (Household distances) (Thies, Bates, Costamagna, Kenney, Granat, Webb, et al., 2020) ซึ่งเป็นระยะทางสั้นๆ แต่ต้องการใช้อุปกรณ์ ช่วยเดินเมื่อต้องเดินทางออกนอกบ้าน หรือต้องเดิน ในระยะทางที่ยาวมากกว่า 10 เมตรขึ้นไป เพื่อลดความ เสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ ช่วยเดินในระยะทางการเดินที่มากกว่า 10 เมตรต่อความ เสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมา ประกอบการวางแผนการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้ม ของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินในระยะทางการเดินที่มากกว่า 10 เมตร ต่อความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยประเภทการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ IRB No. P1-0022/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุใน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 236,706 คน (Department of Older Persons, 2024) คำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางสำหรับสถิติ Logistic regression ได้แก่ $n = 100 + 50i$ (Bujang, Sa'at, Bakar, & Joo, 2018) โดย i คือ จำนวนตัวแปรอิสระ มีค่าเท่ากับ 2 ได้แก่ อายุ และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ในระยะทาง 10 เมตร ขึ้นไป) จึงได้จำนวนอาสาสมัครเท่ากับ 200 คน การสุ่ม เลือกอาสาสมัครในการวิจัย ใช้เทคนิคการสุ่มแบบบังเอิญ หรือตามความสะดวก (Convenience sampling) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

กับงานวิจัยหลักของคณะผู้วิจัย (Putfak, Chokphukiao, Isariyapan, Keeratisiroj, & Srisoparb, in press)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

อายุ 60 ปี ขึ้นไป มีทักษะการพูด ฟัง อ่าน เขียน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเดินเป็นระยะทางอย่างน้อย 10 เมตร มีคะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mental State Examination T10 (MSET10) ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาโดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยจากแบบประเมิน MMSE-Thai 2002 ที่มีข้อจำกัดด้านลิขสิทธิ์ (Boongird, 2018) มีเกณฑ์การแปลผลสำหรับผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) > 14 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา > 17 คะแนน และผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา > 22 คะแนน (Boongird, 2018)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อการเดิน เช่น Cervical myelopathy, Multiple sclerosis, Amyotrophic lateral sclerosis, Stroke, Dementia และ Parkinson's disease เป็นต้น หรือมีภาวะของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ส่งผลต่อการเดิน เช่น ปวดสะโพก ปวดหลัง ปวดเข่าหรือข้อเท้า โดยมีระดับคะแนนความเจ็บปวด (VAS scale) มากกว่า 6 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกทรงส่วนล่างที่ไม่สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่ (Full weight bearing) มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ก่อนการเก็บข้อมูลมากกว่า 210 mmHg (ในเพศชาย) และ มากกว่า 190 mmHg (ในเพศหญิง) และหรือมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) ก่อนการเก็บข้อมูล มากกว่า 90 mmHg (ในเพศชายและหญิง) (Currie, Floras, La Gerche, & Goodman, 2018) และอาสาสมัครที่ไม่สามารถทำการทดสอบได้ครบทุกขั้นตอนหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร ประกอบด้วย อายุ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน โรคประจำตัว แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MSET10) การวินิจฉัยจากแพทย์เกี่ยวกับโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคทางระบบประสาท

2. แบบบันทึกค่าคะแนน TUG ซึ่งมีวิธีประเมินคือ ให้อาสาสมัครนั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิงและที่วางแขน ความสูง 43 เซนติเมตร จากนั้นผู้ทดสอบบอกว่า “ไป” ให้อาสาสมัครลุกขึ้นยืนโดยไม่ใช้แขนช่วย เริ่มจับเวลาที่อาสาสมัครลุกขึ้นและเดินด้วยความเร็วที่ปกติในระยะทาง 3 เมตรและเดินวนกลับมาถึงหลังพนักพิงจึงหยุดจับเวลา ทำการทดสอบจำนวน 2 ครั้งและหาค่าเฉลี่ยเพื่อมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้ที่มีค่า TUG มากกว่าหรือเท่ากับ 13.50 วินาที ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Barry et al., 2014)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อประชาสัมพันธ์และมอบคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยเพื่อให้อาสาสมัครนำกลับไปพิจารณา โดยอาสาสมัครทุกคนที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยและผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้ลงนามแสดงความยินยอมเข้ารับการทดสอบในหนังสือแสดง ความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครและทำแบบทดสอบ MSET10 โดยผู้วิจัยคนที่ 1 ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ในการใช้แบบประเมินดังกล่าว และประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย TUG โดยผู้วิจัยคนที่ 2 ซึ่งเป็นคนละคนกับผู้วิจัยคนที่ 1 สำหรับผู้วิจัยคนที่ 2 ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นภายในผู้ประเมินในการ

ทดสอบ TUG ในผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intra-Class Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ 0.99 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Koo & Li, 2016) ผู้วิจัยคนที่ 1 และ 2 ไม่ได้รับทราบผลของการเก็บข้อมูลซึ่งกันและกัน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 จนถึงเดือนสิงหาคม 2567 ในอาสาสมัครทั้ง 200 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล โดยไม่พบค่าที่ขาดหาย (Missing data) ในตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS เวอร์ชัน 17 ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ด้วยสถิติ Kolmogorov smimov test พบว่า การกระจายตัวของข้อมูลไม่ปกติ จึงรายงานอายุและค่าคะแนน TUG ด้วยค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Q1, Q3) และรายงานข้อมูลการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินของอาสาสมัครในรูปแบบความถี่และร้อยละ จากนั้น ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงหกล้ม ได้แก่ อายุ และการใช้อุปกรณ์

ช่วยเดิน โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และทดสอบการพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการหกล้มของอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) (กำหนดผู้ที่มีค่าคะแนน TUG มากกว่าและเท่ากับ 13.50 คือผู้ที่เสี่ยงหกล้ม และน้อยกว่า 13.50 คือ ผู้ที่ไม่เสี่ยงหกล้ม) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

อาสาสมัครที่เข้ารับการคัดกรองมีจำนวนทั้งหมด 217 คน อาสาสมัครที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ามีจำนวน 17 คน เนื่องจากมีปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจำนวน 7 คน ปัญหาทางระบบประสาท จำนวน 4 คน หรือปัญหาอื่นๆ ที่ทำให้ต้องคัดออก จำนวน 6 คน ดังนั้นมีอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนทั้งสิ้น 200 คน ซึ่งเข้ารับการประเมินได้ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย โดยค่ามัธยฐานอายุของอาสาสมัครเท่ากับ 69 (65.00, 74.75) ปี มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร้อยละ 8.0 และค่าคะแนน TUG แสดงค่ามัธยฐานเท่ากับ 10.17 (8.39, 12.10) วินาที ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลของอาสาสมัคร (n = 200)

ตัวแปร	จำนวนอาสาสมัคร (n = 200)	จำนวนอาสาสมัครแบ่งตามความเสี่ยงหกล้ม		p-value
		ไม่เสี่ยงหกล้ม TUG < 13.50 s n = 167 (83.5)	มีความเสี่ยงหกล้ม TUG > 13.50 s n = 33 (16.5)	
อายุ: ปี Median (Q1, Q3)	69 (65.00, 74.75)	68 (65.00, 73.00)	75 (71.00, 82.00)	<0.001**
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน: จำนวน (ร้อยละ)				<0.001**
ใช่	184 (92.0)	5 (31.3)	11 (68.8)	
ไม่ใช่	16 (8.0)	162 (88.0)	22 (12.0)	
ค่าคะแนน TUG: Median (Q1, Q3)	10.17 (8.39, 12.10)	9.77 (8.15, 10.89)	15.36 (14.17, 18.03)	<0.001**

หมายเหตุ: : *p-value < 0.05, **p-value < 0.001, TUG = Timed Up and Go

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่คำนวณโดยการทดสอบไคสแควร์ เมื่อได้ค่าไคสแควร์แล้ว นำค่ามาคำนวณค่า Phi coefficient พบว่า มีระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่เกิน 0.80 งานวิจัยนี้จึงไม่มีปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) จึงดำเนินการตรวจสอบอิทธิพลต่อความเสี่ยงต่อการหกล้มดังตาราง 2 โดยพบว่าอายุและอุปกรณ์ช่วยเดินมีความสัมพันธ์ความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุ มีค่า Crude odd ratio เท่ากับ 1.08 (95% CI: 1.03, 1.14) การใช้อุปกรณ์

ช่วยเดินมีค่า Crude odd ratio เท่ากับ 0.06 (95% CI: 0.02, 0.19) ตามลำดับ

จากนั้นทำการวิเคราะห์ตัวแบบ (Model) ของอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินต่อความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงหกล้มโดยพบว่า อายุมีค่า Adjusted odd ratio เท่ากับ 1.06 (95% CI: 1.01, 1.12) ที่ p-value < 0.05 และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมีค่า Adjusted odd ratio เท่ากับ 0.07 (95% CI: 0.02, 0.23) ที่ p-value < 0.001 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินกับความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Crude OR (95% CI)	p- value	Adjusted OR (95% CI)	p- value
อายุ	1.08 (1.03, 1.14)	< 0.001**	0.06 (0.02, 0.19)	< 0.001**
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน				
ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	1.06 (1.01, 1.12)	< 0.050*	0.07 (0.02, 0.23)	< 0.001**
ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	1		1	

หมายเหตุ: * p-value < 0.05; **p-value < 0.001 ทดสอบโดยสถิติ Logistic regression; Adjusted odd ratio for all variables; Hosmer-Lemeshow test: Chi-square = 8.37, df = 8, P= 0.399

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงภายในและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกต่างมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุที่มากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มถึง 1.06 เท่า ขณะที่ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยเดินเมื่อต้องเดินในระยะทางมากกว่า 10 เมตรขึ้นไป ช่วยลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถึงร้อยละ 92.8 การอภิปรายผลการศึกษาดำเนินการเป็น 2 ส่วนดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านอายุต่อความเสี่ยงหกล้ม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ จากการศึกษาที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรายงานว่า อายุ

เป็นปัจจัยภายในที่ถูกกำหนดในโมเดลการทำนายความเสี่ยงต่อการหกล้มเป็นอันดับ 2 ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการหกล้ม รองจากประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ (Gade, Jørgensen, Ryg, Riis, Thomsen, Masud, et al., 2021) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุเป็นผลจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพบการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองในทุกระดับตั้งแต่โมเลกุลจนถึงสัณฐานวิทยา ส่งผลให้ใยประสาทนำเข้ามีประสิทธิภาพการทำงานลดลง (Lee & Kim, 2022) นำไปสู่การเกิดภาวะสมองฝ่อลีบ การสูญเสียเส้นประสาท สารสื่อประสาท และการไหลเวียนเลือดทำงานผิดปกติ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการประสานสัมพันธ์ในร่างกาย ความแข็งแรง การทรงตัว และเวลาปฏิกิริยาทำงานได้ช้าลง (Mangia, DiNuzzo, Ponticorvo, Dienel, Behar, Benveniste, et al., 2025) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น

จะส่งผลทำให้เดินลำบาก ข้อต่อไม่มั่นคง เมื่อต้องทำกิจกรรมทางกายที่ต้องมีการถ่ายน้ำหนัก เกิดการเคลื่อนไหวที่ขาดความคล่องตัวของสะโพก เข่า และข้อเท้า เกิดความไม่มั่นคงและเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม (Liao, Wang, Jia, Cai, & Liu, 2024) ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุโดยมีค่า Adjusted odds ratio เท่ากับ 1.06 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน รายงานว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.15, 95% CI: 1.09-1.22) (Li et al., 2023) ซึ่งมีค่า OR มากกว่าการศึกษานี้ อาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่แตกต่างกันและผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเมือง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาคครั้งนี้อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินต่อความเสี่ยงหกล้ม

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเมื่อต้องเดินในระยะทางมากกว่า 10 เมตรขึ้นไป ช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยัน เพื่อให้เกิดการเดินที่ปลอดภัยและมั่นคง แม้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินก็มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงหกล้ม โดยในผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวที่จำกัดจนต้องใช้อุปกรณ์การเดินมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการหกล้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (West, Bhat, Stevens, & Bergen, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาที่รายงานอุบัติการณ์ของผู้สูงอายุที่ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดินพบว่า มีความเสี่ยงหกล้มถึงร้อยละ 12.0 (Pantong, Traperro, & Jareaprapal, 2024) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่ใช่ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ แต่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นนั้นอาจเกิดจากความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุมากกว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในผู้สูงอายุที่ใช้อุปกรณ์การเดินมักมี

ปัญหาด้านการทรงตัวหรือด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรงจึงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มและได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นหากเกิดการหกล้ม (Sadjapong & Thongtip, 2025) ในผู้สูงอายุที่สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในระยะทาง 10 เมตร แต่ไม่สามารถเดินไกลหรือเดินได้อย่างปลอดภัยในระยะทางที่เพิ่มมากกว่า 10 เมตรขึ้นไป ที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อให้เดินได้อย่างมั่นคง ปลอดภัยและลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มลงร้อยละ 92.8 ซึ่งระยะทางที่ผู้สูงอายุต้องสามารถเดินได้อย่างปลอดภัยในการทำกิจกรรมทางกาย หรือเดินในชุมชนคือระยะทาง 10 เมตรขึ้นไป (Salbach, O'Brien, Brooks, Irvin, Martino, Takhar, et al., 2014) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยเดินในการเดินระยะสั้นภายในบ้าน หากต้องออกนอกบ้านและมีระยะทางเดินมากกว่า 10 เมตร จึงอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อรักษาการทรงตัว และป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า ปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอกมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ และอายุกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มทั้งในโรงพยาบาลหรือในชุมชนควรคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เพื่อลดโอกาสเกิดการหกล้มได้ในระยะยาว รวมไปถึงการแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์การเดินเมื่อต้องเดินในระยะทางที่มากกว่า 10 เมตร อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินนอกจากจะขึ้นอยู่กับความบกพร่องทางด้านร่างกายแล้ว (Sakano, Murata, Goda, & Nakano, 2023) ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น การรู้สึกว่าคุณสมบัติของคุณภาพเมื่อใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือลักษณะของสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยให้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Mat, Singh, Raemee, Kamarozaman, Mesbah, Harithasan, et al, 2025) ดังนั้น จึงอาจมีผู้สูงอายุที่เลือกที่จะไม่ใช้อุปกรณ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่า การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ จึงควรมีการประเมินความต้องการในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการเดินของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า อายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมีความสัมพันธ์ความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม และสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในการเดินที่ระยะมากกว่า 10 เมตรขึ้นไป การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาว่ากลุ่มอาสาสมัครในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เสี่ยงหกล้ม ซึ่งอาจส่งผลต่อข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ผลการศึกษากับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหกล้ม

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ กล่าวคือการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ดำเนินการต่อเนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัยอื่นโดยคณะผู้วิจัยเดียวกัน ส่งผลให้การวิเคราะห์ในครั้งนี้ง่ามเน้นเฉพาะตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ อายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเท่านั้น ในขณะที่ตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มจะมีการนำเสนอในบทความวิจัยฉบับอื่นในลำดับถัดไป

2. การสุ่มเลือกอาสาสมัครในการวิจัยโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก ส่งผลให้กลุ่มอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งอาจจำกัดขอบเขตของการนำผลการศึกษาไปใช้กับประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีและไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ผลการศึกษาในประชากรทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะในบริบทของงานกายภาพบำบัดชุมชนโดยสามารถดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ควรกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ เพื่อชะลอความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงภายใน เช่น การลดมวลกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทรงตัว หรือความยืดหยุ่นของร่างกาย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มที่เพิ่มขึ้นตามอายุ

2. ควรมีระบบการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านความสามารถในการทรงตัว ความเร็วในการเดิน หรือสัญญาณบ่งชี้ความเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และคัดเลือกประเภทของอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้มสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาถึงแนวทางในการประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินของผู้สูงอายุว่าควรประเมินปัจจัยต่างๆ เพื่อให้สามารถเลือกอุปกรณ์ช่วยเดินในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนทุนค่าธรรมเนียมการศึกษา (ทุนแก้วเจ้าจอม) ในการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรกายภาพบำบัด และมหาวิทยาลัยนเรศวรที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตบัณฑิตศึกษาที่มีศักยภาพสูงแก่ผู้วิจัยคนที่ 1 ทำให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินงานวิจัยได้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F., & Fahey, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community-dwelling older adults? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-14>
- Boongird, P. (2018). Mental State Examination T10. *Dementia Association of Thailand Newsletter*, 12(3), 15-18. (in Thai)
- Bujang, M. A., Sa'at, N., Bakar, T. M. I. T. A., & Joo, L. C. (2018). Sample size guidelines for logistic regression from observational studies with large population: Emphasis on the accuracy between statistics and parameters based on real life clinical data. *The Malaysian Journal of Medical Sciences (MJMS)*, 25(4), 122-128.
- Burns, E. (2018). Deaths from falls among persons aged ≥ 65 years—United States, 2007-2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(18), 509-514. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6718a1>
- Cruz, A. D. O., Santana, S. M. M., Costa, C. M., Gomes da Costa, L. V., & Ferraz, D. D. (2020). Prevalence of falls in frail elderly users of ambulatory assistive devices: A comparative study. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 15(5), 510-514. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1579722>
- Currie, K. D., Floras, J. S., La Gerche, A., & Goodman, J. M. (2018). Exercise blood pressure guidelines: Time to re-evaluate what is normal and exaggerated? *Sports Medicine*, 48(7), 1763-1771. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0934-0>
- De Mettelinge, T. R., & Cambier, D. (2015). Understanding the relationship between walking aids and falls in older adults: A prospective cohort study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 38(3), 127-132. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000024>
- Department of Older Persons. (2024). *Situation of the Thai older persons 2023*. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Retrieved April 8, 2025, from https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_1.pdf (in Thai)
- Gade, G. V., Jørgensen, M. G., Ryg, J., Riis, J., Thomsen, K., Masud, T., et al. (2021). Predicting falls in community-dwelling older adults: A systematic review of prognostic models. *BMJ Open*, 11(5), e044170. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044170>
- Gamage, N., Rathnayake, N., & Alwis, G. (2018). Knowledge and perception of falls among community dwelling elderly: A study from southern Sri Lanka. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2018, Article ID 4792437. <https://doi.org/10.1155/2018/4792437>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lee, J., & Kim, H.-J. (2022). Normal aging induces changes in the brain and neurodegeneration progress: Review of the structural, biochemical, metabolic, cellular, and molecular changes. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, Article 931536. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.931536>

- Li, Y., Hou, L., Zhao, H., Xie, R., Yi, Y., & Ding, X. (2023). Risk factors for falls among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 9, Article 1019094. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1019094>
- Liao, J., Wang, J., Jia, S., Cai, Z., & Liu, H. (2024). Correlation of muscle strength, working memory, and activities of daily living in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16, Article 1453527. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1453527>
- Mangia, S., DiNuzzo, M., Ponticorvo, S., Dienel, G. A., Behar, K. L., Benveniste, H., et al. (2025). Reduced removal of waste products from energy metabolism takes center stage in human brain aging. *Scientific Reports*, 15(1), 8127. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-35121-7>
- Mat, S., Singh, D. K. A., Raemee, M. T., Kamarozaman, H. N., Mesbah, N., Harithasan, D., & Lee, R. (2025). Factors influencing Malaysian older persons' intention to use a walking stick: A mixed-methods study. *Aging Medicine and Healthcare*, 16(1), 11-19. <https://doi.org/10.33879/AMH.161.2022.09091>
- Miyasike-daSilva, V., Tung, J. Y., Zabukovec, J. R., & McIlroy, W. E. (2013). Use of mobility aids reduces attentional demand in challenging walking conditions. *Gait & Posture*, 37(2), 287-289. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2012.07.021>
- Noopud, P., Phrom-On, D., Woradet, S., & Chaimay, B. (2020). Prevalence of fall risk and associated factors among the elderly. *Journal of Sports Science and Health*, 21(1), 125-137. (in Thai)
- Pantong, U., Trapero, I., & Jareaprapal, U. (2024). Analysis and prevention of falls among community-dwelling older adults in southern Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, 80(5), 2121-2136. <https://doi.org/10.1111/jan.15945>
- Putfak, S., Srisoparb, W., Julphunthong, P., Isariyapan, O., & Keeratisiroj, O. (in press). Associations between lower limb motor coordination, muscle strength, and fall risk in older adults: A cross-sectional study. *Journal of Health Science and Medical Research*.
- Robinovitch, S. N., Feldman, F., Yang, Y., Schonnop, R., Leung, P. M., Sarraf, T., et al. (2013). Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: An observational study. *The Lancet*, 381(9860), 47-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61263-X)
- Romanello, M., McGushin, A., Di Napoli, C., Drummond, P., Hughes, N., Jamart, L., et al. (2021). The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: Code red for a healthy future. *The Lancet*, 398(10311), 1619-1662. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01787-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01787-6)
- Sakano, Y., Murata, S., Goda, A., & Nakano, H. (2023). Factors influencing the use of walking aids by frail elderly people in senior day care centers. *Healthcare*, 11(6), 858. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060858>
- Salbach, N. M., O'Brien, K., Brooks, D., Irvin, E., Martino, R., Takhar, P., et al. (2014). Speed and distance requirements for community ambulation: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(1), 117-128.e1. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.08.009>

- Sadjapong, U., & Thongtip, S. (2025). BMI status, balance impairment, and fear of falling among older adults in rural Northern Thailand. *The Open Public Health Journal*, 18(1), e18749445401972.
- Sawangbumrung, M., Chai-Aporn, N. H., & Wongweeraphan, M. (2024). A literature synthesis on falls among the elderly during 2013-2022. *Journal of Health Promotion and Environmental Health, Region 9*, 18(3), 918-934. (in Thai)
- Sritanam, P., Mantham, T., & Thabthong, P. (2024). Factors associated with fall risk among the elderly using the Timed Up and Go Test (TUGT). *Journal of Research for Health Promotion and Quality of Life*, 4(2), 49-60. (in Thai)
- Suwanarat, P., Thaweewannakij, T., Kaewsanmung, S., Mato, L., & Amatachaya, S. (2015). Walking devices used by community-dwelling elderly: Proportion, types, and associated factors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 33(1), 34-41.
- Thies, S. B., Bates, A., Costamagna, E., Kenney, L., Granat, M., Webb, J., et al. (2020). Are older people putting themselves at risk when using their walking frames? *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01537-6>
- Vaishya, R., & Vaish, A. (2020). Falls in older adults are serious. *Indian Journal of Orthopaedics*, 54(1), 69-74. https://doi.org/10.4103/ortho.IJOrtho_456_19
- West, B. A., Bhat, G., Stevens, J., & Bergen, G. (2015). Assistive device use and mobility-related factors among adults aged ≥ 65 years. *Journal of Safety Research*, 55, 147-150. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2015.05.002>
- Whipple, M. O., Hamel, A. V., & Talley, K. M. (2018). Fear of falling among community-dwelling older adults: A scoping review to identify effective evidence-based interventions. *Geriatric Nursing*, 39(2), 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.09.002>
- World Health Organization. (2007). WHO global report on falls prevention in older age (M. C. Salas-Rojas, Ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

ประชาสัมพันธ์

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ รับพิจารณาบทความที่ส่งมาเพื่อขอรับการตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานทางวิชาการที่ไม่เคยส่งตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่มีการส่งบทความต้นฉบับซ้ำซ้อน
2. หากเป็นบทความที่ผ่านการประชุมวิชาการ จะต้องเป็นการประชุมวิชาการที่มีการรวบรวมเพียงบทความเท่านั้น ไม่รับบทความที่เคยนำเสนอผลงานทางวิชาการและมีการเผยแพร่ในรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) เพื่อให้การเผยแพร่องค์ความรู้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนของกองบรรณาธิการทั้งสองแห่งในการพิจารณาผลงานทางวิชาการเรื่องเดียวกัน และลดความเข้าใจผิดของผู้อ่านในการทบทวนวรรณกรรมและพบผลงานชิ้นเดียวกันสองแห่ง นำมาซึ่งความน่าเชื่อถือของการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. หากตรวจพบการส่งบทความซ้ำซ้อนในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการดำเนินงานกองบรรณาธิการจะแจ้งผลการตรวจพบที่ไม่ตรงกับข้อปฏิบัติไปยังผู้พิมพ์ และปฏิเสธการรับบทความนั้น พร้อมเหตุผลทางวิชาการ

โดยมีคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ ประกอบด้วย 1) ประเภทบทความ 2) การจัดเตรียมต้นฉบับ และ 3) การส่งต้นฉบับ ดังนี้

1) ประเภทบทความ

บทความวิจัย (Research article) หมายถึง รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ออนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวคิดนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการวิจัย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทความย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทความวิชาการ (Review article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ออนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นผู้พิมพ์รวบรวมโดยการอ่านและวิเคราะห์จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทความย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อเรื่อง บทสรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทวิจารณ์หนังสือ (Book review) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นเพื่อวิเคราะห์วิจารณ์หนังสือหรือตำราทางวิชาการเล่มใดเล่มหนึ่งอย่างเป็นวิชาการ หนังสือหรือตำราดังกล่าว ต้องมีเนื้อหาในสาขาทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ออนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง บทวิจารณ์หนังสือควรประกอบด้วย องค์ประกอบหรือโครงสร้างของหนังสือ เนื้อหาของหนังสือในภาพรวม และเนื้อหาของแต่ละส่วนโดยย่อ (Synopsis) ข้อดี ข้อด้อย และ/หรือประโยชน์ของหนังสือ ทั้งนี้บทวิจารณ์หนังสือควรมีความยาวประมาณ 3-5 หน้ากระดาษ A4

ปกิณกะ (Miscellany) หมายถึง บทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย เช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) หมายถึง จดหมายโต้ตอบระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่าน กับผู้พิมพ์ซึ่งเป็นเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของบทความ ซึ่งบางครั้งบรรณาธิการอาจพิจารณาสนับสนุนหรือโต้แย้ง ควรมีความยาว 3 หน้ากระดาษ A4

2) การจัดเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ จะต้องไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือเคยนำเสนอผลงานทางวิชาการที่มีการจัดทำรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) ผู้พิมพ์สามารถจัดเตรียมต้นฉบับได้ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ดังนี้

2.1) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษ ในต้นฉบับที่จัดเตรียมเป็นภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น โดยข้อความภาษาอังกฤษให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ เฉพาะคำแรก หลังจากนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อนและไม่ใช้คำย่อที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ ขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 2.54 ซม. (1 นิ้ว) ทุกด้าน ยกเว้นด้านซ้าย 3.81 ซม. (1.5 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word) พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) ด้วยรูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อนิ้ว ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนดลำดับหน้า ดังนี้

2.1.1) หน้าที 1 จัดพิมพ์เป็นภาษาไทย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อและคำสำคัญ

2.1.2) หน้าที 2 จัดพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ และคำสำคัญ มีรายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัดและสื่อถึงเป้าหมายหลักของการวิจัย ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความที่จัดทำเป็นภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษให้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ในคำแรกของประโยค หลังจากนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่

ชื่อผู้พิมพ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุด ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้น พร้อมทั้งแสดง e-mail ของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ร่วมพิมพ์อื่นๆ ในการเตรียมต้นฉบับบทความ หรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ และประสานงานในการตอบสนองต่อข้อคำถาม ข้อวิจารณ์ กับบรรณาธิการหรือบรรณาธิการประจำเรื่อง และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแทรกเชิงอรรถตามลำดับเลข แสดงตำแหน่งของผู้พิมพ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้พิมพ์อยู่ขณะทำการวิจัย

บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และบทสรุป โดยใช้ภาษาที่รัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแสดงบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ความยาวของบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ ระบุคำสำคัญใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา โดยระบุคำที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา ของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ ตามหลัก MeSH (Medical Subject Heading) ซึ่งสามารถตรวจสอบได้จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> จัดเรียงลำดับตามตัวอักษร โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก เช่น

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Keywords: Self-care, Health behavior, Type 2 Diabetes Mellitus

2.1.3 หน้าที่ 3 เป็นส่วนของเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

บทนำ แสดงที่มาและความสำคัญของปัญหาและช่องว่างขององค์ความรู้ที่นำไปสู่การวิจัย โดยให้ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างคร่าวๆ การทบทวนวรรณกรรมที่ระบุตัวแปรของการศึกษาในบทนำ ต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย ระบุวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเป็นรายชื่อ

ระเบียบวิธีวิจัย แสดงรูปแบบของการวิจัย โดยครอบคลุมถึง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ ที่ใช้ในงานวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือ สัตว์ทดลอง ผู้พิมพ์ต้องระบุให้ชัดเจนว่าโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง พร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ และแนบเอกสารรับรองโครงการส่งมาพร้อมต้นฉบับ ในระบบ ทั้งนี้ การจัดทำอาจแยกหัวข้อย่อยหรือแบ่งย่อหน้าตามหัวข้อย่อย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แสดงขอบเขตประชากรในการศึกษา การคำนวณหรือ วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แสดงเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย รวมถึง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แสดงวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แสดงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการวิจัยอย่างชัดเจน ตั้งแต่ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลที่ตอบตามวัตถุประสงค์ ถ้าผลไม่ซับซ้อนหรือไม่มีตัวเลขมากอาจบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมาก หรือตัวแปรมาก อาจใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยนำเสนอแทรกในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้าย ตารางและแผนภูมิต้องรวมกัน ไม่ควรเกิน 5 ตารางหรือแผนภูมิ รูปแบบการนำเสนอค่าสถิติควรมีความเป็นสากล และสามารถใช้อ้างอิงภาษาอังกฤษในการนำเสนอค่าสถิติเช่นการกำหนดตำแหน่งทศนิยม ดังนี้

- ร้อยละ กำหนด 1 ตำแหน่ง
- ค่าสถิติ เช่น Mean, S.D., OR, 95% CI, ค่า t, F, α เป็นต้น กำหนด 2 ตำแหน่ง
- p-value กำหนด 3 ตำแหน่ง

สรุปและอภิปรายผล แสดงบทสรุปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยและวิจารณ์ว่าผลการวิจัย ตรงกับสมมติฐานการวิจัย เหมือนหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอยโดยไม่มีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยสามารถเขียนแยกย่อหน้า ตามประเด็นที่อภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอที่ผู้เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ให้เกิด ประโยชน์ได้จริง โดยข้อเสนอแนะต้องสอดคล้องกับผลการศึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการวิจัยหรือพัฒนาองค์ ความรู้ในรูปแบบต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) กรณีมีแหล่งทุนสนับสนุนวิจัย หรือผู้มีส่วนสนับสนุนการวิจัยที่ต้องการ การแสดงความขอบคุณ

เอกสารอ้างอิง ในการอ้างอิงเอกสารในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และมีความทันสมัย โดยบทความวิจัยที่นำมาอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี (ยกเว้นตำราหรือหนังสือ) มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นฉบับของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่ามี การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ทันที

ตารางและภาพ มีรายละเอียดการจัดเตรียม ดังนี้

- ชื่อตารางและภาพ (หรือแผนภูมิ) ให้เรียงเลขอารบิกตามลำดับเนื้อหาของบทความและแยกลำดับตามประเภท มีคำอธิบายสั้นๆ แต่ได้สาระครบถ้วน และต้องมีการกล่าวอ้างถึงในเนื้อความ กรณีที่ภาพมีการย่อหลายๆ ภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ A, B, C, D....กำกับไว้เพื่อใช้อ้างถึงในเนื้อความ
- การใช้สัญลักษณ์อธิบายตาราง ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ เป็นตัวยก ตามลำดับ +, ±, ++, ++, ¶
- ตารางและภาพควรมีความชัดเจนสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย และควรมีคำอธิบายที่เพียงพอที่ช่วยในการอ่าน ควรมีการแสดงนัยสำคัญทางสถิติกำกับด้วยเครื่องหมาย * (เช่น $p\text{-value} < 0.05$) ในตารางหรือภาพ
- ไม่ควรใช้ตารางและภาพที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน และไม่ควรมีการแสดงตารางและภาพเกินความจำเป็น หากสามารถอธิบายได้ดีในเนื้อเรื่องแล้ว (รวมกันไม่ควรเกิน 5)
- การจัดทำตารางและภาพ ให้นำเสนอในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้าย
- รูปภาพต้องมีความคมชัด จัดเตรียมในแบบไฟล์นามสกุล jpg หรือ tif โดยบันทึกไฟล์ที่มีความละเอียดสูง (300 dpi ขึ้นไป)

2.2) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ

การจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ ให้ผู้นิพนธ์ตรวจสอบการเขียนให้ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ และดำเนินการจัดเตรียมต้นฉบับเช่นเดียวกับการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย โดยใช้รูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อนิ้ว เช่นเดียวกับต้นฉบับภาษาไทย

2.3) การจัดทำเอกสารอ้างอิง

ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011)

2.3.1) การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนามปี (Name year system) โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทยและชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ เขียนเฉพาะชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.) และตามด้วยปี ค.ศ. โดยเขียนชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน (กรณีไม่เกิน 6 คน) ถ้ามากกว่า 6 คน ให้เขียนชื่อผู้นิพนธ์ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. ดังตัวอย่าง

กรณีผู้นิพนธ์ 1 คน

.....ข้อความ.....(Kitreerawutiwong, 2019)

กรณีผู้นิพนธ์ 2 คน

..... ข้อความ.....(Kitreerawutiwong & Keeratisiroj, 2019)

กรณีผู้นิพนธ์ 3-6 คน

.....กรณีอ้างอิงครั้งแรก..... (Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum, & Mekrungruangwong, 2019)

.....กรณีอ้างอิงครั้งต่อไป.....(Kitreerawutiwong et al., 2019)

กรณีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน

.....ข้อความ.....(Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum, Mekrungruangwong, Rachthonglang, Samanam et al., 2019)

2.3.2) การอ้างอิงท้ายบทความ ในกรณีไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ทุกคน ถ้ามมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ 6 คนแรกตามด้วย et al. สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด และให้วงเล็บ (in Thai) จัดเรียงลำดับตามตัวอักษร ดังตัวอย่าง (พร้อมทั้งแนบไฟล์เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษาส่งมาพร้อมบทความ)

1) หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Kitreerawutiwong, N. (2018). *Public health research: From principle practice*. (2nd ed.).

Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai)

Marion, N. E., & Hill, J. B. (2019). *Marijuana 360: Differing perspectives on legalization*: Rowman & Littlefield.

2) วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

Phetphum, J., Nimpitakpong, P., Noosorn, N., Keeratisiroj, O., & Wangwonsin, A. (2017). Attitudes on the New Tobacco Products Control Act of Tobacco Retailers in Regional Health 2. *Research and Development Health System Journal*, 10(3), 321-330. (in Thai)

Kitreerawutiwong, N., Mekrungruangwong, S., & Keeratisiroj, O. (2018). The development of the community-based palliative care model in a district health system, Phitsanulok Province, Thailand. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(4), 436-445.

3) หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Frieze, C., Hofmann, W., & Wanke, M. (2003). The impulsive consumer: Predicting consumer behavior with implicit reaction time measures. In M. Wanke (Ed.), *Social psychology of consumer behavior* (pp. 335-364). New York, NY: Psychology Press.

4) สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

Department of Older Persons. (2019, March 10). *Statistics of the number of elderly by province and age*, 2018. Retrieved March 20, 2019, from <http://www.dop.go.th/th/know/1/159>. (in Thai)

World Health Organization. (2018, February 5). *Ageing and health*. Retrieved March 20, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

5) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. ระดับปริญญาของวิทยานิพนธ์, สถาบันการศึกษา. เมืองที่ตั้ง.

ตัวอย่าง

Tinnarat, W. (2017). *Factors associated with medication adherence among hypertensive patients at Sai Thong Watthana Hospital, Kamphaengphet Province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)

2.4) การแก้ไขบทความเมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

เมื่อผู้นิพนธ์ ได้รับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความจากบรรณาธิการหรือบรรณาธิการประจำเรื่องให้ดำเนินการ ดังนี้

2.4.1 แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยรวมข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการประจำเรื่องแก้ไขในไฟล์เดียวกัน

2.4.2 กรณีผู้นิพนธ์มีความเห็นทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ดำเนินการ ดังนี้

1) กรณีความเห็นสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ทำการแก้ไขโดยทำสัญลักษณ์แสดงการแก้ไข ด้วยตัวอักษรสีหรือแถบสีในบทความฉบับแก้ไข

2) กรณีความเห็นไม่สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ หากไม่แก้ไขให้แสดงเหตุผลเชิงวิชาการแทรกมาในบทความฉบับแก้ไขนั้น ด้วยการใช้คำสั่ง แทรก (Insert) ข้อคิดเห็น (Comment) แสดงในส่วนที่ไม่แก้ไขมาในบทความนั้นด้วย

3) การส่งต้นฉบับ

1) ส่งต้นฉบับบทความเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) พร้อมแนบไฟล์ภาพ (ถ้ามี) ชนิด jpg หรือ tif และเอกสารแนบเพิ่มเติม ดังนี้

- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมีการลงนามของผู้นิพนธ์ทุกท่าน

- เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษา (เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามที่ปรากฏในบทความต้นฉบับ)

- เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง

- สำหรับบทความวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือการศึกษาระดับปริญญาตรีโทหรือเอก ผู้นิพนธ์ต้องส่งหนังสือรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาระดับปริญญาตรีโทหรือเอก ที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ตามแบบฟอร์มของทางวารสารฯ

ส่งเอกสารไปยังเว็บไซต์ของวารสารฯ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU> โดยให้ผู้นิพนธ์ดำเนินการส่งบทความต้นฉบับเข้าสู่ระบบตามแนวปฏิบัติของระบบ ThaiJo ดังคำแนะนำที่ปรากฏในเว็บไซต์ของวารสาร ทั้งนี้ผู้นิพนธ์สามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้นิพนธ์ที่เมื่อดำเนินการขอรับบทความต้นฉบับของหน้าเว็บไซต์

2) เมื่อบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารส่งไปยังผู้นิพนธ์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบบทความโดยผู้นิพนธ์สามารถติดตามสถานะการแจ้งแก้ไขบทความจากระบบ ThaiJo และให้ผู้นิพนธ์ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3) ผู้นิพนธ์ที่ประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ดังนี้

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ 0 55 96 7319
โทรสาร 0 5596 7333
e-mail: jphnu@nu.ac.th

*** กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาบทความที่จัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบของทางวารสารฯ และโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองเมื่อผู้พิมพ์ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผลงานฉบับแรกแล้ว จึงส่งผลงานอีกรูปแบบหนึ่งได้

ติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รองศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ กิริติโรจน์
2. ผู้ช่วยบรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จิรียา
3. เลขานุการบรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม
ดร.กนกทิพย์ จักขุ
ดร.มนัสวี พานิชนอก
ดร.รมย์นลิน เขียนจุ่ม
4. ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
นางสาวพิชญานันท์ สุขมาก
นางสาวจิตติพร ราษฎร์ทองกลาง

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (วสวส)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ : 0 5596 7317, 0 5596 7327, 0 5596 7331
อีเมล : jphnu@nu.ac.th
ติดต่อผู้ดูแลระบบ : โทรศัพท์ : 055-96-7337

แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารวิจัยสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ตามที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความเรื่อง.....

.....
เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบรรณาธิการได้รับบทความของข้าพเจ้าไว้พิจารณา โดยผู้พิมพ์ทุกท่านของบทความนี้ได้ลงนามไว้ข้างท้าย เพื่อรับรองว่าข้อมูลในบทความดังกล่าวเป็นความจริงและถูกต้อง ทั้งนี้เนื้อหาของบทความนี้ บางส่วนหรือทั้งหมดไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการพิจารณา หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารหรือรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการฉบับอื่น (Proceedings)

ผู้พิมพ์ทุกท่านยินยอมให้ตีพิมพ์บทความฉบับนี้ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพเพียงฉบับเดียวเท่านั้นหรือจนกว่าจะมีการแจ้งการยกเลิกการตีพิมพ์บทความนี้ ในการนี้ผู้พิมพ์ทุกท่านได้รับรอง รับทราบ เห็นด้วย ยืนยัน และยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวแล้วจึงได้ลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 1

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 2

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 3

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 4

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

วันเดือนปีที่ลงนาม

แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้าชื่อ สกุล ตำแหน่ง

หน่วยงาน / สถาบัน หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร e-mail

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ เรื่อง

.....

.....

ของนักศึกษาในที่ปรึกษา ชื่อ สกุล (นักศึกษาในการดูแล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ เป็นที่เรียบร้อย และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ลายมือชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญพัฒน์ ไชยมล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณี บุญชรหัตถกิจ
4. รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์
5. รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย
6. รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย
7. รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิงแก้ว สำรวรรื่น
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิมังษ์
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพล บุตรมี
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรพันธ์ แก้วดอก
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุสร สีนาท
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ วังวนสินธุ์
15. ดร.เชษฐา แก้วพรม
16. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000



055 - 967319, 055 - 967331



jphnu@nu.ac.th
www.fph.nu.ac.th