



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน 2569

ISSN : 2651-1193 (PRINT)

ISSN : 2985-2560 (ONLINE)



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน
(Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค
2. ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ
4. ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรม
5. พัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความวิชาการ (Academic article)
3. บทความปริทัศน์ (Literature review article)

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 177

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

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

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ.ดร.นพ.ศาสตรී เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
นพ.วณิช เลาหพันธ์	ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวณิช เลาหพันธ์
นพ.ชูชัย ศรชำนิ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	สถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
	สถาบันพระบรมราชชนก
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
	สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	อีเมล: tphajan@gmail.com
	จังหวัดขอนแก่น	

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com
รศ.ดร.กวิณทร์ ถิ่นคำรพ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: kavith@kku.ac.th
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com
รศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th
รศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com
ผศ.ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	อีเมล: noppcha.s@cmu.ac.th
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: terdsak.p@msu.ac.th
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	อีเมล: m.phuhongtong@gmail.com
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	นักวิชาการอิสระ	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th
ดร.สุทิน ชนະบุญ	นักวิชาการอิสระ	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com
ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com
ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com
ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th
ดร.เจตนิพัทธ์ สมมาตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: jetnipit@scphkk.ac.th

ฝ่ายจัดการ

นายภาคิน ตันท์ณรงค์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phakhin@scphkk.ac.th
นายรวิน จุลสวัสดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: rawin@scphkk.ac.th

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอต้อนรับผู้อ่านทุกท่านสู่วารสาร ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2569 ในฉบับนี้ได้รับรวบรวมบทความวิจัยที่มีคุณภาพและหลากหลายสาขาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม มีบทความวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น ภาวะปวดหลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น ในประชากรวัยทำงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมืองจังหวัดระยอง : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการ การสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น

บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยระบบ Double blind review อย่างเข้มงวด เพื่อรับประกันมาตรฐานทางวิชาการและคุณภาพของเนื้อหา ซึ่งผลงานเหล่านี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และทันสมัย โดยเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นค้นหา “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิก Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก

สำหรับฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569 ขอเชิญชวนนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่าน ส่งผลงานวิจัยที่มีคุณภาพมาเผยแพร่ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนต่อไป คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานทุกท่านที่ไว้วางใจส่งบทความมาตีพิมพ์และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ทางวิชาการเพื่อยกระดับมาตรฐานและพัฒนางานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
บรรณาธิการ

ข้อเสนอแนะในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the authors)

1.1. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง (1 มกราคม - 30 เมษายน, 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม และ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม)

1.2 วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใด ๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

- บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์

- บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ

โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน

- บทความปริทัศน์ (Literature review article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิเคราะห์ให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้น ๆ มากยิ่งขึ้น

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อหรือข้อมูลของผู้เขียนบทความ และผู้เขียนบทความจะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความ (Double blinded)

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ (Requirements for manuscript preparation)

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 3.5 ซม. ขอบล่าง 2.5 ซม. ขอบซ้าย 3.5 ซม. ขอบขวา 2.5 ซม.

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา (Content sequencing)

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 Point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 Point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความ

- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ Abstract ขนาด 16 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 Point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ ขนาด 16 Point ตัวหนา (เฉพาะหัวข้อคำสำคัญ) ส่วนคำที่ใช้เป็นคำสำคัญ ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

- ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน สะท้อนถึงตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

3.7 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.8 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.9 การอภิปรายผล (Discussion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

3.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations for practice/policy)

- ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์และหรือข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ครั้งต่อไป สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.12 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน “ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)”

- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-7.

- Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in north-eastern Thailand. Asia Pac J Public Health. 2014; 26(3): 320-27.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน “ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,) และตามด้วย et al.”

- จริญา เลิศอรรถมณีนี, เอมอร รัชมณีนี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพรพรณี วรวิจิธโกมาตร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2545; 85: 1288-95.

- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009; 361(16): 1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สถานเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556; 36: 84-91.

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013; 24: 13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล (A book by an individual author)

- ยงยุทธ สหสกุล. ECG ทางคลินิก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี. เพรส; 2552.

- Cleland JA. Netter's orthopedic clinical examination: an evidence-based approach. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

- Association of British Theatre Technicians. Theatre buildings: a design guide. New York: Routledge; 2010.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษก ปีที่ 60 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- กชพร ศรีพรรณ. การพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.

- Napaporn A. Development of high efficiency hybridoma technology for production of Monoclonal antibodies [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wpcontent/uploads/2010/06/reference08.pdf>

- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: <https://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Guide-Interpretation/dp/3540777717>

3.13 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

- ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.14 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ (Submitting a manuscript for publication)

- ให้ผู้เขียนส่ง File ต้นฉบับในรูปแบบ Word document โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) สามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก จากนั้นคลิกที่ Online submissions

- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก Peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้

1) ผู้แต่งที่เป็นบุคคลภายในวิทยาลัยฯ และนักศึกษาระดับปริญญาตรีภายในวิทยาลัยฯ “ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม”

2) ผู้แต่งที่เป็นบุคคลภายนอกวิทยาลัยฯ: 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) การพิจารณาคุณภาพ “วารสารจะพิจารณาจากผู้เขียนชื่อแรก (First author) เท่านั้น โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพของผู้เขียนร่วม หรือ Corresponding author”

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ส่งถึง

บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 043-221-770, 043-221-493, 043-222-741

โทรสาร: 043-221-770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

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

ติดต่อสอบถาม: ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์ โทร: 098-102-8159, ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร: 092-904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความวิจัย	
ภาวะพลพหลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย Active Ageing among Older Adults in the New Normal in Chiang Rai Province จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, สายฝน สุภาศรี, รวิพรดิ พูลลาภ, วารุณี พันธวงศ์	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น ในประชากรวัยทำงานในพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมืองจังหวัดระยอง : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง Factors Associated with Pre-Hypertension among Work-Force Age in the Ban Yai Chan Health Promoting Hospital Service Area, Mueang District, Rayong Province : Cross-Sectional Analytical Study รัชนิกร ผิวเฉียง, วรุฒิ ชมภูพาน	16
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการ การสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี Development of a Relapse Prevention Model for Post-Treatment Drug Rehabilitation Participants: Integration of Psychosocial and Vocational Support in Udon Thani Province สุพัฒน์ กองศรีมา, ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์, รัชฎาภรณ์ มีคุณ	34
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม Factors Related to Self-Protective Behavior from Pesticide Use among Rice Farmers in The Kantharawichai District, Maha Sarakham Province สุธัญญา สีตาแสน, สุทิน ชนะบุญ	47
การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา Development of Medical Equipment Support System for Dependent People in Nakhon Ratchasima Municipality, Nakhon Ratchasima Province ตรีญาพร โตโพธิ์กลาง, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	58
การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร Development and Effectiveness of a Health Promotion Program Applying the Health Belief Model to Enhance Cervical Cancer Screening Behaviors among Women in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province มานะ เปาทุย	73

เรื่อง	หน้า
ศักยภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพิษณุโลก The Potential for Enhancing the Quality of Life among the Elderly in a Local Government Organization in Phitsanulok Province อัมราภรณ์ ภูระยา, ศิริกนก กลั่นขจร, สมศักดิ์ ไทจำปา, รุ่งทิวา บุญประคม, กิตติศักดิ์ คัมภีระ	89
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา Factors Associated with Clinical Outcomes of Acute Ischemic Stroke Patients at Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima Province ดาร์สศิริ ไพอุปรี	102
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง Health Literacy Regarding Electronic Cigarette Smoking Behavior among First-Year University Students สายนาท หวานนุรักษ์, พรภัทรา แสนเหลา, พิชดา อุดมดี	116
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชนจังหวัดสกลนคร Developing a Model for Injury and Fatality Prevention from Road Accidents among Children and Youth in Sakon Nakhon Province จิตรานนท์ โกสัยรัตนภิบาล	128

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|--|--|
| 1. รศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 2. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. รศ.ดร.กิริพล กาละดี | หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 4. รศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 5. ผศ.ดร.ตัม บัญรอด | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 6. ผศ.ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ | สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 7. ผศ.ดร.พรพิมล ชูพานิช | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 9. นพ.ชาตรี เจริญชีวะกุล
(เกษียณอายุราชการ) | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 10. ดร.สุทิน ชนะบุญ
(เกษียณอายุราชการ) | นักวิชาการอิสระ |
| 11. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 12. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 13. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 14. พญ.กฤษณาพร เลื่อนโอสถ | โรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น |
| 15. นายเชาวรินทร์ คำหา | สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 16. นายสรายุ มันทาพันธ์ | โรงพยาบาลเวียงเก่า อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น |
| 17. ผศ.ดร.กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 18. ดร.เกียรติศักดิ์ แซ่อิว | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก |
| 19. ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 20. ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 21. ผศ.ดร.วรวิทย์ ชมภูพาน | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 22. ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 23. ดร.เจตนิพัทธ์ สมมาตย์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 24. ดร.รัชฎาธิ์ พลศรีประดิษฐ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

ภาวะพดพลงของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงรย

ฐิตีมา ทาสุวรรณอินทร์¹, สายฝน สุภาศรี¹, รวิพรดิ พูลลาภ¹, วารุณี พันธังศรี¹
(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพดพลงของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงรย จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะพดพลงของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟาเท่ากับ 0.82 และแนวทางการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.9) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 61.1) มีค่าเฉลี่ยของภาวะพดพลงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.16, S.D. = 0.953) ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.49, S.D. = 0.947) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพดพลงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.30) รองลงมาได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 40.70) ตามลำดับ ส่วนภาวะพดพลงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีหลักประกันที่มั่นคงในการดำเนินชีวิต การมีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เข้าร่วมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมภาวะพดพลงของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ นำไปสู่สุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะพดพลง, วิถีชีวิตใหม่, ผู้สูงอายุ, จังหวัดเชียงรย

¹ อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรย, E-mail: tithima.ta@gmail.com, saiphon525@gmail.com, aladinny@gmail.com, p.warunee2@gmail.com
Corresponding author: ฐิตีมา ทาสุวรรณอินทร์ E-mail: tithima.ta@gmail.com

Active Ageing among Older Adults in the New Normal in Chiang Rai Province

Thitima Thasuwanain¹, Saiphon Supasri¹, Rawipat Pullarp¹, Warunee Phanwong¹

(Received: 4th November 2025; Revised: 7th December 2025; Accepted: 18th January 2026)

Abstract

This descriptive research aimed to examine the active aging among older adults in the new normal in Chiang Rai Province. The samples consisted of 450 participants. The research instruments consisted of a personal data record form and Active Aging Questionnaire developed by the researcher, which had a Content validity index ranging from 0.66 to 1.00 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.82. Additionally, a focus group discussion guideline was used. Data were collected between January and March 2025. Data analysis was performed by using descriptive statistics and the focus group data were analyzed using content analysis.

The results showed that most participants were female (58.9%) and aged between 60-69 years (61.1%). The overall mean score of active aging was at a moderate level (Mean = 3.16, S.D. = 0.953). The domain with the highest mean score was security, which was at a high level (Mean = 3.49, S.D. = 0.947). The levels of active ageing were moderate (59.30%) and good (40.70%), respectively. Older adults perceived active ageing as having a secure foundation for daily living, maintaining good health, being capable of self-care, perform daily activities independently, participating and engaging in community activities.

The findings of this study can be used as guidance for promoting active ageing among older adults in the new normal, leading to better health, social participation, and life security, which contribute to improved quality of life.

Keywords: Active aging, New normal, Older adults, Chiang Rai province

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University, E-mail: tithima.ta@gmail.com, saiphon525@gmail.com, aladinny@gmail.com, p.warunee2@gmail.com
Corresponding author: Thitima Thasuwanain, E-mail: tithima.ta@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.22 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรสูงอายुर้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ ซึ่งจะทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนประชากรสูงอายुर้อยละ 20.94 ของประชากรทั้งหมด² แสดงถึงประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าอัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 26.48 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 31.02 ในปี พ.ศ. 2566³ ส่งกระทบต่อวัยแรงงานที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวตามมาได้

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกาย อาทิเช่น การมองเห็นลดลง การได้ยินลดลง มวลกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อปัญหาการเดินและการทรงตัว ทำให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม หรือกล้ามเนื้ออึดแข็งเกร็ง หย่อนตัว ทำให้กลืนปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น⁴ ความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน⁵ ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 จากการประเมินสุขภาพร่างกายโดยรวมในระหว่าง 7 วันก่อนสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ พบว่ามีเพียงร้อยละ 3.30 ที่ประเมินตนเองว่าสุขภาพดีมาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.70 มีสุขภาพดี และร้อยละ 42.70 มีสุขภาพดีปานกลาง-ผลจากการสำรวจพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2567 พบว่า

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมิแนวโน้มการมีสุขภาพปานกลาง และมีผู้สูงอายุติดเชื้อ ร้อยละ 1.1 ติดบ้าน ร้อยละ 1.3 และติดสังคม ร้อยละ 97.6³ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ⁶ อันจะทำให้เกิดศักยภาพในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง ทำให้มีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ซึ่งเป็นการส่งเสริมภาวะพลผลงของผู้สูงอายุ

ภาวะพลผลง (Active ageing) เป็นกระบวนการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมและการมีหลักประกันความมั่นคง⁷ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยไม่พึ่งพาผู้อื่นหรือชะลอการเข้าสู่การพึ่งพิงให้ยาวนานมากที่สุดตามความสามารถของร่างกาย หากผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีโดยการป้องกันและส่งเสริมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือกลุ่มอาการสูงอายุ และพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ⁸ และเมื่อมีภาวะสุขภาพที่ดีแล้ว จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุยังคงสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม อีกทั้งการมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลักดันให้เกิดศักยภาพในการดูแลตนเองยิ่งขึ้น นอกจากนี้แล้วยังพบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ⁹ ร่วมกับการสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุที่จะได้รับการปกป้อง เมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ¹⁰

ดังนั้นภาวะพหุพลังจึงเป็นเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองพึ่งพาตนเอง และอยู่ในสังคมอย่างรู้สึกรับคุณค่าก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งใหญ่ของโลก รวมถึงประเทศไทยที่ต้องมีการปรับตัว และดำเนินชีวิตเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในด้านการคิด การเรียนรู้ การสื่อสาร รวมถึงการจัดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ที่มีความแตกต่างจากวิถีชีวิตเดิม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะพหุพลัง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่มีจำนวนน้อย ร่วมกับบริบทของจังหวัดเชียงราย ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 24.36 ของประชากรทั้งหมด³ และมีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดเชียงรายเป็นสังคมของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อันจะเชื่อมโยงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความแตกต่างตามความเชื่อ จึงควรศึกษาเกี่ยวกับภาวะพหุพลังในมิติสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันความมั่นคง ในสังคมที่มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมภาวะพหุพลัง อันจะส่งผลให้เกิดศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) เพื่อศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

ประชากร

เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 265,859 คน²

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตร ทาโร่ ยามาเน่¹¹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 450 ราย แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจากอำเภอในจังหวัดเชียงราย ได้แก่ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel activities of Daily living (ADL) ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเป็นผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) สุขภาพแข็งแรง 2) เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับใคร ลักษณะบ้านเรือน และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

2. แบบประเมินภาวะพหุพลัง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบนโยบายพหุพลังขององค์การอนามัยโลก เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติทางด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มิติทางด้านการมีส่วนร่วม 5 ข้อ และมิติด้านความมั่นคงปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ กำหนดค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้ เป็นประจำ ให้คะแนน 5 คะแนน บ่อย ให้คะแนน 4 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคย ให้คะแนน 1 คะแนน กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้ ไม่เคย ให้คะแนน 5 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 4 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน บ่อย ให้คะแนน 2 คะแนน และเป็นประจำ

ให้คะแนน 1 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนระหว่าง 20-33 คะแนน หมายถึง ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับน้อย 34-66 คะแนน คะแนน หมายถึง ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 66-100 คะแนน คะแนน หมายถึง ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับดี และวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1.00-1.66) ระดับปานกลาง (1.67-3.26) และระดับดี (3.27-5.00)

3. แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพด้านการมีส่วนร่วม และด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง โดยซักถามผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกท่านด้วยคำถามเดียวกัน และทำการจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุไปตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ แอลฟาของแบบประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.82 ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนในพื้นที่ เพื่อนัดกลุ่มผู้สูงอายุในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

3. ประชุมชี้แจงกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่ออธิบายถึงกระบวนการในการวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยในการศึกษานี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 450 ราย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ตามลำดับ ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากลุ่ม โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำไปวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัส CRPPHO 164/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 450 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 อายุ 60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 61.10 สถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 66.20 ยังคงประกอบอาชีพ จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รายได้ส่วนใหญ่มากจากเบี้ยผู้สูงอายุและลูก จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 40.40 มีโรคเรื้อรัง จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 66.90 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.20 รองลงมาได้แก่โรคเบาหวาน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4 พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง จำนวน 368 คน คิดเป็นร้อยละ 81.80 พบว่าภาวะสุขภาพ

ในปัจจุบันของตนเองแข็งแรงดี จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 42.20 และมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 41.10 คน

ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

พบว่าระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 267 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมาได้แก่ ระดับดี จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 40.70 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ (n = 450)

ระดับภาวะพหุพลัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (67-100 คะแนน)	183	40.70
ปานกลาง (34-66 คะแนน)	267	59.30
รวม	450	100.00

เมื่อจำแนกภาวะพหุพลังตามมิติรายด้านพบว่า ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.49, S.D. = 0.947) รองลงมา ได้แก่ ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

(Mean = 3.21, S.D. = 0.993) และด้านการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.72, S.D. = 0.862) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย จำแนกตามมิติรายด้าน (n = 450)

มิติรายด้านภาวะพหุพลัง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับภาวะพหุพลัง
ด้านสุขภาพ	3.21	0.993	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วม	2.72	0.862	ปานกลาง
ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง	3.49	0.947	มาก

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยภาวะพหุพลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.167, S.D. = 0.953) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับสูง

(Mean = 4.73, S.D. = 0.772) รองลงมาได้แก่ ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ เมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.15, S.D. = 0.574) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย (n = 450)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับภาวะพหุพลัง
1. ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วย	4.15	0.574	สูง
2. การจัดการกับภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง	3.25	0.710	ปานกลาง
3. การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	2.82	0.598	ปานกลาง
4. การอ่านและเข้าใจแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจากสื่อ	2.95	1.101	ปานกลาง
5. การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน	3.76	00.831	สูง
6. การได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัว	3.35	1.083	สูง
7. การตรวจสุขภาพร่างกายและช่องปากเป็นประจำทุกปี	2.78	1.233	ปานกลาง
8. ความสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติของร่างกายได้	3.13	0.694	ปานกลาง
9. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	2.80	1.178	ปานกลาง
10. การเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน	1.63	0.729	น้อย
11. การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้	2.58	1.331	ปานกลาง
12. การมีปัญหาเกี่ยวกับทรงตัว เช่น สะดุดแต่ยังไม่ล้มเป็นต้น	1.79	0.859	ปานกลาง
13. การมีปัญหาสุขภาพจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	3.31	1.029	ปานกลาง
14. การได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน	3.42	0.706	สูง
15. ความสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ	3.60	0.917	สูง
16. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	2.91	1.337	ปานกลาง
17. การรับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 3 มื้อ	3.71	1.108	สูง
18. การจัดยาและรับประทานยาได้เองตามแผนการรักษา	3.97	1.017	สูง
19. ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.56	1.258	ปานกลาง
20. การไม่สูบบุหรี่	4.73	0.772	สูง
รวม	3.16	0.953	ปานกลาง

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับภาวะพลัมปลังบนวิถีชีวิตใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจความหมายของภาวะพลัมปลังไปในแนวเรื่องของความแข็งแรงของร่างกาย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังตัวอย่างคำกล่าว “ภาวะพลัมปลังได้ยืนมานาน น่าจะหมายถึงความแข็งแรง ทำงาน หาเงินดูแลตัวเองได้ ไม่เกิดภาวะแก่ลูกหลาน” และ “เป็นการที่เราช่วยเหลือตัวเองได้ คล่องแคล่ว มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบตัว”

ภายหลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องมีการปรับตัว ดังตัวอย่างคำกล่าว “เมื่อเริ่มแรกที่มีการระบาด ตนเองไม่ค่อยทราบข่าวสาร แต่ได้รับข้อมูลจากหอกระจายเสียงประจำหมู่บ้าน แต่ภายหลังพยายามปรับตัวเรียนรู้การรับข่าวสาร จากโทรศัพท์บ้าง ทีวีบ้าง ค่อย ๆ เรียนรู้ จนกระทั่งปัจจุบันตนสามารถหาข้อมูลการดูแลสุขภาพได้ แต่ยังคงต้องไปถามหมอก่อนจะเชื่อ” และ “ต้องคอยระวังเกี่ยวกับมิฉฉาซีฟ ไม่รับโทรศัพท์จากเบอร์ที่ไม่รู้จัก สอบถามลูกหลานเกี่ยวกับข้อความที่ไม่มั่นใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพลัมปลังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังคงมีโรคประจำตัว และรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการของโรค ดังตัวอย่างคำกล่าว “ตนเองมักมีอาการปวดตามแขนขา และเข่า โดยเฉพาะเข่า เวลาตอนเช้าปวดมาก จนบางที่ต้องรบกวนลูกพาไปหาหมอเพื่อฉีดยา เนื่องจากภรรยาตัวเล็ก ไม่สามารถพาไปได้เกรงใจลูกมาก ๆ” และ “เมื่อถึงเวลานัดของหมอ ตนเองจะต้องขอหลานชายไปส่งที่สถานีนานามัย เนื่องจากต้องข้ามถนน ตนเองไม่สามารถนำรถมอเตอร์ไซด์ข้ามถนนได้ รถเยอะ กลัวถูกรถชน ทำให้หลานต้องลงงาน เสียเวลา เสียเงิน จนรู้สึกเบื่อ

ตัวเองเหมือนกัน” “ดีหน่อยที่ตอนนี้มีการติดต่อกันได้ง่ายขึ้น ทำให้ตนเองหมดห่วง เพราะลูกไปทำงานไกลบ้าน อาศัยการพูดคุยผ่านโทรศัพท์ได้เห็นหน้า เห็นที่อยู่ก็สบายใจ” ทั้งนี้พบว่าภาวะพลัมปลังประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอย อันจะทำให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง จนกลายเป็นภาวะแก่ครอบครัว ดังตัวอย่างคำกล่าว “กำลังของร่างกายลดลง ทำอะไรก็เหนื่อยง่าย ออกไปไหนก็ลำบาก จะไปตลาดยังต้องรอลูกหลานมารับไป ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ยากไปไหนก็ได้ไป อิสระเสรี” และ “ตนเองพยายามออกกำลังกายทุกวัน เดินบ้าง แกว่งแขนบ้าง อยากให้ร่างกายแข็งแรง” “ตนเองและสามีจะไปออกกำลังกายกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนทุกวัน เนื่องจากสนุกกว่าการออกกำลังกายเพียงคนเดียวที่บ้านและได้ความรู้เมื่อมีเจ้าหน้าที่มาร่วมออกกำลังกายด้วย” และ “ตนสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพผ่านไลน์ เช่น ขอความช่วยเหลือจาก อสม. ในการพาตนไปอนามัย หากลูกหลานไม่สะดวก” 2) ด้านการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา และศิลปวัฒนธรรม เนื่องจากชุมชนให้ความสำคัญและกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวิถีการดำเนินกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และศิลปวัฒนธรรม ดังตัวอย่างคำกล่าว “ตนเองเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และคอยแนะนำให้รุ่นลูกหลาน เพื่อให้ประเพณียังคงสืบทอดต่อไปได้” แต่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการหารายได้ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ดังตัวอย่างคำกล่าว “กลุ่มหารายได้ส่วนใหญ่จะเป็นรุ่นหนุ่มสาว

ตนเองเป็นผู้สูงอายุ ไม่ค่อยได้เข้าร่วม ไม่อยากเป็นภาระ การหารายได้ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเกี่ยวกับรับจ้าง ได้เงินมาพอดูแลตนเอง ไม่พอเพื่อเหลือไปให้ ลูกหลาน” “ตอนนี้เวลาจะไปทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่ต้องโทรหากันแล้ว อาศัยอ่านในไลน์หมู่บ้าน ไลน์กลุ่มผู้สูงอายุ ก็ทำให้ทราบข่าวสาร การนัดหมายได้ ไม่ต้องเสียเงินด้วย” และ 3) ด้านการมีหลักประกัน ที่มั่นคง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผน ในการเกษียณอายุ รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ ลูกหลาน และการประกอบอาชีพ รายได้ เพียงพอและไม่เหลือเก็บ ดังตัวอย่างคำกล่าว “ตนเองไม่ได้รับราชการ ไม่มีเงินเดือน มีแต่เบี้ยยังชีพและลูกหลานให้ อาจได้มาจากรับจ้าง แต่ตอนนี้สุขภาพไม่ค่อยดี ไปรับจ้างก็ปวดหลัง ต้องพักนาน ทำให้ไม่ได้ไปทำงาน” และ “โชคที่บ้านไม่ต้องเช่า ได้รับจากพ่อแม่ ทำให้ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย อาหารการกินได้จาก ลูกหลานแบ่งปันมาให้ ทำให้ไม่ค่อยลำบาก เรื่องการใช้ชีวิต อาศัยการขายผักในตลาด ทำให้พออยู่ได้”

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ ในจังหวัดเชียงราย พบว่าภาวะพหุพลังบนวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ภาวะพหุพลัง อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวทำให้เกิดข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับผลของการศึกษา ในครั้งนี้ที่พบว่ามีการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ยังคง ช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษา เชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “กำลัง ของร่างกายลดลง ทำอะไรก็เหนื่อยง่าย ออกไป

ไหนก็ลำบาก จะไปตลาดยังต้องรอลูกหลานมารับ ไป ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่อยากไปไหนก็ได้ไป อิสระเสรี” นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา มาลัยและคณะ ศึกษาในปี พ.ศ. 2567 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ จังหวัดชัยนาท จำนวน 628 คน มีภาวะพหุพลัง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹² ผลจากการศึกษา ครั้งนี้ยังพบว่ารายได้ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ทำให้ยังคงต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเอง ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงาน ได้แก่ รับจ้าง ทำสวน และส่งผลให้ผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ มากกว่า การสูงอายุอย่างมีศักยภาพ สอดคล้องกับผลของ การศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ภาวะพหุพลังได้ยืนมานาน น่าจะหมายถึงความ แข็งแรง ทำงาน หาเงินดูแลตัวเองได้ ไม่เกิดภาวะ แก่ลูกหลาน”

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีติด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก สอดคล้อง กับผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น แม้ว่าส่วนใหญ่ รายได้เพียงพอและไม่เหลือเก็บ แต่พบว่ายังคง สามารถหารายได้ด้วยตัวเองจากการประกอบ อาชีพ อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้าน ของตนเอง แม้ว่าจะมีโรคประจำตัว แต่ภาวะ สุขภาพยังคงแข็งแรงดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ความรู้สึกมั่นคง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยมนา ชนะนิล และคณะ ศึกษาในปี พ.ศ. 2563 เกี่ยวกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน พบว่าด้านการ พึ่งพาตนเองได้ของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ มากที่สุด¹³ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้

จะรู้สึกถึงความมั่นคง ส่งผลให้เกิดภาวะพดพลง ในมิติด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง อีกทั้งผลของการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแล และสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัยว่าจะได้รับการช่วยเหลือในภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และมีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลง¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.76, S.D. = 0.831) และท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.35, S.D. = 1.083) เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “*ตนสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพผ่านไลน์ เช่น ขอความช่วยเหลือจาก อสม. ในการพาตนไปอนามัย หากลูกหลานไม่สะดวก*”

และผลการศึกษาพบว่ามิติด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะพดพลง รองจากด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง ทั้งนี้การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นเสาหลักของภาวะพดพลงในมิติด้านสุขภาพ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่สุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ผลของการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามลำดับ อันจะส่งผลให้เกิดความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “*กำลังของร่างกาย*

ลดลง ทำอะไรก็เหนื่อยง่าย ออกไปไหนก็ลำบากจะไปตลาดยังต้องรอลูกหลานมารับไป ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ยากไปไหนก็ได้ไป อิสระเสรี” จึงทำให้มิติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางได้ พบว่าผลของการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฐานญา สมภู และคณะ ที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2562 เกี่ยวกับระดับพดพลงในสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไทย จำนวน 410 คน ที่พบว่าภาวะพดพลงด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด¹⁵ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้ และส่วนใหญ่รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ทำให้การให้มุงเน้นเกี่ยวกับการประกอบอาชีพมากกว่าสุขภาพของตนเอง

ผลการศึกษาด้านการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้การมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีตามมา พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง ที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2563 ในกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 410 คน มีภาวะพดพลงด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 (Mean = 18.25, S.D. = 2.47)¹⁶ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “*กลุ่มหารายได้ส่วนใหญ่จะเป็นรุ่นหนุ่มสาวตนเองเป็นผู้สูงอายุ ไม่ค่อยได้เข้าร่วม ไม่อยากเป็นภาระ การหารายได้ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเกี่ยวกับรับจ้าง ได้เงินมาพอดูแลตนเอง ไม่พอเพื่อเหลือไป*

ให้ลูกหลาน” จึงทำให้ผู้สูงอายุลดบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุลง

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดการตระหนักและดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการไปรับยาตามแพทย์นัด ทำให้ได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นในการไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ตนเองพยายามออกกำลังกายทุกวัน เดินบ้าง แกว่งแขนบ้าง อยากให้ร่างกายแข็งแรง” ผลของการศึกษายังพบว่าความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยรองลงมา อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่พบว่า “ตนสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพผ่านไลน์ เช่น ขอความช่วยเหลือจาก อสม. ในการพาตนไปอนามัย หากลูกหลานไม่สะดวก” เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของศิริพร งามขำ และคณะ ศึกษาในปี พ.ศ. 2561 กลุ่มผู้สูงอายุในเขต ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี¹⁷ ร่วมกับผลจากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ที่ยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ทั้งนี้พบว่าคู่สมรสจะช่วยในการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมภาวะสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและมีความเปราะบาง ซึ่งพบว่าการพักอาศัยกับคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 1.63 เท่า¹⁸

สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ตนเองและสามีจะไปออกกำลังกายกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนทุกเย็น เนื่องจากสนุกกว่าการออกกำลังกายคนเดียวที่บ้านและได้ความรู้เมื่อมีเจ้าหน้าที่มาร่วมออกกำลังกายด้วย” ผลจากการศึกษายังพบว่าการเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดของร่างกาย ในการเข้าร่วมกลุ่มในการหารายได้ภายในชุมชน เป็นไปแนวทางเดียวกับผลของการศึกษาที่พบว่าการมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น สะดุดแต่ยังไม่ล้ม เป็นต้น อยู่ในระดับปานกลาง และการมีปัญหาทางสุขภาพจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ตนเองมักมีอาการปวดตามแขนขา และเข่า โดยเฉพาะเข่า เวลาตอนเช้า ปวดมาก จนบางที่ต้องรบกวนลูกพาไปหาหมอเพื่อฉีดยา เนื่องจากภรรยาตัวเล็ก ไม่สามารถพาไปได้ เกรงใจลูกมาก ๆ”

ผลจากการศึกษาภาวะพลพลงของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย การปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมและการมีหลักประกันความมั่นคง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่ามีติดรายด้านของภาวะพลพลงด้านการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งการมีส่วนร่วม จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำภาวะสุขภาพจิตดี เกิดความสมดุลระหว่างด้านร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และพบว่ามิติด้านหลักประกัน

ที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการวางแผนเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันที่มั่นคง โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ด้านที่อยู่อาศัยควรมีความปลอดภัยและมั่นคงรายได้ในการดูแลตนเองเมื่อสูงอายุ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น โดยควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาวเกิดการส่งเสริมภาวะพลัมฟลงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ที่ให้สนับสนุนทุนในการทำงานวิจัยครั้งนี้ และขอบพระคุณกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายที่เข้าร่วมงานวิจัยและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์จนทำให้การวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.
2. กรมการปกครอง. จำนวนผู้สูงอายุ สัญชาติไทยจำแนกตามจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2566

3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634.pdf
4. สมทรง จิระวรานันท์, จุฬาลักษณ์ ใจแปง. ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาล. วชิรสารการพยาบาล. 2562; 21(2): 77-87.
5. อุบลทิพย์ ไชยแสง, นิวัติ ไชยแสง, วิชาภรณ์ อินทรชุตติ, อาภาดี เจ๊ะอาแดร์, ฮนีพะห์ บุระกะ. การเห็นคุณค่าในตนเอง และแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2566; 5(3): 140-60.
6. นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวรรณ ขาดา, วิภา ชูปวา, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, สุทิน ชนะบุญ, เบญจพล แสงใส, และคณะ. ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(3): 35-49.
7. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.

8. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัด
พะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].
ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
9. อัจฉริยา ปัญญาแก้ว, Hsiu-Yun Hsu,
สุจิตพร เลอศิลป์, สุภาวดี พุฒิน้อย.
ระดับพฤติกรรมและรูปแบบการใช้เวลา
ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลัง.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.
2563; 31(1): 177-88.
10. ถัดิมศ พุฒมัตย์, โธนี จินตนาวัฒน์,
ลินจง โปธิบาล. การสนับสนุนทาง
สังคมและความผาสุกทางใจของ
ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา.
วารสารสภาการพยาบาล. 2563;
35(1): 61-74.
11. Yamane T. Statistics:
An Introductory Analysis. 3rd ed.
New York: Harper and Row
Publication; 1997.
12. ชูติมา มาลัย, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์,
อิทธิพล ดวงจินดา, อัศนี วันชัย.
การมีสุขภาวะแบบพหุพลัง
ของผู้สูงอายุไทยในสังคมสูงวัย:
การศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัด
ชัยนาทภายใต้บริบทพื้นที่เขตภาค
กลางของประเทศไทย. วารสารวิจัย
การพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
2567; 16(1): 1-20.
13. ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์,
นัยนา พิพัฒน์วิจิตร. ภาวะพหุพลัง
ของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.
2563; 30(2): 83-91.
14. Wongsala M, Anbäcken EM,
Rosendahl S. Active ageing -
perspectives on health,
participation, and security
among older adults in
northeastern Thailand
- a qualitative study.
BMC Geriatr. 2021; 21(1): 41.
15. ฐานญา สมภู, คณิต เขียววิชัย.
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม
ภาวะพหุพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย.
วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์.
2562; 12(1): 35-45.
16. รัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง.
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพหุพลัง
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์
[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย
นเรศวร; 2563.
17. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง,
มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี.
การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร.
วารสารเกื้อการุณย์. 2561;
25(2): 91-104.

18. พฤษภา มะหะมัด, วรกร วิจัยโย,
ธันนา ใจเที่ยง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดมุกดาหาร.
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.
2566; 9(3): 147-56.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงาน
ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง
จังหวัดระยอง: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

รัชนิกร ผิวเสียง¹, วรวุฒิ ชมภูพาน²

(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงานอายุ 35-60 ปีในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิจากประชากรทั้งหมด 1,962 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) โดยรายงานค่า ORadj พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ร้อยละ 54.32 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเปิดใจพูดคุยเมื่อเครียด (AOR = 0.39, 95% CI: 0.20-0.76, p-value = 0.006) การผ่อนคลายตนเอง (AOR = 0.38, 95% CI: 0.19-0.77, p-value = 0.007) การนอนหลับดี (AOR = 0.37, 95% CI: 0.17-0.82, p-value = 0.014) การไม่สัมผัสควันบุหรี่ (AOR = 0.32, 95% CI: 0.15-0.70, p-value = 0.004) การไม่ดื่ม (AOR = 0.09, 95% CI: 0.01-0.79, p-value = 0.029) และการไม่บริโภคยาตองหรือเครื่องดื่มชูกำลัง (AOR = 0.06, 95% CI: 0.01-0.48, p-value = 0.008) ส่วนปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กัน ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น

สรุปได้ว่า การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในกลุ่มวัยทำงาน หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมการจัดการความเครียดและการนอนหลับที่ดี ควบคู่กับการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น, พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 65202501010@scphkk.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

Corresponding author: วรวุฒิ ชมภูพาน, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

Factors Associated with Pre-hypertension among Work-Force Age in the Ban Yai Chan Health Promoting Hospital Service Area, Mueang District, Rayong Province: Cross-Sectional Analytical Study

Ratchaneekorn Phiwchiang¹, Worawut Chomphuphan²

(Received: 4th November 2025; Revised: 7th December 2025; Accepted: 18th January 2026)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to investigate early-stage hypertension and the factors associated with this condition among working-age adults aged 35-60 years residing in the service area of Ban Yai Chan Health Promoting Hospital, Mueang District, Rayong Province. A total of 324 participants were selected through Stratified random sampling from a population of 1,962 individuals. The research instruments included questionnaires on personal information, health literacy, and hypertension prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Multiple logistic regression, with the results presented as Adjusted odds ratios (OR_{adj}) and 95% confidence intervals (95% CI).

The results found that the majority of participants had early-stage hypertension, accounting for 54.32%. Significant factors associated with early-stage hypertension included open communication when feeling stressed (AOR = 0.39, 95% CI: 0.20-0.76, p-value = 0.006), self-relaxation (AOR = 0.38, 95% CI: 0.19-0.77, p-value = 0.007), good sleep quality (AOR = 0.37, 95% CI: 0.17-0.82, p-value = 0.014), avoidance of cigarette smoke (AOR = 0.32, 95% CI: 0.15-0.70, p-value = 0.004), abstaining from alcohol consumption (AOR = 0.09, 95% CI: 0.01-0.79, p-value = 0.029), and avoidance of fermented or energy drinks (AOR = 0.06, 95% CI: 0.01-0.48, p-value = 0.008). Demographic factors including gender, age, income, occupation, and education level showed no statistically significant association with early-stage hypertension.

In conclusion, effective stress management, adequate sleep, and avoidance of risky behaviors play essential roles in preventing Pre-hypertension among the working-age population. Public health agencies should promote stress management and healthy sleep habits alongside campaigns to reduce alcohol consumption and avoid exposure to cigarette smoke to prevent hypertension in the long term.

Keywords: Pre-hypertension, Behaviors to prevent hypertension, Health literacy

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 65202501010@scphkk.ac.th

² Asst.Prof., Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

Corresponding author: Worawut Chomphuphan, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ค่าความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของโลก¹ โดยองค์การอนามัยโลก² กำหนดเกณฑ์ภาวะความดันโลหิตสูงคือค่าความดันโลหิตตัวบน ≥ 140 หรือ ตัวล่าง ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นคือ 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท³ ซึ่งถือเป็นระยะก่อนป่วย ที่สามารถพัฒนาไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงได้ หากไม่มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ในปี 2023 พบว่าทั่วโลกมีประชากรกว่า 1.28 พันล้านคน มีภาวะความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย² ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค⁴ รายงานพบกว่าร้อยละ 20 ของประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดระยอง การคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 35.10 แต่กลุ่มเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 27.60⁵ หลังการคัดกรองพบปัญหากลุ่มวัยทำงานไม่สามารถเข้ารับบริการได้ครบตามกำหนด เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา กลุ่มวัยทำงานหมายถึงผู้มีอายุระหว่าง 15-60 ปี⁶ ซึ่งมีภาระงานสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น เช่น ความเครียดจากการทำงาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่⁷ งานวิจัยหลายฉบับระบุว่าพฤติกรรมเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในกลุ่มวัยทำงาน⁸⁻⁹ อีกทั้ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy:) ยังมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ¹⁰⁻¹¹ ในการศึกษาครั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินความสามารถของกลุ่มวัยทำงานในการดูแลและป้องกันตนเองจากภาวะดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในกลุ่มวัยทำงานของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในจังหวัดระยองที่มีลักษณะเศรษฐกิจและสังคมเฉพาะ การศึกษาครั้งนี้ จึงจำเป็นในการระบุปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยทำงานได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงาน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนอายุ 35-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 1,962 ราย โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2568

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตร Hsieh, et al.¹² การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สำหรับการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression เพื่อศึกษา

ความสัมพันธ์หลายปัจจัยกับตัวแปรตาม โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามหมู่บ้านเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรอย่างเหมาะสม ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{\rho(1-\rho)}{B}} + Z_{1-\beta} [p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)^{(1-B)}]^{1/2} \right\}^2}{[(p_1-p_2)^2(1-B)]}$$

โดย n = จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด
วิเคราะห์การถดถอยพหุลอจิสติก

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 จึงมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 (β = 0.20) จึงมีค่าเท่ากับ 0.842

ρ = ค่าสัดส่วนตัวแปร หาได้จาก $(1-B)\rho_1 + B\rho_2$ มีค่าเท่ากับ 0.316

ρ_1 = สัดส่วนของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี กำหนดเท่ากับ 0.25

ρ_2 = สัดส่วนของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี กำหนดเท่ากับ 0.75 Aekplakorn และคณะ⁸ รายงานว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 25.7 โดยเป็นการกำหนดค่าประมาณเพื่อสะท้อนความแตกต่างของความชุกของโรคระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำและปัจจัยเสี่ยงสูง

B = สัดส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายไม่ดี มีค่าเท่ากับ 0.131

จากนั้นนำขนาดตัวอย่างมาปรับตามวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) ตามสูตรการคำนวณของ Hsieh, et al. 1998

$$n_p = \frac{n_1}{(1-\rho_{2,1,2,3,\dots,p}^2)}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการถดถอย โลจิสติก โดยใช้ค่า ρ พิจารณา Multicollinearity และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล กำหนดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่าง = 290.7 $\approx$ 291 คนหลังคำนวณได้ 291 คน ผู้วิจัยเพื่อการถอนตัว ร้อยละ 10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้สูตร เพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{เมื่อกำหนด } n_{\text{adj}} = \frac{n}{(1-d)}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

d = สัดส่วนที่สูญหายจากการติดตาม

$$\text{แทนค่า } n_{\text{adj}} = \frac{291}{(1-0.1)} = 323.33 \text{ คน}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ปรับในการศึกษาครั้งนี้
เท่ากับ 324 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ประชาชนวัยทำงานอายุ 35-60 ปีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านยายจั่น 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามและบันทึกคำตอบ ตามความสมัครใจ 4) ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น หรือการพูด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยมีเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือโรคประจำตัวเรื้อรังที่ส่งผลต่อ ความดันโลหิต เช่น CKD หรือ COPD 3) ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านยายจั่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามอ้างอิงแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพตามโมเดลส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) ของ Pender¹³ เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ในชุมชนเขตภาคเหนือตอนล่าง ปรับแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทของประชากรวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดระยอง แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 9 ข้อ และวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที โดยแบ่งกลุ่มตัวแปรตามเป็น “มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น” และ “ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น” 2) แบบสอบถาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของ Sorensen, et al.¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 มิติ (การเข้าถึง, การเข้าใจ, การประเมิน, การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ) รวม 24 ข้อ ใช้มาตรา 4 ระดับแบ่งเป็น 2 กลุ่ม “ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา” (24-62 คะแนน) และ “เพียงพอและเป็นเลิศ” (63-96 คะแนน) 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 18 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมด้านอาหาร, การออกกำลังกาย, อารมณ์, การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้มาตรา 4 ระดับ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม “พฤติกรรมไม่ดีและพอใช้” (18-54 คะแนน) และ “พฤติกรรมดี” (55-72 คะแนน)¹⁵

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าเฉลี่ย 0.87 และค่า ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมแนวทางเดียวกัน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) วิธี Enter method เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น รายงานค่า AOR พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% CI กำหนดนัยสำคัญที่ p-value <0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่

HE671145 ลงวันที่ 22 มกราคม 2568 การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากประชากรวัยทำงานอายุ 35-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 324 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และมีอัตราการตอบแบบสอบถามครบถ้วนร้อยละ 100 แสดงถึงความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมแนวทางเดียวกัน

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.13 ปี ส่วนใหญ่สมรส มีอาชีพรับจ้าง รายได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ระดับการศึกษามัธยมศึกษา และมีโรคประจำตัวบางส่วน เช่น เบาหวานและไขมันในเลือดสูง

2. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของประชากรวัยทำงาน

พบว่าร้อยละ 54.32 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น (Prehypertension) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น

ผลการวิเคราะห์ด้วยการถดถอย โลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา บทบาทในครอบครัว และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) (ดังตารางที่ 1)

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
เพศ						
ชาย	97 (29.94%)	58 (17.90%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
หญิง	79 (24.38%)	90 (27.78%)	1.91	0.96	0.44-2.09	0.920

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
อายุ						
35-47	110 (33.95%)	98 (30.25%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
48-60	50 (15.43%)	66 (20.37%)	1.48	1.18	0.74-1.86	0.487
Mean = 45.13 Median = 44.00 Max = 60.00 Min = 35.00 S.D. = 7.39 IQR = 11(50-39)						
สถานภาพสมรส						
โสด	14 (4.32%)	12 (3.70%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
คู่ (สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน)	159 (49.07%)	131 (40.43%)	0.96	1.06	0.46-2.45	0.883
หม้าย	1 (0.31%)	3 (0.93%)	3.50	0.20	0.14-2.90	0.237
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2 (0.62%)	2 (0.62%)	1.17	0.83	0.09-7.32	0.867
อาชีพ						
ทำงานบริษัท	20 (6.17%)	13 (4.01%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
รัฐวิสาหกิจ หรือข้าราชการ						
อาชีพรับจ้าง	144 (44.44%)	127 (39.20%)	2.12	1.74	0.88-5.09	0.093
ทำสวน ทำไร่ ทำนา	11 (3.40%)	7 (2.16%)	1.19	1.09	0.31-4.54	0.799
นักศึกษา	1 (0.31%)	1 (0.31%)	0.44	0.61	0.18-10.8	0.618

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
ครอบครัวมีรายได้ทั้งหมด (เฉลี่ยต่อเดือน)						
<15,000	132 (40.74%)	102 (31.48%)	1(Ref.)	1(Ref.)	-	-
15,001-30,000	28 (8.64%)	28 (8.64%)	0.77	0.81	0.42-1.55	0.520
>30,000	14 (4.32%)	20 (6.17%)	0.54	0.68	0.30-1.56	0.350
Mean = 12,466.67 Median = 10,000.00 Max = 45,000.00 Min = 600.00 S.D. = 7,573.19 IQR = 7,000 (15,000-8,000)						
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	140 (43.21%)	123 (37.96%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
มัธยมศึกษา	21 (6.48%)	15 (4.63%)	0.81	1.30	0.63-2.69	0.484
ปวช. หรือ ปวส.	8 (2.47%)	5 (1.54%)	0.71	1.50	0.47-4.82	0.497
ปริญญาตรี	7 (2.16%)	5 (1.54%)	0.81	1.07	0.31-3.77	0.894
บทบาทในครอบครัว						
เป็นผู้นำครอบครัว	53 (16.36%)	35 (10.80%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ผู้อาศัย	123 (37.96%)	113 (34.88%)	1.03	1.03	0.50-2.12	0.929
ประวัติการเจ็บป่วยทั่วไป (ไม่รวมโรคเรื้อรังที่มีผลต่อความดันโลหิต)						
มีอาการเจ็บป่วยทั่วไป	23 (7.10%)	12 (3.70%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไป	153 (47.22%)	136 (41.98%)	1.39	0.57	0.21-1.55	0.268

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
ต้องดูแลผู้ป่วยในครอบครัว						
ดูแลผู้ป่วย	0 (0.00%)	1 (0.31%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	N/A	N/A
ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย	176 (54.32%)	147 (45.37%)	-	-	N/A	N/A

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น จำแนกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ “ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา” “เพียงพอและเป็นเลิศ” ครอบคลุม 4 มิติ ของความรอบรู้ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับ “เพียงพอและเป็นเลิศ”

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ ด้านสุขภาพกับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แสดงว่าระดับความรอบรู้ที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะดังกล่าวในกลุ่มวัยทำงาน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						
ไม่เพียงพอ	24 (7.41%)	15 (4.63%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
และเป็นปัญหา						
เพียงพอและเป็นเลิศ	152 (46.91%)	133 (41.05%)	1.40	0.58	0.13-2.48	0.462
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึง						
ไม่เพียงพอ	34 (10.49%)	22 (6.79%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
และเป็นปัญหา						
เพียงพอและเป็นเลิศ	142 (43.83%)	126 (38.89%)	1.37	0.74	0.27-2.05	0.562

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ						
ไม่เพียงพอ	17	14	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(5.25%)	(4.32%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	159	134	1.02	1.22	0.40-3.73	0.725
	(49.07%)	(41.36%)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมิน						
ไม่เพียงพอ	31	20	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(9.57%)	(6.17%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	145	128	1.37	1.10	0.48-2.55	0.817
	(44.75%)	(39.51%)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้						
ไม่เพียงพอ	23	20	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(7.10%)	(6.17%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	153	128	0.96	1.50	0.52-4.32	0.452
	(47.22%)	(40.12%)				

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์พบว่า กลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในระดับดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่ดี/ปานกลาง ไม่มีความ

แตกต่าง ในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Adjusted OR = 0.49 , 95% CI: 0.03-7.13, p-value = 0.603) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						
ระดับไม่ดี	175	145	1	1	-	-
และปานกลาง	(54.01%)	(44.75%)	(Ref.)	(Ref.)		
ระดับดี	1(0.31%)	3(0.93%)	3.62	0.49	0.03-7.13	0.603

ปัจจัยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์โดยใช้การถดถอยโลจิสติก พบว่าพฤติกรรม บางประการมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ได้แก่ การเปิดใจพูดคุยเมื่อเครียด (Adjusted odds ratio (AOR) = 0.39, 95% CI: 0.20-0.76, p-value = 0.006), การผ่อนคลายความเครียด (AOR = 0.38, 95% CI: 0.19-0.77, p-value = 0.007), การนอนหลับเพียงพอ (AOR = 0.37, 95% CI: 0.17-0.82,

p-value = 0.014), การไม่อยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ (AOR = 0.32, 95% CI: 0.15-0.70, p-value = 0.004), การไม่ดื่มสุรา (AOR = 0.09, 95% CI: 0.01-0.79, p-value = 0.029) และการไม่ดื่มยาตองหรือเครื่องดื่มชูกำลัง (AOR = 0.06, 95% CI: 0.01-0.48, p-value = 0.008) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยพฤติกรรมที่นำมาวิเคราะห์ กลุ่ม Hypertension group และ No Hypertension group

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
1. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุกหรือมะขามหวาน						
เสี่ยงหรือมี	131	118	1	1	-	-
ปัญหา	(40.43%)	(36.42%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	45	30	0.74	0.88	0.05-1.70	0.709
	(13.89%)	(9.26%)				
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวาน						
เสี่ยงหรือมี	133	118	1	1	-	-
ปัญหา	(41.04%)	(36.42%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	43	30	0.79	1.68	0.86-3.28	0.126
	(13.27%)	(9.26%)				
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลมหรือน้ำผลไม้สำเร็จรูป						
เสี่ยง	116	101	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(35.80%)	(31.17%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	60	47	0.90	1.25	0.68-2.32	0.476
	(18.52%)	(14.57%)				

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
4. ทานรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก แฮม หรือเบคอน						
เสี่ยง	106	97	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(32.69%)	(29.94%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	70(21.60%)	51(15.74%)	0.80	0.95	0.51-1.76	0.871
5. ทานทานอาหารที่มีรสมันหรือไขมันสูง						
เสี่ยง	106	91	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(32.69%)	(28.10%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	70 (21.60%)	57 (17.59%)	0.95	0.98	0.56-1.71	0.938
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
6. ทานออกกำลังกาย						
เสี่ยง	74	50	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(22.84%)	(15.43%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	102 (31.48%)	98 (30.25%)	1.42	0.60	0.28-1.29	1.292
7. ทานออกกำลังกาย ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดินเร็วหรือการปั่นจักรยาน						
เสี่ยง	68	52	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(20.99%)	(16.98%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	108 (33.33%)	96 (29.63%)	1.16	1.27	0.57-2.85	0.558
8. ทานออกกำลังกาย โดยมีระยะอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย						
เสี่ยง	51	35	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(15.74%)	(10.80%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	125 (38.58%)	113 (34.81%)	1.32	0.72	0.38-1.36	0.313
9. ทานออกกำลังกายและบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อติดตามการเฝ้าระวังภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน						
เสี่ยง	54	49	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(16.67%)	(15.12%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	122 (37.65%)	99 (30.56%)	0.89	1.33	0.68-2.59	0.405

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
พฤติกรรมการทำงานและการจัดการความเครียด						
10. ท่านทำงานที่ต้องใช้แรงกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่อง จนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก						
เสี่ยง	115	95	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(35.49%)	(29.32%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	61	53	1.05	0.86	0.48-1.56	0.628
	(18.83%)	(16.36%)				
11. เมื่อท่านมีปัญหาจนเกิดความเครียด ท่านจะเล่าให้คนที่ท่านไว้วางใจฟัง						
เสี่ยง	147	100	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(45.37%)	(30.86%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	29	48	2.43	0.39	0.20-0.76	0.006
	(8.95%)	(14.81%)				
12. ท่านมีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ						
เสี่ยง	134	116	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(41.36%)	(35.80%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	42	32	0.88	1.16	0.59-2.29	0.668
	(12.96%)	(9.88%)				
13. เมื่อท่านเครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ท่านรู้สึกยากที่จะผ่อนคลายลงได้						
เสี่ยง	48	18	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(14.81%)	(5.56%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	128	130	2.71	0.38	0.19-0.77	0.007
	(39.51%)	(40.12%)				
14. ท่านมีปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท						
เสี่ยงหรือมี	159	114	1	1	-	-
ปัญหา	(49.07%)	(35.19%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	17	34	2.79	0.37	0.17-0.82	0.014
	(5.23%)	(10.49%)				
พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ						
15. ท่านสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบ						
เสี่ยงหรือมี	116	76	1	1	-	-
ปัญหา	(35.80%)	(23.46%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	60	72	1.83	0.58	0.27-1.23	0.157
	(18.52%)	(22.22%)				

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI	p-value
16. ท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่						
เสี่ยง	161	110	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(49.69%)	(33.95%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	15	38	3.71	0.32	0.15-0.70	0.004
	(4.63%)	(11.73%)				
17. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
เสี่ยง	28	1	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(8.64%)	(0.31%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	148	147	27.81	0.09	0.01-0.79	0.029
	(45.68%)	(45.37%)				
18. ท่านดื่มยาตองหรือเครื่องดื่มชูกำลัง						
เสี่ยง	32	1	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(9.88%)	(0.31%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	144	147	32.67	0.06	0.01-0.48	0.008
	(44.44%)	(45.37%)				

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นน้อยกว่าเพศชาย ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Aekplakorn et al.¹⁶

สำหรับกลุ่มอายุ 48-60 ปี พบว่าอัตราความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มอายุ 35-47 ปี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Alfaqeeh et al.¹⁷

ในกรณีของอาชีพรับจ้าง ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alfaqeeh et al.¹⁷

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นแตกต่างจากกลุ่มที่มีความรอบรู้ไม่ดีในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) การไม่พบความแตกต่างนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ค่อนข้างดีและได้รับข้อมูลสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่ม นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีอาจไม่ได้เกิดจากแค่ความรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม การปรับพฤติกรรมสุขภาพอาจทำได้ยากหากไม่มีปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมหรือความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ¹⁴

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพบางประการ ได้แก่ การเปิดใจพูดคุยเมื่อเครียด การผ่อนคลายความเครียด การนอนหลับเพียงพอ การไม่อยู่ใกล้ควันบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการไม่บริโภคยาสูบหรือเครื่องดื่มชูกำลัง มีความสัมพันธ์เชิงปกป้องต่อภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ระบุไว้โดย Whelton, et al.¹ ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด และสอดคล้องกับ Vasan, et al.¹⁸ ที่ชี้ว่าแม้ระดับความดันโลหิตเพียงสูงกว่าปกติเล็กน้อยก็เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจในอนาคต การจัดการพฤติกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงมีความสำคัญ การจัดการความเครียดและการนอนหลับที่เพียงพอช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตคงที่การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ช่วยลดผลกระทบจากสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ที่ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง ส่วนการไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มชูกำลัง ช่วยลดการกระตุ้นหัวใจและภาวะ ความดันเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพฤติกรรมบางประการอาจมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ไม่เพียงพอ หรืออิทธิพลจากปัจจัยร่วม เช่น พันธุกรรม ภาวะโรคร่วม หรือสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่เอื้อให้เกิดการปรับพฤติกรรม¹⁹⁻²⁰

ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การนอนหลับคุณภาพ การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ควรดำเนินควบคู่กับการติดตามและคำปรึกษาต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืนในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-60 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผลการศึกษาพบว่า การจัดการความเครียด การนอนหลับเพียงพอ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และการงดสูราสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน เช่น การอบรมจัดการความเครียด การให้ความรู้การนอนหลับ และการรณรงค์ ลดการบริโภคแอลกอฮอล์พร้อมพัฒนาสื่อสุขภาพ ที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้มีการศึกษาต่ำ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ในระยะยาว รวมถึงวิจัยประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002; 288(15): 1882-8.

2. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. JAMA. 2003; 289(19): 2560-72.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2567. ระยอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง; 2567.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2566.
7. Hall JE. The kidney, hypertension, and obesity. Hypertension. 2003; 41(3 Pt 2): 625-33.
8. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Goldstein A, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC Public Health. 2024; 24(1): 3149.
9. Lee HY, Shin J, Kim GH, Park S, Ihm SH, Kim HC, et al. Status of hypertension control and associated factors among adults: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2018-2020. Clin Hypertens. 2022; 28(1): 1-9.

10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12): 2072-8.
11. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013; 13: 658.
12. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998; 17(14): 1623-34.
13. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1987.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
16. Aekplakorn W, Abbott-Klafter J, Khonputsa P, Tatsanavivat P, Chongsuvivatwong V, Chariyalertsak S, et al. Prevalence and management of prehypertension and hypertension by geographic regions of Thailand: the Third National Health Examination Survey, 2004. J Hypertens. 2008; 26(2): 191-8.
17. Alfaqeeh M, Alfian SD, Abdulah R. Factors Associated with Hypertension Among Adults: A Cross-Sectional Analysis of the Indonesian Family Life Survey. Vasc Health Risk Manag. 2023; 19: 827-36.
18. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med. 2001; 345(18): 1291-7.

19. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 2000; 15(3): 393-403.

20. Sorensen G, Barbeau E, Stoddard AM, Hunt MK, Kaphingst K, Wallace L. Promoting behavior change among working-class, multiethnic workers: results of the healthy directions--small business study. Am J Public Health. 2005; 95(8): 1389-95.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี

สุพัตน์ กองศรีมา¹, ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์¹, รัชฎาภรณ์ มีคุณ²

(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพติดโดยใช้กรอบแนวคิด H.O.P.E. Framework และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ดำเนินงาน 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 (R₁) วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยจากภาคีเครือข่าย 26 คน ระยะที่ 2 (D₁) ออกแบบและพัฒนารูปแบบตามกรอบ H.O.P.E. Framework ระยะที่ 3 (R₂) ทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ กับผู้ผ่านการบำบัด 30 คน ระยะที่ 4 (D₂) ปรับปรุงและทดสอบประสิทธิผลกับผู้เข้าร่วม 140 คน และ ระยะที่ 5 สรุปผล เผยแพร่ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ McNemar's chi square test ที่ระดับ 0.05 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ปีงบประมาณ 2567 มีอัตราเสพติดร้อยละ 13.01 โดยร้อยละ 23.49 มีอาการทางจิตร่วมด้วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพติด ได้แก่ 1) ระดับบุคคล: ความคุ้นเคยกับสารเสพติด ทักษะการแก้ปัญหา และการขาดทักษะการเผชิญปัญหา 2) ระดับครอบครัว: ความขัดแย้งและปัญหาความสัมพันธ์ และ 3) ระดับสังคม: สภาพแวดล้อมเดิม การถูกตีตรา และขาดโอกาสทางอาชีพ รูปแบบ H.O.P.E. Framework ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (H) การสนับสนุนทางจิตใจเพื่อเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจ (O) การสร้างเครือข่ายสังคมเพื่อฟื้นฟูความสัมพันธ์ (P) การพัฒนาทักษะอาชีพเพื่อสร้างรายได้และความมั่นคง และ (E) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ขับเคลื่อนผ่านทีมอูตรโมเดล 5 เสือ Plus และกระบวนการชุมชนล้อมรั้ว (CBTx) ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ อัตราการเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 32.86 เหลือร้อยละ 6.43 (p-value <0.001) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 16.36 เป็น 47.17 คะแนน (p-value <0.001) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 67.00 เป็น 95.14 คะแนน (p-value <0.001) โดยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.58, S.D. = 0.12)

งานวิจัยนี้เสนอแนะเชิงนโยบายให้บูรณาการแผนพัฒนาอาชีพร่วมกับกองทุนหมู่บ้านเพื่อสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพติด, การสนับสนุนทางจิตสังคม, การพัฒนาอาชีพ, ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด, H.O.P.E. Framework

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, E-mail: Supatkongsrima@gmail.com, sarabun_udon@moph.go.th

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com
Corresponding author: รัชฎาภรณ์ มีคุณ, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com

Development of a Relapse Prevention Model for Post-Treatment Drug Rehabilitation Participants: Integration of Psychosocial and Vocational Support in Udon Thani Province

Supat Kongsrima¹, Kwanchanok Siriwatanakan¹, Ratchadakorn Meekhun²

(Received: 4th November 2025; Revised: 7th December 2025; Accepted: 18th January 2026)

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to 1) examine factors associated with substance use relapse, 2) develop a relapse prevention model using the H.O.P.E. Framework, and 3) evaluate its effectiveness. The study comprised five phases: (R₁) analyzing situation and factors from 26 network representatives; (D₁) designing and developing the H.O.P.E. Framework model; (R₂) pilot testing in four districts with 30 participants; (D₂) refinement and effectiveness testing with 140 participants; and summarizing, disseminating, and formulating policy recommendations. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (paired t-test and McNemar's chi-square test at $\alpha = 0.05$). Qualitative data were analyzed using content analysis.

Findings revealed a 13.01% relapse rate in fiscal year 2024, with 23.49% exhibiting psychiatric comorbidity. Relapse factors included individual-level (substance familiarity, positive drug attitudes, inadequate coping skills), family-level (conflicts, relationship problems), and social-level (previous environments, stigma, limited employment). The H.O.P.E. Framework consisted of: (H) Healing Support for skills and confidence; (O) Outreach Connection for social relationships; (P) Professional Development for income stability; and (E) Evaluation & Follow-up for continuous monitoring, implemented through the Udon Model 5 Tigers Plus team and CBTx process. Effectiveness evaluation showed statistically significant improvements: relapse rate decreased from 32.86% to 6.43% (p-value <0.001), self-efficacy increased from 16.36 to 47.17 points (p-value <0.001), and quality of life improved from 67.00 to 95.14 points (p-value <0.001), with highest satisfaction (Mean = 4.58, S.D. = 0.12).

The study recommends integrating vocational development with village funds to ensure sustainability in addressing substance use problems and improving rehabilitation graduates' quality of life.

Keywords: Relapse prevention model development, Psychosocial support, Vocational development, Post-treatment drug rehabilitation participants, H.O.P.E. Framework

¹ Public Health Technical Officer Senior Professional, Udon Thani Provincial Public Health Office, E-mail: Supatkongsrima@gmail.com, sarabun_udon@moph.go.th

² Public Health Technical Officer Professional, Udon Thani Provincial Public Health Office, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com

Corresponding author: Ratchadakorn Meekhun, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อระดับโลก องค์การสหประชาชาติ¹ รายงานว่ามีผู้ต้องการการบำบัดกว่า 35 ล้านคนในประเทศไทย ปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่ามีผู้เคยใช้สารเสพติดประมาณ 6 ล้านคน แต่เข้าสู่ระบบบำบัดเพียงร้อยละ 25² ทั้งที่ภาครัฐมีนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ความท้าทายสำคัญ คือ อัตราการเสพติดซ้ำ (Relapse) สูงถึงร้อยละ 30-40 ภายใน 1 ปีแรกหลังบำบัด³

ในทางการแพทย์ การติดยาเสพติดถูกจัดเป็นโรคสมองเรื้อรัง (Chronic brain disease) ที่กลับเป็นซ้ำได้ง่าย⁴ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดมีหลายมิติ ทั้งปัจจัยภายใน เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความอยากยา และปัจจัยภายนอก เช่น การขาดโอกาสทางอาชีพ การถูกตีตรา และการขาดเครือข่ายสนับสนุน⁵ สำหรับจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นศูนย์กลางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลระบบบำบัดรักษา⁶ พบว่าปีงบประมาณ 2567 มีผู้เข้ารับการบำบัด 6,878 ราย และยังประสบปัญหาการบำบัดซ้ำเนื่องจากขาดการติดตามต่อเนื่องและทักษะอาชีพ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการบำบัดแบบจิตสังคม (Psychosocial treatment) มีประสิทธิผลในการลดการเสพติด⁷⁻⁸ ขณะที่การพัฒนาอาชีพ (Vocational development) เป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่ช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง⁹⁻¹⁰ การผสมผสานทั้งสองมิติจึงเป็นรูปแบบการแทรกแซงแบบบูรณาการ (Integrated intervention model) ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม ยังขาดรูปแบบที่บูรณาการทั้งสองมิติอย่างเป็นระบบในบริบทไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีลักษณะสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่เมือง รูปแบบที่มีอยู่เน้นการดูแลในสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่ขาดกลไกเชื่อมโยงกับระบบดูแล

ต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้เกิดช่องว่างการดูแลระหว่างการจำหน่ายจากสถานบำบัดกับการติดตามในชุมชน ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะใน 3 เดือนแรก นอกจากนี้ การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (สาธารณสุข แรงงาน สวัสดิการสังคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) ยังมีข้อจำกัดในการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงประสิทธิผลของรูปแบบบูรณาการที่พัฒนาในบริบทพื้นที่จริง

การวิจัยนี้จึงพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพติดที่บูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมกับการพัฒนาอาชีพผ่านกรอบแนวคิด H.O.P.E. Framework ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนการเยียวยาจิตใจ (Healing support) การสร้างเครือข่ายชุมชน (Outreach connection) การพัฒนาทักษะอาชีพ (Professional development) และการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง (Evaluation & Follow-up) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อการลดการเสพติดและการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในจังหวัดอุดรธานี เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบดูแลผู้ติดยาเสพติดระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด

โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี ดำเนินงาน 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 (R₁) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยเก็บข้อมูลจากตัวแทนภาคีเครือข่าย 26 คน ระยะที่ 2 (D₁) การออกแบบและพัฒนารูปแบบตามกรอบ H.O.P.E. Framework ระยะที่ 3 (R₂) การทดลองใช้และประเมินผลเบื้องต้นในพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด 30 คน ระยะที่ 4 (D₂) การปรับปรุงและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบในทุกอำเภอของจังหวัดอุดรธานี โดยมีกลุ่มตัวอย่างรวม 140 คน และระยะที่ 5 การสรุปประเมินผลเผยแพร่ผลการวิจัยและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤศจิกายน 2568

ประชากร คือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่จำหน่ายออกจากสถานฟื้นฟูสมรรถภาพและสถานพยาบาลยาเสพติด ในจังหวัดอุดรธานี ภายในระยะเวลา 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 3,489 คน⁶ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบฯ ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้บริหาร 5 คน คัดเลือกจากผู้มีอำนาจตัดสินใจด้านนโยบายระดับจังหวัด ได้แก่ รองผู้ว่าราชการ

จังหวัด ที่รับผิดชอบงานด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 1 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 1 คน ท้องถิ่นจังหวัด 1 คน แรงงานจังหวัด 1 คน และหัวหน้าศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด 1 คน และผู้ปฏิบัติงาน 10 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด 10 คน คัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติดอย่างน้อย 2 ปี และยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 คน (อำเภอ นาร่อง) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจ 1 คน ตัวแทนปลัดอำเภอหัวหน้าฝ่ายความมั่นคง 1 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน ตัวแทนจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดอุดรธานี 1 คน และตัวแทนจากกองทุนแม่ของแผ่นดินจังหวัดอุดรธานี 1 คน และ 2) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ครอบครัวและชุมชน จำนวน 6 คน และกลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน รวมผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 11 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ทดลองใช้รูปแบบ (Try out) คือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ในพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับ 0.25 ตามเกณฑ์มาตรฐานของ Cohen (1988)¹¹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 126 คน ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10

เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล รวมได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 140 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครอบคลุมพื้นที่ขยายผลอีก 16 อำเภอของจังหวัดอุดรธานี (นอกเหนือจากอำเภอนำร่อง) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนของประชากรจริง จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการบำบัดจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ผ่านการบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลา และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือทางกายรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ต้องโทษจำคุกในระหว่างการวิจัย และ 3) ย้ายถิ่นที่อยู่ออกนอกพื้นที่ระหว่างการศึกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) สำหรับผู้ผ่านการบำบัดบุคลากรผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชน

2) แบบสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ

3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 5 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเสพและการบำบัด สภาพครอบครัวและสังคม แบบประเมินสถานการณ์มีงานทำและรายได้ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4) แบบบันทึกการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

5) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

6) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ H.O.P.E. Framework

คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และถือว่าค่าที่เกิน 0.50 นั้นใช้ได้ แสดงว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์¹² สำหรับรูปแบบฯ ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความปลอดภัยจากผู้เชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตสังคมและการพัฒนาอาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบ พบว่ารูปแบบฯ มีความเหมาะสมและความปลอดภัยเพียงพอ ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 1.00 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.91 แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ H.O.P.E. Framework เท่ากับ 0.84 ซึ่งทุกค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (>0.70)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด และใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ McNemar's chi square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.05) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 7568 ลงวันที่ 27 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

พบว่า ช่วงเวลาวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการเสพยาเสพติด คือ ช่วง 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากศูนย์บำบัด ปัจจัยเสี่ยงสำคัญแบ่งเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ ผู้ผ่านการบำบัดมีความเครียดวิตกกังวล โดดเดี่ยว และขาดเป้าหมายในชีวิต 2) ด้านครอบครัว มีความขัดแย้ง ขาดความเข้าใจ และการใช้อารมณ์ตำหนิ 3) ด้านสังคม การถูกตีตราจากชุมชน และแรงดึงดูดจากกลุ่มเพื่อนเสพยาเดิม 4) ด้านเศรษฐกิจ การว่างงานและขาดรายได้ เป็นปัจจัยเร่งที่สำคัญที่สุด และ 5) ด้านระบบบริการ ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องและขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ในทางกลับกัน ปัจจัยป้องกันที่สำคัญคือการมีงานทำที่มั่นคง การมีครอบครัวสนับสนุน และการมีพี่เลี้ยง (Mentor) คอยให้คำปรึกษา

2. รูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด ตามกรอบ H.O.P.E. Framework รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ขับเคลื่อนผ่านกลไก “อุทรโมเดล 5 เสือ Plus” ประกอบด้วย

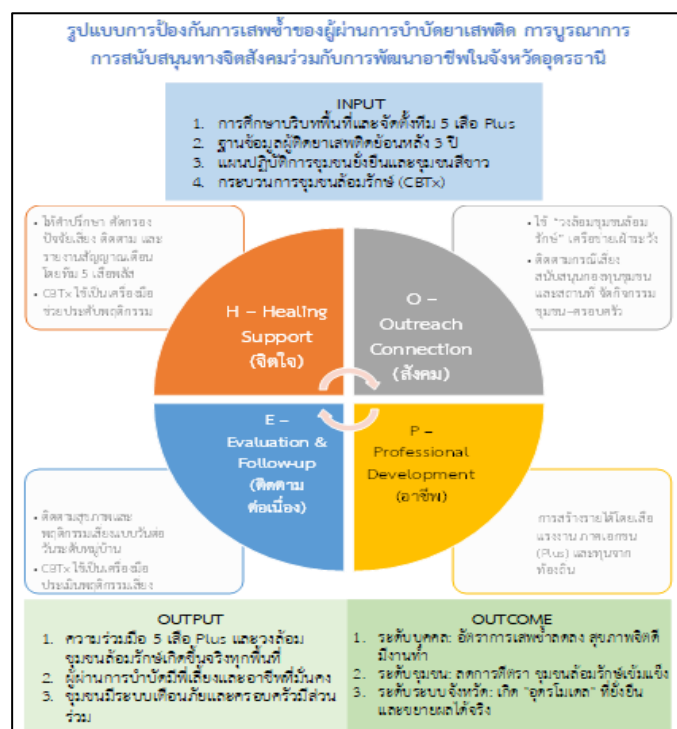
ฝ่ายปกครอง, สสจ., สสอ., ตำรวจ, ท้องถิ่น, แรงงาน, พม., เรือนจำ, อสม. และกระบวนการ “ชุมชนล้อมรั้ว (CBTx)” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักตามกรอบแนวคิด H.O.P.E. ดังนี้

H - Healing support (การสนับสนุนทางจิตใจ): เน้นการให้คำปรึกษารายบุคคล ครอบครัวบำบัด และการจัดการความเครียด

O - Outreach connection (การสนับสนุนทางสังคม): การสร้างเครือข่ายพี่เลี้ยง การเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์

P - Professional development (การพัฒนาทักษะอาชีพ): การฝึกอบรมอาชีพระยะสั้น การฝึกงาน และการจับคู่งาน (Job matching)

E - Evaluation & Follow-up (การติดตามต่อเนื่อง): ระบบติดตามรายสัปดาห์ การตรวจปัสสาวะ และการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการพัฒนาพบว่ารูปแบบนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทพื้นที่จริง สามารถสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด จังหวัดอุดรธานี

3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.14 มีอายุเฉลี่ย 38.44 ปี (S.D. = 11.56) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 30-44 ปี ร้อยละ 41.43 ส่วนใหญ่สมรสคู่ ร้อยละ 48.57 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 47.43 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.29 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 37.14 และมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว ร้อยละ 68.57 ด้านประวัติการเสพยาและการบำบัด พบว่า สารเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า ร้อยละ 72.86 โดยเริ่มเสพยาครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 48.57 และมีระยะเวลาการเสพยาสะสมมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัดมาแล้ว 2-3 ครั้ง ร้อยละ 40.00 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.86 ระบุว่าเคยมีประวัติการเสพยาหลังจำหน่ายจากสถานบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1-4 เดือนแรกหลังการจำหน่าย ด้านสภาพครอบครัวและสังคม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 41.43 โดยมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.14 คน (S.D. = 2.52) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ในระดับมาก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.57 มีเครือข่ายทางสังคมหรือเพื่อนสนิทที่สามารถปรึกษาได้ และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการกระทำผิดทางอาชญากรรม ร้อยละ 84.29 สำหรับด้านสถานะการมีงานทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.86 มีงานทำในลักษณะลูกจ้างหรือพนักงาน ในขณะที่ร้อยละ 22.86 ยังคงว่างงาน อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงงานคือ การขาดทักษะหรือประสบการณ์ ร้อยละ 55.71 และการถูกปฏิเสธเนื่องจากประวัติการเสพยา ร้อยละ 47.14 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนด้านการฝึกอบรมทักษะอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 54.29 รองลงมาคือ ความต้องการทุนสำหรับเริ่มต้นธุรกิจ ร้อยละ 41.43

3.2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ผ่านการบำบัดระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 16.36 คะแนน (S.D. = 1.58) หลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.17 คะแนน (S.D. = 1.32) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยหลังพัฒนารูปแบบ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 30.81 คะแนน (95% CI = 30.46 to 31.16, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ผ่านการบำบัด ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบรายด้าน (n = 140)

ความเชื่อมั่นในความสามารถ	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ	Mean Diff.	95% CI	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			
1. ความเชื่อมั่นในการไม่เสพยา	3.16 (0.75)	9.46 (0.63)	6.30	6.13 to 6.47	<0.001
2. ความเชื่อมั่นในการจัดการสถานการณ์เสี่ยง	4.63 (0.92)	13.97 (0.85)	9.34	9.14 to 9.54	<0.001
3. ความเชื่อมั่นในการประกอบอาชีพ	4.90 (0.90)	14.06 (0.78)	9.16	8.96 to 9.37	<0.001
4. ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา	3.67 (0.93)	9.68 (0.49)	6.01	5.85 to 6.16	<0.001
ภาพรวม	16.36 (1.58)	47.17 (1.32)	30.81	30.46 to 31.16	<0.001

กำหนด $p\text{-value} < 0.05$, Paired t-test

3.3 ผลการเปรียบเทียบผลตรวจ
ปัสสาวะหายาเสพติด ของผู้ผ่านการบำบัด
ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า
ก่อนพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่ตรวจไม่พบสารเสพติด
จำนวน 94 คน ร้อยละ 67.14 และตรวจพบ
สารเสพติด จำนวน 46 คน ร้อยละ 32.86 ภายหลัง
เสร็จสิ้นการพัฒนารูปแบบ พบว่า ส่วนใหญ่ตรวจ
ไม่พบสารเสพติด เพิ่มขึ้นเป็น 131 คน ร้อยละ
93.57 และผู้ที่ตรวจพบสารเสพติด ลดลงเหลือ
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ของผู้ผ่านการบำบัดระหว่างก่อน
และหลังพัฒนารูปแบบ (n = 140)

ผลตรวจสารเสพติด	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่พบสารเสพติด	94	67.14	131	93.57	<0.001
พบสารเสพติด	46	32.86	9	6.43	

กำหนด p-value <0.05, McNemar's chi square test

3.4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
ของผู้ผ่านการบำบัด ระหว่างก่อนและหลัง
พัฒนารูปแบบ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิต
เปลี่ยนแปลงภายหลังพัฒนารูปแบบ โดยก่อน
พัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ
52.14 หลังจากพัฒนารูปแบบ พบว่า ส่วนใหญ่
มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 60.00 เมื่อเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับคุณภาพชีวิต พบว่า
ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 67.00
คะแนน (S.D. = 16.22) เป็น 95.14 คะแนน
(S.D. = 17.10) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดระหว่างก่อนและหลังพัฒนา
รูปแบบ รายด้าน (n = 140)

9 คน ร้อยละ 6.43 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
สัดส่วนของผู้ที่ไม่พบสารเสพติดหลังพัฒนารูปแบบ
พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
โดยหลังพัฒนารูปแบบ มีจำนวนผู้ตรวจไม่พบสาร
เสพติดเพิ่มขึ้น 37 คน (p-value <0.001)
(ดังตารางที่ 2)

พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยของ
คุณภาพชีวิต เท่ากับ 67.00 คะแนน (S.D. =
16.22) หลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
95.14 คะแนน (S.D. = 17.10) เมื่อเปรียบเทียบ
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังพัฒนารูปแบบ
มีคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น 28.14 คะแนน
(95% CI = 22.64 to 33.63, p-value <0.001)
(ดังตารางที่ 3)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ	Mean Diff.	95% CI	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			
1. ด้านสุขภาพกาย	18.27 (4.93)	25.61 (5.04)	7.34	5.75 to 8.92	<0.001
2. ด้านสุขภาพจิต	15.27 (3.93)	21.99 (4.10)	6.82	5.43 to 8.01	<0.001

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ	Mean Diff.	95% CI	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	7.66 (2.13)	10.94 (2.21)	3.27	2.60 to 3.94	<0.001
4. ด้านสภาพแวดล้อม	20.59 (5.19)	29.15 (5.55)	8.56	6.82 to 10.31	<0.001
ภาพรวม	67.00 (16.22)	95.14 (17.10)	28.14	22.64 to 33.63	<0.001

กำหนด p-value <0.05, Paired t-test

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ของผู้ผ่านการบำบัดหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ภายหลังพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ H.O.P.E. Framework โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 คะแนน (S.D. = 0.12) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ เท่ากับ 4.70 คะแนน (S.D. = 0.19) รองลงมาคือ ด้านความพึงพอใจโดยรวม เท่ากับ 4.66 คะแนน (S.D. = 0.34) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 4.45 คะแนน (S.D. = 0.31)

การอภิปรายผล

1) สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเสพยาในบริบทพื้นที่จังหวัดอุดรธานีมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันทางเศรษฐกิจภาระหนี้สินและความต้องการหารายเพิ่มซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ และคณะ¹³ ที่พบว่าสาเหตุของการเสพยาเสพติดในกลุ่มวัยแรงงานมักเกิดจากภาวะงานหรือความต้องการทำงานให้มากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจ นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้วยังพบปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานบำบัดและชุมชน ทำให้เกิดช่องว่างในช่วงรอยต่อของการดูแลซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทภรณ์ พลโคตร¹⁴ ที่ระบุว่าปัญหาความไม่ต่อเนื่องของข้อมูล

และการขาดการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและการกลับไปรักษาซ้ำ รวมถึงสอดคล้องกับ โกศล เจริญศรี¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยในชุมชนมักขาดการจัดการดูแลที่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแลหลักที่มีศักยภาพ และมีปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้น ซึ่งยืนยันว่าระบบการดูแลเดิมยังไม่สามารถครอบคลุมบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยได้

2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพในจังหวัดอุดรธานี รูปแบบ H.O.P.E. Framework ที่พัฒนาขึ้น ได้เปลี่ยนกระบวนการทำงานจากรัฐเป็นศูนย์กลาง มาเป็นชุมชนเป็นฐาน โดยบูรณาการกลไก อุดรโมเดล 5 เสือ Plus เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของณัฐพร ผลงาม¹⁶ ที่เสนอว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพต้องลดการสั่งการจากภาครัฐและเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจในทุกขั้นตอน และสอดคล้องกับ นิติยา ฤทธิ์ศรี และคณะ¹⁷ ที่พบว่ารูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ 9 ขั้นตอน สามารถทำให้ผู้เสพยาเสพติดเปิดเผยตนเองเข้ารับการรักษาและไม่กลับไปเสพยา นอกจากนี้ การผนวกองค์ประกอบด้านการพัฒนาอาชีพ (Professional development) เข้าไปในรูปแบบ H.O.P.E. ยังสอดคล้องกับรูปแบบของ เบญจรัตน์ ศรีสวัสดิ์¹⁸ ที่ระบุว่ากระบวนการเสริมสร้างศักยภาพ

ด้านอาชีพ 5 ขั้นตอน (ประเมิน ทักษะชีวิต แนวแนว ผักงาน ติดตาม) ช่วยให้ผ่านการทำบัตมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนและมีความพร้อมในการประกอบอาชีพอย่างเป็นรูปธรรม

3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี ดังนี้

3.1 ด้านสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ผู้ผ่านการบำบัดมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นผลจากการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) สอดคล้องกับ สยาภรณ์ เดชดี และอรรณ หนูแก้ว¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญและสอดคล้องกับ จุลนิตย์ จันทร์ชมภู²⁰ ที่พบว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดร่วมกับการเจริญสติ ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพยาได้ถึงร้อยละ 89 ในช่วง 3 เดือนหลังบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยมีสติรู้เท่าทันและควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

3.2 ด้านพฤติกรรมการเสพยา (Relapse rate) อัตราการเสพยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 6.43 ภายหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งความสำเร็จนี้เกิดจากการบูรณาการอาชีพ เป็นเครื่องมือกันชนทางสังคม สอดคล้องกับ ศิริพร วรรณศิลป์ และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอาชีพเชิงบูรณาการร่วมกับการสนับสนุนทางจิตใจ มีอัตราการเสพยาลดลงร้อยละ 67 และมีรายได้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ สมพร เจริญสุข และคณะ²² ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาอาชีพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอัตราการกลับไปเสพยาได้ร้อยละ 45 และเพิ่มความมั่นใจในตนเอง

3.3 ด้านคุณภาพชีวิต (Quality of Life) คุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจ

ต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ผลการศึกษานี้ยืนยันแนวคิดของ Drake, et al.²³ เรื่องรูปแบบ IPS (Individual placement and Support) ที่ระบุว่า การช่วยให้ผู้ป่วยมีงานทำในตลาดแรงงานจริงเป็นยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม นอกจากนี้ พรพิมล ยี่สุนทด และคณะ²⁴ ยังชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมอาชีพเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยสร้างความภาคภูมิใจลดภาระครอบครัว และเป็นเกราะป้องกันที่ดีที่สุดในการคืนคนดีสู่สังคม การที่แกนนำชุมชนและบุคลากรมีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการดูแล ยังสอดคล้องกับ สุพัฒน์ วิเศษวงษา²⁵ ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมให้แกนนำชุมชนส่งผลให้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3.4 ความพึงพอใจและปัจจัยความสำเร็จ ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อบุคลากร สะท้อนว่าสัมพันธภาพและการไม่ตีตรา เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดเปิดใจและให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการ เมื่อผู้รับบริการรู้สึกถึงความจริงใจและการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพจึงนำไปสู่ความสำเร็จของการใช้รูปแบบ H.O.P.E. Framework ในที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ช่วยลดการเสพยา ยกระดับคุณภาพชีวิต เพิ่มความพึงพอใจ และเสริมพลังผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ มีประโยชน์ต่อการออกแบบระบบดูแลต่อเนื่องที่ตอบโจทย์ปัจจัยเสี่ยงหลายมิติ และสามารถขยายผลสู่ระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด เพื่อสร้างต้นแบบการป้องกันการเสพยาที่ยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยจัดให้มีการติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี โดยเน้นความเข้มข้นในช่วง 3 เดือนแรก

หลังจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะวิกฤต ผ่านการเยี่ยม บ้านเชิงรุกและการใช้ระบบพี่เลี้ยง (Peer mentor)

1.2 บูรณาการฐานข้อมูลระดับจังหวัด โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานและฐานข้อมูลกลาง เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานสหวิชาชีพ ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม ผู้ผ่านการบำบัด

1.3 ส่งเสริมโอกาสทางอาชีพ โดยการ ผลักดันมาตรการจูงใจทางภาษีหรือการสนับสนุน ค่าจ้างแก่สถานประกอบการ เพื่อสร้างโอกาส การจ้างงานและลดความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ

1.4 เสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย โดยการ พัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาและเทคนิค CBTx แก่บุคลากรและเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เป็นกลไก เฝ้าระวังทางสังคมที่เข้มแข็ง 1.5 ลดการตีตรา ทางสังคม โดยการรณรงค์สร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดยาเสพติด และส่งเสริม บทบาทครอบครัวในการให้โอกาสและการยอมรับ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยเชิงลึก วิจัยเพิ่มเติมในมิติ สุขภาพจิตแฝงและทุนทางสังคม เพื่อนำมา ปรับปรุงรูปแบบให้มีความละเอียดอ่อนต่อบริบท ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

2.2 ติดตามผลระยะยาว ศึกษาผลลัพธ์ ต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน ของรูปแบบต่ออัตราการไม่เสพยาและคุณภาพชีวิต

2.3 ใช้รูปแบบการวิจัยที่มีการควบคุมสูง พิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบได้อย่าง แม่นยำยิ่งขึ้น

2.4 ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลพัฒนาระบบติดตามหรือแอปพลิเคชันแจ้งเตือนความเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแล กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์ และให้ คำปรึกษาจาก รศ.ดร.สุรัชย์ พินหา และ ผศ.ดร.ชลการ ทรงศรี

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี หน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการจัดการข้อมูล ในการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Drug Report 2024. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2024.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2566.
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ ปัญหายาเสพติดและแนวโน้ม. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม; 2563.
4. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000; 284(13): 1689-95.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Maryland: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, SAMHSA; 2021.

6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้เข้ารับการรักษาประจำปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ระบบข้อมูลการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.); 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://antidrugnew.moph.go.th>
7. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(2): 179-87.
8. ธิญญาพร สายโน, ปวีณา ลิ้มปิทีปการ, อรุณ บุญสร้าง, ปณิศา สุขุมาลัย, พลากร สืบสำราญ. ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*. 2564; 4(2): 108-18.
9. Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des Jarlais D, et al. Vocational rehabilitation for drug users in Europe. London: Routledge; 2021.
10. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. สุวิมล ติรกันันท์. การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. จักรกฤษณ์ พิณญาพจน์, ศรัณยู เรือนจันทร์, สุนีย์ กันแจ่ม, เเผด็จการ กันแจ่ม. การพัฒนาเครือข่ายเพื่อยกระดับชุมชนต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี (รายงานการวิจัย). สงขลา: ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564.
14. พิทภรณ์ พลโคตร. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2567; 10(1): 1-12.
15. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2566; 8(2): 286-96.
16. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*. 2564; 1(2): 49-71.

17. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทาญ, รูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ช้ำยาเสพติดโดยชุมชนเป็น ศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่ง หนึ่ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัด มหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม. 2565; 19(2): 50-62.
18. เบญจรัตน์ ศรีสวัสดิ์. รูปแบบการ พัฒนาทักษะอาชีพสำหรับผู้ผ่านการ บำบัดยาเสพติด [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. อุดรธานี: มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุดรธานี; 2559.
19. สยามภรณ์ เดชดี, อรรพรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจาก สารเสพติด. วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต. 2564; 35(1): 91-111.
20. จุลนิตย์ จันทร์ชมภู. ประสิทธิภาพของ โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์ แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบ เคลื่อนไหวต่อการป้องกันการกลับไป เสพซ้ำ 3 เดือนแรกหลังการ บำบัดรักษาในผู้ป่วยคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสาร การแพทย์และสาธารณสุขเขต 8. 2566; 1(1): 1-15.
21. ศิริพร วรรณศิลป์, จินตนา แดงสวัสดิ์, สมพร เจริญสุข, พิมพ์มล วงศ์ไชยา, ยุวดี โรจนวิเชียร, สุภาภรณ์ วรรณทอง และคณะ. ผลของโปรแกรมฝึกอบรม อาชีพเชิงบูรณาการต่อการลดการเสพซ้ำ (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
22. สมพร เจริญสุข, จินตนา แดงสวัสดิ์, ยุวดี โรจนวิเชียร, พิมพ์มล วงศ์ไชยา, สุภาภรณ์ วรรณทอง, เบญจา มุกตพันธุ์ และคณะ. ผลของการให้คุณค่าและ แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการ เสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัด ยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟู สภาพทางสังคม. วารสารวิจัยและ พัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 6(2): 151-64.
23. Drake RE, Becker DR, Clark RE, Mueser KT. Research on the individual placement and support model of supported employment. Psychiatr Q. 1999; 70(4): 289-301.
24. พรพิมล ยี่สุนเทศ, ลัดดาวัลย์ สวัสดิ์สิงห์, นภาพร กองอาษา, ยุพาภรณ์ กิจประยูร, เบญจมาศ ผิวกอง, ธนัชกัญ สรวงศิริ และคณะ. การส่งเสริมอาชีพเพื่อการ ป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยยาเสพติด. นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
25. สุพัฒน์ วิเศษวงษา. การเสริมสร้าง แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของ แก่นนำชุมชน. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(6): 943-51.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

สุธัญญา สีตาแสน¹, สุทิน ชนะบุญ²

(วันที่รับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 6 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 19 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จำนวน 316 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำธรรมชาติ(ลำน้ำชี) และมีการใช้สารเคมี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.46 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อปี ($OR_{adj.} = 2.99$, 95% CI ของ $OR_{adj.}$ อยู่ระหว่าง 1.71 ถึง 5.24, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระดับสูง ($OR_{adj.} = 3.20$, 95% CI ของ $OR_{adj.}$ อยู่ระหว่าง 1.65 ถึง 6.21, $p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติระดับสูง ($OR_{adj.} = 3.81$, 95% CI ของ $OR_{adj.}$ อยู่ระหว่าง 1.78 ถึง 8.16, $p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับสูง ($OR_{adj.} = 5.72$, 95% CI ของ $OR_{adj.}$ อยู่ระหว่าง 1.83 ถึง 17.85, $p\text{-value} = 0.003$)

การส่งเสริมและการสร้างการรับรู้ การรณรงค์ให้เห็นประโยชน์ของการป้องกัน และการกระตุ้นด้วยข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้, เกษตรกรผู้ปลูกข้าว, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก. E-mail: 66202501017@scphkk.ac.th

² วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก. E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: สุทิน ชนะบุญ, Email: sutin@scphkk.ac.th

Factors Related to Self-Protective Behavior from Pesticide Use among Rice Farmers in The Kantharawichai District, Maha Sarakham Province

Suthanya Seetasan¹, Sutin Chanabun²

(Received: 5th November 2025; Revised: 8th December 2025; Accepted: 19th January 2026)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate self-protective behaviors against pesticide use among farmers and to investigate factors associated with self-protective behaviors against pesticide use among rice farmers in Kantharawichai District, Maha Sarakham Province. The study sample consisted of 316 rice farmers who lived near natural water sources and used agricultural chemicals. The research instrument was a questionnaire, which was validated for content validity and reliability. The item-objective congruence index ranged from 0.67 to 1.00, and the overall reliability coefficient was 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Inferential statistics, including Multiple logistic regression.

The results showed that most farmers exhibited a good level of self-protective behavior against pesticide use (66.46%). Factors significantly associated with self-protective behavior included: family income greater than 15,000 Baht per year (adjusted OR = 2.99, 95% CI = 1.71-5.24, $p < 0.001$); high perceived susceptibility to the risks of pesticide use (adjusted OR = 5.72, 95% CI = 1.83-17.85, p -value = 0.003); high perceived benefits of self-protection from pesticide use (adjusted OR = 3.20, 95% CI = 1.65-6.21, p -value = 0.001); and high perceived cues to action (adjusted OR = 3.81, 95% CI = 1.78-8.16, p -value = 0.001).

Promoting awareness, emphasizing the benefits of self-protective behaviors, and providing continuous motivation through health communication by public health personnel are essential strategies to sustainably enhance safe pesticide use among farmers.

Keywords: Health behavior, Perception, Rice farmers, Pesticides

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

E-mail: 66202501017@scphkk.ac.th

² Instructor Senior Professional, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: Sutin Chanabun, Email: sutin@scphkk.ac.th

บทนำ

ภาคการเกษตรของประเทศไทยมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการผลิตเพื่อบริโภคภายในประเทศและการส่งออก ส่งผลให้เกษตรกรต้องเพิ่มผลผลิตเพื่อแข่งขันในตลาดโลก การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการผลิตทางการเกษตรอย่างแพร่หลาย¹ พบว่าประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรมากถึง 0.114 ล้านตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.32 จากปี 2563 โดยสารเคมีเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้ในการปลูกข้าว พืชไร่ และพืชสวน การใช้สารเคมีอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดการตกค้างในดิน น้ำ และผลผลิตทางการเกษตร ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้ว ยังเป็นภัยต่อสุขภาพของเกษตรกรที่เป็นผู้สัมผัสสารโดยตรง

รัฐบาลจะมีมาตรการควบคุมและให้ความรู้เรื่องการใช้สารเคมีอย่าง² ซึ่งการเจ็บป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564 มีผู้ป่วยจากพิษสารเคมีจำนวน 9,213 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเกษตรกรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เช่น การไม่สวมถุงมือ หน้ากาก หรือชุดป้องกัน การผสมสารเคมีหลายชนิดในถังเดียวกัน และการทิ้งภาชนะสารเคมีไม่ถูกวิธี เป็นสาเหตุสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับพิษ ทั้งทางการหายใจ การสัมผัสผิวหนัง และการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อน สารเคมีเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพได้ทั้งระยะเฉียบพลัน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และระยะเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง ระบบประสาท และการเจริญพันธุ์ผิดปกติ

สถานการณ์ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีการใช้พื้นที่ทางการเกษตรมากกว่าร้อยละ 85 ของพื้นที่

ทั้งหมด พืชเศรษฐกิจหลัก ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง และอ้อยโรงงาน ซึ่งต้องพึ่งพาการใช้สารเคมีในการควบคุมศัตรูพืชเป็นจำนวนมาก อำเภอกันทรวิชัย เป็นพื้นที่เกษตรกรรมสำคัญของจังหวัด มีพื้นที่ปลูกข้าวกว่า 168,000 ไร่ และเกษตรกรกว่า 13,000 ครอบครัว ปัญหาที่พบคือ การใช้สารเคมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงปริมาณและระยะเวลา ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของเกษตรกรและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนในระบบนิเวศและชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนของเกษตรกร และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการได้รับสารพิษ และพัฒนานโยบายการจัดการสารเคมีทางการเกษตรให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ เกษตรกร ผู้ปลูกข้าวที่มีครัวเรือนขึ้นทะเบียนเกษตรกร อาศัยอยู่ติดกับแหล่งน้ำธรรมชาติ (ลำน้ำชี) ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และมีการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูก จำนวน 7,203 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เกษตรกรผู้ปลูกข้าว ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานเกษตรอำเภอกันทรวิชัย

2. อาศัยอยู่พื้นที่ และมีรายชื่อในทะเบียนบ้านไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป อยู่ในสภาวะสัมพัทธ์ที่สมบูรณ์ในการสื่อสารได้ สามารถอ่านเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

2. ย้ายบ้านออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง พิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ โดยพิจารณาตามรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง และวิธีการทางสถิติที่ใช้ คือการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก ดังนั้นวิธีคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ การคำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตรของ Hsieh, et al.³ ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{p(1-p)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_0(1-p_0) + \frac{p_1(1-p_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{[(p_0 - p_1)^2(1-B)]}$$

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาคำนวณขนาดตัวอย่าง จากงานวิจัยของ มัตติกา ยงประเดิม และคณะ⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรโดยมีผลการศึกษา โดยกำหนด

เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่างทั้งหมดในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโลจิสติก

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05

และเป็นการทดสอบแบบสองทาง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90

(β = 0.1) ซึ่งเท่ากับ 1.28

P คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปรตาม (สัดส่วนของกลุ่มเกษตรกร การมีพฤติกรรมที่ดีด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช=157/178) ซึ่งเท่ากับ 0.88

P_0 คือ ค่าสัดส่วนพฤติกรรมระดับดีด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรที่มีความรู้ปานกลาง เท่ากับ 83/107 = 0.77

P_1 คือ ค่าสัดส่วนพฤติกรรมระดับดี ด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรที่มีความรู้มาก เท่ากับ $74/80 = 0.92$

B คือ สัดส่วนของกลุ่มเกษตรกรที่มีความรู้มาก เท่ากับ $80/187 = 0.43$ แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{\left\{ 1.96 \sqrt{\frac{0.88(1-0.88)}{0.43}} + 1.28 \sqrt{0.77(1-0.77) + \frac{0.92(1-0.53)(1-0.43)}{0.250.43}} \right\}^2}{[(0.77-0.93)^2(1-0.43)]}$$

$$= 201.92 \approx 202$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มศึกษาจำนวน 202 คน จากนั้นนำขนาดตัวอย่างมา

ปรับตามวิธีการทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณจิสติก เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในระดับกลางและเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างมากพอที่จะให้อำนาจการทดสอบมาก ผู้วิจัยเลือกใช้ค่า $p = 0.6$

$$n_{adj} = \frac{202}{1 - 0.6^2}$$

$$= 316$$

ดังนั้น จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ 316 คน

การสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิเกษตรกรผู้ปลูกข้าวตามพื้นที่ตำบล เป็นเขตรับผิดชอบของเกษตรอำเภอกันทรวิชัย จำนวน 5 ตำบล โดยคำนวณสัดส่วนตัวอย่างตามขนาดประชากรในแต่ละตำบล แล้วทำการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มรายชื่อตามสัดส่วนที่คำนวณได้รายตำบล โดยสุ่มแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้ศึกษา

ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้าง พัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการศึกษาแบบมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์เกษตรกร จำนวน 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของข้อความกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ พบว่าข้อความรายข้อ มีค่าระหว่าง 0.67 - 1.00

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในเกษตรกรผู้ปลูกข้าว บ้านแก้ง ตำบลลาดพัฒนา อำเภอมะนัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยส่วนของปัจจัยด้านความรู้ นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้การคำนวณของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.82 ส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อพื้นที่
2. ผู้วิจัยจัดอบรมแนวทางการเก็บข้อมูลในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย แก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย
3. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอโดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) โดยใช้สถิติ Simple logistic regression นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยงอย่างหยาบ (Crude Odds Ratios; OR_{crude})

วิเคราะห์ครวหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามและนำเสนอด้วยค่าขนาดของ ความสัมพันธ์ที่คำนึงถึงอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง (Adjusted Odds Ratios; OR_{adj}) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95% CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE671080

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.28 มีอายุพบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.87 โดยอายุเฉลี่ย 56.08 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.24) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.20 การศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.03 รายได้ของครอบครัวจากการปลูกข้าว เฉลี่ย 31,048.73 บาทต่อปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24,565.60) ด้านสุขภาพพบว่าเกษตรกรมีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.09 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.52 และโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 20.89 และยังพบว่าร้อยละ 47.78 ของเกษตรกร ตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่มีพื้นที่ปลูกข้าวไม่เกิน 10.3 ไร่ ร้อยละ 67.72 โดยมีพื้นที่เฉลี่ยเท่ากับ 9.89 ไร่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.27) ส่วนระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยอยู่ที่ 10.57 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.51) ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.72 การอบรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.04 เคยได้รับการอบรม จากหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 46.52

2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรที่ปลูกข้าวอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง ร้อยละ 65.19

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่

รายได้ของครอบครัวจากการปลูกข้าว พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อปี มีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูง 2.99 เท่า ของผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ($OR_{adj.} = 2.99$, 95% CI ของ $OR_{adj.}$ อยู่ระหว่าง 1.71 ถึง 5.24, p -value < 0.001)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูง 5.72 เท่าของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำและปานกลาง ($OR_{adj.} = 5.72$, 95% CI ของ $OR_{adj.}$ อยู่ระหว่าง 1.83 ถึง 17.85, p -value = 0.003)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูง 3.20 เท่า ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองในระดับต่ำและปานกลาง ($OR_{adj.} = 3.20$, 95% CI ของ $OR_{adj.}$ อยู่ระหว่าง 1.65 ถึง 6.21, p -value = 0.001)

การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในระดับสูง
มีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูง
3.81 เท่า ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีการรับรู้

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในระดับต่ำและปานกลาง
(OR_{adj.} = 3.81, 95% CI ของ OR_{adj.} อยู่ระหว่าง
1.78 ถึง 8.16, p-value = 0.001) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
เกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (n = 316 คน)

ตัวแปร	ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี		OR _{Crude}	OR _{adj} 95% CI	p- value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง			
1. รายได้ของครอบครัวจากการปลูกข้าว					
15,001 บาท ขึ้นไป	138(71.50)	55(28.50)	2.02	2.99 (1.71 to 5.24)	<0.001
น้อยกว่า 15,000 บาท	68(55.28)	55(44.72)	1		
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช					
ระดับสูง	201(71.28)	81(28.72)	14.39	5.72 (1.83 to 17.85)	0.003
ระดับต่ำ-ปานกลาง	5(14.71)	29(85.29)	1		
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช					
ระดับสูง	180(75.63)	58(24.37)	6.20	3.20 (1.65 to 6.21)	0.001
ระดับต่ำ-ปานกลาง	26(33.33)	52(66.67)	1		
4. การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ					
ระดับสูง	78(72.90)	29(27.10)	8.53	3.81 (1.78 to 8.16)	0.001
ระดับต่ำ-ปานกลาง	128(61.24)	81(38.76)	1		

การอภิปรายผล

1) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด
แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief
Model: HBM (Rosenstock, 1974) ⁵ ซึ่งอธิบาย
ว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับ การรับรู้
ของบุคคลต่อความเสี่ยง ความรุนแรงของ
ผลกระทบ ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ

ตลอดจนปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการลงมือทำและ
ความเชื่อมั่นในตนเอง

2.) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
เกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด
มหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่
รายได้ของครอบครัวจากการปลูกข้าว การรับรู้
โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การ

รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

รายได้ของครอบครัวจากการปลูกข้าว เกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อปี มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับสูงเป็น 2.99 เท่า ของผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ส่งผลให้เกษตรกรมีแนวโน้มปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยมากกว่า สะท้อนถึงความจำเป็นในการรักษาสุขภาพเพื่อความมั่นคงทางอาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับงานของ นัฏกร สุขเสริม⁶ ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและอุปสรรคที่รับรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยกลุ่มที่มีรายได้ต่ำมีแนวโน้มระมัดระวังในการใช้สารเคมีมากกว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับสูงเป็น 5.72 เท่า เกษตรกรที่ตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สารเคมี เช่น โรคทางเดินหายใจหรือผิวหนัง จะมีแนวโน้มป้องกันตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชีระยุทธ บุตรทหาร⁷ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของอันตรายมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับสูงเป็น 3.20 เท่า การที่เกษตรกรเห็นว่าการอ่านฉลาก การสวมอุปกรณ์ป้องกัน หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถลดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ถือเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการปฏิบัติตน

อย่างเหมาะสม ตามแนวคิดของ HBM เมื่อบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ จะเพิ่มแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ กัลยา เทียมศรี⁸ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และปัจจัยกระตุ้นสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรได้อย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับสูงเป็น 3.81 เท่า การได้รับข้อมูล ข่าวสาร หรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรม การตรวจสารพิษในเลือด หรือการเห็นผลกระทบจากผู้ที่ได้รับพิษสารเคมีในชุมชน มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้เกษตรกรเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเอกสารแนวคิดของ HBM ที่อธิบายว่า ปัจจัยชักนำหรือสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา เหล่าแค และคณะ⁹ ที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยควรพัฒนาในเชิงรุกโดยอาศัยข้อค้นพบนี้เป็นแนวทางดังนี้

1.1 การส่งเสริมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติของเกษตรกร จากหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานสาธารณสุข หรือสำนักงานเกษตร โดยใช้สื่อและรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น ผ่านคลิปวิดีโอ ภาพอินโฟกราฟิก หรือกิจกรรมในงานตลาดนัดเกษตร เพื่อกระตุ้นให้เกษตรกรตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

1.2 ส่งเสริมและออกแบบกิจกรรมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติของเกษตรกร การพัฒนาและจัดกิจกรรมให้กับเกษตรกร เช่น การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การจัดเวทีชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย หรือการใช้เกษตรกรต้นแบบในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับเพื่อนเกษตรกร

1.3 แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมต่อเนื่อง สร้างแรงจูงใจและสิ่งจูงใจทางสังคม เช่น การมอบรางวัลเชิงสัญลักษณ์แก่กลุ่มเกษตรกรที่มีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยดีเด่น เพื่อสร้างแบบอย่างที่ดีในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษางานการวิจัยแบบ กึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) หรือการประเมินผลโครงการอบรม เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการได้รับการแทรกแซง จะช่วยยืนยันผลในเชิงสาเหตุและสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหรือ วิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนา

รูปแบบการใช้สารเคมี การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะตลอดกระบวนการดำเนินงานวิจัยอย่างดียิ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ และสำนักงานเกษตรอำเภอกันทรวิชัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม รวมถึงขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย ที่ให้ข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิชาการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oae.go.th>
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชประเทศไทย ปี 2021-2022 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ddc.moph.go.th>

3. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998; 17(14): 1623-34.
4. มัตติกา ยงประเดิม, มุจลินท์ อินทรเหมือน, ศิริพร ด้านคชาธาร, จิตตาภรณ์ มงคลแก่นทราย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(6): 967-76.
5. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. 1974; 2(4): 328-35.
6. นัฏกร สุขเสริม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกร ตำบลปากช่อง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สุขชุมชน. 2568; 3(2): 1-13.
7. ชีระยุทธ บุตรทหาร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2565; 18(2): 47-56.
8. กัลยา เทียมศร, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกแตงโม อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565; 14(2): 190-206.
9. สุกัญญา เหล่าแค, รวีวัลย์ แพงตา, วรรณภรณ์ บัวหยาด, วลัยรัตน์ พิมพ์สาร, สุพรรณษา ภูษา, พิษชาพร บุญสูง. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567; 22(1): 58-70.

การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ตรีญาพร โตโพธิ์กลาง¹, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง²

(วันที่รับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 19 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน โดยกระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ และ ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผล

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเตียงเฟลอร์เลอร์ ร้อยละ 35.00 และส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการนำอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ ร้อยละ 75.00 2) ระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ มีองค์ประกอบ 3 ระบบ คือ (1) ระบบบริหารอุปกรณ์การแพทย์ (2) ระบบการบริการยืมคืนอุปกรณ์การแพทย์ (3) ระบบส่งต่อข้อมูลการให้บริการ และ 3) ผลลัพธ์ของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการหรือภาคีเครือข่าย มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.81$, S.D. = 0.37) และ กลุ่มผู้รับบริการหรือผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.92)

ดังนั้น ควรขยายผลระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดนครราชสีมา และพัฒนาระบบฐานข้อมูลออนไลน์เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดทำคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการให้บริการ

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, ระบบบริหารอุปกรณ์การแพทย์, ระบบการบริการยืมคืนอุปกรณ์การแพทย์, ระบบส่งต่อข้อมูลการให้บริการ

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, E-mail: Kaimuk18048@gmail.com

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, E-mail: atthawit.s@nrru.ac.th
Corresponding author: อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, E-mail: atthawit.s@nrru.ac.th

Development of Medical Equipment Support System for Dependent People in Nakhon Ratchasima Municipality, Nakhon Ratchasima Province

Treeyaporn Topoklang¹, Atthawit Singsalasang²

(Received: 5th November 2025; Revised: 8th December 2025; Accepted: 19th January 2026)

Abstract

This action research aimed to develop a medical equipment support system for dependent people in Nakhon Ratchasima Municipality, Nakhon Ratchasima Province. The target groups included 18 network stakeholders, 20 dependent people, 5 caregivers of dependent people, and 5 village health volunteers (VHV). The research was conducted in three phases: (1) Study of the necessity and need for medical equipment for dependent people, (2) Development of a medical equipment support system for dependent people, and (3) Study of the results of the medical equipment support system for dependent people. Research instruments consisted of interview forms and satisfaction questionnaires. Both qualitative and quantitative data were analyzed using means, standard deviations and interpret result.

The research results found that: (1) the most commonly needed medical device was the Fowler bed 35.00%, and most had a suitable environment for utilizing medical equipment 75.00%; (2) the developed support system comprises three components: a medical equipment management system, a borrow and return medical equipment service system, and a service information transfer system; and (3) the outcome evaluation of a medical equipment support system revealed a high level of satisfaction among network stakeholders ($\bar{X}$ = 4.81, S.D. = 0.37) and a high level of satisfaction among caregivers of dependent people ($\bar{X}$ = 4.63, S.D. = 0.92).

The medical equipment support system should be expanded to other areas in Nakhon Ratchasima Province. An online database system should be developed to link information among relevant agencies, and an operational manual should be prepared to ensure service sustainability.

Keywords: Medical equipment support system, Dependent people, Medical equipment management system, Borrow and return medical equipment service system, Service information transfer system

¹ Student, Master of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University,
E-mail: Kaimuk18048@gmail.com

² Assoc. Prof., Master of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University,
E-mail: Atthawit.s@nrnu.ac.th.

Corresponding author: Atthawit Singsalasang, E-mail: atthawit.s@nrnu.ac.th

บทนำ

จากรายงานข้อมูลของสำนักอนามัย ผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 สถิติผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวน 353,033 คน และ 425,525 คน ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี¹ ส่งผลกระทบหลายด้านในประเทศไทย โดยเฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกิดปัญหาความไม่เพียงพอ ในการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์การแพทย์ ยารักษาโรค หรือการเข้าถึงบริการ ซึ่งปัญหาความไม่เพียงพอในการให้บริการเกี่ยวกับอุปกรณ์การแพทย์ อันได้แก่ เตียงนอนสำหรับรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากการสำรวจสถิติข้อมูลจำนวนเตียงของโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีจำนวนเตียง 101,900 และ 102,239 เตียง พบว่าอัตราการครองเตียงเป็น 79.77 และ 84.43 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นในทุกปี ซึ่งตามหลักเกณฑ์ การจัดตั้ง และปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การที่มีอัตราการครองเตียงสูงนั้น บ่งบอกถึงศักยภาพของสถานพยาบาลที่รองรับได้มากพอ² และปัจจุบันยังคงพบผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ในการดูแล รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ หลังออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การสำรวจสถิติผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2566 และ 2567 พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 11,833 คน และ 24,840 คน³ หากแยกเป็นรายอำเภอจะพบว่า อำเภอเมืองนครราชสีมา มีจำนวนมากที่สุด 3,086 คน จากรายงานสถิติของศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุ และผู้พิการ เทศบาลนครนครราชสีมา พบว่า ปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ในพื้นที่ ดังนี้ 490 และ 620 คน เป็นจำนวนที่รวมทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายเก่าที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ที่เพิ่มจำนวนขึ้นในทุกปี เนื่องจากการดำเนินงานในโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา เกิดปัญหาความไม่เพียงพอของอุปกรณ์การแพทย์บางประเภท ต่อการรองรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลนครนครราชสีมา ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงดำเนินการจัดหาอุปกรณ์การแพทย์บางรายการ ที่ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ใช้อุปกรณ์การแพทย์ในการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายที่บ้าน

เทศบาลนครนครราชสีมา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการด้านการพยาบาล โดยจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุข และศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายเป็นหลัก ดำเนินงานด้านกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินการแบบองค์รวม บูรณาการการทำงานร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข ของเทศบาลนครนครราชสีมา มีชุมชน จำนวน 97 ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 15 แห่ง และโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนที่อยู่ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา นอกจากนี้ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการยังเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการอุปกรณ์การแพทย์ และได้จัดทำรายงานสถิติข้อมูลอุปกรณ์การแพทย์เป็นประจำทุกปี ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีอุปกรณ์การแพทย์ 8 รายการ รวมทั้งสิ้น 770 ชิ้น อุปกรณ์ที่ถูกยืมใช้งาน จำนวน 597 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 79 อุปกรณ์ที่นำส่งคืน จำนวน 163 ชิ้น

คิดเป็นร้อยละ 21 ปีงบประมาณ 2567 อุปกรณ์ถูกยืมใช้งาน จำนวน 552 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 72 อุปกรณ์ที่นำส่งคืน 218 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 28⁴ และยังคงดำเนินงานต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ยังมีปัญหาในการบริหารจัดการ ไม่ว่าจะเป็นระบบฐานข้อมูลที่ยังเป็นกระดาษ ไม่สะดวกต่อการนำข้อมูลไปใช้หรือไม่สามารถดึงข้อมูลใช้งานได้ทันที เกิดความล่าช้าใน การค้นหาข้อมูล การดำเนินงานกับกลุ่มภาคีเครือข่าย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการติดตามข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เข้าใจในขั้นตอนการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ รวมถึงไม่มีความพร้อมในการใช้งานหรือดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ การรับบริการไม่ทั่วถึง ครอบคลุมและครบถ้วนของกระบวนการที่ต้องดำเนินการแก้ไข⁴ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่านิยากร อินทะขัน และคณะ⁵ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุก ในผู้ป่วยระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งการดำเนินการส่วนใหญ่ เป็นแบบแยกส่วน และยังขาดความครอบคลุม การเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งความไม่ชัดเจนของระบบการส่งปรึกษาระหว่างโรงพยาบาลนาเชือก กับ รพ.สต. ซึ่งดำเนินการโดยประยุกต์ใช้ขั้นตอน PAOR ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายทุกคนสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกรายผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนคร

นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหา สามารถรองรับการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และจะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการติดตามสถานะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา ดังนี้
 - 1.1 ขอบเขตด้านประชากร คือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้ดูแล โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้จำนวน 20 คน
 - 1.2 ขอบเขตด้านสถานที่ คือ บ้านพักของกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้ดูแล ที่อยู่ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา
 - 1.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา คือ รวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์
 - 1.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา คือ ศึกษาความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

2.1 ขอบเขตด้านประชากร คือ กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง จำนวน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน

2.2 ขอบเขตด้านสถานที่ คือ โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา คือ รวบรวมข้อมูล และดำเนินการตามกระบวนการ PAOR โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

2.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา คือ แนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน ฐานข้อมูลออนไลน์ คู่มือ/วิดีโอสาธิตการใช้งาน/วิธีการดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ และการประชาสัมพันธ์การส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง และการให้บริการ

และแนวทางการซ่อมบำรุง ดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์

3. ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

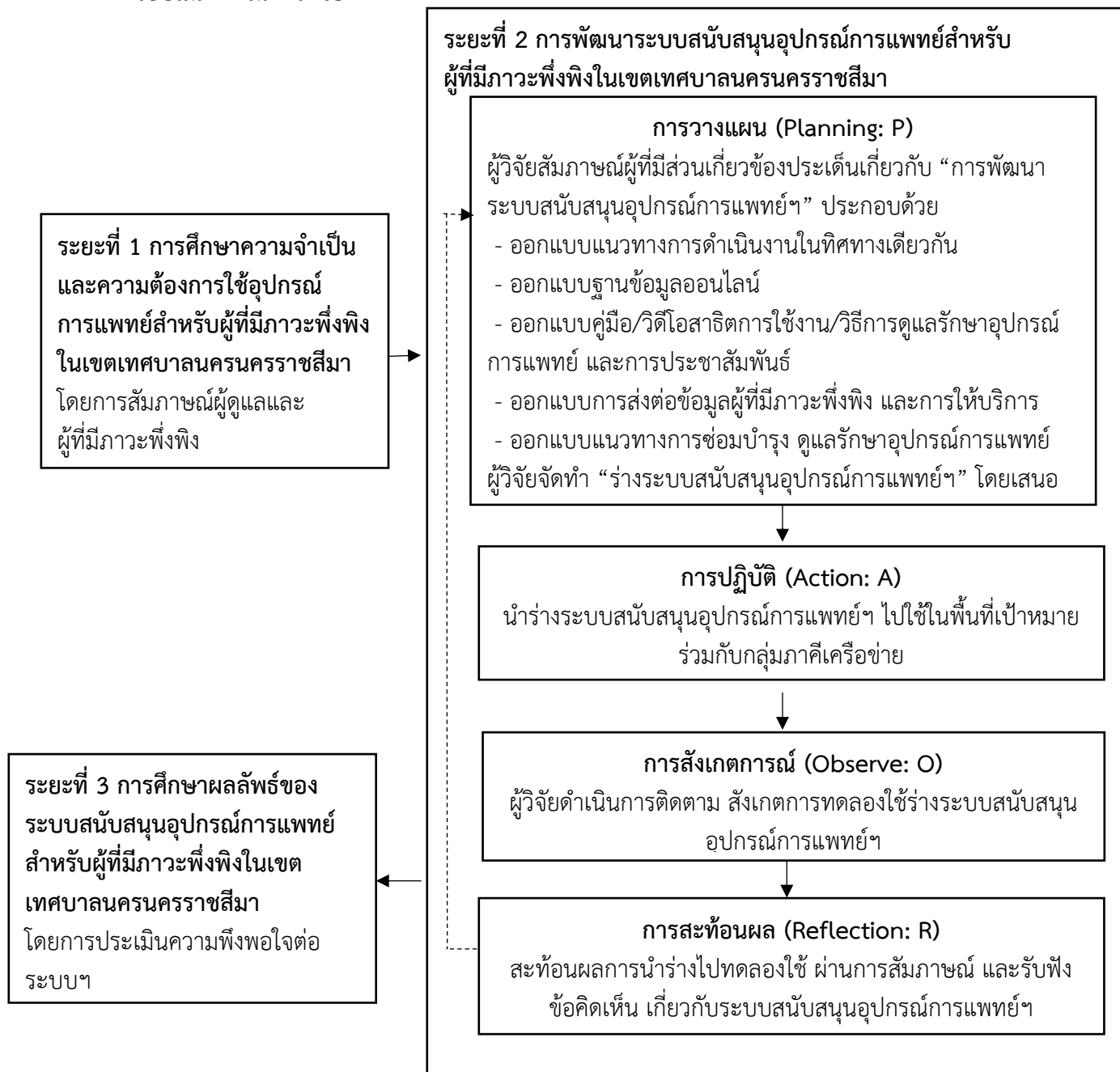
3.1 ขอบเขตด้านประชากร คือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงและกลุ่มผู้ดูแล จำนวน 31 คน และกลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน

3.2 ขอบเขตด้านสถานที่ คือ บ้านพักของกลุ่มผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงและกลุ่มผู้ดูแล โรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่อยู่ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

3.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา คือ รวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลา 1 เดือน

3.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา คือ ศึกษาผลลัพธ์โดยการประเมินความพึงพอใจต่อระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



*หมายเหตุ เส้นปะ คือ กรณีร่างการพัฒนาระบบฯ ในครั้งที่ 1 หลังการทดลองใช้ ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข
สามารถทบทวนระบบอีกครั้ง โดยทำซ้ำในครั้งที่ 2 เริ่มตั้งแต่กระบวนการวางแผน เป็นต้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ออกแบบวิธีดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis S, McTaggart R. ⁶ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง แยกตามกรณีการฟัฟฟิงได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน กลุ่มที่ 3 ติดเตียง และกลุ่มที่ 4 ดูแลแบบประคับประคอง ตัวแทนกลุ่มละ 5 คน รวมจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จำนวน 12 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการลงพื้นที่ไปที่บ้านพักของผู้ที่มีภาวะฟัฟฟิง จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แยกรายประเด็น ได้แก่ ความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์ และสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการใช้งานอุปกรณ์การแพทย์ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา โดยในระยะนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน ประกอบด้วย

2.1 การวางแผน (Planning: P) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน กลุ่มผู้ดูแล จำนวน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จำนวน 12 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และออกแบบร่างระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ฯ ประกอบด้วย 1) ออกแบบแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน 2) ออกแบบฐานข้อมูลออนไลน์ 3) ออกแบบคู่มือ/วิดีโอสาธิตการใช้งาน/วิธีการดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ และการประชาสัมพันธ์ 4) ออกแบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิง และการให้บริการ และ 5) ออกแบบแนวทางการซ่อมบำรุง ดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ ได้นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้

2.2 การปฏิบัติ (Action: A) ผู้วิจัยนำร่าง “การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา” ไปใช้ในพื้นที่เป้าหมาย ร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยเริ่มกระบวนการตั้งแต่การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทาง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์เห็นควรว่าต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน มาที่ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนในการบันทึกข้อมูลลงระบบฐานข้อมูลจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ ประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟัฟฟิง ตรวจสอบเอกสาร ให้ความรู้ต่าง ๆ จากสื่อที่จัดทำขึ้น ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับ และคลิป

วิดีโอสาธิต พร้อมแจ้งช่องทางการติดต่อที่สะดวก จากนั้นประสานงานกับกลุ่มภาคีเครือข่ายที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงพักอาศัยอยู่ และวางแผนติดตามอาการ ลงพื้นที่เยี่ยมผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่บ้าน

2.3 การสังเกตการณ์ (Observe : O) หลังการทดลองใช้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามสังเกตการณ์ และบันทึกข้อมูล

2.4 การสะท้อนผล (Reflection : R) ผู้วิจัยรับฟังข้อคิดเห็นจากการนำร่างไปทดลองใช้ผ่าน 3 ช่องทาง ได้แก่ การโทรศัพท์ กลุ่มไลน์ และการจัดประชุมออนไลน์

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์ฯ ภายหลังการได้รับการบริการของผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง และการให้บริการของกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจหลังได้รับการบริการจากระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง จำนวน 31 คน และกลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงต่อระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงฯ จำนวน 23 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ต่อระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงฯ จำนวน 14 ข้อ โดยเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 4.21-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด และคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด ผ่านการตรวจสอบ

คุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบประเมินความพึงพอใจไปทดลองใช้ (Try out) เพราะว่าเป็นแบบประเมินเฉพาะกลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการป้องกันสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ HE-118-2568 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเตียงเฟรมโลหะ ร้อยละ 35.00 ชุดถังออกซิเจนพร้อมหัวเกจ ร้อยละ 14.00 เครื่องดูดเสมหะ ร้อยละ 12.00 และส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการนำอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ ร้อยละ 75.00

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา พบว่า องค์ประกอบของระบบ มีองค์ประกอบ 3 ระบบ คือ 1) ระบบบริหารอุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ จัดซื้อ จัดทำทะเบียนคุมครุภัณฑ์ ยืมคืนอุปกรณ์ รับบริจาคอุปกรณ์ ซ่อมบำรุง และจำหน่ายอุปกรณ์

การแพทย์ 2) ระบบการบริการยืมคืนอุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ แนวทางการดำเนินงาน เอกสารที่เกี่ยวข้อง สื่อประกอบการใช้งาน การดูแลรักษา การประสานงานขอรับสนับสนุนอุปกรณ์ และการแจกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ 3) ระบบส่งต่อข้อมูลการให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลต้นทางกับศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์

พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยบริการปฐมภูมิกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ การประชาสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือเว็บไซต์ ชื่อ ระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

(จากลิงค์ <https://sites.google.com/view/1-medical-equipment/>)



ภาพที่ 1 คู่มือเว็บไซต์ ชื่อ ระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

โดยแนวทางการดำเนินงานของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา มีรายละเอียด ดังนี้

1. โรงพยาบาลต้นทางส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านทางกลุ่มไลน์ หรือทางโทรศัพท์ที่เบอร์ 044-300820 ของศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ มีเจ้าหน้าที่ของศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ เป็นผู้ควบคุมระบบ

2. เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ มีหน้าที่ในการตรวจสอบข้อมูล บันทึกข้อมูลลงระบบ ประสานงาน ส่งต่อข้อมูล จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ ติดตามอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบสถานะการใช้งานของอุปกรณ์การแพทย์

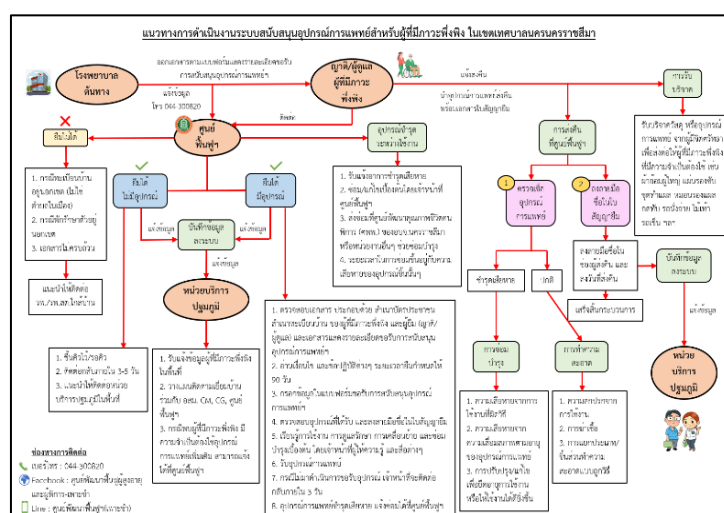
รับคืน และซ่อมบำรุงรักษา แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้

1) ยืมไม่ได้ เนื่องจากทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตเทศบาลนครนครราชสีมา หรือพักอาศัยอยู่นอกเขต หรือเอกสารไม่ครบถ้วน แนะนำให้ติดต่อ รพ.สต. ใกล้บ้าน 2) ยืมได้ ไม่มีอุปกรณ์ รายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จะถูกขึ้นคิวไว้ หรือรอคิว และจะได้รับการติดต่อกลับภายใน 3-5 วัน หรือแนะนำให้ติดต่อหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน 3) ยืมได้มีอุปกรณ์ จัดเตรียมเอกสารให้ครบถ้วน และดำเนินการตามกระบวนการ

3. เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ เป็นหน่วยติดต่อกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยตรง ให้ดำเนินการจัดเตรียมเอกสารสำหรับใช้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ พร้อมทั้งให้ความรู้ สอน

5. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละพื้นที่ส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านกลุ่มไลน์หรือโทรศัพท์ของศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งสามารถติดตามสถานะของอุปกรณ์การแพทย์ และสถานะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้

8. การรับบริจาค ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ที่มีจิตศรัทธา สามารถนำวัสดุ หรืออุปกรณ์ การแพทย์ ที่ไม่ได้ใช้งาน บริจาคได้ที่ศูนย์พัฒนา ฟันฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อส่งต่อให้ผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงที่มีความจำเป็น ได้หมั่นเวียนใช้งานต่อไป



ภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

ทั้งนี้ พบว่าการดำเนินงานของระบบ
สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะ

ฟังฟัง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา ระหว่าง
ระบบเดิมและระบบที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟังฟัง
ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา ระหว่าง ระบบเดิมและระบบที่ปรับปรุงขึ้นใหม่

ระบบเดิม	ระบบใหม่
1. ระบบฐานข้อมูลที่ยังเป็นกระดาษ ไม่สะดวกต่อการนำข้อมูลไปใช้ ไม่สามารถดึงข้อมูลใช้งานได้ทันที	1. บันทึกข้อมูลผ่านรูปแบบออนไลน์ ทำให้สะดวกต่อการนำข้อมูลไปใช้ และหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าถึงข้อมูลผู้ที่มีภาวะฟังฟังได้แบบเรียลไทม์
2. การดำเนินงานกับกลุ่มภาคีเครือข่าย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	2. กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่มีความชัดเจน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบ
3. ขาดการติดตามข้อมูลผู้ที่มีภาวะฟังฟังอย่างต่อเนื่อง	3. การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทาง หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ และกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังฟัง ได้รับการติดตามข้อมูลผู้ที่มีภาวะฟังฟังอย่างต่อเนื่อง
4. กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังฟังไม่เข้าใจในขั้นตอนการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ รวมถึงไม่มีความพร้อมในการใช้งาน หรือดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์	4. การอธิบายขั้นตอนการให้บริการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ การสอน/สาธิต เรียนรู้วิธีการใช้งาน หรือดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ ผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับ คลิปวิดีโอ ให้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังฟัง
5. การบริการไม่ทั่วถึง	5. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชนในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของระบบ
สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะ
ฟังฟัง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา แบ่งเป็น
2 กลุ่มดังนี้

3.1 กลุ่มผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.81, S.D. = 0.37)

3.2 กลุ่มผู้รับบริการคือผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟังฟัง พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.63, S.D. = 0.92)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. จากผลการศึกษาความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับอุปกรณ์การแพทย์ที่ตรงกับความต้องการ และไม่มีปัญหาในการเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณุช วงศ์เจริญ และคณะ⁷ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านกรณีศึกษา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยแบบ

ประคับประคองได้รับการเยี่ยมบ้าน ที่เพิ่มขึ้น มีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์สนับสนุนให้ยืมใช้ที่บ้าน เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ก่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมในการนำอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้งาน ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tase A, Vadhvana B, Buckle P, Hanna G.⁸ ที่ได้ศึกษาความท้าทายด้านการใช้งานอุปกรณ์ทางการแพทย์ในสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ คือ ความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ ความท้าทายที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เอื้ออำนวย และความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบอุปกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความท้าทายต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิคและการฝึกอบรมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้อุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

2. จากผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา พบว่าระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา มีองค์ประกอบของระบบ ได้แก่ 1) ระบบบริหารอุปกรณ์การแพทย์ 2) ระบบการบริการยืมคืนอุปกรณ์การแพทย์ และ 3) ระบบส่งต่อข้อมูลการให้บริการ โดยระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ดำเนินการได้ตามสถานการณ์จริง สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าระบบที่พัฒนาขึ้นทำให้กลุ่มภาคีเครือข่าย

สามารถดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจน การประสานงานที่รวดเร็ว กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าใจในกระบวนการต่าง ๆ เข้าถึงบริการสาธารณสุข และอุปกรณ์การแพทย์ได้เพิ่มขึ้น ได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิยากร อินทะขัน และคณะ⁵ ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาหลังการพัฒนากระบวนการ ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายทุกคนสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิกันต์ดา โหม่งมัตย์⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการให้บริการยืม-คืน วัสดุครุภัณฑ์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ผลการศึกษาหลังการพัฒนา ช่วยลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้กับงานยืม-คืน มีวัตถุประสงค์ เพื่อออกแบบ และพัฒนาระบบการยืม-คืนวัสดุครุภัณฑ์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ออนไลน์ ให้ลดการสัมผัสเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ตอบสนองต่อความต้องการในการใช้บริการ ข้อมูลถูกต้อง รวดเร็ว เพิ่มความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล และรายงานผล

3. จากผลการศึกษาผลลัพธ์ของระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา พบว่าผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีระดับความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นใน

ภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายหลัก 10 ด้านของเทศบาลนครนครราชสีมา¹⁰ โดยเฉพาะในด้านที่ 7 มุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน และครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ โดยสะดวกให้มากยิ่งขึ้น โดยการดำเนินการดังกล่าว มุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงวัย ผู้ป่วยพิการ และผู้ป่วยติดเตียง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระของครอบครัวและค่าใช้จ่าย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนที่เข้มแข็ง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลต้นทาง หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานที่ตรงตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน โดยผู้ดูแลสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์การแพทย์ได้อย่างทั่วถึง ตรงตามความจำเป็นและความต้องการใช้อุปกรณ์การแพทย์ในการดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ระบบดังกล่าวยังเอื้อต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ช่วยให้สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแล และเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ได้อย่างเหมาะสม

เพียงพอ ตรงกับความต้องการในการนำไปใช้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 การจัดการฐานข้อมูล โดยใช้ระบบออนไลน์ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลมาถึงหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ และดึงข้อมูลใช้งานได้ทันที มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลออนไลน์เพิ่มเติมจากเดิม ที่สามารถโต้ตอบระหว่างเจ้าหน้าที่ได้ทันที มีการพัฒนาค้างข้อมูลร่วมกัน เพิ่มฟังก์ชันการทำงาน

1.2 การเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รับทราบข่าวสาร และเข้าถึงการบริการมากยิ่งขึ้น มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด ทั้งนี้ ควรเพิ่มกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ หรือประสานงานกับผู้นำชุมชน ทำให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเข้าถึงข้อมูลได้เร็วขึ้น และเพิ่มการประชาสัมพันธ์รูปแบบออนไลน์ผ่านเว็บไซต์หลักของเทศบาลนครนครราชสีมา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระบบสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ฯ ของเทศบาลนครนครราชสีมา กับหน่วยงานอื่น ในลักษณะงานที่คล้ายกัน เพื่อวิเคราะห์แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ เรียนรู้จุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละระบบ และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการจัดทำ แนวทางปฏิบัติงาน มาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) เพื่อให้การดำเนินงานมีมาตรฐาน และลด ความผิดพลาด โดยระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมทั้งมีการลงนามรับรองเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้ยืนยันความถูกต้อง และเป็นทางการ มีกำหนด ระยะเวลาในการ ทบทวน และปรับปรุง SOP อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และ บริบทขององค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา ที่สนับสนุนการทำวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนกลุ่มภาคีเครือข่าย กลุ่ม ผู้ดูแล กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และตัวแทน อสม. ที่มี ส่วนร่วมในวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสมบูรณ์ สำเร็จ ลุล่วงตามวัตถุประสงค์เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.
รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล
สถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อน
การดำเนินงาน [อินเทอร์เน็ต].
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567
[เข้าถึงเมื่อ 18 ก.พ. 2568].
เข้าถึงได้จาก:
https://eh.anamai.moph.go.th/th/3222568/download?id=123560&mid=123560&mid=39530&mkey=m_document&lang=th&did=36186
2. กองบริหารการสาธารณสุข.
คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับ
ระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ. สถิติผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ในแต่ละปีงบประมาณโปรแกรม LTC
ผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต].
กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ; 2568
[เข้าถึงเมื่อ 18 ก.พ. 2568].
เข้าถึงได้จาก:
<https://ltc.anamai.moph.go.th/>
4. เทศบาลนครนครราชสีมา.
รายงานประจำปีศูนย์พัฒนาฟื้นฟู
ผู้สูงอายุและผู้พิการ เทศบาลนคร
นครราชสีมา.
นครราชสีมา: ศูนย์พัฒนาฟื้นฟู
ผู้สูงอายุและผู้พิการ; 2567
5. นิยากร อินทะขัน, วัชรภรณ์ ทองมี,
เจริญพงษ์ ประสิทธิ์เก. การพัฒนา
กระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วย
ระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
อำเภอเขาชะเมา จังหวัดมหาสารคาม,
วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;
30(5): 845-53.
6. Kemmis S, McTaggart R. The
Action research planner. 3rd ed.
Geelong: Deakin University; 1988.

7. วรณัฐ วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชตธนรัชต์, พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2563; 14(2): 26-37.
8. Tase A, Vadhwa B, Buckle P, Hanna GB. Usability challenges in the use of medical devices in the home environment: A systematic review of literature. Appl Ergon. 2022; 103: 103769.
9. วิภาณต์ดา โหม่งมัตย์. การพัฒนาระบบการให้บริการยืม-คืนวัสดุครุภัณฑ์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14; วันที่ 7-8 กรกฎาคม 2565; นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2565. หน้า 1721-9.
10. เทศบาลนครนครราชสีมา. รายงานสถิติผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครราชสีมา ไตรมาสที่ 1 เดือนตุลาคม 2567 - มกราคม 2568. นครราชสีมา: เทศบาลนครนครราชสีมา; 2568.

การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

มานะ เปาทุย¹

(วันที่รับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 6 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 19 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยแบ่งเป็นระยะที่ 1 (R1) ศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 34 คน โดยใช้การอภิปรายร่วมกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในพื้นที่เพื่อศึกษาบริบท ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานจริง ระยะที่ 2 (D1) พัฒนายกร่างโปรแกรมโดยบูรณาการผลจาก R1 ร่วมกับองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระยะที่ 3 (R2) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยการศึกษากึ่งทดลองในสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-test และระยะที่ 4 (D2) การสังเคราะห์และปรับปรุงสะท้อนผลลัพธ์จาก R2 เพื่อปรับปรุงโปรแกรมและจัดทำข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในระยะ R1 พบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขเห็นว่าควรประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรมอย่างครบถ้วน เนื่องจากสตรีในพื้นที่ยังขาดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการคัดกรอง ในระยะ D2 ได้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรมตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาประสิทธิผลในระยะ R2 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่ม และบางองค์ประกอบแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การสังเคราะห์ในระยะ D2 ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมมีศักยภาพในการเสริมสร้างปัจจัยเชิงจิตสังคมที่เอื้อต่อการตัดสินใจเชิงพฤติกรรมและสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนได้

คำสำคัญ: การวิจัยและพัฒนา, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, มะเร็งปากมดลูก, พฤติกรรมสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร,

E-mail: Mana.ktb@gmail.com

Corresponding author: มานะ เปาทุย, E-mail: Mana.ktb@gmail.com

Development and Effectiveness of a Health Promotion Program Applying the Health Belief Model to Enhance Cervical Cancer Screening Behaviors among Women in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province

Mana Paothui¹

(Received: 5th November 2025; Revised: 8th December 2025; Accepted: 19th January 2026)

Abstract

This research and development (R&D) aimed to develop and evaluate a Health Belief Model-based health promotion program to enhance cervical cancer screening behaviors among women in Muang District, Samut Sakhon Province. The study was conducted in four phases. Phase 1 (R1) involved a qualitative exploration among 34 public health personnel to identify local contexts, challenges, and implementation needs through group discussions. Phase 2 (D1) focused on developing a draft program by integrating Phase 1 findings with the core HBM constructs, which was subsequently assessed for content validity by a panel of experts. Phase 3 (R2) examined the effectiveness of the developed program using a quasi-experimental design. A total of 80 women aged 30-60 years were purposively selected and assigned to either an intervention group (n = 40) or a comparison group (n = 40). Data were collected between September and December 2025. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test and independent t-test. Phase 4 (D2) involved the synthesis and refinement of the program based on the findings from Phase 3.

The findings from Phase 1 indicated that public health personnel emphasized the importance of comprehensively applying the Health Belief Model as a guiding framework, as women in the area still lacked accurate knowledge and awareness regarding cervical cancer and screening. The developed program comprised six activities aligned with the core constructs of the Health Belief Model. The effectiveness evaluation revealed that, after the intervention, the intervention group demonstrated significantly increased scores in knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and intention to undergo cervical cancer screening. Significant within-group improvements were observed, and some components also differed significantly from those of the comparison group (p-value <0.05).

The synthesis suggested that the program has strong potential to enhance psychosocial determinants that facilitate behavioral decision-making and can be adapted for use within community-based health service systems.

Keywords: Research and Development, Health promotion program, Health belief model, Cervical cancer, Health behavior

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional, Samutsakorn District Public Health Office, Muang District, Samutsakorn Province, E-mail: Mana.ktb@gmail.com
Corresponding author: Mana Paothui, E-mail: Mana.ktb@gmail.com

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองและการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรการสำคัญที่สามารถลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญ¹ อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายและระบบบริการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้ารับบริการของสตรียังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยทำงานและสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลา เศรษฐกิจ และบริบททางสังคม^{2,3}

จังหวัดสมุทรสาครเป็นพื้นที่ที่มีบริบททางประชากรและสังคมเฉพาะ โดยมีสตรีวัยทำงานเป็นสัดส่วนที่สูงและมีรูปแบบการดำรงชีวิตที่ซับซ้อน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงและการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพเชิงป้องกัน งานวิจัยเชิงวิเคราะห์ในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่า พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไม่ได้ขึ้นอยู่กับการเข้าถึงบริการเพียงอย่างเดียว แต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรับรู้และความเชื่อหลายประการ โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการ⁴ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยเชิงจิตสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจของสตรี แม้จะมีบริการรองรับอยู่แล้วก็ตาม ทั้งนี้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM) เป็นกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการอธิบายและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยเน้นบทบาทของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตน⁵ งานวิจัยจำนวนมากพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความเหมาะสม

ในการอธิบายพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะในบริบทที่การตัดสินใจของบุคคลได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ส่วนบุคคล⁶ แม้งานวิจัยเชิงวิเคราะห์ในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาครจะยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองของสตรี⁴ แต่งานวิจัยดังกล่าวยังคงอยู่ในระดับการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และยังไม่ได้ตอบคำถามเชิงพัฒนาได้ว่าองค์ประกอบเหล่านี้ควรถูกแปลงเป็นกิจกรรมและสื่ออย่างไรเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของสตรีในพื้นที่ นอกจากนี้ การดำเนินงานส่งเสริมการตรวจคัดกรองที่ผ่านมาส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในรูปแบบของการให้ความรู้หรือการณรงค์ทั่วไป และยังขาดกระบวนการพัฒนาโปรแกรมที่มีการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

ในเชิงระเบียบวิธี การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพไม่สามารถอาศัยเพียงหลักฐานเชิงทฤษฎีหรือผลการวิจัยจากบริบทอื่นมาปรับใช้โดยตรงได้ เนื่องจากการตัดสินใจด้านสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากเงื่อนไขเชิงสังคม เศรษฐกิจ ระบบบริการ และประสบการณ์ชีวิตในบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่⁷ แม้งานวิจัยจำนวนมากจะยืนยันความเหมาะสมของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรม^{6,7} แต่ยังขาดกระบวนการที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าทฤษฎีดังกล่าวถูกนำไปใช้ประกอบในการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ได้อย่างไร ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นกรอบการดำเนินงานเพื่อเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ากับหลักฐานเชิงบริบทอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งไม่เพียงอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเท่านั้น แต่ยังมุ่งสร้างรูปแบบของโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนได้ กระบวนการดังกล่าว

เปิดโอกาสให้บุคลากรในพื้นที่ โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานจริง มีบทบาทในการสะท้อนปัญหา ข้อจำกัด และความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน จากกรอบคิดนี้ การพัฒนาโปรแกรมจึงมิได้เป็นเพียงการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในเชิงเนื้อหาเท่านั้น หากแต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหลักฐานเชิงทฤษฎี หลักฐานเชิงพื้นที่ และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีความเหมาะสมเชิงบริบทและมีศักยภาพในการนำไปใช้จริงบนฐานแนวคิดดังกล่าว กรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษาครั้งนี้จึงถูกกำหนดขึ้นเพื่อสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R1-D1-R2-D2) องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และผลลัพธ์ด้านความรู้ การรับรู้ และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของสตรีในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2568 ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (R1) การศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ศึกษา ระยะที่ 2 (D1) พัฒนายกร่างโปรแกรมโดยบูรณาการจาก R1

ร่วมกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 3 (R2) การศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาในกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ศึกษา แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติปกติ และระยะที่ 4 (D2) สังเคราะห์และปรับปรุงสะท้อนผลลัพธ์จาก R2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 17 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร แห่งละ 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน ส่วนการศึกษาเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือสตรีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยการได้มาซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่าง มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power 3.1.9.7 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ Power analysis โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.95 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในช่วงขนาดใหญ่ คือ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คนต่อกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 40 คน รวมทั้งหมด 80 คน จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เพศหญิงอายุ 30-60 ปี 2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ความรับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มากกว่า 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถให้ความยินยอมโดยสมัครใจได้อย่างสมบูรณ์ 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ และ 3) มีการย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ สำหรับระยะวิจัยขั้นที่ 1 (R1) การศึกษาเชิงคุณภาพใช้แนวทางการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาบริบทการดำเนินงานจริง ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ศึกษา เนื้อหาของแนวคำถามครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) ประสบการณ์และรูปแบบการดำเนินงานด้านการตรวจคัดกรองในปัจจุบัน (2) การประยุกต์ใช้แนวคิด HBM ในการดำเนินงานที่ผ่านมา และองค์ประกอบของ HBM ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสตรีมากที่สุด (3) ปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองในบริบทการปฏิบัติงานจริง และ (4) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ แนวคำถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปรับปรุงถ้อยคำและลำดับคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะการวิจัยขั้นที่ 2 (R2) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกในสตรี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 (R1) ร่วมกับผลการศึกษาวิจัยในพื้นที่³ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแปลงองค์ประกอบเชิงแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง และวิดีโอคลิปประกอบกิจกรรมจำนวน 6 คลิป ซึ่งครอบคลุม 6 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “ฉันเสี่ยงหรือไม่” เพื่อสร้างความรู้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยาย ใช้วิดีโอคลิปและอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมที่ 2 “มะเร็งปากมดลูกรุนแรงแค่ไหนนะ” โดยการบรรยาย ใช้วิดีโอคลิปและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก กิจกรรมที่ 3 “ฉันจะป้องกันได้อย่างไร” เพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยาย ใช้วิดีโอคลิปและกิจกรรมสุนทรียสนทนา กิจกรรมที่ 4 “อุปสรรคของฉันคืออะไร” โดยการบรรยาย ใช้วิดีโอคลิปและกิจกรรมสุนทรียสนทนา เพื่อสร้างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กิจกรรมที่ 5 “ฉันสามารถ” โดยการบรรยาย ใช้วิดีโอคลิปและการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อสร้างการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการไปรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ กิจกรรมที่ 6 “ฉันทำได้” โดยการบรรยาย ใช้วิดีโอคลิป และกรณีศึกษา พร้อมทั้งสร้างข้อตกลงร่วมกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1.5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ การประเมินผลของโปรแกรมใช้รูปแบบ Two-group pretest-posttest design โดยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม

(Pretest) ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Posttest) ในสัปดาห์ที่ 7

2.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ข้อ เช่น อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบตัวเลือกถูก-ผิด ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับความรู้ที่สูงขึ้น

ส่วนที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มากที่สุด ถึง 1 = น้อยที่สุด) ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ (คะแนน 10-50) (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จำนวน 7 ข้อ (คะแนน 7-35) (3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ (คะแนน 7-35) (4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ (คะแนน 6-30) (5) การรับรู้ศักยภาพแห่งตน จำนวน 7 ข้อ (คะแนน 7-35) และ (6) แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ (คะแนน 6-30) โดยคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 43-215 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ถึง 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองที่สูงขึ้น

แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่นตามวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นของกระบวนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1: การวิจัยขั้นที่ 1 (Research Phase 1: R1) ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 17 แห่ง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา ก่อนให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แห่งละ 2 คน รวม 34 คน จัดการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน โดยก่อนเริ่มการอภิปราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในพื้นที่³ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสะท้อนบริบทและกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทั้งนี้การอภิปรายดำเนินการ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร ใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 1 ชั่วโมง ข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกและนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบโครงสร้าง

เนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมในระยะเวลาพัฒนาขั้นที่ 1

ระยะที่ 2: การพัฒนาขั้นที่ 1 (Development phase 1: D1) ในระยะนี้ ผู้วิจัยนำผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากระยะ R1 มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดและองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อออกแบบและพัฒนาโครงร่างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดวัตถุประสงค์เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และสื่อประกอบให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จากนั้นนำโครงร่างโปรแกรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งพบว่าค่า I-CVI ของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 แสดงถึงความเหมาะสมของเนื้อหาในระดับยอมรับได้ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม ให้มีความชัดเจน ครบถ้วนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ก่อนนำไปใช้ในการประเมินประสิทธิผลในระยะถัดไป

ระยะที่ 3 การวิจัยขั้นที่ 2 (Research Phase 2: R2) ระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา ขั้นตอนดำเนินงานและสิทธิของผู้เข้าร่วม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถาม (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นจึงดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ (Usual care) ซึ่งเป็นการรณรงค์ให้ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางปกติของสถานบริการ (สัปดาห์ที่ 1-6) ส่วนกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอีกครั้ง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม (Post-test)

ระยะที่ 4 การพัฒนาขั้นที่ 2 (Development phase 2: D2) ในระยะนี้ ผู้วิจัยนำผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจากระยะ R2 มาสังเคราะห์และวิเคราะห์เชิงบูรณาการเพื่อพิจารณาทั้งผลลัพธ์ด้านกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ของโปรแกรมผลการสังเคราะห์ดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการปรับปรุงกิจกรรม เนื้อหา และแนวทางการดำเนินงานของโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนการศึกษาเชิงทดลองวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองด้วยสถิติ Chi-square test/Fisher's exact test เพื่อยืนยันความเท่าเทียมของลักษณะพื้นฐาน (Baseline equivalence) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค รับรู้ศักยภาพแห่งตนและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent's t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

เอกสารรับรองเลขที่ SK 2568-005 วันที่รับรอง
1 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Research 1: R1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทั้งหมด 34 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 26 คน (ร้อยละ 76.5) เพศชาย 8 คน (ร้อยละ 23.5) มีอายุระหว่าง 25-59 ปี อายุเฉลี่ย 39.8 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 30 คน (ร้อยละ 88.2) และระดับปริญญาโท 4 คน (ร้อยละ 11.8) โดยมีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 คน (ร้อยละ 50.0) พยาบาล 14 คน (ร้อยละ 41.2) นักวิชาการสาธารณสุข 5 คน (ร้อยละ 14.7) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 18 ปี จากการอภิปรายกลุ่มหลังสะท้อนข้อมูลที่ได้จากศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า 1) ต้องการให้พัฒนาโปรแกรม เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันของอำเภอเมืองสมุทรสาคร ยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน กลุ่มตัวอย่างเห็นควรให้มีการพัฒนาซึ่งจะเป็นประโยชน์กับสตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่า “อยากให้มีการพัฒนาเพื่อประชาชนของเรา เพราะที่ผ่านมาเราไม่เคยทำไม่เคยมี” “เห็นด้วยเพราะการพัฒนาโปรแกรมจะช่วยทำให้เขารู้ เขาตระหนักในส่วนที่เขายังเข้าใจผิด ๆ” 2) ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ เนื่องจากตรงกับสิ่งที่กลุ่มเป้าหมายขาด หากใช้แบบแผนนี้มาประยุกต์ในทุกองค์ประกอบ สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่า “มันตรงกับที่เขาขาดทุกอันเลย ทั้งการรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์ อุปสรรค มันใช้ไปหมดในสิ่งที่เขาควรต้องตระหนัก” “แบบแผนความเชื่อ ชื่อโมเดลก็บอกแล้วว่าเขาคงต้องเชื่อต้องรู้ เขาก็จะทำ คิดว่าตรงนี้ตอบโจทย์มากๆ” 3) ควรมีสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยที่ผ่านมาระณรงค์เป็นเพียงการบอกเล่า ประกาศเสียงตามสาย

การใช้ไลน์แอปพลิเคชัน และนัดหมายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การที่มีสื่อประกอบ เช่น วิดีโอคลิป และแผนการเรียนรู้สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจ เข้าใจ มั่นใจและเห็นประโยชน์รวมถึงตระหนักถึงประโยชน์ของการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่า “อยากได้วิดีโอคลิปในเรื่องนี้ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายจะได้เห็นชัด ๆ เหมือนดูละครที่เป็นตัวเราจริง ๆ” “สื่อมีความจำเป็นในโปรแกรม เพราะเวลาสอนเราก็ได้แต่พูด ถึงมีภาพมันก็ไม่เคลื่อนไหว อยากได้สื่อที่มันตรงกับกลุ่มชาวบ้านของเรา เขาจะได้ดูแล้วเกิดความกลัวความตระหนัก”

ผลการพัฒนาโปรแกรม (Development phase 1: D1) จากข้อค้นพบในระยะ R1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาบูรณาการร่วมกับกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง และวิดีโอคลิปประกอบ 6 คลิป ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค การรับรู้ความศักยภาพของตนเอง และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

ผลการศึกษาเชิงทดลอง (Research 2: R2) พบว่าคุณลักษณะด้านประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) แสดงให้เห็นถึงความเท่าเทียมกันของลักษณะพื้นฐาน (Baseline equivalence) ระหว่างทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มการทดลอง ซึ่งสะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมตามตัวแปรผลลัพธ์ ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้หลังการทดลอง (Mean = 6.90, S.D. = 2.06) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนการทดลอง (Mean = 5.57, S.D. = 2.39) โดยผล Paired t-test = -5.823, p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง (p-value = 0.173) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.765) สะท้อนความเท่าเทียมกันของระดับความรู้พื้นฐานก่อนเริ่มโปรแกรม แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.012) (ดังตารางที่ 2)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงหลังการทดลอง (Mean = 41.42, S.D. = 7.23) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนการทดลอง (Mean = 32.80, S.D. = 7.38) โดยผล Paired t-test = -6.731, p-value < 0.001 ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง (p-value = 0.057) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.078) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.039) (ดังตารางที่ 2)

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงหลังทดลอง (Mean = 31.17, S.D. = 3.35) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนทดลอง (Mean = 26.92, S.D. = 4.46) โดยผล Paired t-test = -7.714, p-value < 0.001 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง (p-value = 0.069) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.704) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.011) (ดังตารางที่ 2)

4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์หลังทดลอง (Mean = 33.75, S.D. = 2.54) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนทดลอง (Mean = 29.75, S.D. = 5.96) โดยผล Paired t-test = -4.785, p-value < 0.001 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง (p-value = 0.718) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.618) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ดังตารางที่ 2)

5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคหลังทดลอง (Mean = 15.85, S.D. = 6.47) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนทดลอง (Mean = 11.40, S.D. = 4.8) โดยผล Paired t-test = -6.294, p-value < 0.001 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง (p-value

= 0.183) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการทดลอง คะแนนไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.113 และ p -value = 0.409 ตามลำดับ) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลเฉพาะภายในกลุ่มทดลอง แต่ยังไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

6. การรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Self-efficacy)

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพแห่งตนหลังทดลอง (Mean = 31.30, S.D. = 5.03) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนทดลอง (Mean = 27.00, S.D. = 6.99) โดยผล Paired t-test = -4.441, p -value < 0.001 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง (p -value = 0.289) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการทดลอง คะแนนไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.165 และ p -value = 0.160 ตามลำดับ) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลเฉพาะภายในกลุ่มทดลอง แต่ยังไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจหลังทดลอง (Mean = 26.77, S.D. = 3.75) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนทดลอง (Mean = 23.02, S.D. = 5.42) โดยผล Paired t-test = -4.529, p -value < 0.001 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง (p -value = 0.343) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.932) แต่ภายหลัง

การทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.003) (ดังตารางที่ 2)

8. คะแนนรวมของความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมของความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลอง (Mean = 175.05, S.D. = 19.40) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากก่อนทดลอง (Mean = 155.80, S.D. = 18.58) โดยผล Paired t-test = -5.282, p -value < 0.001 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง (p -value = 0.664) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.123) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.038) (ดังตารางที่ 2)

9. ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งต่อไป

ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการมีพฤติกรรมหลังทดลอง (Mean = 41.42, S.D. = 7.58) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากก่อนทดลอง (Mean = 37.87, S.D. = 8.77) โดยผล Paired t-test = -3.100, p -value = 0.004 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง (p -value = 0.747) (ดังตารางที่ 1) ด้านผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.850) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.022) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรม
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ
ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนการ ทดลอง Mean (S.D.)	หลังการ ทดลอง Mean (S.D.)	Paired t-test	p-value
ความรู้	กลุ่มทดลอง	5.57(2.39)	6.90(2.06)	-5.823	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	5.42(2.06)	5.57(1.83)	-1.389	0.173
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรค	กลุ่มทดลอง	32.80(7.38)	41.42(7.23)	-6.731	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35.52(6.79)	35.82(6.99)	-1.964	0.057
การรับรู้ความรุนแรง ของการเป็นโรค	กลุ่มทดลอง	26.92(4.46)	31.17(3.35)	-7.714	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	27.32(4.89)	28.57(5.31)	-1.872	0.069
การรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติตน	กลุ่มทดลอง	29.75(5.96)	33.75(2.54)	-4.785	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30.40(5.65)	30.10(5.39)	0.364	0.718
การรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติตน	กลุ่มทดลอง	11.40(4.81)	15.85(6.47)	-6.294	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.30(5.74)	13.45(5.83)	-1.356	0.183
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน	กลุ่มทดลอง	27.00(6.99)	31.30(5.03)	-4.441	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	29.07(6.22)	29.57(5.81)	-1.074	0.289
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	23.02(5.42)	26.77(3.75)	-4.529	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	23.12(4.98)	23.72(5.17)	-0.960	0.343
คะแนนรวมความเชื่อ	กลุ่มทดลอง	155.80(18.58)	175.05(19.40)	-5.282	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	163.37(24.47)	164.52(24.85)	-0.438	0.664
ความตั้งใจในการมี พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	37.87(8.77)	41.42(7.58)	-3.100	0.004*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	37.52(7.72)	37.20(8.57)	0.325	0.747

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความตั้งใจ
ในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	ระยะเวลา ในการวัด	กลุ่มทดลอง Mean (S.D.)	กลุ่ม เปรียบเทียบ Mean (S.D.)	Independent t-test	p-value
ความรู้	ก่อน	5.57 (2.39)	5.42(2.06)	0.300	0.765
	หลัง	6.90(2.06)	5.57(1.83)	2.580	0.012*
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ก่อน	32.80(7.38)	35.52(6.79)	-1.788	0.078
	หลัง	41.42(7.23)	35.82(6.99)	2.098	0.039*
การรับรู้ความรุนแรง	ก่อน	26.92(4.46)	27.32(4.89)	-0.382	0.704
	หลัง	31.17(3.35)	28.57(5.31)	2.617	0.011*

ตัวแปร	ระยะเวลา ในการวัด	กลุ่มทดลอง	กลุ่ม เปรียบเทียบ	Independent t-test	p-value
		Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
การรับรู้ประโยชน์ของ	ก่อน	29.75(5.96)	30.40(5.65)	-0.500	0.618
การปฏิบัติตน	หลัง	33.75(2.54)	30.10(5.39)	3.871	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของ	ก่อน	11.40(4.81)	13.30(5.74)	-1.604	0.113
การปฏิบัติตน	หลัง	15.85(6.47)	13.45(5.83)	0.829	0.409
การรับรู้ศักยภาพ	ก่อน	27.00(6.99)	29.07(6.22)	-1.402	0.165
แห่งตน	หลัง	31.30(5.03)	29.57(5.81)	1.418	0.160
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	ก่อน	23.02(5.42)	23.12(4.98)	-0.086	0.932
ในการป้องกันโรค	หลัง	26.77(3.75)	23.72(5.17)	3.018	0.003*
คะแนนรวมความเชื่อ	ก่อน	155.80(18.58)	163.37(24.47)	-1.559	0.123
ด้านสุขภาพ	หลัง	175.05(19.40)	164.52(24.85)	2.111	0.038*
ความตั้งใจในการมี	ก่อน	37.87(8.77)	37.52(7.72)	0.189	0.850
พฤติกรรม	หลัง	41.42(7.58)	37.20(8.57)	2.333	0.022*

ผลการพัฒนาขั้นที่ 2 (Development phase 2: D2) ผู้วิจัยได้นำผลการประเมินประสิทธิผลจากระยะ R2 มาสังเคราะห์เชิงบูรณาการ เพื่อสะท้อนความเหมาะสมของโปรแกรมทั้งในด้านกระบวนการดำเนินงานและศักยภาพในการนำไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน ผลการสังเคราะห์พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลต่อองค์ประกอบสำคัญบางด้านอย่างชัดเจน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรอง สะท้อนว่าเนื้อหาและกิจกรรมสามารถสร้างความตระหนักและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบบางด้าน เช่น การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ศักยภาพแห่งตน ยังได้รับอิทธิพลจากข้อจำกัดเชิงบริบทของสตรีวัยทำงาน เช่น เวลา ภาระงาน ครอบครัว และการเข้าถึงบริการ จากผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงโปรแกรม ได้แก่ การปรับเนื้อหาให้กระชับและเข้าใจง่าย การเพิ่มกรณีตัวอย่างจากสถานการณ์จริง การปรับรูปแบบกิจกรรมให้ยืดหยุ่น พร้อมทั้งจัดทำ

แนวทางการบูรณาการโปรแกรมเข้ากับกิจกรรมบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้จริงอย่างยั่งยืน

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ออกแบบขึ้นเพื่อเชื่อมโยงหลักฐานเชิงทฤษฎีจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เข้ากับบริบทเชิงพื้นที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบเป็นขั้นเป็นตอน (R1-D1-R2-D2) โดยเริ่มจากการสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ (R1) นำมาสู่การออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบท (D1) จากนั้นทดสอบประสิทธิผลเชิงประจักษ์ (R2) และสังเคราะห์เพื่อการปรับปรุง (D2) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อความรู้ องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลายด้าน และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ขณะที่คุณลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันก่อนเริ่มการทดลอง สะท้อนว่าผลลัพธ์ที่พบสามารถอธิบายได้จากผลของโปรแกรมเป็นหลัก ไม่ใช่จากความแตกต่างของ

พื้นฐานประชากร ผลลัพธ์ดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์จากการประเมินร่วมกันของการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจเชิงพฤติกรรมของบุคคล⁵ ทั้งนี้โดยผู้วิจัยได้อภิปรายตามตัวแปรศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่เปลี่ยนแปลง แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่มและสื่อวิดีโอคลิปที่ออกแบบให้เข้าใจง่ายเหมาะสมกับบริบทของชุมชน มีส่วนช่วยให้ผู้หญิงในพื้นที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ใช้การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมและใช้สื่อหลากหลาย สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานว่าการประยุกต์ใช้ HBM สามารถเพิ่มความรู้และกระตุ้นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองได้อย่างมีนัยสำคัญ^{9,10} และเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในระยะต่อไป ทั้งนี้สอดคล้องกับองค์ประกอบ “การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร” และ “แรงจูงใจด้านสุขภาพ” ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากแหล่งที่เชื่อถือได้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการพิจารณาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่าคะแนนทั้งสององค์ประกอบของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง สะท้อนว่าเนื้อหาของโปรแกรมที่เชื่อมโยงข้อมูลทางวิชาการกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ เช่น สถิติการป่วยและเสียชีวิต ตลอดจนกรณีตัวอย่างที่ใกล้ตัว สามารถทำให้ผู้หญิงตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคและหากป่วย

จะส่งผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัวอย่างไร ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ระบุว่า เมื่อบุคคลรับรู้ตัวตนเองมีโอกาสเสี่ยงสูง และโรคมะเร็งรุนแรง จะมีแนวโน้มมองว่าพฤติกรรมการป้องกัน เช่น การตรวจคัดกรอง มีความจำเป็นและควรรีบดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศ^{11,12} และต่างประเทศ^{9,13} ที่พบว่าโปรแกรมที่มุ่งเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ช่วยเพิ่มการยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. การรับรู้ประโยชน์และแรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ทั้งในแง่การตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ลดโอกาสการเสียชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายระยะยาว สามารถทำให้ผู้หญิงมองเห็นความคุ้มค่าของการเข้ารับบริการมากขึ้น ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบว่าการเน้นย้ำประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการลดความเข้าใจผิดช่วยเพิ่มความตั้งใจและอัตราการเข้ารับบริการได้ดี^{9,14} ทั้งยังสอดคล้องกับองค์ประกอบ “การรับรู้ประโยชน์” และ “แรงจูงใจ” ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนของบุคคล

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน พบว่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่ม แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่าง การเพิ่มขึ้นของคะแนนอาจสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมเริ่มมองเห็นและสามารถระบุอุปสรรคที่แท้จริงของตน เช่น ความอาย ความกังวลเรื่องความเจ็บปวดเวลาในการเดินทาง หรือภาระงานมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการเปิดให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ในกิจกรรมกลุ่ม อย่างไรก็ตาม การที่คะแนนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอาจบ่งชี้ว่าโปรแกรมยังไม่สามารถลดอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่ยูนอกเหนือการควบคุมของผู้หญิง เช่น เวลาให้บริการที่จำกัด จำนวนบุคลากรและปัจจัยด้านเศรษฐกิจได้อย่างชัดเจน แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่แทรกกิจกรรมปรับระบบบริการหรือจัดบริการเคลื่อนที่ร่วมด้วย ซึ่งสามารถลดการรับรู้อุปสรรคลงได้อย่างมีนัยสำคัญ^{15,16} ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมในอนาคตควรบูรณาการมาตรการด้านระบบบริการ เช่น การจัดรอบตรวจเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน การใช้ระบบนัดหมายล่วงหน้า หรือบริการตรวจนอกเวลาราชการ เพื่อช่วยลดอุปสรรคให้สอดคล้องกับองค์ประกอบการรับรู้อุปสรรคในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเต็มที่มากขึ้น

5. การรับรู้ศักยภาพแห่งตน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่ม แต่คะแนนหลังทดลองยังไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อาจเป็นไปได้ว่าการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์สามารถเพิ่มความมั่นใจในระดับหนึ่ง แต่การสร้างการรับรู้ศักยภาพแห่งตนให้สูงกว่าอย่างเด่นชัดจำเป็นต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติจริงและการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง¹⁷ เช่น การสาธิตขั้นตอนการตรวจโดยบุคลากรการฝึกปฏิบัติการใช้ชุดตรวจด้วยตนเองหรือการให้คำปรึกษารายบุคคลงานศึกษาที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผ่านมาระบุว่าการเสริมประสบการณ์ตรงและการให้ผลสะท้อนกลับส่วนบุคคลมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มการรับรู้ศักยภาพแห่งตน^{6,18} ซึ่งควรนำมาปรับใช้เพิ่มเติมในโปรแกรมในอนาคต เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ประกอบนี้ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

6. ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองครั้งต่อไปและคะแนนรวมของความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และการรับรู้ในองค์ประกอบต่าง ๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลไปยังเจตคติและความตั้งใจเชิงพฤติกรรม^{19,20} ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{21,22} และแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มองว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการประเมินร่วมกันของการรับรู้

ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความเชื่อมั่นของตนเอง หากองค์ประกอบส่วนใหญ่ปรับตัวไปในทิศทางที่เอื้อต่อสุขภาพ ย่อมนำไปสู่ความตั้งใจและโอกาสในการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สนับสนุนความเหมาะสมและประสิทธิผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในบริบทของจังหวัดสมุทรสาครทั้งในมิติของกระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาในระยะ R2 เป็นการศึกษาที่ทดลอง จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ทั้งหมด แม้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก็ตาม ทั้งนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่ปัจจัยภายนอก เช่น การรณรงค์จากหน่วยงานอื่น หรือข้อมูลจากสื่อสาธารณะ อาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วัดพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจริงโดยตรง แต่ใช้ “ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม” เป็นตัวแปรผลลัพธ์แทน เนื่องจากแนวปฏิบัติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกำหนดให้ตรวจในรอบระยะเวลา 3-5 ปี ทำให้ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมจริงได้ภายในช่วงเวลาการทดลองระยะสั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1) ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้ การรับรู้และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมจากโปรแกรมจะนำไปสู่การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองจริงหรือไม่ โดยอาจใช้ข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น เวชระเบียน หรือฐานข้อมูลการรับบริการ ทั้งนี้ควรสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมในพื้นที่อื่นของจังหวัดสมุทรสาคร

1.2) ควรบูรณาการโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ากับงานบริการปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสามารถนำรูปแบบหรือโปรแกรมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานส่งเสริมสุขภาพสตรีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีอื่น เช่น Theory of Planned behavior (TPB), Social cognitive theory (SCT) เพื่อประเมินว่าทฤษฎีใดเหมาะสมกับกลุ่มสตรีวัยทำงานมากที่สุด นอกจากนี้ควรมีการทดสอบโปรแกรมในกลุ่มที่มีความหลากหลาย เช่น สตรีแรงงานต่างด้าว สตรีชนกลุ่มน้อย หรือสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อดูความสามารถในการประยุกต์ใช้ในบริบทต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO releases new estimates of the global burden of Cervical cancer associated with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Suwantaroj J, Sripan P, Kallawicha K, Tso J, Singweratham N, Siewchaisakul P. The Utilization of Human Papillomavirus Testing for Cervical Cancer Screening in Thailand: A Comparison of Screening with and without Self-sampling Samples. Asian Pac J Cancer Prev. 2025; 26(9): 3469-75.
3. Department of Health. Cervical cancer screening situation report among Thai women, 2023. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023.
4. มานะ เปาทุย, ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, ฐาปกรณ์ เรือนใจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2568; 8(1): 55-67.
5. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015. p. 75-94.
6. Wichachai S, Songserm N, Akakul T, Kuasiri C. Effects of Application of Social Marketing Theory and the Health Belief Model in Promoting Cervical Cancer Screening among Targeted Women in Sisaket Province, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(7): 3505-10.
7. Wyatt LC, Chebli P, Patel S, Alam G, Naeem A, Maxwell AE, et al. A Culturally Adapted Breast and Cervical Cancer Screening Intervention Among Muslim Women in New York City: Results from the MARHABA Trial. J Cancer Educ. 2023; 38(2): 682-90.
8. เสาวราภรณ์ แผงสะโต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567; 5(2): 370-81.
9. Thahirabanuibrahim, Logaraj M. The effect of the health belief model education for cervical cancer prevention, screening promotion among rural women in Chengalpattu district, Tamil Nadu (HBMECC). J Educ Health Promot. 2023; 12: 166.
10. Samami E, Seyedi-Andi SJ, Bayat B, Shojaeizadeh D, Tori NA. The effect of educational intervention based on the health belief model on knowledge, attitude, and function of women about Pap smear test at Iranian health centers: A randomized controlled clinical trial. J Educ Health Promot. 2021; 10: 22.

11. Weschasat T, Wetchasat N, Chuemchit M. The edutainment program on knowledge, perception, and uptake of cervical cancer screening among Muslim women in Southern Thailand: a quasi experimental study. BMC Public Health. 2024; 24(1): 1803.
12. Kanjanawilai N, Wisarnsirak P, Chanthasenont A, Pattaraarchachai J, Suwannarurk K. Knowledge Attitude and Practice of Postpartum Parturients Towards Cervical Cancer and Cervical Cancer Screening; Is Lack of Knowledge the Misleading Scapegoat? Asian Pac J Cancer Prev. 2022; 23(6): 2145-50.
13. Yirsaw AN, Tefera M, Bogale EK, Anagaw TF, Tiruneh MG, Fenta ET, et al. Applying the Health Belief Model to cervical cancer screening uptake among women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2024; 24(1): 1294.
14. Ebu NI, Amisshah-Essel S, Asiedu C, Akaba S. Impact of a cervical cancer education intervention on knowledge, attitude and screening intention: A randomized controlled trial. BMC Public Health. 2019; 19(1): 1505.
15. Black E, Hyslop F, Richmond R. Barriers and facilitators to uptake of cervical cancer screening among women in Uganda: a systematic review. BMC Womens Health. 2019; 19(1): 108.
16. Felisi NM, Oyet D, Yung KMM, Ochola E, Vecchio R, Odone A. Barriers and Facilitators to Cervical Cancer Screening in Northern Uganda: Qualitative Insights from Healthcare Workers and Administrators. Curr Oncol. 2025; 32(11): 591.
17. Ghasemi M, Savabi-Esfahani M, Noroozi M, Satari M. Self efficacy as a key mediator for cervical cancer screening behavior. Sci Rep. 2025; 15(1): 37090.
18. พิทยารัตน์ จิกยอง, นกขาสิงหิรัญธรรม, สีนินาญ ชาวตระการ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2567; 17(2): 67-77.
19. Dsouza JP, Broucke SVd, Pattanshetty S, William D. A comparison of behavioural models explaining cervical cancer screening uptake. BMC Women's Health. 2022; 22: 235.
20. Yüksel GH, Özyayın AN. Assessment of Health Beliefs and Motivations for Cervical Cancer Screening. Healthcare. 2025; 13: 804.
21. Samami E, Seyedi- Andi SJ, Bayat B, Shojaeizadeh D, Tori NA. The effect of educational intervention based on the health belief model on knowledge, attitude, and function of women about Pap smear test at Iranian health centers: A randomized controlled clinical trial. Journal of Education and Health Promotion. 2021; 10(1): 22.
22. Khoshnazar MS, Tarrahi MJ, Shahnazi H. Impact of virtual education based on health belief model on cervical cancer screening behavior in middle-aged women: A quasi-experimental study. Cancer Reports. 2024; 7(4): e2058.

ศักยภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพิษณุโลก

อัมราภรณ์ ภูระยา¹, ศิริกนก กลั่นขจร², สมศักดิ์ โทจำปา²

รุ่งทิwa บุญประคม¹, กิตติศักดิ์ คัมภีระ¹

(วันที่รับบทความ: 19 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 22 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 30 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) เพื่อศึกษาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อหาข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การสำรวจกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม และการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการวิจัยพบว่า ระดับศึกษาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 3.35, S.D. = 0.82) โดยเฉพาะด้านผู้นำและนโยบายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 3.36, S.D. = 0.92) รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการ (Mean = 3.33, S.D. = 0.84) และด้านความร่วมมือเครือข่ายและชุมชน (Mean = 3.30, S.D. = 0.98) ส่วนภาพรวมข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.89, S.D. = 0.97) โดยเฉพาะประเด็นที่มีค่ามากที่สุด คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมาสร้างกลไกการดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 3.92, S.D. = 0.92)

ข้อเสนอแนะ 1) การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุ 2) ควรส่งเสริมให้มีหลักประกันชีวิตของผู้สูงอายุ 3) สนับสนุนงบประมาณสร้างอาชีพ 4) ทำข้อตกลงหรือประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก 5) สร้างความพร้อมในการสนับสนุนการรวมกลุ่มอาชีพ 6) ช่วยเหลือและแก้ปัญหาผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างเหมาะสม 7) สนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุและชุมชนเป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุ และ 8) ส่งเสริมแนวคิดวิสาหกิจเพื่อช่วยเหลือสังคม

คำสำคัญ: ศักยภาพ, การพัฒนาคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: amarapornp@nu.ac.th, roongtivab@nu.ac.th, kittisakk@nu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: sirikanokk@nu.ac.th, somsakth@nu.ac.th
Corresponding author: อัมราภรณ์ ภูระยา, E-mail: amarapornp@nu.ac.th

The Potential for Enhancing the Quality of Life among the Elderly in a Local Government Organization in Phitsanulok Province

Amaraporn Puraya¹, Sirikanok Klankhajhon², Somsak Tojampa²

Roongtiva Boonpracom¹, Kittisak Kumpeera¹

(Received: 19th November 2025; Revised: 22nd December 2025; Accepted: 30th January 2026)

Abstract

This research aimed to: (1) study the potential of local government organizations in developing the quality of life of the elderly, and (2) present recommendations for enhancing the potential of local government organizations in developing the quality of life of the elderly. This study was quantitative research using a survey method. The sample consisted of 260 persons selected through multi-stage sampling, comprising cluster sampling and simple random sampling. Data were collected using a structured questionnaire. The statistics employed included descriptive statistics presented using mean, percentage, standard deviation, minimum value, and maximum value.

The findings revealed that the overall potential of local government organizations in developing the quality of life of the elderly was at a moderate level ($\bar{X} = 3.35$; S.D. = 0.82). In terms of specific dimensions, leadership and policy formulation scored the highest ($\bar{X} = 3.36$; S.D. = 0.92), followed by management ability ($\bar{X} = 3.33$; S.D. = 0.84), and collaboration through networking and community linkages ($\bar{X} = 3.30$; S.D. = 0.98). Regarding recommendations for enhancing the potential of local government organizations in developing the quality of life of the elderly, the overall level was rated high ($\bar{X} = 3.89$; S.D. = 0.97). The highest-rated item was that local government organizations should promote community relationships to establish mechanisms for caring for the elderly ($\bar{X} = 3.92$; S.D. = 0.92).

The recommendations from this study are as follows: 1) strengthening the capacity of older persons; 2) promoting life security for older persons; 3) providing budget support for career creation; 4) establishing agreements or coordinating cooperation with external agencies and organizations; 5) building readiness to support the formation of occupational groups; 6) providing appropriate assistance and addressing the individual problems of each older person; 7) supporting elderly clubs and communities to serve as the primary caregivers for older persons; and 8) promoting the concept of social enterprises to assist society.

Keywords: Potential, Quality of life development, Elderly, Local government organization

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University, E-mail: amarapornp@nu.ac.th, roongtivab@nu.ac.th, kittisakk@nu.ac.th

² Assis. Prof., Faculty of Nursing, Naresuan University, E-mail: sirikanokk@nu.ac.th, somsakth@nu.ac.th
Corresponding author: Amaraporn Puraya, E-mail: amarapornp@nu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบัน โลกมีการพัฒนาและเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี โดยเฉพาะการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการบริการทางด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น อายุยืนยาวขึ้นกว่าเดิม ส่งผลต่อจำนวนประชากรของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้ในศตวรรษที่ 21 หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเข้าสู่วิกฤตการณ์ประชากรสูงอายุ กล่าวคือ มีสัดส่วนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด¹ และเมื่อถึงปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็ว² ประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการ ยิงชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสมที่จะต้องสูงขึ้นตามไปด้วยและต้องเตรียมพร้อมด้วย การระดมทรัพยากรทั้งหลาย สร้างบุคลากร ปรับบทบาทหน้าที่และเพิ่มการประสานงานขององค์กร/หน่วยงาน แก่ไขและปรับปรุงกฎระเบียบต่าง ๆ พัฒนารูปแบบและระบบต่าง ๆ ในการให้บริการด้าน สุขภาพอย่างเท่าเทียมกันแก่ผู้สูงอายุที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกมากในอนาคตอันใกล้³ ซึ่งการเตรียมความพร้อมของระบบกลไก การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ⁴

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือว่าเป็นองค์กรที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดการบริการสาธารณะแก่ชุมชน⁵ รวมทั้งภารกิจเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเรื่องการส่งเสริมอาชีพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันการจัดการบริการสาธารณะในด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ได้มีการดำเนินการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ งบประมาณ และบุคลากรบางส่วนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปให้ส่วนท้องถิ่นดำเนินการ⁶ ฉะนั้น จึงเป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องปรับระบบการบริหารจัดการงาน ท้องถิ่นให้เกิดประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ และจากสภาพการณ์ของกลุ่มเปราะบางในสังคมไทยที่เป็นผู้สูงอายุมีปริมาณสูงขึ้น จำเป็นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องวางแผนเตรียมการสร้างความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดีถูกกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะจากฐานคิดที่ ต้องการสร้างความอยู่ดีมีสุข (Well-being) ให้กับประชาชน⁷ เริ่มปรากฏชัดขึ้นในทางปฏิบัตินับตั้งแต่มีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาโดยเน้นการกระจายอำนาจให้กับชุมชนในการจัดการตนเองมากขึ้น ผ่านระบบและกลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542⁸ เป็นต้นมา สุขภาวะที่ดีของชุมชน (Community wellbeing) จึงเป็นเป้าหมายสำคัญใช้กำหนดนโยบายการพัฒนาหรือการบริหารงานท้องถิ่น การดำเนินงานที่ผ่านมาของ อปท. ได้คิดวิธีการทำงานใหม่ ๆ หรือการให้บริการสาธารณะใหม่ ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน⁹ หรือที่เรียกว่า นวัตกรรมทางนโยบายและการบริหาร เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีของชุมชน เช่น การจัดการขยะ เกษตรอินทรีย์ เศรษฐกิจชุมชนงานสวัสดิการสังคม การศึกษา เป็นต้น การติดตามและประเมินการใช้นวัตกรรมการบริหารงานของ อปท. จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อใช้ในการติดตามการดำเนินงานและ/หรือผลการบริหารงานของ อปท. ผลการประเมินที่ได้จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้

ในการบริหารงานของ อปท. ที่จะนำมาสู่การพัฒนาชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดี จากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะค้นหาคำตอบการวิจัยในหัวข้อ “ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง จังหวัดพิษณุโลก” เพราะการขับเคลื่อนสังคมผู้สูงอายุเป็นงานท้าทายในอนาคตในมิติการส่งมอบบริการสาธารณะแนวใหม่ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้หลายศาสตร์ทั้งสุขภาพ การจัดการเครือข่ายและการบริหารบูรณาการระดับพื้นที่เพื่อมาบูรณาการในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. เพื่อหาข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยวิธีการ (Methodology) วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งแห่งในจังหวัดพิษณุโลก ตลอดจนตัวแทนกลุ่มองค์กร ต่าง ๆ ในชุมชน จำนวน 579 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนตัวแทนกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งแห่งในจังหวัด

พิษณุโลก เลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบตามหมายเลขบัตรประชาชน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยวิธีของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane)¹⁰ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้จำนวน 237 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มีคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลทั่วไป มีคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานะภาพรายได้ การประกอบอาชีพ การเป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรในชุมชน ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่ปรับปรุงมาจากงานวิจัย ที่มีความเกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ การประเมินความเชื่อมั่นความเที่ยงตรง และดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency: IOC)¹¹ ระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา ดังนี้

แบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แยกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านผู้นำและนโยบาย ด้านการบริหารจัดการ ด้านความร่วมมือเครือข่ายและชุมชน และด้านการเมืองและจัดการความขัดแย้ง โดยปรับปรุงมาจากงานวิจัย¹² และการทบทวนวรรณกรรม คำถาม 15 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบ Rating scale

แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยปรับปรุงมาจากงานวิจัย¹² และการทบทวนวรรณกรรม คำถาม 15 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบ Rating scale

ทั้งนี้แบบสอบถามในส่วนที่ 2 มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และพิจารณาค่าเฉลี่ยจำแนกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย	แปลความหมาย
ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายความว่า ความเห็นอยู่ ระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายความว่า ความเห็นอยู่ ระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายความว่า ความเห็นอยู่ ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายความว่า ความเห็นอยู่ ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายความว่า ความเห็นอยู่ ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ¹¹ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) ¹¹ เท่ากับ 0.97 และตรวจสอบความเที่ยง โดยหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ¹³ ของแบบสอบถามศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามแนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเท่ากับ 0.87

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1 และ ข้อ 2 คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 011/2021 IRB No. P3-0155/2563 ให้การรับรองวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมถึงแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้ในตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจอย่างมิดชิด และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.70) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-55 ปี (ร้อยละ 58.40) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 56.10) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 45.80) ความเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับผู้สูงอายุ เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ (ร้อยละ 43.50) และความเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 55.80)

ส่วนที่ 2 ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n = 260)

คำถาม	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านผู้นำและนโยบาย			
1. ผู้บริหารท้องถิ่นมีความรู้และเข้าใจในหลักการจัดสวัสดิการที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุในชุมชน	3.49	1.00	ปานกลาง
2. อปท. มีนโยบายช่วยเหลือสงเคราะห์และดูแลชีวิตความเป็นอยู่แก่ผู้สูงอายุที่ขาดแคลนหรือยากไร้บนพื้นฐานความสามารถของชุมชน	3.26	0.93	ปานกลาง
3. ผู้บริหารท้องถิ่นมีการวางแผนพัฒนาชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพของแต่ละคนในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	3.49	0.97	ปานกลาง
4. มีการส่งเสริมผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมกับอัตลักษณ์ของชุมชน และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ	3.22	1.02	ปานกลาง
ภาพรวมด้านผู้นำและนโยบาย	3.36	0.92	ปานกลาง
ด้านการบริหารจัดการ			
5. วางแผนจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุได้ครอบคลุมประเภทต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และหลากหลายทักษะความรู้	3.32	0.96	ปานกลาง
6. สนับสนุนงบประมาณสร้างอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ทุกประเภทของผู้สูงอายุในชุมชน	3.24	0.98	ปานกลาง
7. มีความพร้อมด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการส่งเสริมอาชีพที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่ต้องการหารายได้และพึ่งตนเอง	3.26	1.05	ปานกลาง
8. สามารถประสานบุคคลภายนอกมารับผิดชอบร่วมทำกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยคำนึงถึงความเป็นอยู่ของชุมชน	3.32	0.89	ปานกลาง
9. สามารถรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพลังให้มาเป็นจิตอาสาร่วมพัฒนาชุมชนตำบลโดยผ่านกิจกรรมของชุมชน	3.49	1.00	ปานกลาง
10. มีความพร้อมด้านข้อมูลศักยภาพ ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุในตำบล เพื่อนำมาวางแผนทำโครงการของชุมชน	3.37	0.94	ปานกลาง
ภาพรวมด้านการบริหารจัดการ	3.33	0.84	ปานกลาง
ด้านความร่วมมือเครือข่ายและชุมชน			
11. สามารถทำข้อตกลง หรือประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก ทั้งภาครัฐและ/เอกชน ให้มาช่วยจัดกิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุตามความต้องการของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	3.31	1.02	ปานกลาง
12. สามารถทำงานเป็นเครือข่ายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีของกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มโรงเรียน/และองค์กรต่าง ๆ	3.29	0.96	ปานกลาง

คำถาม	Mean	S.D.	แปลผล
เพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุ			
13. มีความพร้อมในการสนับสนุนการรวมกลุ่มอาชีพ ของชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุในการเพิ่มมูลค่า ของผลิตภัณฑ์ชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น	3.27	0.99	ปานกลาง
ภาพรวมด้านความร่วมมือเครือข่ายและชุมชน	3.30	0.98	ปานกลาง
ด้านการเมืองการปกครองและจัดการความขัดแย้ง			
14. สามารถหาวิธีช่วยเหลือและแก้ปัญหาผู้สูงอายุ แต่ละรายอย่างเหมาะสมตรงกับสภาพความเป็นจริง	3.28	0.96	ปานกลาง
15. อปท. มีความสามารถตอบสนองความต้องการ ที่หลากหลายของกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น สมาชิก ครอบครัวของผู้สูงอายุ	3.24	0.98	ปานกลาง
ภาพรวมด้านการเมืองการปกครองและจัดการความขัดแย้ง	3.26	0.92	ปานกลาง
ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยภาพรวมทุกด้าน	3.35	0.82	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.35, S.D. = 0.82) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านผู้นำและนโยบาย ($\bar{X}$ = 3.36, S.D. = 0.92) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือด้านการบริหารจัดการ

($\bar{X}$ = 3.33, S.D. = 0.84) และด้านความร่วมมือเครือข่ายและชุมชน ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.98) ตามลำดับ ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของแนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n = 260)

คำถาม	Mean	S.D.	แปลผล
1. อปท. ควรส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มาสร้างกลไกการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเอาใจใส่ ดูแลพาไปพบแพทย์ยามจำเป็น และแวะมาเยี่ยมเยียน	3.92	0.92	มาก
2. ควรสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ เพื่อรองรับงานในชุมชน เช่น การติดต่อพูดคุย และการไปเยี่ยมบ้าน รวมถึงกระตุ้นแสดงความคิดเห็น ในเวทีชุมชนต่าง ๆ	3.91	0.94	มาก
3. ควรกระตุ้นให้คนที่มีจิตอาสาในชุมชนมาร่วมเป็น สมาชิกกลุ่มองค์กร ชมรมและเครือข่ายด้านอาสาสมัคร ผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสนับสนุนการทำงานดูแลผู้สูงอายุ ให้ทั่วถึง	3.81	0.96	มาก

คำถาม	Mean	S.D.	แปลผล
4. ควรพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุในรูปแบบสวัสดิการสังคมและบริการสังคมของรัฐและเอกชนให้หลากหลาย เช่น ผลักดันให้นักกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มาสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	3.71	0.94	มาก
5. อปท. ควรปลูกฝังเจ้าหน้าที่ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุโดยปฏิบัติหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ	3.83	0.93	มาก
6. อปท. ควรใช้งานเทศบาลประเพณีมาสร้างกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุเช่น พบปะ เยี่ยมเยียน และสังสรรค์ในช่วงเทศกาลประเพณีต่าง ๆ	3.81	0.97	มาก
7. ควรส่งเสริมการนำความรู้ ประสบการณ์และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาถ่ายทอดเผยแพร่ สืบสาน วัฒนธรรม เพื่อประโยชน์สร้างสรรค์ชุมชนสังคม	3.80	0.95	มาก
8. ควรส่งเสริมการทำงานสร้างรายได้กับผู้สูงอายุ โดยใช้พื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น	3.83	0.91	มาก
9. ควรส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและมีพลังให้มาร่วมทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ และกิจกรรมเพื่อสังคม	3.75	0.95	มาก
10. อปท. จะต้องค้นหาผู้สูงอายุที่เป็นผู้รู้และมีความเชี่ยวชาญในภูมิปัญญาด้านต่างๆเพื่อมาวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้หลากหลาย	3.84	0.91	มาก
11. ต้องสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุ และชุมชนเป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ	3.91	0.97	มาก
12. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรตั้งงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุให้มากขึ้น	3.80	0.78	มาก
13. ควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุได้นำภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาสร้างผลิตภัณฑ์ชุมชนโดยใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มมูลค่าต่อยอดเพื่อสร้างคุณค่าให้กับสังคมท้องถิ่น	3.86	0.98	มาก
14. ควรตั้งกรอบเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรนักบริหารชุมชนสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.78	0.92	มาก
15. ควรส่งเสริมแนวคิดวิสาหกิจเพื่อช่วยเหลือสังคม โดยรวมกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุตามความเหมาะสมของพื้นที่	3.75	1.05	มาก
ภาพรวมแนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	3.89	0.97	มาก

จากตารางที่ 2 แนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.97) โดยเฉพาะประเด็นย่อยคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมาสร้างกลไกการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเอาใจใส่ ดูแลพาไปพบแพทย์ ยามจำเป็น และแวะมาเยี่ยมเยียน ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.92) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ควรสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อรองรับงานในชุมชน เช่น การติดต่อพูดคุย และการไปเยี่ยมบ้าน รวมถึงกระตุ้นแสดงความคิดเห็นในเวทีชุมชนต่าง ๆ ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.94) และต้องสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุ และชุมชนเป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.97) ตามลำดับการอภิปรายผล

1. ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ด้านผู้นำและนโยบายในประเด็นย่อยว่าผู้บริหารท้องถิ่นมีความรู้และเข้าใจในหลักการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรภรณ์ จันทนกุล¹⁴ ที่อธิบายว่าภาวะผู้นำเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบาย การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปปฏิบัติ เพราะว่าผู้นำท้องถิ่นอยู่ในชุมชนจึงส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมาสร้างกลไกการดูแลผู้สูงอายุ โดยมองว่าการพึ่งพาช่วยเหลือของคน ในชุมชนมีพื้นฐานจากระบบความคิดและพื้นฐานการใช้ชีวิตที่ผูกพันกันในชุมชนและอปท. ควรดำเนินนโยบายช่วยเหลือสงเคราะห์และดูแลชีวิตความเป็นอยู่แก่ผู้สูงอายุที่ขาดแคลนหรือยากไร้บนพื้นฐานความสามารถของชุมชน

ด้านการบริหารจัดการ ในประเด็นย่อยคือ วางแผนจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุได้ครอบคลุมประเภทต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และหลากหลายทักษะความรู้ ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยของสุดใจ แทนหา¹⁵

และมิ่งขวัญ คงเจริญ และกัมปนาท บริบูรณ์¹⁶ ที่กล่าวว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องเข้ามา มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อมมากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดูแลตัวเองได้และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขในสังคมในโรงเรียน ผู้สูงอายุควรจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพกายและการดำรงชีวิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องการดูแลแก้ไข และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรงตามวัย การระมัดระวังการหล่มซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตมีการพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้ามิให้เกิดขึ้น

ด้านความร่วมมือเครือข่ายและชุมชนในประเด็นย่อยคือผลักดันคนในชุมชนมาร่วมเป็นอาสาสมัครทำงานเป็นเครือข่ายในการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับกัญญาณัฐ ไพคำ (2561)¹⁷ กล่าวว่า การสร้างเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือเป็นช่องทางในการสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคม ผู้สูงอายุจะได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในรูปแบบของการรวมกลุ่มกัน จากความร่วมมือของครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ชุมชน และนักวิชาชีพทางสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน ในทำนองเดียวกับงานวิจัยของณัทกวี ศิริรัตน์, โชติ บดีรัฐ, ศรชัย ท้าวมิตร¹⁸ พบว่า ควรมีกลุ่มอาสาสมัครออกเยี่ยมที่บ้านพร้อมรับฟังปัญหาและแนะนำแนวทางการดูแล พร้อมทั้งควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแล และให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและควรจัดสวัสดิการแจกสิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งในงานวิจัยของพรรณธิภา เอี่ยมสิริปริดา, อัจศรา ประเสริฐสิน, และนริศรา พิงโพธิ์สม¹⁹ มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำงาน

อาสาสมัครในผู้สูงอายุและการบริหารจัดการงานอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ประเด็นต้องสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุและชุมชนเป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะว่ากลุ่มคนในชุมชนจะรู้จักและเข้าใจสภาพปัญหาความต้องการและบริบทแวดล้อมของผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราภรณ์ พัฒนะ²⁰ ที่กล่าวว่ารัฐควรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต ควรเน้นการเตรียมในทุกมิติ ทั้งด้าน สุขภาวะ เศรษฐฐานะ ความเป็นอยู่การได้รับการยอมรับ/เคารพการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรเริ่มต้นจากชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งอยู่แล้วในพื้นที่มาเป็นฐานในการพัฒนารวมทั้งรัฐควรกระตุ้น ส่งเสริมให้ชุมชน/สังคมเห็นความสำคัญของการนำภูมิปัญญาผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และรัฐควรสนับสนุนหรือกำหนดเป็นนโยบายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการร่วมมือประสานกับชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรตั้งงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการให้เงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสภาพเศรษฐกิจและค่าครองชีพสูงขึ้น จึงเป็นผลกระทบด้านภาระค่าใช้จ่ายของเงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภานุวัฒน์ เด็กหลี่, สุรัชย์ มูลสาร, อติศักดิ์ พงษ์เมศ และ ภาสกร ดอกจันทร์²¹ ที่กล่าวว่าหน่วยงานรัฐควรเน้นถึงการแก้ไขปัญหาการจัดสรร และการใช้งบประมาณให้เพียงพอ กำหนดนโยบายในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ในทิศทางที่ชัดเจน ให้เกิดความหลากหลาย และเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และนิภาพรรณ เณสันติกุล²² ให้เห็นว่าควรปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติหลายด้านได้แก่งานด้านงบประมาณการบริหารบุคลากร การจัดทำฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ

และการจัดให้มีเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้ง งานวิจัยของพรรณเพ็ญแข โหมอ่อน²³ ให้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ตั้งงบประมาณไว้รองรับผู้สูงอายุในอนาคต และงานวิจัยของวิไลลักษณ์ พรหมแสน และ อัจฉริยา ครุฑาโรจน์²⁴ ให้เห็นว่าปัจจัยและเงื่อนไขหลักในการส่งเสริมการดำเนินงาน ก็คืองบประมาณสำหรับแนวทางการพัฒนาศักยภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ (1) สร้างความรู้ ความเข้าใจและมอบหมายภาระงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านการมีงานทำ และการสร้างรายได้ให้แก่บุคลากรอย่างชัดเจน และควรมีการจัดทำฐานข้อมูลศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง (2) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยบูรณาการด้านงบประมาณ บุคลากร หรือการทํานันทิกข้อตกลง คู่ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์กรให้บรรลุผล

และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมแนวคิดวิสาหกิจเพื่อช่วยเหลือสังคม โดยรวมกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุตามความเหมาะสมของพื้นที่ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในชุมชนยังมีพลังและมโนทัศน์ความรู้ดั้งเดิมที่สามารถนำมาประยุกต์ต่อยอดให้สามารถเพิ่มมูลค่าสร้างความมั่นคงให้ตนเองและกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมภพ สุวรรณรัฐ²⁵ ที่เสนอว่าควรสนับสนุน ในด้านอาชีพการหารายได้ อย่างเหมาะสมตามความถนัดของผู้สูงอายุ และให้มีส่วนร่วมปฏิบัติ ทุกขั้นตอน พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดอบรมเพิ่มความรู้ และทักษะด้านอาชีพและ มีการบริหารจัดการ นำผลิตภัณฑ์กลุ่มออกจำหน่าย และจัดตั้งกองทุน และสวัสดิการกลุ่ม รวมทั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของอิทธิวัฒน์ อุดมก้านตง และ อลงกรณ์ อรรถแสง²⁶ ที่มีข้อเสนอให้การสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรม สำหรับการสร้างอาชีพรายได้เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และการส่งเสริมด้านการสร้างทักษะความรู้เกี่ยวกับอาชีพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาในการสร้างอาชีพมาดำเนินการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและคนในชุมชน การสนับสนุนการสร้างกิจกรรมร่วมกันในชุมชนและท้องถิ่น รวมทั้งกิจกรรมและแผนงานระหว่างเครือข่ายผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและพื้นที่ใกล้เคียง สนับสนุนกิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นดั้งเดิมที่ได้สืบทอดมาจากบรรพบุรุษให้กับประชาชนคนรุ่นใหม่และที่สำคัญเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อมมากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดูแลตัวเองได้และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขในสังคม

ข้อเสนอแนะ

1) การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุพัฒนาตนเองและสามารถจัดการตนเองได้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ หากในโรงเรียนมีเฉพาะผู้นำที่เข้มแข็ง แต่ไม่มีผู้สูงอายุหรือหน่วยงานในท้องถิ่นให้การสนับสนุนก็ไม่สามารถทำให้โรงเรียนผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

2) ควรส่งเสริมให้มีหลักประกันชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมกับอัตลักษณ์ของชุมชน และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

3) สนับสนุนงบประมาณสร้างอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุครอบคลุมทุกประเภทของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

4) ทำข้อตกลงหรือประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนให้มาช่วยจัดกิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุตามความต้องการของชุมชน

5) สร้างความร่วมมือในการสนับสนุนการรวมกลุ่มอาชีพของชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุในการเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์ชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

6) หาวิธีช่วยเหลือและแก้ปัญหาผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างเหมาะสมตรงกับสภาพความเป็นจริงในด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสวัสดิการ การช่วยเหลือ

7) ต้องสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุและชุมชนเป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพ

8) ควรส่งเสริมแนวคิดวิสาหกิจเพื่อช่วยเหลือสังคม โดยรวมกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุตามความเหมาะสมของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580 (ฉบับย่อ) [รายงาน], กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย 64]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th/download/03>
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน, ณภัช สัจจกุล, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, กาญจนา เทียนลาย, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/situation-of-the-thai-older-persons-2021/
3. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.

5. กรรณิการ์ ไกรกิจราษฎร์, กิตติพล บัวพะลา, วันชัย บุษบา, โชติ บดีรัฐ. องค์การปกครองท้องถิ่นไทยกับการบริหารจัดการบริการสาธารณะ. *Journal of Modern Learning Development*. 2566; 8(1): 403-12.
6. ณัทกวี ศิริรัตน์, จักร ศิริรัตน์, พิมพ์ดา ธรรมภักดี, วิภาดา ผ่องจิต, โชติ บดีรัฐ, วิภาวดี เผือกบัวขาว. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น: การบริการสาธารณะ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี*. 2565; 12(1): 131-42.
7. Singh V. Social support and quality of life among elderly people. *International Journal for Innovative Research in Multidisciplinary Field*. 2017; 3(2): 1-7.
8. ไทย. กฎหมาย, พระราชบัญญัติ ฯลฯ. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย; 2542.
9. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, ชุตินา อยู่สมบูรณ์, กรรณก พงษ์ประดิษฐ์, นันทวัน ป้อมคำ, ขวัญลออ นวลละออง, ณรากร วงษ์สิงห์. โครงการกลไกของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลครัวเรือนเปราะบาง: กรณีศึกษาครัวเรือนข้ามรุ่นและครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2561.
10. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
12. สุปรียา นุ่นเกลี้ยง, ศิริลักษณ์ คัมภีรานนท์. ศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุบนพื้นฐานทุนทางวัฒนธรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลโยโป จังหวัดยะลา. *วารสารการเมืองการปกครอง*. 2563; 11(3): 198-213.
13. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3): 297-334.
14. วัชรภรณ์ จันทนกุล. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 2560; 8(1): 447-59.
15. สุดใจ แทนหา. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลขุนผาเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*. 2567; 11(1): 45-57.
16. มิ่งขวัญ คงเจริญ, กัมปนาท บริบูรณ์. การพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ ศรีนครินทรวิโรฒ*. 2564; 22(1): 135-49.
17. กัญญาณัฐ ไพศาล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี*. 2561; 7(2): 19-26.

18. ณัทกวี ศิริรัตน์, โชติ บดีรัฐ, ศรชัย ท้ามิตร.
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสังคมศาสตร์
และวัฒนธรรม. 2566; 7(1): 325-43.
19. พรรณธิภา เอี่ยมศิริปรีดา,
อจศรา ประเสริฐสิน, นริสรา พิงโพธิ์สม.
การสร้างเสริมพลังในผู้สูงอายุ
ผ่านการทำงานอาสาสมัคร.
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น.
2560; 11(2): 21-35.
20. พัทธราภรณ์ พัฒนะ. คุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแล
ผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4. พุทธชินราชเวชสาร.
2562; 36(1): 21-33.
21. ภาณุวัฒน์ เด็กหลี, สุรัชย์ มูลสาร,
อดิศักดิ์ พรหมเมศ, ภาสกร ดอกจันทร์.
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยกับการบริหาร
จัดบริการสาธารณะ. วารสารวิชาการรัตนบุศย์.
2566; 5(1): 681-93.
22. นิภาพรณ เจนสันติกุล. การบริหารงาน
ด้านสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น: บทสำรวจ
วรรณกรรม. วารสารสหศาสตร์. 2564;
21(2): 254-66.
23. พรรณเพ็ญแข โหมอ่อน.
คุณภาพการให้บริการสาธารณะ
ของเทศบาลตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม
จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการวิจัย
การบริหารการพัฒนา. 2564;
11(3): 566-80.
24. วิไลลักษณ์ พรหมเสน, อัจฉริยา ครุฑาโรจน์.
บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในจังหวัดลำปางต่อการส่งเสริมการมีงานทำ
และการสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ.
วารสารการบริหารท้องถิ่น.
2560; 10(2): 70-91.
25. สมภพ สุวรรณรัฐ. รูปแบบการส่งเสริม
อาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในเขตภาคกลาง. วารสารวิชาการ
สถาบันการอาชีวศึกษาภาคเหนือ.
2563; 3(4): 311-20.
26. อธิวัฒน์ อุดมก้านตง, อลงกรณ์ อรรคแสง.
ความต้องการบริการสาธารณะ
ของประชาชนที่มีต่อองค์การบริหารส่วนตำบล :
ข้อเสนอการกระจายอำนาจจากล่างขึ้นบน.
วารสารการเมืองการปกครอง.
2561; 8(3): 79-97.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

ดำรงศิริ ไพอุปรี¹

(วันที่รับบทความ: 1 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 31 มกราคม 2569; วันที่ตอบรับ: 10 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 613 ราย วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุแปร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น Adjusted odds ratio (adjusted OR) และ 95% Confidence interval (95% CI)

ผลการศึกษา ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 65.68 ปี (S.D. = 13.46) ส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.69 เข้ารับการรักษาผ่านระบบส่งต่อมากที่สุด ร้อยละ 55.63 มีเพียงร้อยละ 26.26 ที่มาถึง รพ. ภายใน 270 นาที และมีเพียงร้อยละ 4.73 ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยร้อยละ 23.82 มีผลการรักษาที่ไม่ดี ($mRS > 2$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการรักษาที่ไม่ดี ($mRS > 2$) มี 8 ปัจจัย ประกอบด้วย อายุ > 80 ปี (adjusted OR = 2.01, 95% CI: 1.00-4.05, $p\text{-value} = 0.049$) ผู้ป่วยมารพ. ไม่ทันภายในเวลา 270 นาที (adjusted OR = 2.18, 95% CI: 1.08-4.41, $p\text{-value} = 0.031$) มีอาการพูดไม่ชัด (adjusted OR = 1.94, 95% CI: 1.12-3.39, $p\text{-value} = 0.019$) มีอาการอ่อนแรง (adjusted OR = 3.33, 95% CI: 1.49-7.45, $p\text{-value} < 0.001$) ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (Minor stroke) (adjusted OR = 14.41, 95% CI: 7.98-26.03, $p\text{-value} < 0.001$) ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) (adjusted OR = 3.52, 95% CI: 1.17-10.61, $p\text{-value} = 0.026$) มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ. (adjusted OR = 2.87, 95% CI: 1.52-5.43, $p\text{-value} = 0.001$) และระยะเวลาการนอน รพ. > 3 วัน รพ. (adjusted OR = 5.13, 95% CI: 2.48-10.59, $p\text{-value} < 0.001$)

ดังนั้น ควรพัฒนาระบบส่งต่อและเครือข่าย Fast track stroke เพื่อให้ผู้ป่วยมาถึงทันเวลาและเพิ่มโอกาสได้รับยา rt-PA รณรงค์ให้ประชาชนสังเกตอาการเตือน BEFAST และนำส่งโดยเร็ว รวมทั้งพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลขณะนอนโรงพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ผลลัพธ์การรักษา, ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิมาย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา,

E-mail: dumratsiri@gmail.com

Corresponding author: ดำรงศิริ ไพอุปรี, E-mail: dumratsiri@gmail.com

Factors Associated with Clinical Outcomes of Acute Ischemic Stroke Patients at Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Dumratsiri Paiopree¹(Received: 1st December 2025; Revised: 31st January 2026; Accepted: 10th February 2026)

Abstract

This study aimed to investigate factors associated with clinical outcomes of acute ischemic stroke. Methods: An analytical cross-sectional study using retrospective data collection was conducted among patients diagnosed with acute ischemic stroke from October 1, 2022, to September 30, 2023. A total of 613 patients were included in the analysis. Multivariate logistic regression analysis was performed at p-value <0.05, with results presented as adjusted odds ratios (adjusted OR) and 95% confidence intervals (95% CI).

Results: The mean age of patients was 65.68 years (S.D. = 13.46). The majority had hypertension 60.69% and were admitted through referral systems 55.63%. Only 26.26% of patients arrived at the hospital within 270 minutes, and merely 4.73% received thrombolytic therapy. Poor clinical outcomes (mRS >2) were observed in 23.82% of patient. Multivariate logistic analysis identified eight factors associated with poor clinical outcomes (mRS >2): Age >80 years (adjusted OR = 2.01, 95% CI: 1.00-4.05, p = 0.049) Hospital arrival beyond 270 minutes (adjusted OR = 2.18, 95% CI: 1.08-4.41, p = 0.031) Dysarthria (adjusted OR = 1.94, 95% CI: 1.12-3.39, p = 0.019) Motor weakness (adjusted OR = 3.33, 95% CI: 1.49-7.45, p <0.001) Non-minor stroke (adjusted OR = 14.41, 95% CI: 7.98-26.03, p <0.001) absence thrombolytic therapy (rt-PA) (adjusted OR = 3.52, 95% CI: 1.17-10.61, p = 0.026) In-hospital complications (adjusted OR = 2.87, 95% CI: 1.52-5.43, p = 0.001) and Hospital stay >3 days (adjusted OR = 5.13, 95% CI: 2.48-10.59, p <0.001)

Therefore, strengthen the referral system and Fast Track Stroke network is recommended to ensure timely hospital arrival and increase access to rt-PA therapy. Public awareness of stroke warning signs through the BEFAST mnemonic should be promoted for early recognition and prompt transfer. Furthermore, in-hospital care protocols should be improved to reduce complications and length of stay.

Keywords: Acute ischemic stroke, Clinical outcome, Thrombolytic therapy (rt-PA)

¹ Medical Physician Senior Professional Level, Emergency Department, Phimai Hospital, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province, E-mail: dumratsiri@gmail.com

Corresponding author: Dumratsiri Paiopree, E-mail: dumratsiri@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในปีพ.ศ. 2564 ทัวโลกมีผู้ป่วย 69.94 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 101.80 จากปี พ.ศ. 2533 อุบัติการณ์ใหม่ 7.80 ล้านราย มีผู้เสียชีวิต 3.59 ล้านราย และสูญเสียปีสุขภาวะ 70.35 ล้าน DALYs¹ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552-2564 มีอุบัติการณ์อยู่ที่ 90.37-222.73 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการลดลงจากร้อยละ 8.05 เป็น 7.30 ต่อแสนประชากร² โดยโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อและสาเหตุสำคัญของความพิการระยะยาว³

การรักษาที่เป็นมาตรฐานคือการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง ความรวดเร็วในการเข้าถึงโรงพยาบาลจึงส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีและโอกาสการได้รับ rt-PA⁴⁻⁶ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 34.6-51.6 มาโรงพยาบาลทันภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (Onset to door time)^{7,8} และมีเพียงร้อยละ 3.8-5.5 ได้รับ rt-PA^{9,10}

ประเทศไทยพัฒนาเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ขยายสู่โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพ¹¹ ทำให้ผู้ป่วยได้รับ rt-PA เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.18 เป็นร้อยละ 7.39 ในปี พ.ศ. 2564² โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มีศักยภาพดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด^{12,13} โรงพยาบาลพิมายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 189 เตียง เริ่มให้การรักษาด้วยยา rt-PA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 และเมื่อตุลาคม พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลพิมายได้ขยายเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลลูกข่าย ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วย

ในปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 650 ราย จาก 363 ราย จากปีก่อนหน้า แต่มีเพียงร้อยละ 24.77 เข้าสู่ระบบ Stroke fast track และเพียงร้อยละ 4.46 ที่ได้รับ rt-PA ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาการเข้าถึงโรงพยาบาล ความรุนแรงของโรค และการได้รับ rt-PA มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ^{4,5,14} อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ศึกษาปัจจัยดังกล่าวในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางการดูแล

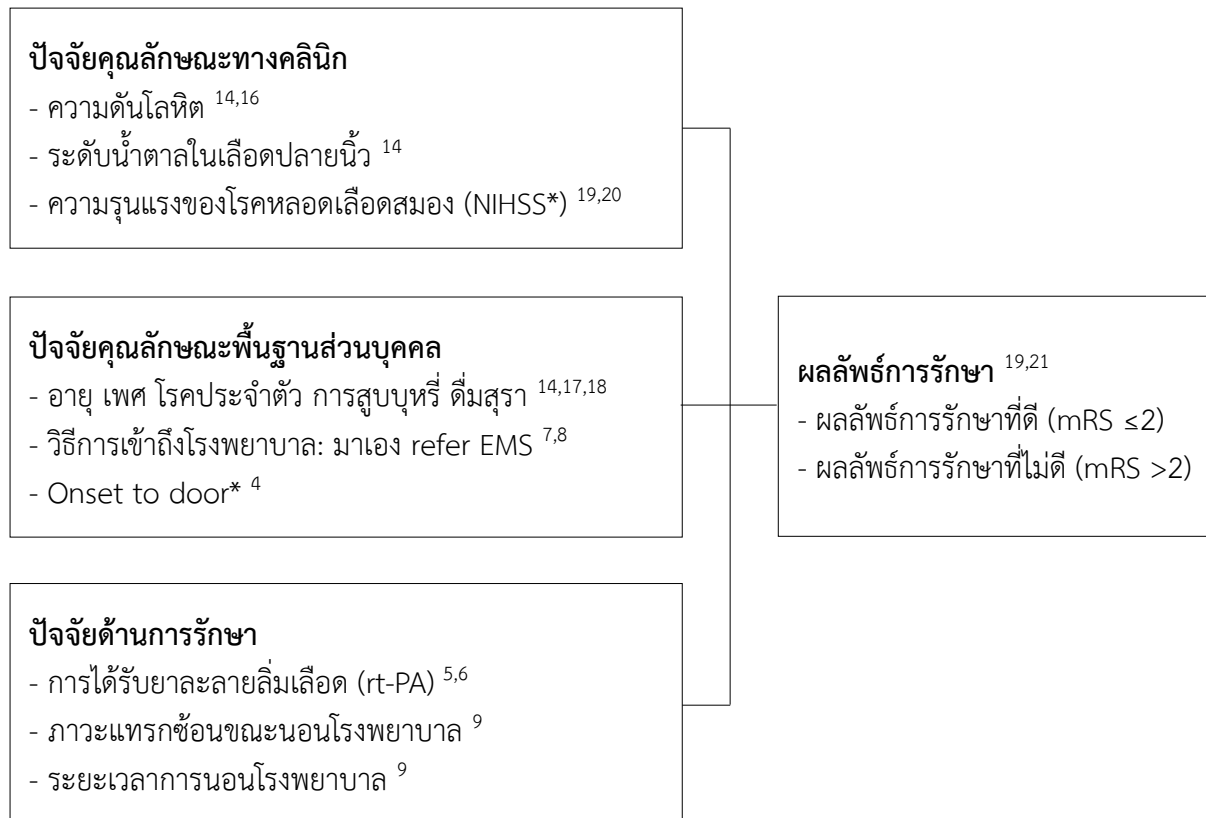
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลและทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลพิมาย ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้รหัส ICD 10: I63 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาของการนำข้อมูลย้อนหลังมาศึกษา คือ ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 และระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม-พฤษภาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

หมายเหตุ* Onset to door คือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเริ่มมีอาการทางระบบประสาท จนมาถึงโรงพยาบาล NIHSS คือ ระดับความรุนแรงทางระบบประสาทวัดเป็นคะแนน 0-42

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์
ในรูปแบบ Cross-sectional analytical study
โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง คำนวณขนาดตัวอย่าง
โดยใช้สูตร Hsieh, et al.¹⁵ ดังนี้

$$n = \frac{\{Z_1 \cdot \alpha/2 [P(1-P)/B]^{1/2} + Z_1 \cdot \beta [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)(1-B)/B]^{1/2}\}^2}{[(P_1 - P_2)^2(1-B)]}$$

ใช้ค่า $P = 0.86$, $P_1 = 0.69$, $P_2 = 0.88$
และ $B = 0.89$ จากการศึกษาของ Hu M, et al.
¹⁶ กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ($Z_1 - \alpha/2 = 1.96$) และอำนาจการทดสอบ 90%
 $\beta = 0.1$ ($Z_1 - \beta = 1.28$) ได้ขนาดตัวอย่าง

488 คน จากนั้นปรับสำหรับการวิเคราะห์ถดถอย
พหุตัวแปร ตามสูตร Hsieh, et al.¹⁵

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - p_{1,2,3,\dots,p}^2)}$$

เลือกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.4
ทำให้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 581 คน จากข้อมูลระหว่าง
วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566
มีผู้ป่วย 650 ราย โดยมี 613 คนที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า
เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูล
จากตัวอย่างตามเกณฑ์ทั้งหมดในปีงบประมาณ 2566

เกณฑ์การคัดเข้า: ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้รหัส ICD 10 เป็น I63 เข้ารับการรักษาและรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพิมายใช้ข้อมูลย้อนหลังระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดออก:

- 1) ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทางระบบประสาทมากกว่า 7 วัน
- 2) ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
- 3) ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแล้วถูกส่งตัวกลับมารักษาต่อ
- 4) ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพิมาย (650 คน)

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดออก จำนวน 37 คน

- ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน 3 คน
- ผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล 6 คน
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลอื่น กลับมารักษาต่อ 10 คน
- ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทางระบบประสาทมากกว่า 7 วัน 18 คน

ผู้ป่วยจากเกณฑ์การคัดออก เหลือ 613 คน ที่นำมาวิเคราะห์

ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี (mRS >2) 146 คน

ผลลัพธ์การรักษที่ดี (mRS ≤2) 467 คน

ภาพที่ 2 การคัดเลือกตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ โดยแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรง (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1) ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล อายุ (วัดเป็นปี: >80 ปี และ ≤80 ปี)¹⁷ เพศ (ชาย หญิง)¹⁴ โรคประจำตัว (มี และไม่มี: ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคไตเรื้อรัง)^{14,18} ประวัติสูบบุหรี่/ดื่มสุรา (มี และไม่มี)¹⁸ วิธีการเข้าถึงโรงพยาบาล (ระบบส่งต่อ มาเอง ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน)^{7,8} Onset to door (วัดเป็นนาที: ≤270 นาที และ >270 นาที)⁴

2) ข้อมูลคุณลักษณะทางคลินิกแรกรับผลการตรวจทางระบบประสาท (มี และไม่มี ได้แก่ อาการอ่อนแรง พูดไม่ชัด ใบหน้าเบี้ยว ความรู้สึกบกพร่อง)¹⁹ ความดันโลหิต^{14,16} (วัดเป็น ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg): >180 และ ≤180 mmHg, ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg): >110 และ ≤110 mmHg) ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว¹⁴ (วัดเป็น mg/dl: >140 และ ≤140 mg/dl) คะแนน NIHSS¹⁹ วัดเป็นคะแนน 0-42 แปลผลเป็น Minor stroke²⁰ (NIHSS <4) และไม่ใช่ Minor stroke (NIHSS ≥4)

3) ข้อมูลการรักษา การได้รับ rt-PA (ได้ และไม่ได้) ^{5,6} ภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล (มี และไม่มี) ⁹ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัดเป็นวัน: >3 วัน และ ≤3 วัน) ⁹

2. ตัวแปรตาม (Dependent variables)

ผลลัพธ์การรักษาจากการประเมิน Modified rankin scale score (mRS) เมื่อจำหน่าย แปลผลได้ดังนี้ ผลลัพธ์การรักษาที่ดี (mRS ≤2) และผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี (mRS >2) ^{19,21}

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ขออนุมัติผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากโปรแกรม HOSxp, Server image และ Server PAC

2) หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จึงสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย ICD-10: I63 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จากโปรแกรมดังกล่าวตามแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสและบันทึกใน Microsoft excel ตรวจสอบความถูกต้อง แล้ววิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA Version 16.1 ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอลักษณะทางประชากรตัวอย่าง โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation - S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) พิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR = Interquartile range)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มผลลัพธ์การรักษาที่ดี และไม่ดี ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว นำเสนอเป็น Crude odds ratio คัดเลือกตัวแปรที่มี p-value <0.25 เข้าสู่

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุแปร ด้วยวิธี Backward elimination โดยขจัดตัวแปรที่ p-value >0.05 ออกทีละตัว และประเมิน Goodness of fit นำเสนอผลเป็น Adjusted odds ratios และ 95% Confidence interval (95% CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (เอกสาร เลขที่ KHE 2024-188 เลขที่โครงการ NRPH 188 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2567) และได้รับอนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาลให้ใช้ข้อมูลผู้ป่วย โดยปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ นามสกุล รหัสบัตรประชาชน หมายเลขผู้ป่วย) และกำหนดรหัสใหม่แทน ข้อมูลถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน โดยเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึง และจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.22 อายุเฉลี่ย 65.68 ปี (S.D. 13.46) เข้ารับการรักษาผ่านระบบส่งต่อ ร้อยละ 55.63 รองลงมาคือมาเองหรือญาตินำส่ง ร้อยละ 40.29 และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 4.08 มีเพียง ร้อยละ 26.26 ที่มาทันภายใน 270 นาที โรคประจำตัวที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.69 ไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 41.44 และเบาหวาน ร้อยละ 30.18 โดยมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 26.92 เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

คุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (n = 613)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	314	51.22
หญิง	299	48.78
อายุ (ปี) Mean (S.D.) : 65.68 (13.46)		
อายุ >80 ปี	80	13.05
อายุ ≤80 ปี	533	86.95
วิธีการเข้าถึง รพ.		
ระบบส่งต่อ*	341	55.63
มาเองหรือญาตินำส่ง	271	40.29
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*	25	4.08
Onset to door* >270 นาที	452	73.74
Onset to door ≤270 นาที	161	26.26
โรคประจำตัว		
Hypertension	372	60.69
Dyslipidemia	254	41.44
Diabetes mellitus	185	30.18
Previous stroke	165	26.92
Atrial fibrillation	63	10.28
Chronic kidney diseased	50	8.16
โรคประจำตัวอื่น ๆ	37	6.04
ประวัติการดื่ม Alcohol	47	7.67
ประวัติการสูบบุหรี่	50	8.16

หมายเหตุ* Onset to door คือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทจนมาถึงโรงพยาบาล

ระบบส่งต่อ คือ ผู้ป่วยถูกส่งมาจากโรงพยาบาลลูกข่าย

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยมาด้วยรถฉุกเฉินภายในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอพิมาย

ข้อมูลทางคลินิกและการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.74 เป็นสมองขาดเลือดอาการเล็กน้อย อาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยคือ อาการอ่อนแรง ร้อยละ 65.58 และพูดไม่ชัด ร้อยละ 49.59 มีเพียง ร้อยละ 4.73 ได้รับ rt-PA ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 18.11 โดยพบปอดติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 4.57

ระยะเวลารอดนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 3 วัน ร้อยละ 86.13 ผลลัพธ์การรักษาที่ดี (mRS ≤2) และไม่ดี (mRS >2) พบร้อยละ 76.18 และ 23.82 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทางคลินิกและการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

คุณลักษณะทางคลินิกและการรักษา	จำนวน (n = 613)	ร้อยละ
SBP* >180 mmHg	75	12.23
SBP ≤180 mmHg	538	87.77
DBP* >110 mmHg	27	4.40
DBP ≤110 mmHg	586	95.60
Capillary blood sugar >140 mg/dl	231	37.68
Capillary blood sugar ≤140 mg/dl	382	62.32
ผลการตรวจทางระบบประสาทแรกพบ		
Weakness	402	65.58
Dysarthria	304	49.59
Facial palsy	244	39.80
Sensory impairment	208	33.93
วินิจฉัย Minor stroke หรือ NIHSS <4	452	73.74
ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)	29	4.73
มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล	111	18.11
Pneumonia	28	4.57
Infection unspecified	16	2.61
Seizure	10	1.63
Intracerebral hemorrhage (ICH)	6	0.98
Urinary tract infection	6	0.98
ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	55	8.97
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล Median (IQR): 2 (1-3)		
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล >3 วัน	85	13.87
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ≤3 วัน	528	86.13
mRS Score ก่อนจำหน่าย ≤2 คะแนน	467	76.18
mRS Score ก่อนจำหน่าย >2 คะแนน	146	23.82

หมายเหตุ* Modified Rankin Scale score: mRS score คือ วิธีมาตรฐานในการประเมินความพิการจากผลการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Systolic blood pressure (SBP) Diastolic blood pressure (DBP)

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุแปรด้วยวิธี Backward elimination (p-value >0.05) ได้โมเดลที่เหมาะสมเหลือ 9 ตัวแปร พบ 8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี (mRS>2) อย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.05) ได้แก่ 1) อายุ > 80 ปี 2) ผู้ป่วยมารพ. ไม่ทันภายในเวลา 270 นาที

3) มีอาการพูดไม่ชัด 4) มีอาการอ่อนแรง 5) ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย 6) ไม่ได้รับ rt-PA 7) มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ. และ 8) ระยะเวลาก่อนนอน รพ. >3 วัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัย	mRS >2 n (%)	mRS ≤2 n (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
อายุ						
>80 ปี	43 (53.75)	37 (46.25)	4.85	2.01	1.00-4.05	0.049
≤80 ปี	103 (19.32)	430 (80.68)	1	1	1	
Onset to door						
>270 นาที	108 (23.89)	344 (76.11)	1.01	2.18	1.08-4.41	0.031
≤270 นาที	38 (23.60)	123 (76.40)	1	1	1	
Previous stroke						
ใช่	49 (29.70)	116 (70.30)	1.52	1.63	0.92-2.91	0.097
ไม่ใช่	97 (21.65)	351 (78.35)	1	1	1	
อาการพูดไม่ชัด						
มี	109 (35.86)	195 (64.14)	4.10	1.94	1.12-3.39	0.019
ไม่มี	37 (11.97)	272 (88.03)	1	1	1	
มีอาการอ่อนแรง						
มี	136 (33.83)	266 (66.17)	10.28	3.33	1.49-7.45	<0.001
ไม่มี	10 (4.74)	201 (95.26)	1	1	1	
Minor stroke						
ไม่ใช่	109 (67.70)	52 (32.30)	23.51	14.41	7.98-26.03	<0.001
ใช่	37 (8.19)	415 (91.81)	1	1	1	
rt-PA						
ไม่ได้รับ	132 (22.60)	452 (77.40)	0.31	3.52	1.17-10.61	0.026
ได้รับ	14 (48.28)	15 (51.72)	1	1	1	

ปัจจัย	mRS >2 n (%)	mRS ≤2 n (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
มีภาวะแทรกซ้อน						
มี	64 (57.66)	47 (42.34)	6.97	2.87	1.52-5.43	0.001
ไม่มี	82 (16.33)	420 (83.67)	1	1	1	
ระยะเวลาอน รพ.						
>3 วัน	54 (63.53)	31 (36.47)	8.25	5.13	2.48-10.59	<0.001
≤3 วัน	92 (17.42)	436 (82.58)	1	1	1	

หมายเหตุ mRS >2 คือ ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี mRS ≤2 คือ ผลลัพธ์การรักษาที่ดี

Minor stroke คือ สมองขาดเลือดที่มีอาการเล็กน้อย หรือ NIHSS <4

Onset to door คือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทจนมาถึงโรงพยาบาล

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคเบาหวาน สอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศและทั่วโลก^{22,23} อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิมสูงถึงร้อยละ 26.92 เทียบกับการศึกษาของ Vorasoot N, et al.¹² ที่พบเพียงร้อยละ 13 ซึ่งสาเหตุที่แตกต่างนี้จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม

การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วส่งผลต่อผลการรักษาที่ดี⁴ ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจโดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าถึงโรงพยาบาลผ่านระบบส่งต่อ ร้อยละ 55.63 สะท้อนบทบาทของโรงพยาบาลพิมายในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างไรก็ตามพบการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังจำกัดอยู่ที่ร้อยละ 4.08 น้อยกว่าการศึกษาของ Wongwiangjunt S, et al.⁸ พบร้อยละ 16.6 เนื่องจากเป็นโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพฯ ที่มีการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่และ Vorasoot N, et al.¹² ร้อยละ 7.6 ซึ่งเป็นผลรวมของโรงพยาบาลในหลายระดับและหลายพื้นที่ พบว่ามีผู้ป่วยมาทันภายในเวลา 270 นาทีเพียงร้อยละ 26.26 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช

ร้อยละ 51.6⁷ และการศึกษาของ Jantasri S, et al.¹³ ในโรงพยาบาลอุดรธานี ร้อยละ 34 และโรงพยาบาลชุมชน node-r-TPA ร้อยละ 45.6 สอดคล้องกับผลให้การรักษา rt-PA ที่มีเพียงร้อยละ 4.73 ซึ่งต่ำกว่าทั้งระดับประเทศ ร้อยละ 7.39² และจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 5.84²⁴ จากข้อมูลนี้จะนำไปพัฒนาและบูรณาการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับผู้ปฏิบัติและนโยบายต่อไป

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 73.74 มีอาการเล็กน้อย (Minor stroke) และมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี (mRS ≤2) ร้อยละ 76.18 ส่วนผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี (mRS >2) พบร้อยละ 23.82 ระยะเวลาอนโรงพยาบาลค่ามัธยฐาน 2 วัน (IQR: 1-3 วัน) พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 18.11 โดยปอดติดเชื้อพบมากที่สุด ร้อยละ 4.57 ซึ่งผลลัพธ์ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Vorasoot N, et al.¹² ซึ่งเป็นในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีระบบการบริการที่คล้ายคลึงกัน

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (p-value <0.05) พบ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี (mRS >2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) อายุ >80 ปี

มีโอกาสมิผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี 2.01 เท่า (adjusted OR 2.01, 95% CI 1.00-4.05, p-value = 0.049) สอดคล้องกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการฟื้นตัวของเนื้อเยื่อสมองต่อการรักษาการที่ไม่ดี^{14,17,18}

2) ผู้ป่วยมาไม่ทันภายในเวลา 270 นาที หลังมีอาการทางระบบประสาท มีโอกาสมิผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี 2.18 เท่า (adjusted OR 2.18, 95% CI 1.08-4.41, p-value = 0.031) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระยะเวลาที่สั้นลง จะเพิ่มโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นตัวได้รวดเร็ว⁴ และเพิ่มโอกาสการได้รับ rt-PA การรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดขนาดของพื้นที่สมองที่เสียหาย ลดความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท^{5,6}

3) มีอาการพูดไม่ชัด มีโอกาสมิผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี 1.94 เท่า (adjusted OR 1.94, 95% CI 1.12-3.39, p-value = 0.019)

4) มีอาการอ่อนแรง มีโอกาสมิผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี 3.33 เท่า (adjusted OR 3.33, 95% CI 1.49-7.45, p-value = <0.001) และ 5) ไม่ใช่ ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย มีโอกาสมิผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี 14.41 เท่า (adjusted OR 14.41, 95% CI 7.98-26.03, p-value <0.001) ทั้ง 3 ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี^{14,20}

6) การไม่ได้ rt-PA มีโอกาสมิผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี 3.52 เท่า (adjusted OR 3.52, 95% CI 1.17-10.61, p-value = 0.026) ซึ่งการรักษาด้วย rt-PA มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีดังการศึกษาที่ผ่านมา^{5,6} อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ ถดถอยโลจิสติกตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร ไม่สอดคล้องกัน อาจเกิดจากปัจจัยอื่นที่เป็นตัวกวน เช่น กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (Minor stroke) ไม่มีข้อบ่งชี้ให้ยาละลายลิ่มเลือด

และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA น้อยเกินไป จนไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

7) มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ. มีโอกาสมิผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี 2.87 เท่า (adjusted OR 2.87, 95% CI 1.52-5.43, p-value = 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในระยะเฉียบพลัน^{9,14} โดยที่พบมากที่สุดคือ ปอดติดเชื้อ (ร้อยละ 4.57) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barlas RS, et al.²⁵ พบว่าปอดติดเชื้อเพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี ได้แก่ อายุมาก ความรุนแรงของโรคมาโรงพยาบาลช้า ไม่ได้รับ rt-PA และภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ เพิ่มการให้ rt-PA และพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีมาตรฐาน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับผู้ปฏิบัติ: สร้างความตระหนักในการบันทึกข้อมูลและประเมิน NIHSS ให้ครบถ้วน ประชาสัมพันธ์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน

2. สำหรับผู้กำหนดนโยบาย: ขยายเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วย (Stroke fast track network) พัฒนาศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อเพื่อลดระยะเวลา Onset to door time และสนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป: ศึกษาต่อเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและติดตามผลลัพธ์การรักษาระยะยาว (3-6 เดือน) หลังจำหน่ายเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยคำปรึกษาจาก
อ.ดร.ลำพึง วอนอก และ คุณชลัญธร ตรียมณีรัตน์
ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมาย
ที่อำนวยความสะดวกในการจัดการข้อมูล
และผู้เขียนงานวิชาการที่ใช้อ้างอิงทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Li XY, Kong XM, Yang CH, Cheng ZF, Lv JJ, Guo H, et al. Global, regional, and national burden of ischemic stroke, 1990-2021: an analysis of data from the global burden of disease study 2021. *EClinicalMedicine*. 2024; 75: 102758.
2. Tiamkao S, Ienghong K, Cheung LW, Celebi I, Suzuki T, Apiratwarakul K. Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality in Thailand from 2009 to 2021. *Open Access Maced J Med Sci*. 2022; 9(E): 110-5.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566. หน้า 25-6.
4. Matsuo R, Yamaguchi Y, Matsushita T, Hata J, Kiyuna F, Fukuda K, et al. Association Between Onset-to-Door Time and Clinical Outcomes After Ischemic Stroke. *Stroke*. 2017; 48(11): 3049-56.
5. Marler JR, Tilley BC, Lu M, Brott TG, Lyden PC, Grotta JC, et al. Early stroke treatment associated with better outcome: the NINDS rt-PA stroke study. *Neurology*. 2000; 55(11): 1649-55.
6. Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo G, Sandercock P, Lindley RL, et al. Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 379(9834): 2364-72.
7. Wannarong T, Chotik-Anuchit S, Nilanont Y. Factors associated with hospital arrival time in acute stroke. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2019; 102(5): 547-53.
8. Wongwiangjunt S, Komoltri C, Pongvarin N, Nilanont Y. Stroke awareness and factors influencing hospital arrival time: a prospective observational study. *J Med Assoc Thai*. 2015; 98(3): 260-4.
9. Nilanont Y, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Hanchaiphiboolkul S, Pimpak T, Tatsanavivat P, et al. Quality of acute ischemic stroke care in Thailand: a prospective multicenter countrywide cohort study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014; 23(2): 213-9.

10. Ratanakorn D, Keandoungchun J, Sittichanbuncha Y, Laothamatas J, Tegeler CH. Stroke fast track reduces time delay to neuroimaging and increases use of thrombolysis in an academic medical center in Thailand. *J Neuroimaging*. 2012; 22(1): 53-7.
11. สมศักดิ์ เทียมเก่า. 13 ปี เส้นทาง การเรียนรู้และพัฒนา Stroke Fast Track ของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2566; 17(1): 191-9.
12. Vorasoot N, Kasemsap N, Kongbunkiat K, Peansukwech U, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. Impact of Hospital Level on Stroke Outcomes in the Thrombolytic Therapy Era in Northeast Thailand: A Retrospective Study. *Neurol Ther*. 2021; 10(2): 727-37.
13. Jantasri S, Tiamkao S, Sirikarn P. Effectiveness of Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA) for Acute Ischemic Stroke in Udonthani Hospital versus Node-rtPA Community Hospitals. *Thai Journal of Neurology*. 2020; 36(4): 34-57.
14. Torres-Aguila NP, Carrera C, Muiño E, Cullrell N, Cárcel-Márquez J, Gallego-Fabrega C, et al. Clinical Variables and Genetic Risk Factors Associated with the Acute Outcome of Ischemic Stroke: A Systematic Review. *J Stroke*. 2019; 21(3): 276-89.
15. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998; 17(14): 1623-34.
16. Hu M, Zhu Y, Chen Z, Li W, Li L, Li Y, et al. Relationship between mean blood pressure during hospitalization and clinical outcome after acute ischemic stroke. *BMC Neurol*. 2023; 23(1): 156.
17. Gao X, Zhang J, Peng Y, Fan H, Chen M, Xu T, et al. Admission clinical characteristics and early clinical outcomes among acute ischemic stroke patients. *J Biomed Res*. 2012; 26(3): 152-8.
18. Al Alawi AM, Al Busaidi I, Al Shibli E, Al-Senaidi AR, Al Manwari S, Al Busaidi I, et al. Health outcomes after acute ischemic stroke:retrospective and survival analysis from Oman. *Ann Saudi Med*. 2022; 42(4): 269-75.
19. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019; 50(12): e344-e418.

20. Strambo D, Zambon AA, Roveri L, Giacalone G, Di Maggio G, Peruzzotti-Jametti L, et al. Defining minor symptoms in acute ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2015; 39(3-4): 209-15.
21. Lee EJ, Kim SJ, Bae J, Lee EJ, Kwon OD, Jeong HY, et al. Impact of onset-to-door time on outcomes and factors associated with late hospital arrival in patients with acute ischemic stroke. *PLoS One*. 2021; 16(3): e0247829.
22. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*. 2021; 20(10): 795-820.
23. Hanchaiphiboolkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Puthkhao P, Towanabut S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2011; 94(4): 427.
24. Songsrichainun P, Tiamkao S. Incidence, Mortality Rate and Rate of Thrombolytic Therapy of Acute Stroke in Northeastern Thailand from 2017-2022. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2024; 107(1): S16-S23.
25. Barlas RS, Clark AB, Bettencourt-Silva JH, Sawanyawisuth K, Kongbunkiat K, Kasemsap N, et al. Pneumonia and Risk of Serious Adverse Outcomes in Hospitalized Strokes in Thailand. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2019; 28(6): 1448-54.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

สายนาท หวานนุรักษ์¹, พรภัทรา แสนเหล่า², พียดา อุดมดี³

(วันที่รับบทความ: 12 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 14 กุมภาพันธ์ 2569; วันที่ตอบรับ: 3 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิจำนวน 311 คน วิจัยเป็นแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงค่านวนหาค่า IOC มีค่า 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าค่า KR-20 = 0.9 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามีค่า = 0.81-0.92 เก็บข้อมูลโดยส่งลิงค์แบบสอบถามในระบบ Google forms วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า ตัวอย่างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 2.3 เคยบุหรี่ไฟฟ้าแล้วเลิกร้อยละ 12.9 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (Mean = 14.91, S.D = 2.71), (Mean = 14.51, S.D = 3.72), (Mean = 20.40, S.D = 4.58) และ (Mean = 20.03, S.D. = 5.54) ตามลำดับ ส่วนด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อย (Mean = 17.13, S.D. = 5.32) และความรอบรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 86.98, S.D. = 16.27) สถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนเพศ อายุ คณะที่เรียน ผลการเรียน ลักษณะที่พักอาศัย เงินที่ได้รับต่อเดือน และการมีสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะ สถาบันการศึกษาและครอบครัวควรส่งเสริมให้นักศึกษามีความรอบรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า, นักศึกษา

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, E-mail: Sainat_wan@vu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail: pp_sanloa@hotmail.com

³ นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ,

E-mail: phiyadaudomdee@gmail.com

Corresponding author: พรภัทรา แสนเหล่า, E-mail: pp_sanloa@hotmail.com

Health Literacy Regarding Electronic Cigarette Smoking Behavior among First-Year University Students

Sainat Wannurak¹, Pornphattra Saenloa², Phiyada Audomdi³

(Received: 12th December 2025; Revised: 14th February 2026; Accepted: 3rd March 2026)

Abstract

This Descriptive research aimed to study: 1) Health literacy about e-cigarettes, 2) e-cigarette smoking behavior, and 3) the relationship between personal characteristics and Health literacy about e-cigarettes. The sample consisted of 311 first-year undergraduate students in the academic year 2025, selected through stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire validated and confirmed using IOC values ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of knowledge and understanding about e-cigarettes was assessed using KR-20 = 0.90, and the reliability of Health literacy about e-cigarettes was assessed using Cronbach's alpha coefficient = 0.81-0.92. Data were collected by sending a questionnaire link via Google Forms and analyzed using descriptive statistics. Relationships between variables were examined using the Chi-square test.

The results revealed that 2.3% of the sample currently smoked e-cigarettes, while 12.9% had previously smoked and subsequently quit. Knowledge and understanding about e-cigarettes, access to information and communication about e-cigarettes, media literacy about e-cigarettes, and decision-making regarding e-cigarette use were all at a high level (Mean = 14.91, S.D. = 2.71), (Mean = 14.51, S.D. = 3.72), (Mean = 20.40, S.D. = 4.58), and (Mean = 20.03, S.D. = 5.54) respectively. Health communication about e-cigarettes was low level (Mean = 17.13, S.D. = 5.32) and overall health literacy about e-cigarettes was moderate level (Mean = 86.98, S.D. = 16.27). The marital status of parents was statistically significantly associated with Health literacy about e-cigarettes (p-value <0.05). Gender, age, faculty, academic performance, housing characteristics, monthly income, and the presence of family members or close associates who smoke were not significantly associated with Health literacy about e-cigarettes.

Recommendations: Educational institutions and families should encourage students to develop Health literacy regarding electronic cigarettes, with a particular emphasis on health communication skills about e-cigarettes, in order to prevent e-cigarette smoking behavior.

Keywords: Health literacy, Electronic cigarette smoking behavior, Undergraduate students

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, E-mail: Sainat_wan@vu.ac.th

² Asst. Prof., Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, E-mail: pp_sanloa@hotmail.com

³ Student, Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, E-mail: phiyadaudomdee@gmail.com

Corresponding author: Pornphattra Sanloa, E-mail: pp_sanloa@hotmail.com

บทนำ

การใช้อยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก โดยยาสูบคร่าชีวิตผู้ใช้สูงถึงครึ่งหนึ่งของผู้ที่ไม่เลิกสูบ และทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี รวมถึงผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันมือสอง การใช้อยาสูบในทุกรูปแบบล้วนเป็นอันตรายและไม่มีระดับที่ปลอดภัย โดยมีนิโคตินเป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติดอย่างรุนแรง ผู้ใช้อยาสูบส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งได้รับผลกระทบจากโรคและการเสียชีวิตมากที่สุด นอกจากนี้ ยาสูบยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งนี้ World health organization ได้ผลักดันมาตรการควบคุมยาสูบเพื่อช่วยลดผลกระทบดังกล่าวทั่วโลก บุหรี่ไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์ที่ทำงานโดยการให้ความร้อนกับน้ำยาซึ่งมักมีนิโคตินเพื่อสร้างละอองไอให้สูดดม แม้จะไม่มีสารเผาไหม้เหมือนบุหรี่ทั่วไป แต่ไม่ได้หมายความว่าปลอดภัย เนื่องจากยังคงมีสารเคมีที่เป็นอันตราย เช่น สารระเหย โลหะหนัก และสารก่อมะเร็งบางชนิด นิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ายังคงทำให้เกิดการเสพติดและส่งผลกระทบต่อสมอง โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น นอกจากนี้ ละอองจากบุหรี่ไฟฟ้ายังสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้ และมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจและหัวใจ ทั้งนี้ World health organization ระบุว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัย และควรมีการควบคุมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน¹ แม้มีความพยายามจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งในประเทศและต่างประเทศ องค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปีเป็นวันงดสูบบุหรี่โลก (World no tobacco day) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ แต่สถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้า ยังคงทวีความรุนแรง โดยเฉพาะในหมู่นักเรียน นักศึกษา และเยาวชน

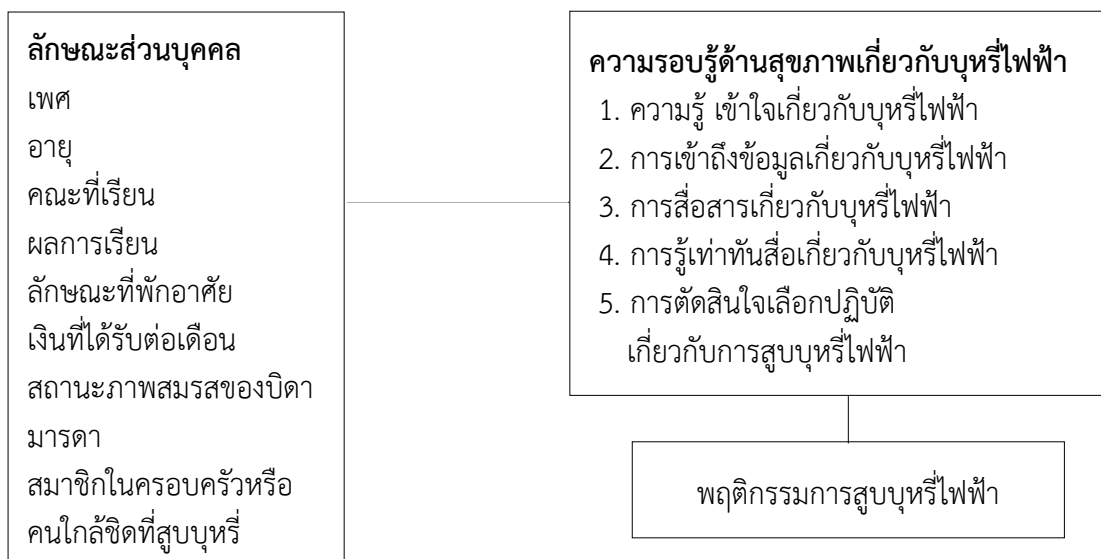
กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ระบุว่า บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ที่ ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ เนื่องจากมีสารนิโคตินในปริมาณสูง รวมถึงโลหะหนักและสารก่อมะเร็งอื่น ๆ น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าบางชนิดมีสารเคมีที่ทำให้เกิด ปอดอักเสบเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ผู้ใช้เสพติดได้ง่ายและเลิกสูดยาก ประเทศไทยจึงเป็น 1 ใน 34 ประเทศที่ ห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ตั้งแต่ปี 2557 ตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ จากข้อมูล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่าแม้จะมีกฎหมายควบคุม แต่บุหรี่ไฟฟ้ายังคงแพร่หลายในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษา เนื่องจากความเข้าใจผิดว่า “ปลอดภัยกว่า” บุหรี่ธรรมดา มีอุปลักษณะทันสมัย กลิ่นหลากหลาย และง่ายต่อการซื้อผ่านออนไลน์ ทำให้กลายเป็นพฤติกรรมที่แฝงด้วย “แฟชั่น” และ “การเข้าสังคม” งานวิจัยในและต่างประเทศชี้ว่า บุหรี่ไฟฟ้า กระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการอักเสบของหลอดลม เสี่ยงโรคหอบหืด และปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบหัวใจ หลอดเลือด และการพัฒนาสมองในวัยรุ่น พัทธินทร์ ยุพา และคณะ² ระบุว่า การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในหมู่นักศึกษาเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้ง ความเครียด ความกดดันจากครอบครัว สื่อออนไลน์ และกลุ่มเพื่อน รวมถึงการขาดทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อ ในกลุ่มนักศึกษาซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่น มีอัตราการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่า กลุ่มอายุอื่น และพบว่า ปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับระบบความคิดสังคม เทคโนโลยี และวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่

การสร้าง “ความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)” จึงเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็น เพราะไม่ได้หมายถึง การมีความรู้ แต่รวมถึง การเข้าถึง วิเคราะห์ วิจัย และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในยุคที่มีข้อมูล

เท็จและการตลาดผ่านสื่อโซเชียลแพร่หลาย หากขาดทักษะด้านนี้ อาจตกเป็นเหยื่อของความเข้าใจผิดได้ง่าย³ รุจี จารุภาชน⁴ กล่าวว่า วัยรุ่นหญิงรับรู้และให้ความหมายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในด้านบวกจะมีน้ำหนักมากกว่าด้านลบ สูบได้ทุกแห่งเพราะมีกลิ่นหอมติดตัวและเมื่อง่าย มีความมั่นใจในตนเองในสังคมกลุ่มเพื่อน ไม่เซย์ คูมีฐานะเป็นผู้เชื่อมั่นใจในตัวเอง ทำให้ลดน้ำหนักและเลิกสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาได้และคลายเครียด ส่วนด้านลบคือเป็นสิ่งเสพติดมีผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เสียเงินและเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย วัยรุ่นหญิงรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลเสียด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ แต่ยังมีคามนิยมน้อยอย่างมากจากภาพลักษณ์ที่ดูทันสมัย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการวิจัยมีการพัฒนาโครงร่างวิจัยตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน 2568 และเก็บข้อมูลวิจัยระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568

ซึ่งเป็น ช่วงวัยที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากมัธยมสู่มหาวิทยาลัย ได้รับอิสรภาพจากครอบครัว และอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ที่มีเพื่อนซี้ชวนให้ลองสิ่งแปลกใหม่ ผลการศึกษาจะได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนแนวทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างเหมาะสม และลดผลกระทบในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ภาคปกติ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ขึ้นทะเบียนปีการศึกษา 2568 จำนวน 972 คน จำแนกเป็นคณะครุศาสตร์ จำนวน 546 คน คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 100 คน คณะศิลปศาสตรและวิทยาศาสตร์ จำนวน 326 คน

กลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 และระดับความเชื่อมั่น 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 283 คน เพิ่มความคลาดเคลื่อนอีก 10% = 28 คน รวมเป็นจำนวน 311 คน

2) การแบ่งสัดส่วนการเลือกตัวอย่าง แบ่งสัดส่วนตามคณะและสาขา

3) การสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มมีระบบ (Systematic sampling) ตามเลขที่หรือลำดับรหัสนักศึกษา โดยใช้ช่วงห่างคงที่

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) 1) ยินดีให้ข้อมูลต่างทั้งข้อมูลส่วนตัวและพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลในระบบ Google form ได้

เกณฑ์การถอนตัวหรือยุติการให้ข้อมูล (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลในระบบ Google form ได้ 2) สามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทันที โดยไม่ต้องบอกเหตุผลใด ๆ

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ผู้ศึกษาสร้างเองจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, คณะ/สาขาที่เรียน, ผลการเรียนเฉลี่ย, ลักษณะที่พักออาศัย, เงินที่ได้รับต่อเดือน, สถานภาพสมรสของบิดา มารดา, สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 20 ข้อ เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ คำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 4, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19 ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน คำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 20 ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน การตัดสิน

ผล 0-10 คะแนน = ระดับน้อย 11-15 คะแนน = ระดับปานกลาง 16-20 คะแนน = ระดับมาก

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เป็น Rating Scale 5 ระดับ 1 = น้อยมาก 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก 5 = มากที่สุด ประกอบด้วย

1) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การตัดสินผล 0-10 คะแนน = ระดับน้อย, 11-15 คะแนน = ระดับปานกลาง, 16-20 คะแนน = ระดับมาก

2) การสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน การตัดสินผล 0-12 คะแนน = ระดับน้อย, 13-18 = ระดับปานกลาง, 19-25 คะแนน = ระดับมาก

3) การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน การตัดสินผล 0-12 คะแนน = ระดับน้อย, 13-18 คะแนน = ระดับปานกลาง, 19-25 คะแนน = ระดับมาก

4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การตัดสินผล 0-15 คะแนน = ระดับน้อย, 16-25 คะแนน = ระดับปานกลาง, 26-30 คะแนน = ระดับมาก

5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวม การตัดสินผล 0-55 คะแนน = ระดับน้อย 56-90 คะแนน = ระดับปานกลาง, 91-120 คะแนน = ระดับมาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 2 ข้อ แบบเลือกตอบ ได้แก่ เคยการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน นำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.67- 1.0

ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทำแบบสอบถามนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม

ตัวอย่างจากประชากรอื่นที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ใช้ค่า Kuder-Richardson formula 20 (KR-20) = 0.90

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient)

ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า = 0.81 การสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า = 0.8 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า = 0.82 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ = 0.92 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวม = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประชาสัมพันธ์การส่งข้อมูลแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างผ่านไลน์แอปพลิเคชันกลุ่ม แกนนำสโมสร์แต่ละคณะ/สาขาที่เรียน โดยส่งลิงค์แบบสอบถามในระบบ Google form ให้กลุ่มตัวอย่างตามเลขที่หรือรหัสนักศึกษาที่สุ่มได้ เพื่อตอบแบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ตามลักษณะข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนด้านความรู้สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้สถิติ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หมายเลขของหนังสือรับรอง เลขที่ HE 68-1-028 วันที่รับรอง 15 สิงหาคม พ.ศ. 2568 และมีความซื่อสัตย์ในแบบสอบถามถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งการไม่สมัครใจจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผลการเรียน หรือสิทธิ์ใด ๆ ของการเป็นนักศึกษา การตอบแบบสอบถามจะนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.99 มีอายุเฉลี่ย 19.03 คณะมนุษยศาสตร์และการพัฒนามนุษย์ ร้อยละ 56.27 ผลการเรียนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.00 ร้อยละ 80.06 พักอาศัยหอพักภายนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 74.28 เงินที่ได้รับต่อเดือนระหว่าง 3,001-4,999 บาท ร้อยละ 43.73 บิดา มารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.88 สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.81 โดยใกล้ชิดญาติ ร้อยละ 56.54 บิดา ร้อยละ 35.05 และเพื่อน ร้อยละ 8.41 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 311)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	84	27.01
ชาย	227	72.99

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ
อายุ	230	73.95
ต่ำกว่า 19 ปี	81	26.05
19 ขึ้นไป		
Min = 17, Max = 24, M = 19.03, S.D. = 0.837		
คณะที่เรียน		
คณะครุศาสตร์และการพัฒนามนุษย์	175	56.27
คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์	104	33.44
คณะพยาบาลศาสตร์	32	10.29
ผลการเรียนเฉลี่ย		
น้อยกว่า 2.50	6	1.93
2.50 -2.99	56	18.01
3.00 ขึ้นไป	249	80.06
ลักษณะที่พักอาศัย		
หอพักภายในมหาวิทยาลัย	63	20.25
พักภายนอกวิทยาลัย	231	74.28
บ้านตนเอง	17	5.47
รายได้ที่ได้รับต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	110	35.37
3,001-4,999 บาท	136	43.73
5,000 บาทขึ้นไป	65	20.90
สถานภาพครอบครัว		
บิดา-มารดาแยกกันอยู่	29	9.32
บิดา-มารดาสมรส แยกกันอยู่	14	4.50
บิดา มารดาสมรส อยู่ด้วยกัน	208	66.88
บิดา/มารดาเสียชีวิต	3	0.97
บิดามารดาหย่าร้าง/หม้าย	57	18.33
ในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่		
ไม่มี	97	31.19
มี	214	68.81

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 84.9 เคยสูบแล้วเลิกร้อยละ 12.9 และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 2.3 ในกลุ่มที่เคยสูบและกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่

จำนวน 80 คน พบว่า สูบประจำทุกวัน ร้อยละ 46.3 สูบเกือบทุกวัน/บ่อย ร้อยละ 50.0 และสูบเป็นครั้งคราว นาน ๆ ครั้งร้อยละ 3.7 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 311)
ความถี่ของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 80)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (n)	ร้อยละ
ไม่เคยสูบ	231	74.30
เคยสูบแล้วเลิก	73	23.50
ยังสูบบุหรี่อยู่	7	2.30
สูบประจำทุกวัน	37	46.25
สูบเกือบทุกวัน/บ่อย	40	50.00
สูบเป็นครั้งคราว นาน ๆ ครั้ง	3	3.75

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เข้าถึงข้อมูลการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า รู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่

ในระดับมาก ส่วนด้านการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อย และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกระดับความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (n = 311)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	น้อย (n)	ปานกลาง (n)	มาก (n)	Mean	S.D.	แปลค่า
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	35 (11.3)	75 (24.1)	201 (64.6)	14.91	2.71	มาก
2. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	39 (12.5)	108 (34.7)	164 (52.7)	14.51	3.72	มาก
3. การสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	121 (38.9)	109 (35.1)	81 (26.0)	17.13	5.32	น้อย
4. การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	58 (18.6)	91 (29.3)	162 (52.1)	20.40	4.58	มาก
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	59 (18.9)	96 (30.9)	156 (50.2)	20.03	5.54	มาก
ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวม	42 (13.5)	201 (64.6)	68 (21.9)	86.98	16.27	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

<0.05) ส่วนเพศ อายุ คณะที่เรียน ผลการเรียน ลักษณะที่พักอาศัย เงินที่ได้รับต่อเดือน และการมีสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (n = 311)

ลักษณะส่วนบุคคล		ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า			χ^2	p-value
		น้อย f (%)	ปานกลาง f (%)	มาก f (%)		
เพศ	ชาย	12 (14.3)	50 (59.5)	22 (26.2)	1.501	0.472
	หญิง	30 (13.2)	151 (66.5)	46 (20.3)		
อายุ	ต่ำกว่า 19 ปี	37 (16.1)	145 (63.0)	48 (20.9)	5.104	0.078
	19 ปี ขึ้นไป	5 (6.2)	56 (69.1)	20 (24.7)		
คณะที่เรียน	ครุศาสตร์ฯ	18 (10.3)	115 (65.7)	42 (24.0)	4.863	0.302
	พยาบาลศาสตร์	19 (18.3)	67 (64.4)	18 (17.3)		
ผลการเรียน	ต่ำกว่า 3.00	5 (15.6)	19 (59.4)	8 (25.0)	2.679	0.262
	3.00 ขึ้นไป	9 (14.5)	35 (56.5)	18 (29.0)		
ที่พักอาศัย	ต่ำกว่า 3.00	33 (13.3)	165 (66.7)	50 (20.1)	0.569	0.752
	3.00 ขึ้นไป	8 (13.6)	36 (61.0)	15 (25.4)		
เงินที่ได้รับต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาท	34 (13.5)	165 (65.5)	53 (21.0)	1.088	0.580
	3,000 บาท ขึ้นไป	17 (15.5)	67 (60.9)	26 (23.6)		
สถานภาพสมรส ของบิดามารดา	ต่ำกว่า 3,000 บาท	25 (12.4)	134 (66.7)	42 (20.9)	6.217	0.045*
	3,000 บาท ขึ้นไป	34 (15.3)	134 (60.4)	54 (24.3)		
คนในครอบครัว/ คนใกล้ชิดสูบบุหรี่	บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	8 (9.0)	67 (75.3)	14 (15.7)	3.358	0.187
	บิดามารดาหย่าร้างหรือ แยก/บิดาหรือมารดา เสียชีวิต	34 (15.9)	134 (62.6)	46 (21.5)		
	ไม่มี	8 (8.2)	67 (69.1)	22 (22.7)		
	มี					

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อย แม้ว่าจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราภรณ์ จำปาจันทร์ และคณะ⁵ ศึกษาในระดับความรู้และระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (Mean = 15.43 S.D. = 3.06) การศึกษาของ พิมพ์ชนก คำชู และคณะ⁶ ศึกษาความรู้กับทัศนคติ เกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า ของนิสิตระดับอุดมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับปานกลาง (Mean = 9.39, S.D = 7.07) พชรินทร์ ยุพา และคณะ² ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.7 ทราบว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งเสพติดร้อยละ 94.5 และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ 76.3

2. พฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบ ร้อยละ 84.9 เคยสูบแล้วเลิก ร้อยละ 12.9 และปัจจุบันยังสูบร้อยละ 2.3 ในกลุ่มที่เคยสูบและกลุ่มที่ยังสูบอยู่ สูบประจำทุกวันร้อยละ 46.3 สูบเกือบทุกวัน/บ่อย ร้อยละ 50.0 และสูบเป็นครั้งคราว นาน ๆ ครั้งเป็นร้อยละ 3.7 จากการศึกษาของอิติรัตน์ ราศิริ⁷ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในเขตจังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.0 การศึกษาของกมลฤ ญนอมสัตย, พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม และพุทธ

พร อ่อนคำสี⁸ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม พบว่า นักศึกษาใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุดร้อยละ 62.84 สูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเดียว ร้อยละ 82.05 สูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 41.88 เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่อายุ 16-18 ปี ร้อยละ 41.02 สูบบุหรี่ทุกช่วงที่มีโอกาสสูบร้อยละ 40.17 สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกิดจากเครียดจึงหาทางระบาย ร้อยละ 40.17 การศึกษาของพัชรินทร์ ยุพา และคณะ² พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ ไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 51.8 ไม่เคยซื้อบุหรี่ไฟฟ้าผ่านออนไลน์ร้อยละ 78.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 70.0 การศึกษาของรุจี จารุภาชนัน⁴ เรื่องประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น พบว่า วิธีหรือเส้นทางการสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่การสัมผัสบุหรี่ไฟฟ้าจนกระทั่งการติด มีจำนวน 3 เส้นทาง ได้แก่ 1) อยากรลอง: เป็นการอยากรลองตามคำชวนของเพื่อนหรือคนใกล้ชิดซึ่งเป็นของแปลกที่ดูดี ลองแล้วติดเนื่องจากความแปลกใหม่ของน้ำยาและอุปกรณ์ที่ทันสมัย สามารถจะสูบได้ทุกแห่งที่ต้องการ 2) อยากรเลียนแบบ: เป็นความรู้สึกอยากเก่งเท่าเทียมเพื่อนชาย ดูเท่และ ต้องการมีตัวตนในกลุ่มเพื่อน และ 3) ตั้งใจที่จะสูบ: เพื่อให้ลดความเหงาและคลายเครียด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แตกต่างจากศึกษาของจิราภรณ์ จำปาจันทร์⁶ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ได้แก่ เพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ได้แก่ ขณะที่กำลังศึกษาและการได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า อิทธิรัตน์ ราศิริ⁷ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษ

ระดับอุดมศึกษาในเขต จังหวัดพิษณุโลกพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของคนรอบข้าง ($\beta = 0.372$) มีประสบการณ์รับทราบข้อมูลการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าทางอินเทอร์เน็ต ($\beta = 0.216$) การรับรู้เกี่ยวกับโทษอันตรายจาก บุหรี่ไฟฟ้า ($\beta = 0.173$) และทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($\beta = 0.125$) โดยรวมกันทำนายได้ร้อยละ 47.3 ($R^2 = 0.473$) ทิตฐิตา ยมนา และคณะ⁹ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า กรณีศึกษา : นิสิตนักศึกษา. พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มทดลองมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เปลี่ยนในทิศทางที่ดีขึ้น ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การที่คิดว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการวางแผนว่าจะเลิกสูบบุหรี่ พัชรินทร์ ยุพา และคณะ² ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา (ชั้นปี) เงินที่ได้รับต่อเดือน ประวัติครอบครัวสูบบุหรี่ และประวัติการสูบบุหรี่มวน พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กมลฤ ญนอมสตัย, พนิตนันท์ แซ่ลิ่มและพุทธร อ่อนคำสี⁸ พบว่า นักศึกษาที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากเป็น 20.00 เท่า ($AOR = 20.00, 95\%CI = 10.22-39.16$) ของนักศึกษาที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในขณะที่นักศึกษาที่มีรายได้สูง มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากเป็น 3.42 เท่า ($AOR = 3.42, 95\%CI = 1.50-7.77$) ของนักศึกษาที่มีรายได้ต่ำ

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า สถาบันครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความสำคัญต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้าและอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นครอบครัวควรเป็นตัวอย่างที่ดี มีการพูดคุยกับลูกหลานเกี่ยวกับภัยของบุหรี่ไฟฟ้า

การคบเพื่อน การเลือกคู่อื่นที่เชิญชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่มาในรูปแบบต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

1) สถาบันการศึกษาควรจัดกิจกรรมการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง มีนโยบายรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

2) สถาบันครอบครัวควรป้องกันไม่ให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยการสังเกตจากการคบเพื่อน อยากรองจากเป็นของใหม่ อยากรู้อยากลองและความเหงา ความเครียด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อปรับปรุงให้เครื่องมือวิจัยมีความตรงมากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tobacco [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. พัชรินทร์ ยุพา, ธวัชชัย เอกสันติ, ศิริลักษณ์ เพียรธัญญะ, ศุภรัตน์ คงรอด, สิริยากร พันจันทิก, สุกัญญา ผลพิมาย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา ระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2567; 9(2): 51-69.

3. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2564.
4. รุจี จารุภาชน. ประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิง ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2564; 28(3): 121-30.
5. จิราภรณ์ จำปาจันทร์, สิริวิมล ทะวงค์นา, นิธิพร ยะคำสี, ภัทรินทร์ เมืองคง, นริศรา ชันดี, ธีรานุช วรโธสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566; 17(2): 631-44.
6. พิมพ์ชนก คำชู, บัณฑิตา จารี, เบญญาภา ทั้งจ้อย, ปราณี คำวงศ์ษา, จีรนนท์ วงศ์ศิลป์, อิศราภรณ์ เหมะภูษิต. ความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนิสิตระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2567; 3(3): 46-54.
7. อติรัตน์ ราศิริ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา ในเขตจังหวัดพิษณุโลก. วารสารควบคุมโรค. 2565; 48(1): 132-42.
8. กมลภู ถนอมสัจย์, พินิตนันท์ แซ่ลิ้ม, พุทธพร อ่อนคำสี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567; 16(1): 81-90.
9. จิตฐิตา ยมนา, ฐิติพงศ์ พันธวงศ์, ญัฐวรา พรไพศาลสกุล, นิรัตย์ แสงสุวรรณ, สุทธิวิธ ผัดคำ, ศรดา คุ่มทรัพย์, และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า กรณีศึกษา : นิสิตนักศึกษา. วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ. 2566; 14(27): 83-100.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชนจังหวัดสกลนคร

จิตรานนท์ โกสัยรัตนภิบาล¹, อนุชิตา แสงโพธิ์²

(วันที่รับบทความ: 18 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไข: 23 มีนาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 17 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนจังหวัดสกลนคร (2) พัฒนารูปแบบการป้องกันที่เหมาะสม และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว การวิจัยแบ่งออกเป็นสามระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วม และการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี จำนวน 50 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบทดสอบความรู้ด้านทักษะคิดการเอาชีวิตรอด (CVI = 0.84, KR-20 = 0.84) และ (2) แบบประเมินทักษะคิดการเอาชีวิตรอด (CVI = 0.86, Cronbach's α = 0.88) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มอายุ 15-19 ปีมีอัตราบาดเจ็บสูงสุด (3,000-3,500 ต่อแสนประชากร) เพศชายเสี่ยงกว่าหญิง 3.28 เท่า อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดกับรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 80-85) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิต คือ การไม่สวมหมวกนิรภัย (OR = 3.68) และการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (OR = 2.34) ระยะที่ 2 ได้พัฒนา “SKN-RTI Youth model” ตามแนวคิด Human factors ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการความเสี่ยง การรับรู้ขีดจำกัดตนเอง ความตระหนักรู้สถานการณ์ ทักษะการตัดสินใจ การปรับทัศนคติ และการจัดการความเครียด ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 17.76 เป็น 27.90 ($p < 0.001$) และคะแนนทักษะคิดเพิ่มขึ้นจาก 38.42 เป็น 54.28 ($p < 0.001$) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเด่นชัด ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย การประเมินสถานการณ์ การไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ การวางแผนการเดินทาง และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.68 S.D. = 0.70)

ดังนั้น รูปแบบ SKN-RTI Youth model ที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะคิด และลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถประยุกต์ใช้เพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, เด็กและเยาวชน, การป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต, จังหวัดสกลนคร

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร,

E-mail: jittranon2564@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, E-mail: aom_got@hotmail.com

Corresponding author: จิตรานนท์ โกสัยรัตนภิบาล, E-mail: jittranon2564@gmail.com

Developing a Model for Injury and Fatality Prevention from Road Accidents among Children and Youth in Sakon Nakhon Province

Jittranan Koseerattanapiban¹, Anuchtida Sangpho²

(Received: 18th February 2026; Revised: 23rd March 2026; Accepted: 17th April 2026)

Abstract

This study aimed to (1) examine the situation and risk factors of road traffic injuries and fatalities among children and youth in Sakon Nakhon Province, (2) develop an appropriate prevention model, and (3) evaluate its effectiveness. The research was conducted in three phases: situational analysis, participatory model development, and a trial implementation with 50 youths aged 15-24 years over an 8-week period. Research instruments comprised (1) a road safety survival knowledge test (CVI = 0.84, KR-20 = 0.84) and (2) a survival thinking skills assessment (CVI = 0.86, Cronbach's α = 0.88). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

The findings revealed that, in Phase 1, the 15-19 age group had the highest injury rate (3,000-3,500 per 100,000 population), with males being 3.28 times more likely to be injured than females. Most accidents (80-85%) involved motorcycles. Key risk factors for fatality were non-helmet use (OR = 3.68) and alcohol consumption prior to driving (OR = 2.34). In Phase 2, the "SKN-RTI Youth Model" was developed based on the Human Factors framework, comprising six core components: risk management, self-limitation awareness, situational awareness, decision-making skills, hazardous attitude modification, and stress and fatigue management. In Phase 3, the trial implementation demonstrated significant improvements: knowledge scores increased from 17.76 to 27.90 ($p < 0.001$), and thinking skills scores increased from 38.42 to 54.28 ($p < 0.001$). Notable behavioral changes included helmet use, situational assessment, avoidance of mobile phone use while driving, trip planning, and avoidance of alcohol consumption prior to driving. Participants reported the highest level of satisfaction with the model (Mean = 4.68 out of 5).

In conclusion, the SKN-RTI Youth Model demonstrated effectiveness in enhancing knowledge and thinking skills, and in reducing risky behaviors related to road safety among children and youth. The model can be appropriately adapted and scaled up for implementation in other areas.

Keywords: Road traffic accidents, Children and youth, Injury and fatality prevention, Sakon nakhon province

¹ Public Health Technical Officer Senior Professional, Sakon Nakhon Provincial Public Health Office, E-mail: jittranan2564@gmail.com

² Public Health Technical Officer Practitioner Level, Sakon Nakhon Provincial Public Health Office, E-mail: aom_got@hotmail.com

Corresponding author: Jittranan Koseerattanapiban, E-mail: jittranan2564@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ระดับโลกและประเทศไทย

การจัดการความปลอดภัยทางถนนเป็นประเด็นที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบรุนแรงทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 1.19 ล้านคน หรือ 15 คนต่อประชากรแสนคน ลดลงเพียงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553 ซึ่งห่างไกลจากเป้าหมายในทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (พ.ศ. 2553-2563) จึงนำไปสู่ทศวรรษใหม่แห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2564-2573 ที่ตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตให้ได้ร้อยละ 50¹

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) พบผู้บาดเจ็บเฉลี่ยปีละ 1.4 ล้านราย และผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 23,000 ราย โดยกลุ่มอายุ 10-19 ปี มีอัตราการบาดเจ็บสูงสุด (สูงสุด 91,241 รายในปี 2565) ขณะที่กลุ่มอายุ 20-29 ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (เฉลี่ยปีละกว่า 3,500 ราย) ประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณเฉลี่ยปีละกว่า 7,500 ล้านบาท สำหรับค่ารักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลต่อเนื่อง และค่าเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ ซึ่งกระทบต่อกำลังหลักของครอบครัวและการพัฒนาประเทศ² สอดคล้องกับผลการวิจัยภายใต้ “โครงการวิจัยเพื่อเมืองไทยไร้อุบัติเหตุ” ที่ศึกษากรณีอุบัติเหตุ 1,000 กรณี ระหว่าง พ.ศ. 2559-2563 และระบุว่า “กลุ่มวัยรุ่น” เป็นกลุ่มที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด³

สถานการณ์ในจังหวัดสกลนคร สะท้อนภาพรวมของประเทศ ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561-2565) พบการเกิดอุบัติเหตุปีละ 9,955-12,202 ครั้ง ผู้บาดเจ็บปีละ 12,098-15,285 ราย และผู้เสียชีวิตปีละ 261-276 ราย⁴ จังหวัดสกลนครได้ขับเคลื่อนการจัดการความปลอดภัยทางถนนผ่าน “ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสกลนคร” ซึ่งจัดตั้งตามระเบียบสำนัก

นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 โดยทำหน้าที่บูรณาการการดำเนินงานตามแนวทาง 5 เสาหลักขององค์การอนามัยโลก⁵ ครอบคลุมตั้งแต่การจัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณ การป้องกันและลดอุบัติเหตุ การติดตามประเมินผล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดการข้อมูลสถิติ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์

ช่องว่างของปัญหาและแนวทางแก้ไข แม้จะมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฯ และมีระบบมาตรฐานในการดำเนินงาน แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ส่งผลให้มาตรการทางสังคมยังไม่ชัดเจน การสร้างความเข้าใจกับประชาชนยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานและเยาวชนซึ่งเป็นผู้ใช้รถใช้ถนนหลัก ยังเข้าไม่ถึงทุกพื้นที่ จำเป็นต้องสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เสริมสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหากลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 10-19 ปี) และกลุ่มวัยรุ่นสร้างตัว (อายุ 20-29 ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัยและการดื่มแล้วขับ⁶

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสกลนคร โดยมุ่งเน้นการจัดการความเสี่ยงเชิงมนุษย์ปัจจัย (Human factors) เพื่อสร้างทักษะคิดลดเสี่ยงและขยายเครือข่ายเยาวชนสู่กลุ่มวัยเดียวกันและผู้ปกครอง อันเปรียบเสมือน “วัคซีนป้องกันอุบัติเหตุทางถนน” ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเสริมประสิทธิภาพของมาตรการเดิมให้เกิดผลเป็นรูปธรรม⁷

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

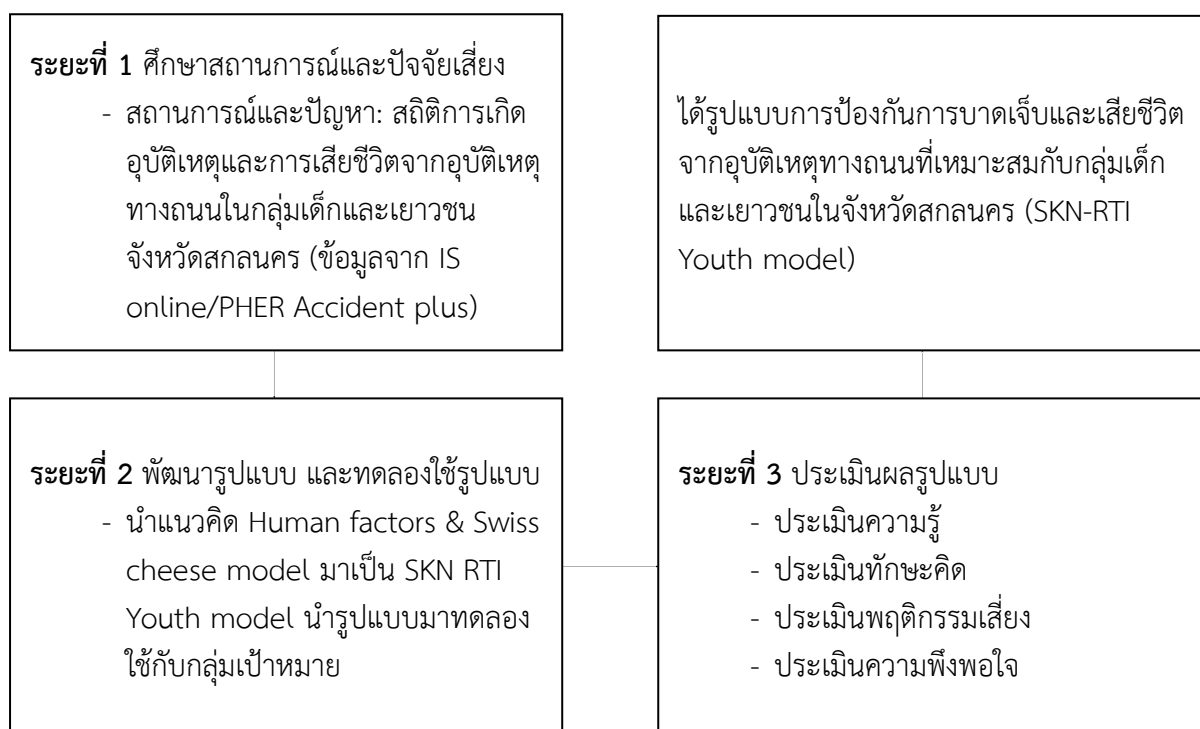
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนในจังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่

เหมาะสมกับกลุ่มเด็กและเยาวชนในจังหวัดสกลนคร

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันที่พัฒนาขึ้นในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R & D Conceptual framework) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสกลนคร

ประชากร เป็นประชาชนที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสกลนคร ปี 2561-2565 จากฐานข้อมูล ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก IS online/PHER Accident plus ⁷ ข้อมูลจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจังหวัด

สกลนคร และข้อมูลคดีอุบัติเหตุจราจรจากสถานีตำรวจภูธรจังหวัดสกลนคร จำนวน 68,858 คน

ตัวแปร เพศ กลุ่มอายุ พฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย) ความรุนแรงจากการบาดเจ็บ ช่วงเวลาที่บาดเจ็บ ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ ลักษณะการบาดเจ็บ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก IS online/PHER Accident plus⁷ ข้อมูลจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จังหวัดสกลนคร และข้อมูลคดีอุบัติเหตุจราจรจาก สถานีตำรวจภูธรจังหวัดสกลนคร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำข้อมูลจากฐานข้อมูล ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก IS online/PHER Accident plus⁵ ข้อมูลจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจังหวัดสกลนคร และข้อมูลคดีอุบัติเหตุจราจรจาก สถานีตำรวจภูธรจังหวัดสกลนคร มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของฐานข้อมูล ด้วยโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์

2. ตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัย และนำวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

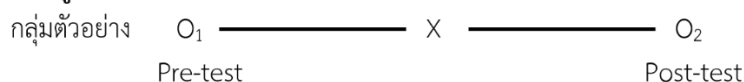
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การ

วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁸ (วางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผล) ดำเนินการ 3 เดือน กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง 55 คน (คณะทำงานด้านอุบัติเหตุและเยาวชน) ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Top model) นำข้อมูลระบาศิทยาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดแผนและโครงการป้องกันอุบัติเหตุในเยาวชนจังหวัดสกลนคร

ระยะที่ 3 การประเมินผล ทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ด้วยแบบแผน One-group pretest-posttest design โดยวัดเปรียบเทียบความรู้และทักษะการคิดของกลุ่มตัวอย่างก่อน (O_1) และหลัง (O_2) การทดลอง

แผนภูมิการวิจัย



ภาพที่ 2 แผนภูมิการวิจัย

กำหนดให้

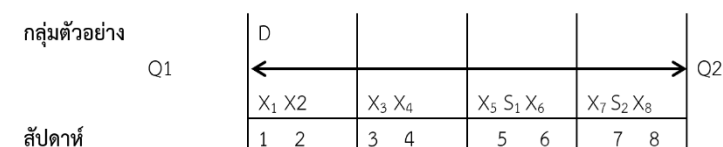
X = รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสกลนคร

O_1 = การเก็บข้อมูลการดำเนินงาน ก่อนได้รับการใช้รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและ

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสกลนคร

O_2 = การเก็บข้อมูลการดำเนินงาน หลังได้รับการใช้รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสกลนคร

แผนภูมิการทดลอง



ภาพที่ 3 แผนภูมิการทดลอง

D: การชี้แจงโครงการแก่คณะอนุกรรมการ
เด็กและเยาวชนฯ

O₁, O₂: การประเมินผลก่อน (O₁) และหลัง
(O₂) การใช้รูปแบบ โดยวัดความรู้และทักษะการ
คิดเอาชีวิตรอด

S₁₋₂: การเยี่ยมเสริมพลังและติดตาม
ประเมินผล (ดำเนินการคู่ขนานในช่วงสัปดาห์ที่ 5-8)
กิจกรรมตามโปรแกรม (X₁₋₈)

X₁₋₂ (สัปดาห์ที่ 1-2) พัฒนาเครือข่ายข้อมูล
วิเคราะห์ปัญหาเชิงมนุษย์ปัจจัย และระดมสมอง
หาแนวทางแก้ไข

X₃₋₄ (สัปดาห์ที่ 3-4) อบรมเชิงปฏิบัติการ
ตามแนวทางทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบน
ท้องถนนของกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสกลนคร

X₅₋₆ (สัปดาห์ที่ 5-6) ขยายเครือข่ายเยาวชน
รณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100% และกิจกรรมเพื่อน
ช่วยเพื่อน (เป้าหมายนักเรียนร้อยละ 80)

X₇₋₈ (สัปดาห์ที่ 7-8) สร้างนวัตกรรมสื่อสาร
ความเสี่ยงผ่านคลิปวิดีโอและหนังสือเพื่อสร้างการรับรู้

S₁₋₂ (สัปดาห์ 5-8): การเยี่ยมเสริมพลัง
ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ
ป้องกันอุบัติเหตุที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ได้จากการ
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม
G*Power 9 เพื่อการทดสอบ Paired t-test
(Effect size = 0.5, alpha = 0.05, Power =
0.95) ได้ 45 คน เพิ่มสำรอง 10% รวมเป็น 50
คนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้ วิธีการสุ่มอย่างเป็น
ระบบ (Systematic sampling) จากรายชื่อ
เยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ใช้รถจักรยานยนต์เดินทาง
มาเรียนในสถานศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัด
สกลนคร อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้ได้กลุ่ม
ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนและเป็นไปตามสมมติฐาน
ของการใช้สถิติอนุมาน

1) เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง
(Inclusion criteria) (1) ขับขี่รถจักรยานยนต์และ
ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะเพื่อเดินทางมา
เรียนในสถานศึกษา อายุระหว่าง 15-24 ปี (2)
อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ไม่น้อยกว่า 1 เดือน (3) เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์
เป็นยานพาหนะในการเดินทางไม่น้อยกว่า 3 วัน
ต่อสัปดาห์ (4) ในระหว่างการทำวิจัย ไม่มีภาวะ
ทางสุขภาพจิต พุด อ่านและเขียนภาษาไทยเข้าใจ
(5) สามารถ ติดต่อได้ทางโทรศัพท์ หรือ Line
official เพื่อการ สื่อสารด้านข้อมูลข่าวสาร (6)
เป็นผู้ที่สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล หรือ
ข้อคิดเห็น

2) เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง
(Exclusion criteria) (1) ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อ
หรือนัดสัมภาษณ์ได้ใน 2 ครั้ง (2) มีการเสียชีวิต
หรือเดินออกจากอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ใน
ระหว่างการทำวิจัย (3) มีความผิดปกติหรือภาวะ
เจ็บป่วยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว
มึนงง พุดไม่ชัด เป็นต้น

1. เครื่องมือพัฒนารูปแบบ (ระยะที่ 2) ใช้
ฐานการเรียนรู้ 6 ฐาน (อาทิ การจัดการความเสี่ยง,
สมรรถนะมนุษย์, การตัดสินใจ) ที่พัฒนาตามหลัก
Human factors เพื่อฝึกทักษะคิด ผ่านการ
ตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC)
โดยเก็บข้อมูลผ่านบันทึกกิจกรรมและภาพถ่าย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (แบ่งเป็น
3 ตอน) ตอนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและ
ประวัติการขับขี่ ตอนที่ 2: แบบทดสอบความรู้
ทักษะคิด 35 ข้อ (เลือกตอบ) มีค่า IOC = 0.84
และค่าความเชื่อมั่น KR-20 = 0.84 ตอนที่ 3: แบบ
ประเมินทักษะการเอาชีวิตรอด 35 ข้อ (มาตรา
ส่วน 3 ระดับ) มีค่า IOC = 0.86 และค่าความ
เชื่อมั่น Cronbach's α เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05) ข้อมูลทั่วไป: ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, S.D., มัธยฐาน, Min, Max) การเปรียบเทียบผล (ก่อน-หลัง): ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะคิด โดยรายงานค่าความแตกต่างเฉลี่ยและช่วงความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ สสจ.สกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-058 (19 ก.พ. 2567) ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม (Informed consent) โดยรักษาความลับด้วยการใช้รหัสแทนข้อมูลและทำลายข้อมูลตามหลักจริยธรรม

ผลการวิจัย

1. จังหวัดสกลนครตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 647 กิโลเมตร มีพื้นที่ 9,605 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองเป็น 18 อำเภอ ทิศเหนือติดบึงกาฬและหนองคาย ทิศตะวันออกติดมุกดาหารและนครพนม ทิศใต้ติดกาฬสินธุ์ และทิศตะวันตกติดอุดรธานี สกลนครมีงานประเพณีสำคัญ เช่น แห่ปราสาทผึ้งและแข่งเรือยาวเดือนพฤศจิกายน งานโสรัถยเดือนมีนาคม และแข่งผีโขนเดือนเมษายน ที่สะท้อนวัฒนธรรมท้องถิ่น การเดินทางสะดวกทั้งทางรถยนต์ รถไฟ ต่อรถประจำทางจากอุดรธานี และทางอากาศโดยมีสายการบินนกแอร์ให้บริการทุกวันจากดอนเมือง

2. สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ 2563-2566

1) เมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดสกลนครย้อนหลัง 4 ปี พบว่า มีแนวโน้มผันผวน โดยในปี 2563-2565 ค่าอัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วง 18.45-21.87 ต่อแสนประชากร และลดลงเล็กน้อยในบางปี แสดงถึงทิศทางที่พยายามควบคุมปัญหาได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 พบว่าอัตราการเสียชีวิต

กลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เป็น 25.32 ต่อแสนประชากร ซึ่งนับเป็นค่าสูงที่สุดในรอบ 4 ปีที่ผ่านมา สะท้อนถึงความจำเป็นในการยกระดับมาตรการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อย่างเร่งด่วน

2) ระบาดวิทยาเชิงพรรณนาจำแนกตามบุคคล

2.1 จำแนกตามเพศ: พบเพศชายบาดเจ็บสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า สอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ⁶ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-29 ปี ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (ไม่สวมหมวกนิรภัย, ขับเร็ว, ดื่มแล้วขับ) สะท้อนความจำเป็นที่ต้องเน้นมาตรการในกลุ่มเพศชาย

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี (2563-2566)⁷ อัตราการบาดเจ็บ: อยู่ที่ 520-610 ต่อแสนประชากร (ปี 2566 สูงถึง 610) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ อัตราการเสียชีวิต: เพิ่มขึ้นเป็น 25.3 ต่อแสนประชากร ในปี 2566 ซึ่งเกินเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกิน 12) ถึงกว่า 2 เท่า กลุ่มเสี่ยงสูงสุด: เยาวชนเพศชาย อายุ 15-19 ปี พฤติกรรมเสี่ยงคือไม่สวมหมวกนิรภัย (ร้อยละ 80-90) และดื่มแล้วขับ เวลาและสถานที่: เกิดเหตุสูงสุดช่วงเดือน ต.ค.-ธ.ค. เวลา 17.00-20.59 น. พื้นที่เสี่ยงสูงสุดคือ อ.พังโคน และมักเกิดบน ถนนทางหลวง

สรุปกลุ่มเสี่ยงวิกฤต

เยาวชนชาย (15-19 ปี) ขับซิ่งรถจักรยานยนต์บนถนนทางหลวงช่วงกลางคืน โดยไม่สวมหมวกนิรภัยและดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องเร่งดำเนินการมาตรการป้องกันเข้มข้น

2. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสกลนคร สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนารูปแบบ (Phase 1-2) ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R & D) ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและกระบวนการ ORID Method กับคณะอนุกรรมการ

เด็กและเยาวชนฯ 30 คน (15 มิ.ย. 67) พบประเด็นปัญหาหลัก 4 ด้าน: ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยง: เยาวชนอายุ 15-24 ปี (โดยเฉพาะเพศชาย) 2) พาหนะ/อุปกรณ์รถจักรยานยนต์ และการไม่สวมหมวกนิรภัย (สูงถึงร้อยละ 80-90) 3) เวลา: ช่วงเร่งด่วน 17.00-20.59 น. 4) พฤติกรรม: ขาดความตระหนัก, ไม่มีใบขับขี่, ดื่มแล้วขับ, ขับเร็ว และใช้โทรศัพท์

2. การพัฒนารูปแบบ “SKN-RTI Youth model” นำข้อมูลปัญหาออกมาออกแบบโมเดลเพื่อใช้ทดลองในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้าง: คณะทำงานเยาวชน, อาสาจราจร, เครือข่ายโรงเรียน 2) กระบวนการ: ฐานการเรียนรู้ 6 ฐาน, ORID, Workshop, การรณรงค์ 3) เครื่องมือ (Prototype): คู่มือกิจกรรม, สื่อวิดีโอ, แบบติดตามผล

3. การติดตามและขยายผล ประเมินผลผ่านตัวชี้วัด (อัตราสวมหมวกนิรภัย, อัตราการบาดเจ็บ/เสียชีวิต, ระดับความรู้ทักษะ) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและขยายผลสู่พื้นที่อื่น

3. ผลการประเมินการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสกลนคร

3.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านการขับขี่ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบว่ามีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยเป็นประจำเพียงร้อยละ 28.0 ส่วนใหญ่สวมเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 56.0) และไม่เคยสวมเลย ร้อยละ 16.0 กลุ่มตัวอย่างเคยประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 62.0 ($n = 31$) โดยลักษณะอุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ บริเวณทางแยก (ร้อยละ 29.0) รองลงมาคือ การขับขี่ทางตรง (ร้อยละ 25.8) และการเลี้ยวรถ (ร้อยละ 22.6) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านการขับขี่และประสบการณ์อุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสวมหมวกนิรภัยเป็นประจำ		
สวมเป็นประจำ	14	28.0
สวมบางครั้ง	28	56.0
ไม่เคยสวม	8	16.0
ประสบการณ์เคยเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์		
เคย	31	62.0
ไม่เคย	19	38.0
ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุที่พบบ่อย (เฉพาะผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุ $n = 31$)		
การออกรถ	3	9.7
การขับขี่ทางตรง	8	25.8
การเลี้ยวรถ	7	22.6
ทางแยกของถนน	9	29.0
สี่แยกของรถจักรยานยนต์	4	12.9

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 17.76 (S.D. = 3.82) เป็น 27.90

(S.D. = 2.56) ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.14 คะแนน (95% CI: 8.93-11.35) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.79$, $p < 0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน
ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ความรู้ด้านทักษะคิดการเอาชีวิตรอด	n	Mean	S.D.	Mean diff.	95% CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	50	17.76	3.82	10.14	8.93-11.35	16.79	<0.001*
หลังการทดลอง	50	27.90	2.56				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน แยกตามหมวดความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อจำแนกคะแนนความรู้ออกเป็น 6 หมวด พบว่าทุกหมวดมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมวดที่มีผลต่างของค่าเฉลี่ยมาก

ที่สุดคือ การจัดการความเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนน (Mean diff = 2.38) รองลงมาคือ สมรรถนะและขีดจำกัดของมนุษย์ (Mean diff = 2.32) และความตระหนักรู้ในสถานการณ์ (Mean diff = 1.94) ส่วนหมวดที่มีผลต่างน้อยที่สุดคือ การจัดการความเครียดและความเหนื่อยล้า (Mean diff = 0.34) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน
แยกตามหมวดความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

หมวดความรู้	คะแนนเต็ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean diff.	t	p-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. การจัดการความเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนน	7	3.26	1.21	5.64	0.92	2.38	12.73	<0.001*
2. สมรรถนะและขีดจำกัดของมนุษย์	8	4.10	1.32	6.42	0.73	2.32	11.85	<0.001*
3. ความตระหนักรู้ในสถานการณ์	5	2.18	0.98	4.12	0.63	1.94	13.26	<0.001*
4. การตัดสินใจ	5	2.22	1.04	3.90	0.76	1.68	10.48	<0.001*
5. ทักษะการติดต่อ	5	2.48	0.93	3.96	0.78	1.48	9.28	<0.001*
6. การจัดการความเครียด/ความเหนื่อยล้า	5	3.52	0.89	3.86	0.70	0.34	2.85	0.006*
รวม	35	17.76	3.82	27.90	2.56	10.14	16.79	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 พฤติกรรมทักษะคิดการเอาชีวิตรอด จากภัยบนท้องถนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนนที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด 5 อันดับแรก พบว่าอันดับที่ 1 คือ การสวมหมวกนิรภัยขณะขี่ (Mean diff = 0.82) รองลงมาคือ การประเมินสถานการณ์

ตลอดเวลา (Mean diff = 0.78) การไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขี่ (Mean diff = 0.76) การวางแผนและปรับแผนการเดินทาง (Mean diff = 0.72) และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขี่ (Mean diff = 0.70) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนนที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด 5 อันดับแรก (n = 50)

อันดับ	พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean diff.
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1	การสวมหมวกนิรภัยในขณะขี่รถ	1.12	0.66	1.94	0.24	0.82
2	การประเมินสถานการณ์ตลอดเวลาถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น	0.84	0.62	1.62	0.49	0.78
3	การไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขี่รถ	1.06	0.65	1.82	0.39	0.76
4	การวางแผนและปรับแผนตามบริบทบนถนนในการออกเดินทาง	0.76	0.59	1.48	0.51	0.72
5	การไม่ดื่มเหล้าหรือแอลกอฮอล์ก่อนขี่รถ	1.16	0.77	1.86	0.35	0.70

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.68, S.D. = 0.47) โดยด้านที่มี

ความพึงพอใจสูงสุดคือ การนำไปใช้ประโยชน์ (Mean = 4.77) รองลงมาคือ วิทยากร (Mean = 4.74) กิจกรรม (Mean = 4.67) และเนื้อหา (Mean = 4.54) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่พัฒนาขึ้น (n = 50)

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านเนื้อหา	4.54	0.54	มากที่สุด
2. ด้านกิจกรรม	4.67	0.43	มากที่สุด
3. ด้านวิทยากร	4.74	0.43	มากที่สุด
4. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์	4.77	0.42	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน	4.68	0.47	มากที่สุด

สรุปผลการศึกษา หลังการใช้รูปแบบ SKN-RTI Youth model เยาวชนมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 17.76 เป็น 27.90 คะแนน ($p < 0.001$) และคะแนนทักษะคิดดีขึ้นในทุกหมวด โดยเฉพาะด้านการจัดการความเสี่ยงและ

สมรรถนะมนุษย์ (เพิ่มขึ้น >2 คะแนน) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงมาก ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย การประเมินสถานการณ์ และการไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขี่ รูปแบบนี้ส่งผลให้พฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เยาวชนมีความพึงพอใจต่อ

กิจกรรมในระดับสูง ในด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อการนำไปใช้ประโยชน์ สูงที่สุด โดยประเด็นที่เด่นที่สุดคือการเกิด ความตระหนักถึงความปลอดภัย รองลงมาคือความรู้ ของวิทยากร ความน่าสนใจของกิจกรรม และความ สอดคล้องของเนื้อหา กับสถานการณ์ปัจจุบัน

ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการ มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วม ของเยาวชนเอง ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหา อุบัติเหตุทางถนน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการ ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนตามหลักมนุษย์ปัจจัย (Human factors) ^{10,11} ที่เน้นการพัฒนาทักษะ และความสามารถของมนุษย์ให้สามารถรับมือกับ ความเสี่ยงบนท้องถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การอภิปรายผล

1. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

- แนวคิดมนุษย์ปัจจัย รูปแบบ SKN-RTI Youth model ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ตามแนวคิดมนุษย์ปัจจัยเพื่อความปลอดภัยทาง ถนน สอดคล้องกับทฤษฎี Swiss cheese model ¹² ที่เสนอว่าการป้องกันอุบัติเหตุต้องคำนึงถึง ปัจจัยมนุษย์เป็นสำคัญ โดยเฉพาะการแก้ไขที่ ความผิดพลาดของมนุษย์ (Human error) และ สภาวะแฝงที่เอื้อให้เกิดความผิดพลาด (Latent condition) การพัฒนารูปแบบที่มุ่งเน้นปัจจัย มนุษย์มีความสำคัญ เนื่องจากมนุษย์เป็นสาเหตุ หลักของการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าร้อยละ 90 ¹³ ซึ่ง เกิดจากข้อจำกัดทางกายภาพ (เช่น การมองเห็น) ข้อจำกัดทางจิตวิทยา (เช่น ความสามารถในการ ประมวลผลข้อมูล) และทัศนคติที่ไม่เหมาะสม (เช่น การชอบเสี่ยง) การมุ่งเน้นแก้ไขที่ปัจจัยมนุษย์จึง เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุ

- การจัดการความเสี่ยงและการรับรู้ ขีดจำกัด องค์ประกอบด้านการจัดการความเสี่ยง ในการใช้รถใช้ถนน และการพัฒนาสมรรถนะและ การรับรู้ขีดจำกัดของตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎี ของ Fuller ¹⁴ ซึ่งอธิบายว่าความปลอดภัยในการ

ขับขี่เกิดขึ้นเมื่อความสามารถของผู้ขับขี่ (Capability) มากกว่าความยากของงาน (Task demand) เมื่อผู้ขับขี่รับรู้ขีดจำกัดของตนเอง (เช่น ข้อจำกัดในการมองเห็น ความสามารถในการ ตอบสนอง) และสามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่าง เหมาะสม จะทำให้เกิดพฤติกรรมขับขี่ที่ ปลอดภัยมากขึ้น เช่น การลดความเร็ว การเพิ่ม ระยะห่าง หรือการหลีกเลี่ยงการขับขี่ในสภาพ อากาศไม่ดี Fuller ปี 2011 ¹⁴ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Hatfield และคณะ ¹⁵ ที่พบว่า การ ให้ความรู้เกี่ยวกับขีดจำกัดของมนุษย์และการ จัดการความเสี่ยงช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ขับขี่ในกลุ่มเยาวชนได้

- ความตระหนักรู้ในสถานการณ์ องค์ประกอบด้านความตระหนักรู้ในสถานการณ์ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Endsley 1995 ¹⁶ ที่เสนอว่าความตระหนักรู้ในสถานการณ์มี 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้องค์ประกอบในสภาพแวดล้อม ปัจจุบัน (Perception) การเข้าใจความหมายของ องค์ประกอบเหล่านั้น (Comprehension) และ การคาดการณ์สถานะในอนาคตอันใกล้ (Projection) ความตระหนักรู้ในสถานการณ์เป็น ทักษะสำคัญในการขับขี่ปลอดภัย เนื่องจากผู้ขับขี่ ต้องรับรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว เข้าใจว่าสิ่งเหล่านั้นมี ความหมายอย่างไร และคาดการณ์ว่าจะเกิดอะไร ขึ้นต่อไป เพื่อตัดสินใจและตอบสนองได้อย่าง เหมาะสม Horswill & McKenna ¹⁷ การขาด ความตระหนักรู้ในสถานการณ์เป็นสาเหตุหลักของ การเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่มือใหม่ และเยาวชนที่ยังขาดประสบการณ์ ¹⁸

- กระบวนการมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิด Participatory action research ของ Lewin ¹⁹ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการ แก้ไขปัญหา และแนวคิด Community-Based approach ของ WHO ในปี 2018 ²⁰ ที่เสนอว่า การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนต้องอาศัยความ

ร่วมมือจากทุกภาคส่วน (Multi-Sectoral approach) การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเยาวชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้เข้าใจบริบท มุมมอง และความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างลึกซึ้ง นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการ²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Patton และคณะ²² ที่พบว่าโครงการที่ให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการออกแบบและดำเนินการมีประสิทธิภาพมากกว่าโครงการที่ผู้ใหญ่เป็นผู้กำหนด

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

- การเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการเรียนรู้ที่ผสมผสานทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ (Theory and Practice) การใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ McDonald และคณะ²³ ที่พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการรับรู้ความเสี่ยงและการตัดสินใจช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขี่มือใหม่ได้ร้อยละ 25

- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การสวมหมวกนิรภัย การประเมินสถานการณ์ การไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงของการบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned behavior) ของ Ajzen (1991)²⁴ ที่เสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลจากเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

- รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนเจตคติ (เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของหมวกนิรภัย) สร้างบรรทัดฐานทางสังคม (เช่น การสร้างเครือข่ายเยาวชนแกนนำ) และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (เช่น การฝึกทักษะการขับขี่ปลอดภัย) จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Forward (2009)²⁵ ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนเจตคติและการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่

- ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะ ในด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ ความพึงพอใจในระดับสูงนี้น่าจะเกิดจากกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เน้นการออกแบบโดยคำนึงถึงความต้องการและบริบทของผู้ใช้ (User-Centered design) รวมถึงการเลือกใช้กิจกรรมที่น่าสนใจและเหมาะสมกับช่วงวัย และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการออกแบบและดำเนินกิจกรรมด้วย²⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Romano และคณะ²⁷ ที่พบว่าโปรแกรมความปลอดภัยทางถนนที่ออกแบบโดยยึดตามความต้องการของผู้ใช้และมีความน่าสนใจมีผลต่อความพึงพอใจและการนำไปใช้มากกว่าโปรแกรมแบบดั้งเดิม

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการนำไปใช้ประโยชน์มากที่สุด แสดงถึงการตระหนักรู้ในปัญหาอุบัติเหตุทางถนนและความต้องการในการพัฒนาทักษะการป้องกันตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกัน (Risk perception and Preventive behavior) ของ Weinstein²⁸ ที่เสนอว่าบุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

เมื่อรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงและเชื่อว่าพฤติกรรมนั้น ช่วยลดความเสี่ยงได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1) การขยายผลรูปแบบ SKN-RTI Youth model สู่สถานศึกษาในจังหวัดสกลนคร จากผลการศึกษา Phase 3 ที่พบว่ารูปแบบ SKN-RTI Youth model สามารถเพิ่มคะแนนความรู้จาก 17.76 เป็น 27.90 คะแนน ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญ สถานศึกษาในจังหวัดสกลนคร โดยเฉพาะระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา สามารถนำกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 6 ฐานไปบูรณาการในรายวิชาทักษะชีวิตหรือกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน

1.2 การมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเยาวชนชายอายุ 15-19 ปี ผลการวิเคราะห์ใน Phase 1 ชี้ว่าเยาวชนชายอายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด (อัตราบาดเจ็บ 3,000-3,500 ต่อแสนประชากร, OR = 3.28) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสกลนครจึงควรกำหนดกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้ตรงกลุ่ม

1.3 การเน้นพฤติกรรม 2 ประการที่มีผลต่อการเสียชีวิตสูงสุด การไม่สวมหมวกนิรภัย (OR = 3.68) และการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (OR = 2.34) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดต่อการเสียชีวิตและเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด ใน Phase 3 (อันดับ 1 และ 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงเรียนจึงควรนำกิจกรรมจากฐานการจัดการความเสี่ยงและฐานทัศนคติอันตรายไปใช้รณรงค์เน้นเฉพาะ 2 พฤติกรรมนี้

1.4 การกำหนดมาตรการเชิงพื้นที่และเชิงเวลา ข้อมูล Phase 1 ที่พบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดกับรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 80-85) บนถนนทางหลวงช่วง 17.00-20.59 น. สามารถใช้สนับสนุนให้สถานีตำรวจภูธรและขนส่งจังหวัดวางแผนตั้งจุดตรวจในช่วงเวลาและพื้นที่ดังกล่าวได้อย่างตรงเป้า

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการศึกษาเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial หรือ Quasi-Experimental study) เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบ SKN-RTI Youth model ในเชิงวิทยาศาสตร์และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2.2) ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) ที่ 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัย รวมถึงผลกระทบต่ออัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>
2. มูลนิธิไทยโรดส์. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี 2561-2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://trso.thairoads.org/resources/9702>
3. ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย, ฮอนด้า, ยามาฮ่า. โครงการสืบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุของรถจักรยานยนต์ในเชิงลึก (โครงการวิจัยเพื่อเมืองไทยไร้อุบัติเหตุ): กรณีศึกษา 1,000 ราย ในช่วงปี 2559-2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tarc.or.th/research/142>

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2561-2565 [อินเทอร์เน็ต]. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.snpho.go.th/>
5. World Health Organization. Global plan for the decade of action for road safety 2021-2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/global-plan-for-the-decade-of-action-for-road-safety-2021-2030>
6. สำนักกระบวนวิทยา. รายงานเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2561-2565 จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (IS online/PHER Accident plus), บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และสถานีตำรวจภูธรจังหวัดสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://connect.moph.go.th/pher-plus/#/login>
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical Power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007; 39(2): 175-91.
10. Wickens CD, Lee JD, Liu Y, Becker SM. An introduction to Human factors engineering. 2nd ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2004.
11. สุวรรณ ภูเต็ง. ทักษะคิด ฝ่าวิกฤตอุบัติเหตุทางถนน. กรุงเทพฯ: มติชน; 2562.
12. Reason J. Swiss cheese model of accident causation. Cogn Technol Work. 2000; 2(3): 139-49.
13. Shappell SA, Wiegmann DA. The Human factors Analysis and Classification System (HFACS). Aviat Space Environ Med. 2012; 83(7): 1135-43.
14. Fuller R. Driver training and assessment: Implications of the task-difficulty homeostasis model. Journal of the Australasian College of Road Safety. 2011; 22(4): 35-40.
15. Hatfield J, Fernandes R, Faunce G, Job RF. An implicit non-self-report measure of attitudes to speeding: development and validation. Accid Anal Prev. 2008; 40(2): 616-27.
16. Endsley, M.R. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. Human factors. 1995; 37(1): 32-64.

17. Horswill MS, McKenna FP. Drivers' hazard perception ability: situation awareness on the road. In: Banbury S, Tremblay S, editors. A cognitive approach to situation awareness: theory and application. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 155-75.
18. Underwood G. Visual attention and the transition from novice to advanced driver. *Ergonomics*. 2007; 50(8): 1235-49.
19. Lewin K. Action research and minority problems. *J Soc Issues*. 1946; 2(4): 34-46.
20. World Health Organization. Save LIVES: a road safety technical package. Geneva: World Health Organization; 2018.
21. Checkoway B, Richards-Schuster K. Youth participation in community evaluation research. *Am J Eval*. 2003; 24(1): 21-33.
22. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016; 387(10036): 2423-78.
23. McDonald CC, Curry AE, Kandadai V, Winston FK, Schmidt JD. Comparison of teen driver crash rates before and after implementation of the teen driving plan. *Accid Anal Prev*. 2015; 81: 67-73.
24. Ajzen I. The Theory of Planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991; 50(2): 179-211.
25. Forward SE. The theory of planned behaviour: The role of descriptive norms and past behaviour in the prediction of drivers' intentions to violate. *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav*. 2009; 12(3): 198-207.
26. Berk LE. Development Through the Lifespan. 6th ed. Boston: Pearson; 2017.
27. Romano E, Kelley-Baker T, Lacey JH. The effects of a brief education program on teens' attitudes toward traffic safety. *J Safety Res*. 2018; 66: 125-30.
28. Weinstein ND. Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychol Bull*. 1989; 105(1): 31-50.



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

โทรศัพท์ : 0-4322-2741,0-4322-3898,0-4322-1770

โทรสาร : 0-4322-3898,0-4322-1770 ต่อ 102

Email : jhscph@scphkk.ac.th

website : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jhscph>