



Journal of Health Science and Community Public Health : JHSCPH

วารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 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.วงศ์ เล้าศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com
รศ.ดร.กวิทร์ 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 โพธิ์อ่ำ	มหาวิทยาลัยนเรศวร	อีเมล: Amornsakpoum1@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 ตันธุ์รงค์	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 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569 ในฉบับนี้ได้รับรวบรวมบทความวิจัยที่มีคุณภาพและหลากหลาย สาขาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม มีบทความวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย การพัฒนา แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย อัตรารอดชีพจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2562 - 2567: การศึกษาแบบย้อนหลัง ไปข้างหน้า 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 “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิก Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก

สำหรับฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2569 ขอเชิญชวนนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่าน ส่งผลงานวิจัยที่มีคุณภาพมาเผยแพร่ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนต่อไป คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานทุกท่านที่ไว้วางใจส่งบทความมาตีพิมพ์และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ทางวิชาการเพื่อยกระดับมาตรฐานและพัฒนางานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
บรรณาธิการ

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

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 โดยมีทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน
- บทความปริทัศน์ (Literature review article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิจัยให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้น 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 ต่อจากตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงาน

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, กรรณา 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 “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข” 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”

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข

ส่งถึง

บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข 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	
ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น Health Product Literacy and Community Participation Affecting the Consumer Protection Performance of Village Health Volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province อรอุมา น้อยเสนา, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด, วิริยา มูลพิศุจน์	1
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย Food Consumption Behavior among Older Adults in a Community in Khon Kaen Province, Thailand จิตติกานต์ เอกทัตต์, บุญจิตา สัตยกิจกุล, ดวงฤดี โชติกลาง, รัชну กริธธรร, สุพันธ์พิทย์ ภูศรีโสม	15
การพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Guidelines for the Care of Pregnant Women at Risk of Delivering Low Birth Weight Infants at Kaset Wisai Hospital นฤมล อุฬาสสา, อนุชา ไทยวงษ์, กำพร ดานา, วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์	26
ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย Information Factors and Community Participation Affecting Long-Term Care for the Dependent Elderly by Local Administrative Health Officers in Nong Khai Province เจทิกา ปานคาน, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา, วิริยา มูลพิศุจน์	42
อัตราการรอดชีพจากการบาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2567: การศึกษาแบบย้อนหลังไปข้างหน้า Survival Rate of Patients with Road Traffic Injuries at Khon Kaen Hospital Between 2019 and 2024: A Retrospective Cohort Study ขจิตศักดิ์ แก้วศรีนวม, สุพจน์ คำสะอาด, กชกร ทิพย์สันเทียะ, อภิรติ แซ่ลิ่ม, กษมนณกร จำปาเงิน, Haris Khurram, ธวัชชัย อิมพุล, ญัฐิธรา แดงพรวน	57
การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงาน พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Teamwork and Community Participation Influencing the Implementation of Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Prevention and Control by Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Udon Thani Province มนิธรา ดาริวงษ์, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา, นรภัทร น้อยสุวรรณ	68

เรื่อง	หน้า
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ Development of a Model for Road Traffic Injury Prevention and Management through the Mechanism of the District Quality of Life Development Committee (DQoLDC) Bueng Kan Province สมพาน โคตรธารินทร์	82
ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้การระบายสีตามตัวเลขมานดาลาต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราจังหวัดมหาสารคาม The Effects of a Group Art Therapy Program Using Paint-by-number Mandala on Loneliness among Older Adults in a Nursing Home in Mahasarakham Province ศิริลักษณ์ ศิลาเลิศ, พัทรี แวงวรรณ, เนาวรัตน์ สิงห์สนั่น, วราภรณ์ ก้อนคำ, วราภรณ์ อินทรวงศ์, วิชุดา ชะเทียนรัมย์, วิศิษฐ์ โพธิ์ไชยหล้า, ศรัณญา เพิ่มผล, ศศิประภา พลดี, ศศิพร ปักกระโท, ศิริณัฐ ศรีจุลฮาด, ศิวาพร สวัสดิ์เอื้อ, ศุภาวรรณ แผลงผึ้ง, สรिता จุ่มคำตา, สิตานันท์ งามเสริฐ, สิริวรรณ หล้าคำสอน	98
การพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม Development of the “Mae Phrom School” Program for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus at Mahasarakham Hospital ณารีย์รัตน์ นารณสิทธิ์, ปาริชาติ วันชูเสริม, สมทรง บุตรตะ, องค์กรอน ภาณุตานนท์	109
ความสุขและคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น Happiness and Quality of Work Life of Public Health Personnel: A Post-Transfer Study in Khon Kaen Provincial Administrative Organization จักรพงษ์ คณะวาปี, ธัชชัย เข้มทอง, เทพไทย โชติชัย	124

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 2. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. รศ.ดร.กิริพล กาละดี | หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 4. รศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 5. ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 6. ผศ.ดร.อมรรัตน์ ลือนาม | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 7. ดร.สุทิน ชนะบุญ | นักวิชาการอิสระ |
| 8. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 9. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 10. ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 11. ผศ.ดร.อุ๋นใจ เครือสถิตย์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 12. ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 13. ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 14. ผศ.ดร.วรวิทย์ ชมภูพาน | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 15. ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 16. ดร.ลำพึง วอนอก | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 17. ดร.เจตนิพิฐ สมมาตย์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

อรอุมา น้อยเสนา¹, ประจักษ์ บัวผัน², นพรัตน์ เสนาหา³, วิริยา มุลพิศุจน์⁴

(วันที่รับบทความ: 9 เมษายน 2569, วันที่แก้ไข: 7 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 2 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 237 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1 ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.98 และการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 13 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2568 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.40 (S.D. = 0.41) และ 2.41 (S.D. = 0.47) ตามลำดับ และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.26 (S.D. = 0.49) โดยพบว่าภาพรวมความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.752$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.826$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ควรจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือประชาชนเมื่อประสบปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: onuma.no@kku.ac.th

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: bprach@kku.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: noppse@kku.ac.th

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: wiriya@scphkk.ac.th

Corresponding author: ประจักษ์ บัวผัน, Email: bprach@kku.ac.th

Health Product Literacy and Community Participation Affecting the Consumer Protection Performance of Village Health Volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province

Onuma Noisena¹, Prachak Bouphan², Nopparat Senahad³, Wiriya Munpisut⁴

(Received: 9th April 2026; Revised: 7th May 2026; Accepted: 2nd June 2026)

Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to study the health product literacy and community participation affecting the consumer protection performance of village health volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province, Thailand. A total of 237 samples were selected by stratified random sampling, and the return rate of questionnaires received from 210 people was 88.61%. The research tools included questionnaires for quantitative data that were validated by three experts, with all items having a content validity index of 1. The reliability of the questionnaire was confirmed with Cronbach's alpha coefficient of 0.98. In addition, on in-depth interview guidelines was used for qualitative data collection with 13 participants. Data was collected from November 15th, 2025 to December 15th, 2025. The statistical analysis included descriptive and inferential statistics, with a significance level of 0.05.

The study found that the overall levels of health product literacy and consumer protection performance of village health volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province were at a high level, with mean scores of 2.40 (S.D. = 0.41), 2.41 (S.D. = 0.47), respectively, and community participation was moderate, with mean scores of 2.26 (S.D. = 0.49).

The overall levels of health product literacy and community participation showed a high level and statistically significant relationship with the consumer protection performance of village health volunteers ($r = 0.752$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.826$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively.

Keywords: Health product literacy, Community participation, Affecting the consumer protection performance, Village health volunteers

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: onuma.no@kkumail.com

² Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: bprach@kku.ac.th

³ Asst. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: noppse@kku.ac.th

⁴ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: wiriya@scphkk.ac.th

Corresponding author: Prachak Bouphan, Email: bprach@kku.ac.th

บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันคุ้มครองสิทธิของประชาชนในฐานะผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยและความเป็นธรรมจากการบริโภคสินค้าและบริการ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คปส.) ได้มีการบรรจุแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) จนถึงปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการคุ้มครองความปลอดภัยจากอาหารผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง¹

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ และเป็นรูปธรรม ที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เสียสละต่อส่วนรวม มีน้ำใจและมีความรู้ในเรื่องสุขภาพที่ดี โดยบทบาทที่สำคัญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่ปลอดภัย 2) การเตือนภัยเผยแพร่ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และ 3) การจัดการเรื่องร้องเรียน² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก³

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีประสิทธิภาพได้นั้นจำเป็นต้องใช้องค์ความรู้เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกซื้อเลือกใช้บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ

อย่างปลอดภัย การตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์และช่องทางร้องเรียน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน 4) การตัดสินใจ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) การบอกต่อ⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับกับพฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁵ และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁶

นอกจากความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ประชาชนเข้ามา มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในการทำงานแบบ มีส่วนร่วมนั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับองค์กรหรือระดับประเทศ โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล 5) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และ 6) การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ⁷ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น⁸ และการมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดนครราชสีมา⁹

จังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 248 แห่ง ประกอบด้วย 26 อำเภอ มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 33,728 คน และอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 12 ตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน จำนวน 2 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2,311 คน¹⁰ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการพัฒนา และมีความเข้มแข็ง ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ด้านสาธารณสุข การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหา สาธารณสุขในชุมชน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ในอำเภอชุมแพ ในปี 2566 มีการตรวจพบ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานหรือผิดกฎหมาย ประเภทอาหารเสริม จำนวน 5 รายการ และมีข้อ ร้องเรียนเกี่ยวกับสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ได้ มาตรฐาน จำนวน 3 เรื่อง และ ในปี พ.ศ. 2567 มีการตรวจพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือผิดกฎหมายประเภทเครื่องสำอาง จำนวน 38 รายการ ประเภทยา จำนวน 138 ชุด และมีข้อร้องเรียน เกี่ยวกับสถานที่ขายยา สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน จำนวน 5 เรื่อง จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทาง ในการส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของ ชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่สำคัญสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการ คุ้มครองผู้บริโภค อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการ ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัด ขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและระดับ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัด ขอนแก่น
3. เพื่อศึกษา ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัด ขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2,311 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น แบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 คน และเพื่อป้องกันการ สูญหาย ในการตอบกลับของแบบสอบถาม หรือ ไม่ได้รับแบบสอบถามคืน (Response rate) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มร้อยละ 20¹² ทำให้การเก็บแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนเท่ากับ 237 ตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 210 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 88.61 จากแบบสอบถามทั้งหมด 237 ชุด

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีโอกาสในการถูกสุ่มเป็นตัวแทนของประชากรที่ดีและครอบคลุมตามสัดส่วน

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth interview group) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ได้ดีที่สุด (Key informant) โดยพิจารณาคัดเลือกผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับจังหวัดจำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 3 โชน โดยแบ่งเป็น โชนตะวันออก โชนกลาง โชนละ 4 คน โชนตะวันตก จำนวน 3 คน รวม 13 คน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังต่อไปนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
3. มีอุปกรณ์ เครื่องมือ อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันในการสัมภาษณ์ออนไลน์ เช่น โทรศัพท์มือถือ, Line, Zoom หรือ Google meet เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยมีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน¹³ ดังนี้

ความหมาย	การให้คะแนน
ระดับมาก	3
ระดับปานกลาง	2
ระดับน้อย	1

การแปลผลคะแนนของความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ใช้เกณฑ์เดียวกันโดยนำมาจัดระดับเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย¹⁴ ดังนี้

ระดับมาก	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
		2.33 - 3.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
		1.67 - 2.32
ระดับน้อย	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
		1.00 - 1.66

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ¹⁵ มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้

มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์	หมายถึง	$r = \pm 1$
มีความสัมพันธ์สูง	หมายถึง	$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์ปานกลาง	หมายถึง	$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์ต่ำ	หมายถึง	$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30
ไม่มีความสัมพันธ์	หมายถึง	$r = 0$

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรง เชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอหนองเรือ

จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน พบว่าจากการทดลองใช้แบบสอบถามและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) พบว่า แบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 โดยตัวแปรความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 ตัวแปรการมีส่วนร่วมของชุมชนมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 และตัวแปรการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2568 การส่งแบบสอบถาม ผู้วิจัยจัดส่งเอกสารไปทางไปรษณีย์ โดยใส่ซองปิดผนึกเจ้าหน้าที่ของถึง อาสาสมัครโดยตรงตามที่อยู่หน่วยงาน คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ซึ่งอาสาสมัครมีเวลาว่างเพียงพอที่จะอ่าน รายละเอียดทำความเข้าใจ และตัดสินใจ ผู้วิจัยได้แนบซองจดหมายพร้อมติดตราไปรษณียากรเพื่อใช้ในการส่งกลับแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version. 26.6 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วยความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีผลต่อการดำเนินงาน

คุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนปัญหา และอุปสรรค มาสรุปแล้ว แยกเป็นหมวดหมู่ โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม มาสนับสนุนการอธิบายข้อมูล เชิงปริมาณ ที่ได้จากแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2568 ลำดับที่ 3.4.04 : 38/2568 เลขที่โครงการ HE682174

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 168 คน (80%) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-70 ปี จำนวน 164 คน (78.1%) โดยมีอายุเฉลี่ย 60.12 ปี (S.D. = 9.03) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 82 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 136 คน (64.8%) สำเร็จการศึกษา ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 97 คน (46.2%) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 57 คน (27.1%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,044.76 บาท (S.D. = 5,245.36 บาท) รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท รายได้สูงสุด 43,200 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 6-15 ปี จำนวน 101 คน (48.1%) ค่ามัธยฐาน 10.00 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 38 ปี เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภค มากที่สุด จำนวน 178 คน (84.8%) ไม่เคยได้รับการอบรม จำนวน 32 คน (15.2%) ส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 1-5 ครั้ง จำนวน 168 คน (94.4%) ค่ามัธยฐาน 3 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง มากที่สุด 8 ครั้ง

2. ระดับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.40 (S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.47 (S.D. = 0.49) รองลงมาคือ ด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D. = 0.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการเข้าถึง ข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.33 (S.D. = 0.50) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 (S.D. = 0.51) ตามลำดับ

3. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.26 (S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D. = 0.51) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วม ในการรับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.30 (S.D. = 0.52) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนอยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.16 (S.D. = 0.63) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.21 (S.D. = 0.57)ตามลำดับ

4. ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเตือนภัยเผยแพร่ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D. = 0.50) รองลงมาคือ ด้านการจัดการเรื่องร้องเรียน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D. = 0.54) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D. = 0.51) ตามลำดับ

5. ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.752$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.826$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน	การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	95% CI	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.752***	0.672-0.819	<0.001	สูง
1. การเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.587***	0.490-0.669	<0.001	ปานกลาง
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.594***	0.495-0.685	<0.001	ปานกลาง
3. การตอบโต้ซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.681***	0.569-0.766	<0.001	ปานกลาง
4. การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.650***	0.542-0.746	<0.001	ปานกลาง

ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน	การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	95% CI	p-value	ระดับความสัมพันธ์
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.622***	0.515-0.720	<0.001	ปานกลาง
6. การบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.715***	0.625-0.720	<0.001	สูง
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.826***	0.769-0.869	<0.001	สูง
1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา	0.712***	0.623-0.782	<0.001	สูง
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน	0.713***	0.646-0.767	<0.001	สูง
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	0.674***	0.576-0.758	<0.001	ปานกลาง
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	0.740***	0.664-0.804	<0.001	สูง
5. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	0.798***	0.734-0.853	<0.001	สูง
6. การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ	0.770***	0.769-0.869	<0.001	สูง

6. ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

คุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ($R^2 = 0.637$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการบอกต่อ

เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($R^2 = 0.085$, $p\text{-value} < 0.001$) การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ($R^2 = 0.027$, $p\text{-value} < 0.001$) การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($R^2 = 0.012$, $p\text{-value} = 0.001$) และความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($R^2 = 0.009$, $p\text{-value} = 0.005$) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 76.9 ($R^2_{\text{adj}} = 0.763$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	95% CI		Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
1. การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	0.271	0.157	0.384	0.289	4.689	<0.001	0.798	0.637	0.635	-
2. ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.222	0.129	0.315	0.232	4.701	<0.001	0.849	0.721	0.718	0.085
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ	0.200	0.091	0.310	0.219	3.605	<0.001	0.865	0.748	0.744	0.027
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	0.147	0.057	0.238	0.176	3.203	0.001	0.872	0.760	0.755	0.012
5. ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.119	0.036	0.202	0.125	2.836	0.005	0.877	0.769	0.763	0.009

Constant 0.159, F = 135.944, p-value <0.001, R = 0.877, R² = 0.769, R²_{adj} = 0.763

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จากแบบสอบถามทั้งหมด 210 ฉบับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ทั้งหมด 28 ฉบับ (13.33%) โดยปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะรายตัวแปร พบว่า

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนใหญ่คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (42.86%) ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น คู่มือภาพประกอบหรือวิดีโอสั้นที่อธิบายวิธีการอ่านฉลากและประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนใหญ่ คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา (46.43%) ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแบบฟอร์มสำรวจปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้งานได้ง่ายสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมจัดอบรมให้ความรู้เรื่องวิธีการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้น เพื่อให้สามารถระบุปัญหาได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุม

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ คือ การเตือนภัยเผยแพร่ความรู้ (78.57%) ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างระบบแจ้งเตือนภัยแบบทันทีผ่านช่องทางที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้เป็นประจำ เช่น กลุ่มไลน์ หรือข้อความ SMS พร้อมจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายและหลากหลายรูปแบบ เช่น โปสเตอร์ คลิปวิดีโอสั้น หรือเสียงตามสาย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปเผยแพร่ในชุมชนได้ทันที

8. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์พบว่า เมื่อประสบปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหยุดใช้ผลิตภัณฑ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย การประเมินอาการเบื้องต้นซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาซ้ำในอนาคต ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา ได้แก่ การจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า มีการรวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงในชุมชน เช่น ชนิดของผลิตภัณฑ์ ลักษณะการใช้งาน และแหล่งที่มา จากนั้นรายงานข้อมูลดังกล่าวต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ผ่านช่องทางที่กำหนด เช่น การแจ้งโดยตรง

ต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การรายงานในที่ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการแจ้งในกลุ่มไลน์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่นำข้อมูลไปตรวจสอบและดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา คือ การกำหนดช่องทางการรายงานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน มีแบบฟอร์มที่เข้าใจง่าย และสามารถรายงานได้ทันทีเมื่อพบปัญหา

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ พบว่า มีการเฝ้าระวังและสังเกตการจำหน่ายและการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การให้คำแนะนำแก่ประชาชนเกี่ยวกับการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและปลอดภัย รวมทั้งแจ้งเตือนเมื่อพบผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานหรืออาจก่อให้เกิดอันตราย ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา คือ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน ตลอดจนการพัฒนาความรู้และทักษะในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล พบว่า การให้ข้อคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการเข้าร่วมประชุมเพื่อสรุปผลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์หรือประเด็นการประเมิน การร่วมติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน และการรับทราบผลการประเมินพร้อมทั้งร่วมเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงาน

ความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า สามารถใช้โทรศัพท์มือถือในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ในระดับหนึ่งโดยใช้ในการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น เช่น การค้นหาสถานะการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ ซึ่งบางครั้งอาจมีข้อจำกัดด้านทักษะการค้นหาและการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา

คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสนับสนุนการค้นหาข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากโทรศัพท์ โดยการติดต่อหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันหรือแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ การวิเคราะห์การถดถอย พหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัย โดยเรียงลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการได้ ดังนี้

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ เป็นความสามารถของประชาชนในชุมชนในการได้รับและใช้ประโยชน์จากการดำเนินงานร่วมกัน ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเลือกซื้อเลือกใช้บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย การได้รับการช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการดูแลประชาชนในชุมชนให้มีความปลอดภัย⁷ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁶

ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการบอกต่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเผยแพร่ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องสู่ประชาชนในชุมชนอย่างถูกต้อง ช่วยส่งเสริมการรับรู้และความตระหนักในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยลดการแพร่กระจายของข้อมูลผิดพลาดหรือข่าวลือที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภค และสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่⁴ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การบอกต่อมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมี

ผลต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁷

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ เป็นความสามารถของประชาชนในชุมชนที่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ ประกอบด้วย การรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การยอมรับต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น การรับผิดชอบในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา การรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหา และการรับผิดชอบในการป้องกันปัญหาซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมเต็มเต็มส่วนขาดทรัพยากรมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน⁷ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁹

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล เป็นความสามารถของประชาชนในชุมชนในการเข้าร่วมสังเกตตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้าและผลสำเร็จของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรม การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับประสิทธิภาพของกิจกรรม การเข้าร่วมการประเมินผลกระทบของการดำเนินงาน การรายงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และการเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงาน⁷ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁸

ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการสืบค้น ค้นหา หรือรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและเชื่อถือได้ ทั้งในรูปแบบสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือผ่านการติดต่อสอบถามจากบุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัย⁴ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 ควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจ และส่งเสริมความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานในชุมชนร่วมกัน

1.2 ควรมีระบบการรายงานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นอันตรายให้มีความสะดวกและรวดเร็ว โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ หรือช่องทางออนไลน์อื่น ๆ เพื่อให้การสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.3 ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้การดำเนินงานสะท้อนสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

1.4 ควรสนับสนุนการค้นหาข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยจัดทำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น คู่มือ หรือสื่อความรู้ที่เข้าใจง่าย เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.5 ควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพประชาชนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ทุกท่านที่ให้โอกาสและมีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
- ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คู่มือ อสม. คุ้มครองผู้บริโภค คุ้มครองผู้บริโภค : คุ้มครองชุมชน : คุ้มครองสังคม. กรุงเทพฯ: กู๊ดมอร์นิ่งแม่กลองกรุ๊ป; 2558.
- รุ่ง มาสีก. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566; 3(2): 28-38.

4. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. พันธะกานต์ ยืนยง. ความรอบรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสหวิชาการ เพื่อสุขภาพ. 2568; 7(1): 23-35.
6. นิรมล วงษ์ดี. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคและพฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. 2567; 4(2): 1-14.
7. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
8. สติชัย กลมวงศ์, ประจักษ์ บัวผัน, นครินทร์ ประสิทธิ์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(1): 26-37.
9. สายันต์ ศิลาโชติ. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563; 17(1): 543-56.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานข้อมูลจังหวัดขอนแก่น 2568. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2568.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
12. Ferreira JC, Patino CM. Loss to follow-up and missing data: important issues that can affect your study results. J Bras Pneumol. 2019; 45(2): e20190091.
13. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
14. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
15. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
16. ศุภกฤษฎ์ สามงามนิม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพปทุมภูมิ. 2568; 1(1): 48-62.
17. วรชัย จาริต, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐกร นิลเนตร, อัมภารวรรณ นนทมาตย์, ศรีณยา พันธุ์โยธา, สุพัฒน์ กองศรีมา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2566; 5(3): 18-27.
18. สมลักษณ์ กองศูนย์พนิช, ศิริชัย จันทุม. อิทธิพลของการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567; 18(3): 1016-30.
19. พริษฐ์ พลเยี่ยม, ประจักษ์ บัวผัน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการสาธารณสุขชุมชน. 2566; 6(2): 25-39.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

ฐิติกันต์ เอกทัตร¹, บุญจิตา สัตยกิจกุล², ดวงฤดี โชติกลาง³, รัชฎา กริธาร⁴, สุพันธ์ิพย์ ภูศรีโสม⁵
(วันที่รับบทความ: 17 เมษายน 2569; วันที่แก้ไข: 13 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 5 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปริมาณการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบกับเกณฑ์คำแนะนำทางโภชนาการ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 100 คน ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลด้วยแบบสัมภาษณ์ความถี่ถึงปริมาณการบริโภคอาหาร (Semi-quantitative food frequency questionnaire: Semi-FFQ) ในรอบ 1 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.00) อายุเฉลี่ย 68.34 ปี (S.D. = 6.93) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.00) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 89.00) และอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส (ร้อยละ 56.18) ประกอบอาชีพ ร้อยละ 71.00 โดยส่วนใหญ่ค้าขาย (ร้อยละ 40.58) และมีรายได้ ร้อยละ 96.00 ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 56.00) เฉลี่ย 6,252.08 บาท (S.D. = 5,789.24 บาท) ด้านการบริโภคอาหาร พบว่าใน 1 วัน ผู้สูงอายุบริโภคอาหารกลุ่มข้าว-แป้งมากที่สุด เฉลี่ย 8.41 หน่วยบริโภค (S.D. = 2.67) รองลงมาคือกลุ่มโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่ว รวมประมาณ 5.54 หน่วยบริโภค ผัก 2.18 หน่วยบริโภค (S.D. = 1.25) และผลไม้ 0.89 หน่วยบริโภค (S.D. = 0.70) โดยปริมาณผักและผลไม้รวมกันต่ำกว่าคำแนะนำที่ให้บริโภคอย่างน้อย 5 ส่วนต่อวัน อาหารกลุ่มข้าว-แป้งที่บริโภคมากที่สุดคือข้าวขาว/ข้าวขัดสี ขณะที่การบริโภคเนื้อสัตว์ ไข่ นม และผักอยู่ในระดับต่ำกว่าคำแนะนำทางโภชนาการ ส่วนการบริโภคผลไม้มีความถี่ต่ำ โดยเฉพาะผลไม้รสไม่หวาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มขึ้น เช่น ข้าวกล้อง ผัก และผลไม้ เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ผู้สูงอายุ, ภาวะโภชนาการ, จังหวัดขอนแก่น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: thitikan@scphkk.ac.th

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยชินวัตร, E-mail: boontita.s@siu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: duangrudee@scphkk.ac.th

⁴ เกษตรชำนาญการ, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กระทรวงสาธารณสุข, E-mail: k.rachanu@gmail.com

⁵ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: suphatip@scphkk.ac.th

Corresponding author: บุญจิตา สัตยกิจกุล, E-mail: boontita.s@siu.ac.th

Food Consumption Behavior among Older Adults in a Community in Khon Kaen Province, Thailand

Thitikan Ekathat¹, Boontita Sattayakijkul², Duangruedee Chotklang³,
Ratchanu Kreethathorn⁴, Suphanthip Phusrisom⁵,

(Received: 17th April 2026; Revised: 13th May 2026; Accepted: 5th June 2026)

Abstract

This research aimed to assess the dietary intake of older adults in a community in Khon Kaen Province and compare it with nutritional recommendations. A cross-sectional descriptive study was conducted among 100 community-dwelling older adults aged 60 years and over in Mueang District, Khon Kaen Province. The sample size was determined using population proportion estimation. Data were collected through individual interviews using a semi-quantitative Food Frequency Questionnaire (semi-FFQ) covering the previous week, and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that most participants were female (79.00%), with a mean age of 68.34 years (S.D. = 6.93). Just over half had completed primary education (53.00%). The majority were married (89.00%), and 56.18% lived with their spouse. Employment was reported by 71.00% of participants, most commonly in trading (40.58%). Income was reported by 96.00%, mostly ranging from 0–10,000 baht per month (56.00%), with a mean of 6,252.08 baht (S.D. = 5,789.24 baht). Regarding food consumption, the highest mean daily intake was from the rice and starch group (mean 8.41 servings, S.D. = 2.67), followed by protein from meat, eggs, milk, and legumes (approximately 5.54 servings in total), vegetables (mean 2.18 servings, S.D. = 1.25), and fruit (mean 0.89 servings, S.D. = 0.70). Combined vegetable and fruit intake was below the recommended minimum of 5 servings per day. White or polished rice was the most frequently consumed staple, while intake of meat, eggs, milk, and vegetables fell below nutritional recommendations, and fruit intake — particularly non-sweet fruits — was infrequent.

Based on these findings, older adults should be encouraged to increase their intake of nutritious foods, such as brown rice, vegetables, and fruit, to improve their nutritional status and promote overall health.

Keywords: Dietary behavior, Older adults, Nutritional status, Khon Kaen Province

¹ Registered Nurse Senior Professional, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: thitikan@scphkk.ac.th

² Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University, E-mail: boontita.s@siu.ac.th

³ Asst. Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: duangruedee@scphkk.ac.th

⁴ Pharmacist Professional, Food and Drug Administration, Ministry of Public Health, E-mail: k.rachanu@gmail.com

⁵ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: suphatip@scphkk.ac.th

Corresponding author: Boontita Sattayakijkul, E-mail: boontita.s@siu.ac.th

บทนำ

อายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกในปัจจุบันสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ อายุขัยเฉลี่ยทั่วโลกในปี ค.ศ. 2024 อยู่ที่ 73.30 ปี เพิ่มขึ้น 8.40 ปีเมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1995 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากดังกล่าว ส่งผลให้สัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้น และจะมีจำนวนประชากรกลุ่มสูงอายุมากกว่าประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-60 ปี) องค์การสหประชาชาติรายงานว่าอัตราการเกิดของประชากรลดลง นอกจากจะทำให้การเพิ่มของประชากรโลกโดยรวมลดลงแล้ว ยังส่งผลต่อโครงสร้างประชากรสูงอายุด้วย จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2023 มีจำนวน 1.10 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 1.40 พันล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030² และจะเพิ่มขึ้น 2.10 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และ 3.10 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2100 ทั้งนี้ สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 5.50 ในปี ค.ศ. 1974 เป็นร้อยละ 10.30 ในปี ค.ศ. 2024 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20.70 ภายในปี ค.ศ. 2074³

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยนั้น จำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว หลายประเทศ ซึ่งถือว่ามียุทธการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองจากประเทศเกาหลีใต้ และญี่ปุ่น และเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ในอาเซียน รองจากสิงคโปร์ โดยประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรร้อยละ 19.69 ในภาพรวมประเทศ และในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 20.41 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ⁴

ตามรายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 12.47 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ส่วนในปี พ.ศ. 2567

สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น ร้อยละ 20.70 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.90 ของประชากรทั้งประเทศ⁵

ด้านการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ร้อยละ 60.20 มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) และภาวะทุพโภชนาการ (Under nutrition) พบร้อยละ 15.35 และ 24.43 ตามลำดับ⁶ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดศรีสะเกษ คือ มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 62.20 และมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 35.90⁷ ทั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการ โดยผู้สูงอายุในจังหวัดเลยส่วนใหญ่รับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำ ร้อยละ 94.00 และบริโภคโปรตีนจากเนื้อปลา ร้อยละ 84.30⁸ การรับประทานอาหารให้ครบตามธงโภชนาการจะส่งเสริมให้มีสุขภาพดีและมีภูมิคุ้มกันโรค สำหรับจังหวัดขอนแก่นมีประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2566 ประมาณร้อยละ 10-12 ของประชากรทั้งหมด ในจังหวัด หรือประมาณ 180,000-216,000 คน จากประชากรทั้งหมดประมาณ 1.80 ล้านคน และมีปัญหาภาวะอ้วนระดับที่ 1 และ 2 ถึงร้อยละ 27.10⁹ การเข้าใจข้อมูลการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มนี้จะสร้างความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานของการบริโภค และนำไปสู่การส่งเสริมการบริโภคที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประชากรสูงวัยที่มีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และประหยัดงบประมาณของรัฐในการดูแลสุขภาพประชากรสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินปริมาณการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบกับเกณฑ์คำแนะนำทางโภชนาการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 170 คน (จากรายงานจำนวนประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบขนาดประชากรที่แน่นอน¹⁰ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$ เมื่อ $\alpha = 0.05$) ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.03 และใช้ค่าสัดส่วนของตัวแปรที่สนใจศึกษา คือ สัดส่วนการบริโภคข้าวเหนียว (คาร์โบไฮเดรต) ซึ่งพบมากที่สุด ร้อยละ 94.00 ($P = 0.94$) จากการทบทวนวรรณกรรม⁸ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 99.88 ปรับเป็น 100 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria):

- (1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป นับตามปี พ.ศ. เกิด
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชน จังหวัดขอนแก่น และ
- (3) ยินดีให้สัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria):

- (1) มีปัญหาการได้ยิน/หูหนวก
- (2) ตาบอด และ
- (3) ไม่สามารถเข้าใจหรือตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ได้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง:

สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interview) โดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์

ความถี่ปริมาณการบริโภคอาหาร (Semi-quantitative food frequency questionnaire: Semi-FFQ)¹¹ จำนวน 42 รายการ ซึ่งพัฒนาตามแนวทางของ Willett ผู้วิจัยดัดแปลงรายการอาหารจากตารางอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับประชาชนไทย จำแนกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ (1) กลุ่มข้าว-แป้ง (2) กลุ่มโปรตีนและผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (3) กลุ่มผักและผลไม้ และ (4) กลุ่มเครื่องดื่ม อาหารว่าง และขนมขบเคี้ยว กำหนดระดับความถี่การบริโภคเป็น 1-7 ครั้งต่อสัปดาห์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจึงกำหนดช่วงเวลาที่สอบถามความถี่การบริโภคเพียง 1 สัปดาห์ เพื่อลดอคติจากการระลึก (Recall bias) และกำหนดส่วนของการบริโภคเป็นทัพพี ช้อนกินข้าว และขนาดส่วนมาตรฐานการบริโภค โดยมีภาพอาหารประกอบ (Food photo guide) เพื่อให้เห็นขนาดส่วนของอาหารที่บริโภคจริง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 ทุกข้อ (อยู่ในช่วง 0.67-1.00) และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
2. ประชุมชี้แจงและอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและใช้แนวทางการสัมภาษณ์เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากผู้สัมภาษณ์ (Interviewer bias)
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลแก่ผู้สูงอายุในการรวมกลุ่มกิจกรรม ณ ศูนย์ผู้สูงอายุประจำชุมชน

4. เก็บรวบรวมข้อมูลในสถานที่ที่ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย เช่น ที่บ้านของผู้สูงอายุหรือสถานที่อื่นตามความสะดวก

5. วัดเส้นรอบเอวและชั่งน้ำหนักกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยวัดเส้นรอบเอวที่ระดับสะดือและชั่งน้ำหนักด้วยความระมัดระวัง โดยจัดให้มีที่ยึดจับหรือพยางค์เพื่อป้องกันการหกล้ม

6. รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ ปริมาณการบริโภคอาหาร โดยนำความถี่ของการบริโภคคูณด้วยส่วนของอาหารที่บริโภค แล้วหาค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนส่วนของอาหารที่บริโภคต่อวัน วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและปริมาณอาหารที่บริโภคด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทั้งนี้ข้อมูลความถี่การบริโภคที่เก็บเป็น 0-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้นำมาจัดกลุ่มเพื่อการนำเสนอผลออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่บริโภค (0 ครั้งต่อสัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) บ่อย (3-5 ครั้งต่อสัปดาห์) และเป็นประจำ (6-7 ครั้งต่อสัปดาห์)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ HE652004 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.00 และเพศชาย ร้อยละ 21.00 อายุเฉลี่ย 68.34 ปี (S.D. = 6.93) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 89.00 โดยในจำนวนนี้อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 56.18 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คนมากที่สุด ร้อยละ 45.00 ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ ร้อยละ 71.00 โดยอาชีพที่พบมากที่สุดคือค้าขาย ร้อยละ 40.58 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 28.99 ส่วนใหญ่มีรายได้ ร้อยละ 96.00 และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-10,000 บาท (รวมร้อยละ 56.00) โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,252.08 บาท (S.D. = 5,789.24 บาท) ด้านข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 62.96 กิโลกรัม (S.D. = 7.62) ส่วนสูงเฉลี่ย 157.26 เซนติเมตร (S.D. = 5.98) เส้นรอบเอวเฉลี่ย 34.20 นิ้ว (S.D. = 3.68) และเส้นรอบสะโพกเฉลี่ย 38.15 นิ้ว (S.D. = 4.47) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (น้ำหนักเกิน) ร้อยละ 51.00 อัตราส่วนระหว่างเอวต่อสะโพกในเพศชายส่วนใหญ่ต่ำกว่า 0.95 ร้อยละ 90.48 และในเพศหญิงส่วนใหญ่สูงกว่า 0.86 ร้อยละ 72.15 เคยรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือวิตามินเพื่อบำรุงสุขภาพ ร้อยละ 87.00 และออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 50.00 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)		
ต่ำกว่า 18.5	1	1.00
18.5-22.9	18	18.00
23.0-24.9	24	24.00
25.0-29.93	51	51.00
30.0 ขึ้นไป	6	6.00
อัตราส่วนเอวต่อสะโพก: เพศชาย (n = 21)		
ต่ำ (<0.95)	19	90.48
ปานกลาง (0.96-1.00)	2	9.52
สูง (>1.00)	0	0.00
อัตราส่วนเอวต่อสะโพก: เพศหญิง (n = 79)		
ต่ำ (<0.80)	6	7.59
ปานกลาง (0.81-0.85)	16	20.25
สูง (>0.86)	57	72.15
การรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/วิตามิน		
เคย	87	87.00
ไม่เคย	13	13.00
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	28	28.00
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	50	50.00
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	22	22.00

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารใน 1 วัน ประกอบด้วย อาหารกลุ่มข้าว-แป้ง 8.41 หน่วยบริโภค (S.D. = 2.67) กลุ่มโปรตีน (เนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่ว) รวมประมาณ 5.54 หน่วยบริโภค

ผัก 2.18 หน่วยบริโภค (S.D. = 1.25) และผลไม้ 0.89 หน่วยบริโภค (S.D. = 0.70) นอกจากนี้ยังมีการบริโภคน้ำอัดลม ชา/กาแฟ ขนมหวาน และขนมขบเคี้ยว (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประเภทและปริมาณอาหารที่รับประทานเฉลี่ยใน 1 วัน (หน่วยบริโภคต่อวัน)

ประเภทอาหาร	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.
ข้าว-แป้ง	8.41	2.67
เนื้อสัตว์	3.33	1.19
ไข่	0.95	0.52
ถั่ว	0.34	0.47
นม	0.60	0.95
ถั่วเหลือง/ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง	0.32	0.32

ประเภทอาหาร	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.
ผักรวมทุกชนิด	2.18	1.25
ผักใบเขียว	1.71	0.94
ผักชนิดอื่น ๆ	0.43	0.58
ผักดอง/ผักแห้ง	0.03	0.13
ผลไม้รวมทุกชนิด	0.89	0.70
น้ำอัดลม	0.16	0.18
น้ำผลไม้	0.16	0.19
เครื่องดื่มชูกำลัง	0.14	0.24
ชา/กาแฟ	0.62	0.45
ขนมหวาน	0.34	0.38
ขนมขบเคี้ยว	0.09	0.16

เมื่อพิจารณาความถี่ของการบริโภคอาหารแต่ละชนิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างบริโภคข้าวขาว/ข้าวขัดสีเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 73.00 บริโภค 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์) เนื้อสัตว์และผักชนิดต่าง ๆ

ส่วนใหญ่บริโภคในระดับบ่อย (3-5 ครั้งต่อสัปดาห์) ส่วนเครื่องดื่มที่มีความถี่การบริโภคสูงที่สุดคือชา/กาแฟ โดยร้อยละ 49.00 บริโภคเป็นประจำ (6-7 ครั้งต่อสัปดาห์) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ จำแนกตามระดับความถี่การบริโภคต่อสัปดาห์ (n = 100)

ชนิดของอาหาร	ร้อยละ			
	ไม่บริโภค	นาน ๆ ครั้ง (1-2)	บ่อย (3-5)	เป็นประจำ (6-7)
ข้าวขาว/ข้าวขัดสี	0.00	4.00	23.00	73.00
ข้าวกล้อง/ข้าวซ้อมมือ	66.00	25.00	6.00	3.00
ข้าวเหนียว	4.00	35.00	29.00	32.00
ก๋วยเตี๋ยว/ขนมจีน	14.00	68.00	18.00	0.00
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	61.00	38.00	1.00	0.00
ขนมปังขาว	68.00	31.00	1.00	0.00
ขนมปังโฮลวีท/ธัญพืช	58.00	35.00	6.00	1.00
เนื้อวัว/หมูไม่ติดมัน ไก่/เป็ดไม่ติดหนัง	4.00	50.00	43.00	3.00
เนื้อวัว/หมูติดมัน ไก่/เป็ดติดหนัง	35.00	50.00	13.00	2.00
ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป กลุ่ม 1 (ไส้กรอก เบคอน แฮม กุนเชียง)	44.00	47.00	9.00	0.00
ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป กลุ่ม 2 (หมูหยอง ปลาเค็ม ปลาแดดเดียว)	45.00	50.00	5.00	0.00
ปลาน้ำจืด/ปลาทะเล	6.00	28.00	62.00	4.00
กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก	40.00	54.00	6.00	0.00
ตับ เลือด หมู/เป็ด/ไก่	39.00	53.00	8.00	0.00
ไข่ทั้งฟอง/ไข่แดง	2.00	33.00	56.00	9.00
ถั่วและผลิตภัณฑ์ (เต้าหู้ โปรตีนเกษตร)	46.00	24.00	28.00	2.00

ชนิดของอาหาร	ร้อยละ			
	ไม่บริโภค	นาน ๆ ครั้ง (1-2)	บ่อย (3-5)	เป็นประจำ (6-7)
นมสด/โยเกิร์ตไม่ปรุงแต่งรส	60.00	21.00	17.00	2.00
นมหวาน/โยเกิร์ตปรุงแต่งรส	58.00	22.00	18.00	2.00
โยเกิร์ตชนิดดื่ม	75.00	12.00	10.00	3.00
นมพว่องมันเนย	75.00	12.00	7.00	6.00
น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง	34.00	28.00	32.00	6.00
ผักใบเขียวสด	2.00	19.00	76.00	3.00
ผักใบเขียวสุก	1.00	20.00	71.00	8.00
ผักชนิดอื่น ๆ	36.00	26.00	30.00	8.00
ผักดอง	88.00	9.00	3.00	0.00
ผลไม้รสหวาน (องุ่น ลำไย ทุเรียน ขนุน)	34.00	50.00	16.00	0.00
ผลไม้รสไม่หวาน/หวานน้อย (ฝรั่ง ชมพู แอปเปิล)	9.00	48.00	36.00	7.00
ผลไม้กวน/ฉาบ	81.00	12.00	5.00	2.00
ผลไม้เชื่อม	87.00	8.00	4.00	1.00
ผลไม้หมักดอง	90.00	10.00	0.00	0.00
ผลไม้กระป๋อง	91.00	9.00	0.00	0.00
ผลไม้แห้ง (ลูกเกด ลูกพรุน พุทราแห้ง)	79.00	19.00	2.00	0.00
น้ำอัดลม/น้ำหวาน	34.00	60.00	4.00	2.00
น้ำผลไม้/น้ำผัก	46.00	37.00	17.00	0.00
เครื่องดื่มชูกำลัง	81.00	14.00	4.00	1.00
เครื่องดื่มเกลือแร่/สำหรับนักกีฬา	72.00	24.00	3.00	1.00
ชา/กาแฟ	24.00	7.00	20.00	49.00
อาหารที่มีเนย/มาการีนและแป้ง (เค้ก คุกกี้ โดนัท พาย)	62.00	30.00	8.00	0.00
ขนมหวานจากไข่แดง (ทองหยิบ ฝอยทอง)	80.00	19.00	1.00	0.00
ขนมใส่น้ำเชื่อม	70.00	27.00	3.00	0.00
ขนมหวานที่มีกะทิ (กล้วยบวชชี วนักะทิ)	38.00	56.00	6.00	0.00
ขนมขบเคี้ยว/ขนมกรุบกรอบบรรจุซอง	59.00	36.00	5.00	0.00

หมายเหตุ: ตัวเลขแสดงร้อยละของผู้ตอบ (n = 100) จำแนกตามระดับความถี่การบริโภคต่อสัปดาห์

โดยจัดกลุ่มจากข้อมูลที่เก็บเป็น 0-7 ครั้งต่อสัปดาห์

การอภิปรายผล

1. การบริโภคอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าอาหารที่บริโภคมากที่สุดคือกลุ่มข้าว-แป้ง สูงถึง 8.41 หน่วยบริโภคต่อวัน (S.D. = 2.67) โดยเฉพาะข้าวขาว/ข้าวขัดสี ซึ่งผู้สูงอายุร้อยละ 69.00 รับประทานทุกวัน สอดคล้องกับลักษณะอาหาร

ที่นิยมบริโภคในชุมชนไทย^{8,11} เนื่องจากข้าวเป็นอาหารหลักที่หาได้ง่ายและมีราคาถูก อย่างไรก็ตามการบริโภคข้าวกล้องและข้าวซ้อมมือยังมีปริมาณต่ำมาก โดยผู้สูงอายุร้อยละ 66.00 ไม่ได้บริโภคข้าวกล้องเลย และเพียงร้อยละ 2.00 ที่บริโภคทุกวัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับคำแนะนำทางโภชนาการของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักโภชนาการ

กรมอนามัย ที่เน้นให้ผู้สูงอายุบริโภคข้าวกล้อง หรือธัญพืชไม่ขัดสี เพื่อเพิ่มการได้รับใยอาหาร และวิตามินบี ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพระบบทางเดินอาหาร และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการศึกษาของ Gu และคณะ¹² ในประเทศ แคนาดา พบว่าการบริโภคธัญพืชไม่ขัดสีมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี

การบริโภคอาหารกลุ่มโปรตีน

การบริโภคกลุ่มโปรตีนประกอบด้วย เนื้อสัตว์ 3.33 หน่วยบริโภค (S.D. = 1.19) ไข่ 0.95 หน่วยบริโภค (S.D. = 0.52) นม 0.60 หน่วยบริโภค (S.D. = 0.95) ถั่ว 0.34 หน่วยบริโภค (S.D. = 0.47) และถั่วเหลือง/ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง 0.32 หน่วยบริโภค (S.D. = 0.32) รวมประมาณ 5.54 หน่วยบริโภคต่อวัน เมื่อเทียบกับคำแนะนำของ American heart association¹³ ที่แนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคโปรตีน 5-6.5 ออนซ์ (ประมาณ 5-6.5 หน่วยบริโภค) ต่อวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคโปรตีนใกล้เคียงกับคำแนะนำ แต่ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับคุณภาพและความหลากหลายของแหล่งโปรตีน โดยการบริโภคเนื้อสัตว์มีความหลากหลาย เนื้อวัว/หมูไม่ติดมันและปลาเป็นที่นิยม แต่การบริโภคนมและผลิตภัณฑ์นมยังคงต่ำ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 60.00 ไม่ได้บริโภคนมสด/โยเกิร์ตเลย ซึ่งไม่สอดคล้องกับคำแนะนำของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย¹¹ ที่แนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคนม 1-2 แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน การศึกษาของ Dean และคณะ¹⁴ ระบุว่ารายได้และการเข้าถึงอาหารมีอิทธิพลต่อรูปแบบการบริโภคของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ย 6,252.08 บาทต่อเดือน (S.D. = 5,789.24) บริโภคนมและผลิตภัณฑ์นมในปริมาณต่ำ

นอกจากนี้ การบริโภคถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่วยังมีค่าต่ำมาก (0.34 หน่วยบริโภคต่อวัน, S.D. = 0.47) โดยผู้สูงอายุร้อยละ 46.00 ไม่ได้บริโภคเลย ทั้งที่ถั่วเป็นแหล่งโปรตีนจากพืช

ที่มีคุณค่าและราคาไม่แพง เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านรายได้¹⁴ การส่งเสริมให้บริโภคถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่วเพิ่มขึ้นจึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจสำหรับการปรับปรุงภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ

การบริโภคผักและผลไม้

กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคผัก 2.18 หน่วยบริโภคต่อวัน (S.D. = 1.25) และผลไม้ 0.89 หน่วยบริโภคต่อวัน (S.D. = 0.70) รวมกันต่ำกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้บริโภคผักและผลไม้รวมกันอย่างน้อย 5 ส่วนต่อวัน (400 กรัม) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยบริโภคผักและผลไม้ครบตามคำแนะนำเพียงร้อยละ 16.50-21.20

การบริโภคผักใบเขียวมีความถี่สูง โดยผู้สูงอายุร้อยละ 33.00 และ 26.00 บริโภคผักใบเขียวสดและผักใบเขียวสุก 4 ครั้งต่อสัปดาห์ตามลำดับ แต่การบริโภคผลไม้ยังคงต่ำมาก โดยเฉพาะผลไม้รสไม่หวาน ที่ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1.00 บริโภคทุกวัน การศึกษาล่าสุดของ Tessier และคณะ¹⁶ ในวารสาร Nature Medicine ยืนยันว่า การยึดมั่นในรูปแบบอาหารที่เน้นพืชและมีสารอาหารสูงมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพดีในวัยสูงอายุ ทั้งด้านสมอง ร่างกาย และจิตใจ

การบริโภคผักและผลไม้ที่ต่ำอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับประโยชน์ของผักและผลไม้ ปัญหาด้านราคาและการเข้าถึง รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปากที่ทำให้เคี้ยวผักและผลไม้สดได้ยาก¹⁷ การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยแนวทางแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ และการดูแลสุขภาพช่องปาก

การบริโภคเครื่องดื่มและของหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคชา/กาแฟ 0.62 หน่วยบริโภคต่อวัน โดยผู้สูงอายุร้อยละ 44.00 บริโภคทุกวัน ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่มีความถี่ในการบริโภคสูงที่สุด การบริโภคกาแฟในปริมาณ

พอเหมาะ (1-2 แก้วต่อวัน) อาจมีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานและโรคหัวใจ แต่การบริโภคมากเกินไปอาจส่งผลต่อการนอนหลับและการดูดซึมแคลเซียม¹⁸

นอกจากนี้ ยังพบการบริโภคน้ำอัดลม/น้ำหวาน 0.16 หน่วยบริโภคต่อวัน และขนมหวาน 0.34 หน่วยบริโภคต่อวัน แม้จำนวนจะไม่มากนัก แต่เป็นแหล่งพลังงานว่างเปล่าที่ไม่ควรส่งเสริมในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 51.00 มีค่าดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 (น้ำหนักเกิน) และร้อยละ 6.00 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 (อ้วน) การลดการบริโภคเครื่องดื่มและของหวานที่มีน้ำตาลสูงจึงสำคัญต่อการควบคุมน้ำหนักและป้องกันโรคเบาหวาน¹⁹

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศพบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ²⁰ ที่รายงานว่าผู้สูงอายุไทยรับประทานอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ ร้อยละ 92.80 แต่รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น การศึกษาในจังหวัดสุรินทร์⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 60.20 มีภาวะโภชนาการปกติ แต่ยังมีจำนวนหนึ่งที่มีภาวะโภชนาการเกินและทุพโภชนาการ และการศึกษาของ Puthithanthanakun และ Phirum⁷ ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 62.20 และมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารร้อยละ 35.90 ซึ่งสะท้อนปัญหาภาวะโภชนาการที่หลากหลายในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การศึกษาในต่างประเทศที่ระบุว่า รูปแบบการบริโภคอาหารตลอดช่วงชีวิตอาจมีความสำคัญมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Gu และคณะ¹² ที่เน้นว่า การบริโภคอาหารแบบดั้งเดิมของไทยที่มีความหลากหลายและสมดุลมีส่วนช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุบริโภคอาหารกลุ่มข้าว-แป้งในปริมาณสูง โดยเฉพาะข้าวขาว/ข้าวขัดสี ขณะที่บริโภคผัก ผลไม้ นม และถั่วต่ำกว่าคำแนะนำทางโภชนาการ นักสาธารณสุขและบุคลากรในพื้นที่สามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้โภชนาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้น 1) การส่งเสริมการบริโภคข้าวกล้องหรือธัญพืชไม่ขัดสีทดแทนข้าวขัดสีบางส่วน 2) การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ให้ใกล้เคียงเกณฑ์ที่แนะนำ และ 3) การเพิ่มแหล่งโปรตีนที่หลากหลายและราคาเข้าถึงได้ เช่น ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีภาวะน้ำหนักเกิน การปรับพฤติกรรมบริโภคดังกล่าวอาจมีส่วนช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่ออธิบายปัจจัยเชิงบริบทที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติด้านอาหาร ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพช่องปาก และการเข้าถึงอาหารสดในชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2024.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects 2024 [Internet]. New York: UN; 2024 [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
3. United Nations Population Fund. World population ageing report. New York: UNFPA; 2024.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=12&id=58
6. สรญา แก้วพิบูลย์, ญัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์. รายงานการวิจัยภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ [รายงานการวิจัย]. นครราชสีมา: สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2555.
7. Puthithanthanakun P, Phirum R. Nutritional status and factors associated with the nutritional status of elderly people in the community, Nong Kaew sub-district, Mueang district, Sisaket province. Sakon Nakhon Hospital Journal. 2019; 22(1): 1-10.
8. สุพรรณิ ฤกษา, วรชัย สุขประเสริฐ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561; 25(3): 67-76.
9. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ (HDC). สถิติสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/>
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
11. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2564.

12. Gu Q, Sable CM, Brooks-Wilson A, Murphy RA. Dietary patterns in the healthy oldest old in the healthy aging study and the Canadian longitudinal study of aging: a cohort study. BMC Geriatr. 2020; 20(1): 106.
13. American heart association. The changing nutritional needs of older adults and how to meet them [Internet]. Dallas: AHA; 2024 [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://www.heart.org/en/news/2024/12/18/the-changing-nutritional-needs-of-older-adults-and-how-to-meet-them>
14. Dean M, Raats MM, Grunert KG, Lumbers M. Factors influencing eating a varied diet in old age. Public Health Nutr. 2009; 12(12): 2421-7.
15. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
16. Tessier AJ, Wang F, Korat AA, Eliassen AH, Chavarro J, Grodstein F, et al. Optimal dietary patterns for healthy aging. Nat Med. 2025; 31(5): 1644-52.
17. Kagawa R, Ikebe K, Inomata C, Okada T, Takeshita H, Kurushima Y, et al. Effect of dental status and masticatory ability on decreased frequency of fruit and vegetable intake in elderly Japanese subjects. Int J Prosthodont. 2012; 25(4): 368-75.
18. Ding M, Bhupathiraju SN, Chen M, van Dam RM, Hu FB. Caffeinated and decaffeinated coffee consumption and risk of type 2 diabetes: a systematic review and a dose-response meta-analysis. Diabetes Care. 2014; 37(2): 569-86.
19. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2010; 33(11): 2477-83.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.

การพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

นฤมล อุฬาสสา¹, อนุชา ไทยวงษ์², กำพร ดานา², วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์²

(วันที่รับบทความ: 21 เมษายน 2569; วันที่แก้ไข: 15 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 8 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พัฒนาและประเมินผลแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ที่พัฒนาขึ้นใหม่ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมสุขภาพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 8 คน สูตินรีแพทย์ 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และ 2) หญิงตั้งครรภ์จำนวน 19 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปทางคลินิกและแบบฟอร์มดูแลรายบุคคล แบบประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ระยะศึกษาสถานการณ์พบว่า พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี พ.ศ. 2563-2567 คิดเป็นร้อยละ 5.40, 8.63, 4.70, 5.15 และ 8.33 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7) หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแล และแนวทางการดูแลกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน ระยะพัฒนาเกิดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับ บริบทหน่วยงาน ประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ การสอนและให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ การส่งปรึกษาโภชนาการ เรื่องอาหาร การส่งพบสูตินรีแพทย์เพื่ออัลตราซาวด์ติดตามน้ำหนักทารกในครรภ์ และการนัดติดตามสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงบ่อยขึ้น หรือเรียกว่า E-M-A-E model ผลการศึกษา ด้านทารกพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.21) มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม คะแนน Apgar ในช่วงนาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 8 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ด้านมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และมีอายุครรภ์ขณะคลอดมากกว่า 37 สัปดาห์ (การคลอดครบกำหนด หมายถึง การคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์เต็ม) เป็นต้นไป (ร้อยละ 89.47) พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางครอบคลุมร้อยละ 100 นอกจากนี้ทีมสุขภาพและหญิงตั้งครรภ์ มีความพึงพอใจในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75, S.D. = 2.18

อย่างไรก็ตาม ควรจัดทำแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ และจัดให้มีระบบติดตามต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและลดความเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักน้อย อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง, ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย, แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, E-mail: narumonrach@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: anucha@smnc.ac.th, kamthorn@smnc.ac.th, wilailak@smnc.ac.th

Corresponding author: วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์ E-mail: wilailak@smnc.ac.th

Development of Guidelines for the Care of Pregnant Women at Risk of Delivering Low Birth Weight Infants at Kaset Wisai Hospital

Narumon Ulhatsa¹, Anucha Thaiwong², Kamthorn Dana², Wilailak Phuakphan²

(Received: 21st April 2026; Revised: 15th May 2026; Accepted: 8th June 2026)

Abstract

This action research aimed to analyze the current situation regarding low birth weight infants, and to develop and evaluate a newly established care guideline for pregnant women at risk of delivering low birth weight infants at Kaset Wisai Hospital, Roi Et Province. Participants consisted of two groups: 1) a multidisciplinary healthcare team, including 8 professional nurses, 1 obstetrician, and 1 nutritionist; and 2) 19 pregnant women. Research instruments included clinical data record forms, individual care forms, a nursing practice evaluation form, and a satisfaction survey. The study was conducted from July 2024 to June 2025, and data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The situational analysis revealed that the incidence of low birth weight infants (<2,500 g) from 2020 to 2024 was 5.40%, 8.63%, 4.70%, 5.15%, and 8.33%, respectively (standard threshold: not exceeding 7%). Key issues identified included a lack of systematic risk screening and unclear care protocols. In the development phase, a concrete, context-appropriate care guideline—the “E-M-A-E Model”—was established. This model comprises four core interventions: (E) Education for pregnant women, (M) Nutrition consultation, (A) Antenatal ultrasound for fetal weight monitoring, and (E) Extra monitoring through more frequent prenatal visits. Regarding clinical outcomes, 84.21% of infants had a birth weight exceeding 2,500 g, with Apgar scores greater than 8 at both 1 and 5 minutes and no reported complications. No maternal complications occurred during pregnancy, and 89.47% of deliveries reached full term (gestational age >37 weeks). Professional nurses demonstrated 100% compliance with the new guideline. Furthermore, both the healthcare team and the pregnant women reported a high level of satisfaction (mean = 4.75, S.D. = 2.18).

Nevertheless, developing a systematic care protocol, strengthening healthcare personnel's competencies, and implementing a continuous follow-up system are recommended to improve care efficiency and sustainably reduce the risk of low birth weight infants.

Keywords: High-risk pregnant women, Low birth weight infants, Prenatal care guidelines

¹ Registered Nurse Professional, Kaset Wisai Hospital, Roi Et Province, E-mail: narumonrach@gmail.com

² Lecturers, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

E-mail: anucha@smnc.ac.th, kamthorn@smnc.ac.th, wilailak@smnc.ac.th

Corresponding author: Wilailak Phuakphan, Email: wilailak@smnc.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World health organization) ได้กำหนดนิยามของ Low birth weight (LBW) ไว้ว่า หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด “น้อยกว่า” 2,500 กรัม โดยการชั่งน้ำหนักควรทำภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด ทั้งนี้ ไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ว่าคลอดก่อนกำหนดหรือครบกำหนด¹ ในปี 2020 พบว่า อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 14.7 ของทารกทั่วโลก หรือประมาณ 19.8 ล้านคน² ส่วนในประเทศไทยย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) พบร้อยละ 6.63, 6.39, 6.41, 6.77 และ 7.07 ตามลำดับ³ เนื่องจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมอวัยวะต่างๆ ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เกิดปัญหาต่อระบบหายใจ เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome: RDS) หรือภาวะหยุดหายใจ (Apnea) เนื่องจากปอดอาจยังสร้างสารลดแรงตึงผิวได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก⁴ เนื่องจากสัมพันธ์กับอัตราตายและเจ็บป่วยของทารกที่สูงเกิดขึ้นทันทีหลังคลอดหรือในช่วงแรกเกิด รวมถึงผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโตและพัฒนาการในระยะยาว¹ ในบริบทของประเทศไทย รัฐบาลได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราทารกน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7 ในแผนพัฒนาแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) กระทรวงสาธารณสุขจึงส่งเสริมและได้กำหนดตัวชี้วัด (KPI) ให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์มีความซับซ้อนและมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติการแท้ง การคลอดบุตรและโรคประจำตัว ปัจจัยด้านการดูแลขณะตั้งครรภ์ เช่น อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก

น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอด โรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด เป็นต้น^{5,6} น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม^{7,8} การคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ภาวะขาดสารอาหารในมารดา ภาวะโลหิตจาง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการเข้าถึงการดูแลก่อนคลอดที่มีคุณภาพอย่างจำกัด⁹ และปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ (จำนวนครั้งของการคลอด) และการดูแลก่อนคลอด (จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารก ($p\text{-value} < 0.001$)¹⁰ ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ควรจะเน้นการเตรียมตัวมารดา ก่อนการตั้งครรภ์ ให้มีการดูแลก่อนคลอดให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่า 10 กิโลกรัม การมาฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป และการดูแลและเฝ้าระวังให้อายุครรภ์ขณะคลอดได้ 37 สัปดาห์ขึ้นไป¹¹ หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ได้รับการดูแลตามแนวใหม่โดยการประเมินโภชนาการหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายโดยโภชนาการ และติดตามน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการอัลตราซาวด์ ประเมินน้ำหนักอย่างต่อเนื่องพบว่าอัตราการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลศรีสงคราม คือ 1. การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 2. ระบบการดูแลตามแบบศรีสงครามโมเดล 3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย พบว่าทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก (2,905 กรัม, S.D. = 248.02) สูงกว่าค่าเกณฑ์ (2,500 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.00$)¹³

โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่มีการให้บริการทางด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยงานบริการอนามัยแม่และเด็ก ถือเป็นหนึ่งในสาขา Service plan ของเขตสุขภาพที่มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง จากสถิติข้อมูลของทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม งานห้องคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2563-2567 คิดเป็นร้อยละ 5.40, 8.63, 4.70, 5.15 และ 8.33 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าบางปียังไม่ผ่านตัวชี้วัด ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 7 ส่งผลกระทบต่อทารกในกลุ่มนี้คือ ช่วงแรกเกิดจะมีปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ หายใจลำบาก อุณหภูมิกายต่ำ น้ำหนักขึ้นช้า ติดเชื้อง่าย เนื่องจากดูนมได้น้อย การย่อยไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนผลกระทบระยะยาวเด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน พุดช้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือ การเคลื่อนไหวช้ากว่าเกณฑ์ ซึ่งการดูแลติดตาม ในช่วงตั้งครรภ์อย่างมีระบบมีส่วนช่วยให้จำนวน ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยลดลงได้ รวมถึง ปัญหาการดำเนินงานด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่ผ่านมามีปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ ไม่ต่อเนื่อง และยังไม่เคยมีแนวทางการดูแล ที่เหมาะสม จึงส่งผลทำให้เกิดปัญหาทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็น ปัญหาระดับโลกและระดับชาติ งานวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action research) จึงถูกนำมาใช้ ร่วมกับทีมสุขภาพและหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อพัฒนางานการพยาบาลและประเมินแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยใช้โมเดล “E-M-A-E” ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ หญิงตั้งครรภ์ การส่งปรึกษาทางไกล การตรวจอัลตราซาวด์ติดตามน้ำหนักทารก และการนัดติดตามสุขภาพหญิงตั้งครรภ์บ่อยขึ้น ทั้งนี้ การสร้างแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ พัฒนา ศักยภาพบุคลากร และจัดตั้งระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเสริมความทันสมัยและยั่งยืนในการลดปัญหา

ทารกน้ำหนักน้อยในบริบทระดับจังหวัดและประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลเกษตรวิสัย
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย
3. เพื่อศึกษาน้ำหนักของทารกแรกเกิด หลังการใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทีมผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษา โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ใช้การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นปฏิบัติการ และสะท้อนการปฏิบัติ และขั้นประเมินผล¹⁴

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะเวลาตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2567 - มิถุนายน 2568 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการ (Situational analysis & Preparation) เป็นขั้นตอน การสำรวจปัญหาเพื่อสร้างฐานข้อมูลก่อนเริ่ม การเปลี่ยนแปลง

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนเวชระเบียน ย้อนหลัง 5 ปี และข้อมูล HDC (43 แฟ้ม) เพื่อระบุ อุปสรรคและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

1.2 ทบทวนแนวทางเดิม ศึกษาแนวปฏิบัติ ที่ใช้อยู่เดิมผ่านการประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) กับเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด เพื่อหา จุดอ่อนหรือช่องว่างในการปฏิบัติ

1.3 การเตรียมความพร้อม ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Evidence-based) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางใหม่

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนากรอบที่ 1 (Action research cycle 1)

การนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาเข้าสู่กระบวนการ PAOR ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย 10 ท่าน (พยาบาลวิชาชีพ 8 คน, สูตินรีแพทย์ 1 คน, นักโภชนาการ 1 คน)

2.1 วางแผน (Planning) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่าง “แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย” โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2 ปฏิบัติ (Action) นำแนวทางที่ร่างขึ้นไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริงในคลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอด ผ่านรูปแบบ E-M-A-E Model โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้:

1. การประเมินและคัดกรอง (Assessment & Screening) คัดกรองครั้งแรก: วิเคราะห์ปัญหาและระบุสาเหตุความเสี่ยงตั้งแต่วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง: ติดตามความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์ ได้แก่ 21-26, 27-30, 31-34, 35-36, 37-38 และ 39-40 สัปดาห์

การเข้าสู่กระบวนการดูแล (Intervention) หากพบความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป (ทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลาง) จะเข้าสู่ระบบการจัดการปัญหาผ่าน 4 มาตรการหลักของ E-M-A-E Model ดังนี้:

การสอนและให้ความรู้ (E) = Education and knowledge provision มีการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการโดยจัดกลุ่มทุกวันอังคาร ช่วงบ่ายเป็นการเปิดเวทีทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ โดยเน้นเรื่องโภชนาการ สอนเพิ่มเติมและซักถามตอบปัญหาในตอนท้าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

การส่งให้คำปรึกษานักโภชนาการ (M) = Medical nutrition therapy referral ในรายที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หลังประเมินความเสี่ยงแล้วจะส่งพบนักโภชนาการ

อย่างน้อย 1 ครั้งเพื่อวางแผนเกี่ยวกับโภชนาการ หญิงตั้งครรภ์ที่ควรปฏิบัติตลอดการตั้งครรภ์ เช่น การนับคาร์บ เน้นรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง

การส่งปรึกษาแพทย์ (A) = Appointment with physician referral หญิงตั้งครรภ์ทุกราย จะได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้นจากพยาบาล ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ดังนี้ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง ของยอดมดลูก (Height of fundus) ฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) หากค้นพบความผิดปกติ เช่น น้ำหนักลดลงทั้งที่รับประทานอาหารได้ปกติ ระดับน้ำตาลไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ไม่ชัดเจน จะส่งปรึกษาสูติแพทย์ก่อน ซึ่งโดยปกติหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ในช่วงอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ เพื่อประเมินน้ำหนักทารกทุกรายอยู่แล้ว

การนัดมาติดตามบ่อยขึ้น (E) = Enhanced follow-up scheduling หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่น้ำหนักทารกในครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ ปกติเมื่อเทียบกับทารกในอายุครรภ์เดียวกัน (<Percentile ที่ 10) ในช่วงอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ สูตินรีแพทย์จะนัดติดตามเรื่องน้ำหนักทารกในครรภ์ ทุก 1 สัปดาห์ โดยการตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง

2.3 สังเกต (Observation) เก็บข้อมูลระหว่างใช้แนวทาง เช่น ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่, ความครบถ้วนของการคัดกรอง, และการปฏิบัติตามขั้นตอน

2.4 สะท้อนคิด (Reflection) นำข้อมูลที่เกิดขึ้นได้มาประชุมร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ว่าอะไร ที่ทำได้ดี และอะไรที่เป็นอุปสรรคที่ต้องแก้ไข

ระยะที่ 3 ระยะปรับปรุงและขยายผล วงรอบที่ 2 (Action research cycle 2) เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และยั่งยืน

3.1 ปรับปรุงแผน (Revised plan) นำข้อเสนอแนะจากการสะท้อนคิดในวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบท หน่วยงานมากขึ้น

3.2 ปฏิบัติและสังเกต (Action & Observation) นำแนวทางที่ปรับปรุงแล้วมาใช้ซ้ำ และติดตามผลลัพธ์ที่เข้มงวดขึ้น (เช่น น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์, ผลเลือด ผลการตรวจอัลตราซาวด์)

3.3 สะท้อนคิด (Reflection) ประเมินความต่อเนื่องและปัญหาเชิงระบบ เพื่อเตรียมกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลสรุปและสะท้อนเรียนรู้ (Final evaluation & Lessons learned) เป็นการสรุปภาพรวมทั้งหมดของการนำแนวปฏิบัติมาใช้

4.1 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เปรียบเทียบอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยก่อนและหลังการพัฒนา

4.2 สรุปองค์ความรู้ สะท้อนบทเรียนที่ได้จากการทำงานร่วมกัน (Team learning) และปัจจัยความสำเร็จ

4.3 การจัดการความรู้จัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเสนอแนะแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในหน่วยงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัยจำนวน 8 คน สูติแพทย์ จำนวน 1 คน โภชนากร จำนวน 1 คน และกลุ่มที่ 2 คือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 19 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในรูปแบบได้แก่ กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย สูติแพทย์ โภชนากร และเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย มาอย่างน้อย 1 ปี ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน หรือปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ระหว่างทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

กลุ่มที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567 - มิถุนายน 2568 โดยมีสามีหรือผู้ดูแลในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่อาจส่งผลทำให้ทารกในครรภ์ มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ในการตั้งครรภ์ (Preeclampsia) การติดเชื้อ (Infections) เช่น โรคโควิด-19 โรคเบาหวาน ในการตั้งครรภ์ (Gestational diabetes) ไทรอยด์ หญิงตั้งครรภ์ที่ย้ายที่อยู่ หรือไปรับบริการฝากครรภ์ ต่อที่หน่วยบริการอื่นหรือไม่สามารถติดต่อได้ หญิงตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะแท้งในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์ทางวิชาชีพ ใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ สัญชาติ อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด ประวัติการคลอดก่อนหน้า ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา การดูแลตนเองในช่วงตั้งครรภ์ ความรู้ความเข้าใจการจัดการ และแหล่งประโยชน์ในช่วงตั้งครรภ์

1.2 แบบคัดกรองความเสี่ยง ปรับปรุงมาจาก อุมพร สังขฤทธิ์¹⁵ และผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ในระยะฝากครรภ์คัดกรองหญิงตั้งครรภ์เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงและระยะประเมินผลลัพธ์ โดยจะบันทึกต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด ประกอบด้วย แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งแบบบันทึกการดูแลรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งแบบฟอร์มการดูแลรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ BMI ผลการประเมินพฤติกรรมบริโภค การดูแลและผู้ดูแล รวมถึงน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักแรกเกิด APGAR Score โดยระดับความเสี่ยงที่พบคือ ความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย มีภาวะซีด (Hct <33%), น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม, BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 kg/m², มีประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีจำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดกระบวนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติการณ์ของพยาบาลตามแนวทางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นปฏิบัติครบถ้วนหรือไม่ โดยในแต่ละคำถามเป็นมาตรวัดแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) คำตอบมี 2 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยนำคะแนนของผู้ปฏิบัติแต่ละคนมารวมคะแนนหาค่าร้อยละเทียบกับคะแนนเต็มคือ 10 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

- ปฏิบัติกิจกรรมได้ดี เมื่อได้คะแนน 8-10 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80)

- ปฏิบัติกิจกรรมไม่ผ่าน เมื่อได้คะแนน 0-7 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 80)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวปฏิบัติการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ (กลุ่มเดียวกับในส่วนที่ 2) ใช้ในระยะประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยแต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดค่าแบบประเมินค่า (Rating scale) คำตอบมี 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ

เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก

เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางประการ

เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด = 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวปฏิบัติการณ์

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยและให้ความหมายคะแนนดังนี้¹⁶

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวปฏิบัติการณ์อยู่ในระดับสูงที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวปฏิบัติการณ์อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกทางคลินิก แบบประเมินการพยาบาลเฉพาะรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและการวิจัย เพื่อประเมินความตรง ความเหมาะสม ความครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98, 0.98 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เลขที่ HE 004/2567 ลงวันที่ 23 เมษายน 2567 ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงสิทธิ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิ์ขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยที่ไม่มีผลกระทบใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การดูแลตนเอง ความรู้ความเข้าใจ การจัดการ

และแหล่งประโยชน์ การดูแลตนเองรายบุคคล และความพึงพอใจของผู้ใช้นโยบายใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ ใช้สถิติ One sample t-test ประกอบด้วย ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด และผลการประเมินพฤติกรรม การบริโภค วิเคราะห์ผลลัพธ์ประกอบด้วย ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด และผลการประเมินพฤติกรรม การบริโภค ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม กับค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 22.25 ปี เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 36.84) มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.42) เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 50) ไม่เคยผ่านการคลอด (ร้อยละ 47.37) ไม่เคยแท้งบุตร (ร้อยละ 84.21) ผ่าครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 73.68) ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่น้อยกว่า 18.5 (ร้อยละ 68.42) สุขภาพก่อนตั้งครรภ์ปกติ ไม่เจ็บป่วย (ร้อยละ 94.73) มีประวัติการคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 73.68) อายุครรภ์ที่คลอดมากกว่า 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 89.47) หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.74) ไม่มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 89.48) ไม่มีประวัติการผ่าตัด (ร้อยละ 89.48) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 100) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 94.74) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน (n = 19)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ต่ำสุด 16 ปี	-	-
สูงสุด 29 ปี	-	-
อายุเฉลี่ย 22.25 ปี ($\bar{X}$ = 22.25, S.D. = 4.47)	-	-
สัญชาติไทย	19	100
อาชีพ		
ค้าขาย	3	15.79
แม่บ้าน	1	5.26
พนักงาน	5	26.32
รับจ้าง	3	15.79
ว่างงาน	7	36.84
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	6	31.58
มากกว่า 5,000 บาท/เดือน	13	68.42
ประวัติการตั้งครรภ์		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Gravida)		
G1	9	47.37
G2	7	36.84
G3	3	15.79
จำนวนครั้งที่คลอดบุตร (Para)		
P0	9	47.37
P1	8	42.11
P2	2	10.52
จำนวนครั้งที่แท้ง (Abortion)		
A0	16	84.21
A1	3	15.79
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (Last child)		
L0	9	47.37
L1	8	42.11
L2	2	10.52
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (First antenatal care: ANC)		
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	5	26.32
มากกว่า 12 สัปดาห์	14	73.68
อายุครรภ์เฉลี่ย 16.37 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 16.37, S.D. = 6.79)	-	-

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน (n = 19)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (Body mass index: BMI)		
น้อยกว่า 18.5 kg/m ²	13	68.42
มากกว่า 18.5 kg/m ²	6	31.58
ค่าเฉลี่ย 18.09 kg/m ² ($\bar{X}$ = 18.09, S.D. = 2.27)		
สุขภาพก่อนตั้งครรภ์		
ปกติ	18	94.74
เจ็บปวด	1	5.26
ประวัติการคลอดบุตร		
น้ำหนักทารกแรกเกิด		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	5	26.32
มากกว่า 2,500 กรัม	14	73.68
ค่าเฉลี่ย 2,882.87 กรัม ($\bar{X}$ = 2,882.87, S.D. = 351.67)		
อายุครรภ์ที่คลอด		
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	2	10.52
มากกว่า 37 สัปดาห์	17	89.48
ค่าเฉลี่ย 38.43 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 38.43, S.D. = 1.36)		
สภาพทารกแรกเกิด		
ปกติ	19	100
ปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์		
โรคประจำตัว		
มี (ธาลัสซีเมีย)	1	5.26
ไม่มี	18	94.74
ประวัติแพ้ยา		
มี	2	10.52
ไม่มี	17	89.48
ประวัติการผ่าตัด		
มี	2	10.52
ไม่มี	17	89.48
ประวัติการสูบบุหรี่		
มี	0	0
ไม่มี	19	100
ประวัติการดื่มสุรา		
มี	1	5.26
ไม่มี	18	94.74

2. ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด และผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค จากตารางที่ 2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เข้าสู่ E-M-A-E model ที่พัฒนาขึ้น ผลการดูแล พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 1 กิโลกรัม/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 73.68 รองลงมาคือ มากกว่า 1 กิโลกรัม/เดือน

ร้อยละ 21.06 อายุครรภ์เมื่อคลอด พบว่า คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 89.48 ด้านวิธีคลอด พบว่า คลอดปกติมากที่สุด ร้อยละ 57.89 ส่วนผลการประเมินพฤติกรรม การบริโภค พบว่า บริโภคเพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 89.48

3. การประเมินผลด้านทารก พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.21) มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม กับค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม คะแนน Apgar ในช่วง นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 8 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (n = 19)

ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์รายด้าน	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์		
น้อยกว่า 1 กก./เดือน	1	5.26
1 กก./เดือน	14	73.68
มากกว่า 1 กก./เดือน	4	21.06
คลอดเมื่ออายุครรภ์		
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	2	10.52
37-40 สัปดาห์	17	89.48
มากกว่า 40 สัปดาห์		
วิธีคลอด		
คลอดปกติ	11	57.89
คลอดผิดปกติ	8	42.11
ผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค		
เพียงพอ	17	89.48
ไม่เพียงพอ	2	10.52

4. ผลการประเมินการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งหมด 8 คน ที่ประเมินกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 10 รายการ พบว่าปฏิบัติกิจกรรมได้ดี

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 ท่าน ที่มีต่อการใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าในภาพรวมพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด ($X = 4.75$, $S.D. = 2.18$) โดยประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูง

คือ ความเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติจริง

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัญหาของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลเกษตรวิสัย พบว่า งานห้องคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2563-2567 มีอัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.40, 8.63, 4.70, 5.15 และ 8.33 ตามลำดับ มาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์

เพื่อให้คลอดทารกที่แข็งแรงโดยมารดามีภาวะแทรกซ้อนน้อย ประกอบด้วย การชักประวัติตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษา ซึ่งต้องทำต่อเนื่องหลายครั้ง เนื่องจากอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาต่างๆ ในช่วงอายุครรภ์ที่มากขึ้นได้¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Albarqi กล่าวคือ การให้ความรู้ทางโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเสริมกรดโฟลิกและธาตุเหล็ก ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญถึง 40% (RR = 0.60, 95% CI: 0.54-0.68) และการสนับสนุนทางจิตสังคมช่วยลดความเสี่ยงของน้ำหนักร่างกายเกิดต่ำและการคลอดก่อนกำหนด¹⁸ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันในหญิงตั้งครรภ์ ความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในบริบทนี้¹⁹

แต่ระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ทั้งการคัดกรองในแต่ละไตรมาสและการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดปัญหาและภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้จัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยขึ้นใหม่ในปี 2567 และระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพื่อลดอัตราการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยภายหลังการพัฒนาแนวทางภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการรอบที่ 1 ก่อให้เกิดแนวทางการพยาบาลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่ชัดเจนมากขึ้น โดยมีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกรายโดยการชักประวัติ การตรวจร่างกาย

การตรวจครรภ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เมื่อพบภาวะเสี่ยงก็ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Karim การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองในไตรมาสแรกอย่างเป็นระบบสามารถปรับปรุงความเร็วในการตรวจพบความผิดปกติได้ ผลการค้นพบเหล่านี้สนับสนุนการพิจารณาแนวทางมาตรฐานระดับชาติเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับการดูแลก่อนคลอด²⁰ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน โดยประกอบไปด้วย 4 กิจกรรมหรือเรียกว่า EMAE Model เพื่อให้เป็นเอกลักษณ์และสามารถจดจำได้ง่ายภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ได้แก่ 1) การสอนและให้ความรู้ (E) = Education and knowledge provision โดยจะให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตัวในแต่ละไตรมาส ซึ่งจะเน้นการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การสังเกตลูกดิ้นและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น 2) การส่งให้คำปรึกษานักโภชนาการ (M) = Medical nutrition therapy referral ในรายที่มีความเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวน้อยก่อนตั้งครรภ์ หรือน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ จะส่งต่อเพื่อให้ได้รับคำปรึกษาจากนักโภชนาการ 3) การส่งปรึกษาแพทย์ (A) = Appointment with physician referral หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยจะได้เข้าพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ค้นหาความเสี่ยง โดยการตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ximba กล่าวคือพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงไปยังผู้เชี่ยวชาญ²¹ 4) การนัดมาติดตามบ่อยขึ้น (E) = Enhanced follow-up scheduling โดยแพทย์จะนัดติดตามอาการในรายที่มีความเสี่ยงทุก 1-2 สัปดาห์จากการศึกษาของ Tanberika พบว่า ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการมาตรวจตามนัดของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามตารางนัด

ตรวจครรภ์มากกว่า สิ่งนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของโครงการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ของมารดาและส่งเสริมการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ²² จากกระบวนการดูแล EMAE Model เพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกคน ได้รับการวิเคราะห์ปัญหาคัดกรองความเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม รายบุคคลปรับปรุงมาจากอุมพร สังขฤกษ์¹⁵ และนำมาจัดกลุ่มความเสี่ยงแล้วส่งเข้าสู่กระบวนการดูแล มีผู้รับผิดชอบหลักเป็นพยาบาลประจำที่คลินิกฝากครรภ์ แพทย์ และนักโภชนาการ

ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลตาม EMAE Model ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวน 19 คนในปี พ.ศ. 2567-2568 หลังจากได้รับการดูแลตาม EMAE Model มีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ทั้งการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ ทำให้น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์อายุครรภ์ ส่งผลให้น้ำหนักแรกคลอดของทารกมากกว่า 2,500 กรัมถึงร้อยละ 84.21 และทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2,882.87 กรัม สูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.00$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมรี แพงดี¹³

ผลการประเมินการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าปฏิบัติกิจกรรมได้ดี เป็นส่วนใหญ่ เช่น แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ แนะนำการสังเกตและนับลูกดิ้น (อายุครรภ์ 28 สัปดาห์) แนะนำการมาฝากครรภ์ตามนัด บันทึกข้อมูลลงใน OPD Card และสมุดบันทึกสุขภาพ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของสรวิชัย ไผ่ขำณู พบว่า การพัฒนางานฝากครรภ์ให้ได้มาตรฐาน การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิด

ระบบการบริการที่เหมาะสม และสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติระบบบริการฝากครรภ์ต่อไป⁵

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้แนวทางหลังการพัฒนามีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นทุกด้านอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูง คือ ความเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติจริง การใช้เสริมสร้างความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ในการเฝ้าระวังปัญหาเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและนำไปใช้ได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาณิศา ถนอม, นุสรา ธนะเหมะธูสิน, เปรมฤดี ภารสำอางค์ แนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันทำให้เกิดความรวดเร็วสามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงเบื้องต้นของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะหรือความความเคลื่อนจากการประเมินภาวะเสี่ยงได้อย่างดียิ่งขึ้น²³

สรุปผล

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการดูแลโดยใช้ E-M-A-E Model ซึ่งประกอบด้วยระบบการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการดูแลอย่างเป็นระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าแนวทางนี้มีความเหมาะสมและสามารถตอบสนองต่อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยได้อย่างครอบคลุม ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมและความรู้ จากการทดลองใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมี คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น และมี ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง ที่ถูกต้องมากกว่า ก่อนการใช้แนวทางอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการให้คำแนะนำ ผลลัพธ์ด้านน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด ผลการประเมินผลลัพธ์ในระยะหลังคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์

ที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง E-M-A-E Model มีแนวโน้มการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (มากกว่า 2,500 กรัม) แสดงให้เห็นว่าการติดตามอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในพื้นที่ศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญอย่างใดก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในวงกว้างและต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว และปรับปรุงแนวทางให้สอดคล้องกับบริบทที่หลากหลายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการจัดบริการ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทำให้ทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการบริหาร ผลการวิจัยที่พบสามารถนำไปวางแผนและจัดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองเพื่อยกระดับงานอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและผ่านตัวชี้วัดของกระทรวง

3. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จึงควรขยายขอบเขตการจัดเก็บข้อมูล ประยุกต์ใช้แนวทางในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น นำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำอันมีค่าต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สรายุทธ สุภาพรณชาติ. ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย. ใน: สรายุทธ สุภาพรณชาติ, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด (Neonatology 2018). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2561.
2. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO). UNICEF-WHO low birthweight estimates: levels and trends 2000-2020. New York: UNICEF; 2023.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2567 ระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health Promotion and Environmental Health Surveillance Annual Report 2024). นนทบุรี: กองแผนงาน กรมอนามัย; 2567.
4. Gonya SM, Harper K, Michaelis I. Survival, mortality predictors, and morbidity in extremely low birth weight neonates: a retrospective cohort study at a tertiary hospital in the Eastern Cape, South Africa. Children. 2026; 13(317): 1-15.
5. สราวุธ ใฝ่ชำนาญ. การพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดเลย. ชัยภูมิเวชสาร. 2561; 38(3): 17-27.
6. สุกัญญา บุญบัวมาศ. อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัมในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566; 38(2): 307-17.

7. วรัญญา แก้วเอียน. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2563; 34(3): 63-72.
8. Aliyeva UA, Garayeva SZ, Hasanguliyeva GM, Novruzova GA. Global trends and risk factors of low birth weight. World of Medicine and Biology. 2026; 22(95): 225-31.
9. ชานินทร์ วรณันตกุล. ปัจจัยทำนายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2560; 31(3): 523-32.
10. อนุชาติ สุจิตา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564; 2(1): 175-84.
11. สมเกียรติ พุฒแสนรักษ์, โสพิศ ปุรินทรภิบาล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(3): 497-507.
12. นกุล ปุยสูงเนิน. การลดลงของความชุกอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยภายหลังการใช้แนวทางการดูแลใหม่ในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566; 38(1): 143-52.
13. กรมรี แพงดี. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลศรีสงคราม. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2563; 3(1): 28-37.
14. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนจำกัต์; 2555.
15. อุมพร สังข์ฤกษ์. การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในระยะตั้งครรภ์. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7; 2560.
16. สุกัญญา โคตรศรีวงศ์. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
17. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rtcog.or.th/files/1685345623_d8d75aab0a3f9b6bc66a.pdf
18. Albarqi MN. The impact of prenatal care on the prevention of neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis of global health interventions. Healthcare (Basel). 2025; 13(9): 1-19.
19. Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. Health literacy in pregnant women: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(7): 1-18.

20. Karim JN, Broughan JM, Aldridge N, Pandya P, McHugh A, Papageorgiou AT, et al. Impact of first-trimester ultrasound on early detection of major fetal anomalies: Nationwide population-based study of over 1 million pregnancies. PLoS Med. 2025; 22(11): e1004709.
21. Ximba SW, Baloyi OB, Ann Jarvis M. Midwives' perceived role in up referral of high-risk pregnancies in primary healthcare settings, eThekweni district, South Africa. Health SA. 2021; 26: 1546.
22. T Tanberika FS, Sansuwito TB, Hassan HC. Knowledge in enhancing antenatal care compliance and improving maternal and neonatal health outcomes. Journal of Angiotherapy. 2024; 8(12): 1-7.
23. ชญาณิศา ถนนอม, นุสรรา ธนะเหมะธูสิน, เปรมฤดี ภารสำอางค์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลเชียงใหม่. วารสารวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567; 4(3): 140-53.

ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย

เจทิกา ปานکان¹, ประจักษ์ บัวผัน², สุรัชย์ พิมพ์², วิริยา มุลพิศุจน์³
(วันที่รับบทความ: 27 เมษายน 2569; วันที่แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 16 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูลจากประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย จำนวน 136 คน ได้ข้อมูลกลับคืน จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 95.58 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน โดยใช้แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่และใช้สถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยด้านสารสนเทศ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและระดับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.70), 4.02 (S.D. = 0.65) และ 3.95 (S.D. = 0.73) ตามลำดับ โดยพบว่า ภาพรวมปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.731$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.857$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ คือ ควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงหน่วยงานผ่านระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยด้านสารสนเทศ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: pankan1997@gmail.com

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: prachak.b@kku.ac.th, suraphi@kku.ac.th

³ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: wiriya@scphkk.ac.th

Corresponding author: ประจักษ์ บัวผัน, E-mail: prachak.b@kku.ac.th

Information Factors and Community Participation Affecting Long-Term Care for the Dependent Elderly by Local Administrative Health Officers in Nong Khai Province

Jathika Pankan¹, Prachak Bouphan², Surachai Phimha², Wiriya Munphisut³

(Received: 27th April 2026; Revised: 20th May 2026; Accepted: 16th June 2026)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to examine information factors and community participation factors affecting long-term care for dependent older adults among public health officers under Local Administrative Organizations in Nong Khai Province. Data were collected from a population of 136 public health officers working under Local Administrative Organizations in Nong Khai Province, with 130 completed questionnaires returned, representing a response rate of 95.58%. Qualitative data were collected from 12 participants using in-depth interview guidelines. Data collection was conducted from November 1, 2025 to November 30, 2025. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's correlation coefficient to examine the relationship between each independent variable and the dependent variable, and stepwise multiple linear regression to analyze multivariate relationships. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the overall levels of information factors, community participation, and long-term care for dependent elderly organized by local administrative health officers were high, with means of 3.93 (S.D. = 0.70), 4.02 (S.D. = 0.65), and 3.95 (S.D. = 0.73), respectively. Overall, information factors and community participation were significantly and highly correlated with long-term care for dependent elderly organized by local administrative health officers in Nong Khai Province ($r = 0.731$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.857$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively.

Recommendation: An integrated long-term care system should be developed, connecting relevant agencies through an effective information system, and continuous referral and follow-up systems should be established, in order to enhance the quality and effectiveness of care for dependent elderly.

Keywords: Information factors, Community participation, Long-term care for dependent elderly, Local administrative organizations, Public health officers

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: pankan1997@gmail.com

² Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: prachak.b@kku.ac.th, suraphi@kku.ac.th

³ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: wiriya@scphkk.ac.th

Corresponding author: Prachak Bouphan, E-mail: prachak.b@kku.ac.th

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) เป็นกลไกสำคัญในการนำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเฉพาะด้านผู้สูงอายุมุ่งยกระดับระบบสวัสดิการทางเลือกผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีต่าง ๆ บูรณาการข้อมูลสวัสดิการเพื่อลดความซ้ำซ้อนและช่วยเหลือผู้สูงอายุยากจนแบบมุ่งเป้า เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยส่งเสริมศักยภาพระบบสาธารณสุข สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรม รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้านตนเองด้วยการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนและครอบคลุม¹ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี สำหรับประเทศไทย นโยบายการยกระดับการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมหลักสำคัญที่ต้องเร่งปฏิรูปเพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ประกอบกับปัจจุบันปัญหาความท้าทายที่ต้องเร่งแก้ไขทั้งในด้านปริมาณผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอกับความต้องการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ²

ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ได้รับการดูแลหรือเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การพยาบาลที่บ้าน ชุมชน ตลอดจนการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการโดยมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ในการดูแลกลุ่มดังกล่าวเพื่ออำนวยความสะดวกและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) การจัดประชุมพิจารณาให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ 3) ประสานการปฏิบัติงาน

ตามแผนการดูแล 4) การบริหารจัดการและกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5) ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และ 6) การจัดทำกรช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง³ พบว่าภาพรวมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.37)⁴

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านพร้อมกันทั้งด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรมในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์หลายด้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การตรวจสอบสุขภาพ การสื่อสาร และการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ 2) ด้านการใช้คอมพิวเตอร์ 3) ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป 4) ด้านการใช้อินเทอร์เน็ต 5) ด้านการใช้สารสนเทศ⁵ พบว่าภาพรวมพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ ($r = 0.830$, $p\text{-value} < 0.001$)⁶

นอกจากปัจจัยด้านสารสนเทศแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชนยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยสร้างเครือข่ายการดูแลที่แข็งแกร่งและครอบคลุม โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งสามารถเติมเต็มช่องว่างของระบบการดูแลที่หน่วยงานราชการหรือเอกชนอาจไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วม

ในการปฏิบัติงาน 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล 5) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ 6) การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ⁷ พบว่า สุนทรียสาธกด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ ($r = 0.751$, $p\text{-value} < 0.001$)⁸

จังหวัดหนองคายมีระบบบริการสุขภาพครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิถึงตติยภูมิ เชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะยังไม่เพียงพอแต่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาและธำรงรักษาบุคลากร จังหวัดหนองคายมี 9 อำเภอ 62 ตำบล โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 76 แห่ง และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 68 แห่ง รวม 144 แห่ง ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 68 แห่ง มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) 136 คน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบปัญหาสำคัญในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะเรื่องการกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากยังไม่มีมีการประเมินการทำงาน และการประสานการปฏิบัติงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดความต่อเนื่อง⁹ จากการสำรวจพบว่า ยังไม่มีการทำวิจัยในเรื่องนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเป็นโอกาสสำคัญในการศึกษาวิจัย จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมและพัฒนาด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนนำไปแก้ปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย
2. ระดับปัจจัยด้านสารสนเทศ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย
3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดหนองคาย จำนวน 136 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการศึกษา แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์¹⁰ ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ซึ่งมีค่า $R^2_{Y A, B}$ เท่ากับ 0.706 จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 89 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง พบว่า n มีจำนวนเท่ากับ 89 คน กรณีตอบแบบสอบถามพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย มีจำนวน 136 คน เพื่อลดปัญหาในการส่งแบบสอบถามซ้ำ ซึ่งอาจเป็น

การรวบรวมผู้ตอบแบบสอบถาม หรือการปฏิเสธ ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจึงศึกษาประชากรทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอและเกิดความน่าเชื่อถือ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติอ้างอิงเพื่ออธิบายไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในประชากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดหนองคาย จำนวน 136 คน

กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth interview group) เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกได้ ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีขนาดตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 12 ตัวอย่าง เพื่อให้ถึงความอิ่มตัวของข้อมูล โดยพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลและสามารถให้ข้อมูลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย โดยแบ่งตามวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ให้ข้อมูลได้ดีที่สุด (Key informant) ทั้งหมด 3 โซน หัวหน้าผู้รับผิดชอบงาน โซนละ 2 คน และผู้ปฏิบัติงานอีก 6 คน รวมทั้งหมด 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ ชุดที่ 1 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล 8 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสารสนเทศ 25 ข้อ ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 30 ข้อ ส่วนที่ 4 คำถามแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 30 ข้อ ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย ชุดที่ 2 แนวทาง

ในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยด้านสารสนเทศ 1 ข้อ ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 1 ข้อ ส่วนที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข้อ ส่วนที่ 4 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ 1 ข้อ

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยด้านสารสนเทศ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน¹¹ ดังนี้ ระดับมากที่สุด = 5, ระดับมาก = 4, ระดับปานกลาง = 3, ระดับน้อย = 2, ระดับน้อยที่สุด = 1 โดยการแปลผลคะแนนระดับจะนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย¹¹ ดังนี้

ระดับมากที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00
ระดับมาก หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49
ระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49
ระดับน้อย หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49
ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson et al.¹² มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้

มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ หมายถึง $r = \pm 1$
มีความสัมพันธ์สูง หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์ปานกลาง หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์ต่ำ หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30
ไม่มีความสัมพันธ์ หมายถึง $r = 0$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน จากการทดลองใช้พบว่า ค่า Cronbach's alpha coefficients แบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 - 30 พฤศจิกายน 2568 โดยนำส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับท้องถิ่นจังหวัดหนองคาย และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ แบบใส่ซองปิดผนึกเจ้าหน้าที่ของ

ถึงอาสาสมัครโดยตรงตามที่อยู่หน่วยงาน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย พร้อมทั้งแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยซึ่งอาสาสมัครมีเวลาเพียงพอที่จะอ่านรายละเอียดทำความเข้าใจและตัดสินใจ และส่งกลับคืนเมื่อครบกำหนดตามระยะเวลา

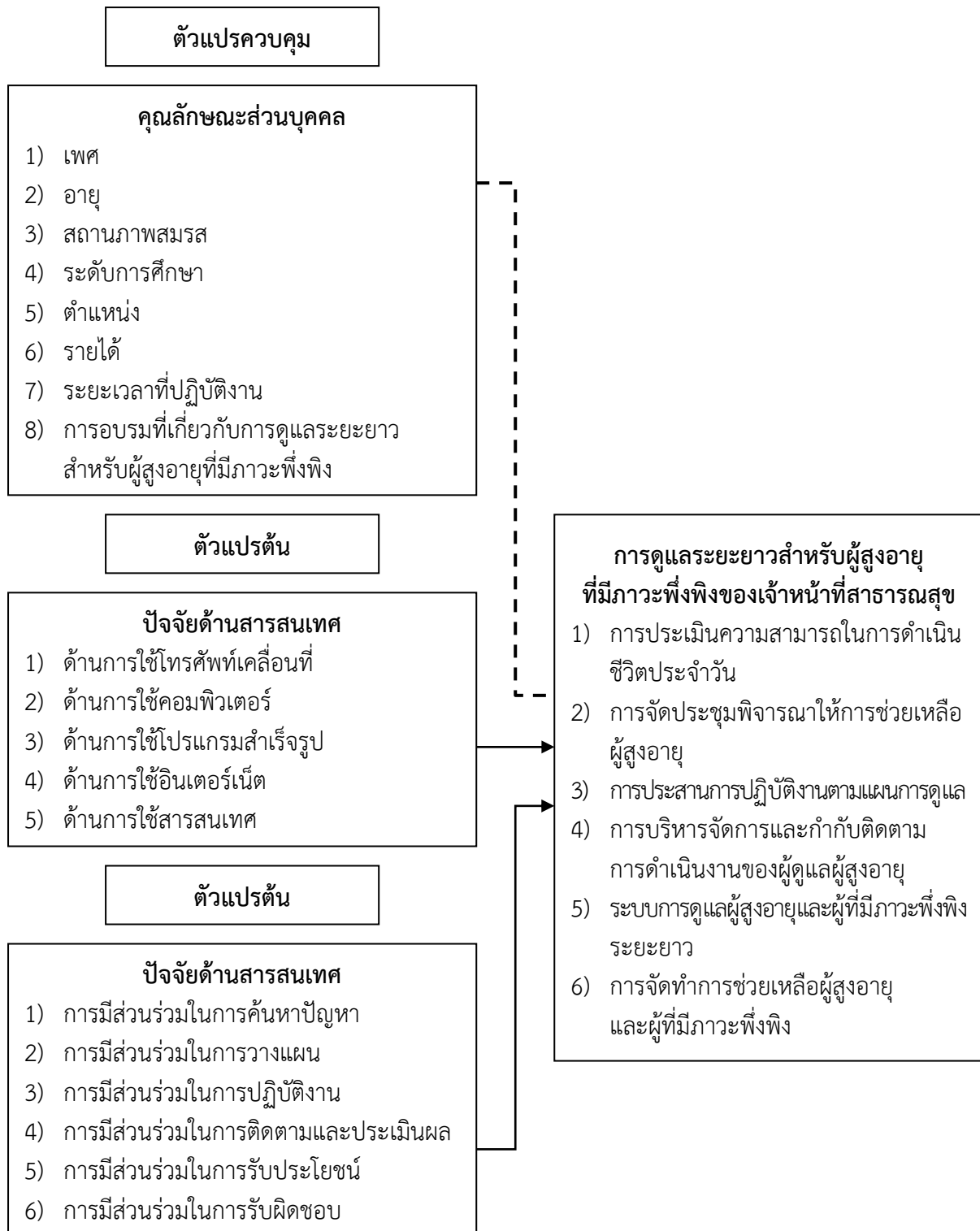
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2568 ลำดับที่ 3.4.04 : 35/2568 เลขที่ HE682158

กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 90 คน ร้อยละ 69.2 มีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 49 คน ร้อยละ 37.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.07 ปี (S.D. = 7.66) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 56 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะสมรส จำนวน 72 คน ร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 107 คน ร้อยละ 82.3 ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุข จำนวน 56 คน ร้อยละ 43.1 มีรายได้ ต่อเดือน 10,001 บาท-20,000 บาท จำนวน 58 คน ร้อยละ 44.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,406.96 บาท (S.D. = 9,356.66) รายได้ต่ำสุด 12,600 บาท รายได้สูงสุด 50,740 บาท มีระยะเวลาในการ ปฏิบัติงานใน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 90 คน ร้อยละ 69.2 มีค่ามัธยฐาน 6.50 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 30 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล ระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 98 คน ร้อยละ 75.4 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม 1 ครั้ง จำนวน 69 คน ร้อยละ 53.1 จำนวนครั้งที่เคยรับ การอบรมน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งที่เคยรับ การอบรมมากที่สุด 2 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยด้านสารสนเทศกับการดูแล ระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย พบว่า ภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณารายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การใช้ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.79) รองลงมาคือ การใช้อินเทอร์เน็ต ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D. = 0.81) ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D. = 0.74) และด้านการใช้ คอมพิวเตอร์ ค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.77) ตามลำดับ

3. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการดูแล ระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย พบว่า ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D. = 0.66) และเมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D. = 0.73) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วม ในการรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D. = 0.72) ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D. = 0.78) และ ด้านการมีส่วนร่วม ในการรับประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D. = 0.72)

4. ระดับการดูแลระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.73) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการจัดทำการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.80) รองลงมา คือ ด้านระบบการดูแล ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.81) ด้านการประเมินความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ค่าเฉลี่ย 3.65 (S.D. = 0.93) รองลงมาคือ ด้านการจัดประชุมพิจารณาให้ การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.85)

5. ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วม ของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะเวลา สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย พบว่า ภาพรวมปัจจัยด้าน สารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการดูแลระยะเวลา สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.731$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.857$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย (n = 130)

ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชน	การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านสารสนเทศ	0.731***	<0.001	สูง
1. ด้านการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่	0.558***	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านการใช้คอมพิวเตอร์	0.640***	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป	0.702***	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการใช้อินเทอร์เน็ต	0.710***	<0.001	สูง
5. ด้านการใช้สารสนเทศ	0.655***	<0.001	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.857***	<0.001	สูง
1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	0.653***	<0.001	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน	0.770***	<0.001	สูง
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	0.792***	<0.001	สูง
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	0.778***	<0.001	สูง
5. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	0.777***	<0.001	สูง
6. การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ	0.823***	<0.001	สูง

6. ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้า

ในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ($R^2 = 0.677$, p-value <0.001) ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ($R^2 = 0.745$, p-value <0.001) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($R^2 = 0.765$, p-value = 0.001) และ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ($R^2 = 0.776$, p-value = 0.012) จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 76.9 ($R^2 = 0.769$, p-value <0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย (n = 89)

ตัวแปร	B	95%CI	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ	0.375	0.21-0.55	0.371	4.383	<0.001	0.823	0.677	0.675	-
2. ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป	0.215	0.09-0.34	0.218	3.499	<0.001	0.863	0.745	0.741	0.067
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	0.193	0.06-0.33	0.207	2.773	0.001	0.874	0.765	0.759	0.020
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	0.204	0.05-0.36	0.203	2.549	0.012	0.881	0.776	0.769	0.012

ค่าคงที่ 0.350 , F = 108.380, p-value <0.001, R = 0.881, R² = 0.776, R²adj = 0.769

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย จากแบบสอบถามทั้งหมด 130 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ทั้งหมด 53 ฉบับ (38.98%) โดยปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะรายตัวแปร พบว่า ปัจจัยด้านสารสนเทศ มากที่สุด คือ ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (45.29%) ส่วนการมีส่วนร่วมในชุมชน มากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล(75.48%) และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มากที่สุด คือ การกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (73.59%)

8. ข้อมูลจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ปัจจัยด้านสารสนเทศ ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป พบว่า การใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและระบบสารสนเทศในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรบางส่วนขาดความรู้และทักษะในการใช้งาน มีการโยกย้ายในสายงานบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่อง

โปรแกรมสำเร็จรูปแต่ละหน่วยงานใช้ไม่เหมือนกัน ทำให้เกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูล การอัปเดตโปรแกรมไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของกฎหมายและระเบียบ ขาดนโยบายการบริหารจัดการที่ชัดเจน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การทำงานล่าช้า ขาดประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ รวมถึงจัดทำคู่มือการใช้งานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดปัญหาการขาดความรู้และความต่อเนื่องจากการโยกย้ายตำแหน่งหน้าที่ ควรมีการบูรณาการหรือพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรค พบว่า คนในชุมชนขาดความเข้าใจในบทบาทของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ทราบช่องทางการเข้ามามีส่วนร่วม การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ทั่วถึง ทำให้ประชาชนไม่รับรู้ข้อมูลโครงการ

หรือกิจกรรม ทำให้ไม่ทราบว่าการมีส่วนร่วมนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ผู้นำชุมชนหรือกลุ่มองค์กรภาคประชาชนมีความเข้มแข็งไม่เท่ากันบางพื้นที่ขาดผู้นำที่มีศักยภาพในการประสานงานชาวบ้าน ส่งผลให้การมีส่วนร่วมเป็นเพียงการปฏิบัติตามขั้นตอนเท่านั้น ไม่ได้สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนที่ยั่งยืน ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรปรับปรุงระบบการประชาสัมพันธ์ให้มีความทั่วถึงและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารโครงการ กิจกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเสริมสร้างศักยภาพผู้นำชุมชนและองค์กรภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็งในการประสานงานและขับเคลื่อนกิจกรรม การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินงาน ไปจนถึงการติดตามประเมินผล จะช่วยยกระดับการมีส่วนร่วมจากการปฏิบัติตามขั้นตอน ไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรค พบว่าทรัพยากรด้านงบประมาณมีจำกัดไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น ระบบข้อมูลผู้สูงอายุไม่เป็นปัจจุบันทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย ชุมชนบางแห่งขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างถูกต้อง การบริหารจัดการ พบว่าการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมยังไม่ราบรื่นทำให้บริการไม่ต่อเนื่อง ขาดกลไกการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่ทราบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอว่า เพื่อให้การวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรมีความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นฐานในการวิเคราะห์ความต้องการและกำหนดลำดับความสำคัญของการให้บริการ ควบคู่กับการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส รวมทั้งส่งเสริมการระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและลดข้อจำกัดด้านงบประมาณ

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย ได้แก่

การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ชุมชนที่มีความรับผิดชอบร่วมกันจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน ไม่พึ่งพาเพียงครอบครัวเดียวหรือหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ทำให้เกิดระบบพึ่งพาที่มั่นคงอย่างต่อเนื่อง และควรปรับปรุงอย่างไรต่อไป⁷ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ มีส่วนร่วมในการพยากรณ์ และมีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹³⁻¹⁵ อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยข้อจำกัดและความแตกต่างของบริบทพื้นที่ที่อาจได้รับการสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ แต่ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ไม่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁶⁻¹⁸

ปัจจัยด้านสารสนเทศ ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เนื่องจาก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถือเป็นด้านที่ช่วยให้การทำงานมีความเป็นมืออาชีพมากขึ้น โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปช่วยให้สามารถจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบครบถ้วน ทำให้ง่ายต่อการค้นหาและเรียกใช้ข้อมูลเมื่อต้องการลดข้อผิดพลาดจากการบันทึกด้วยมือหรือการจดจำ และยังช่วยให้การประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ⁵ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านสารสนเทศ ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{6,19,20} อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แต่ยังพบข้อจำกัดของบุคลากรสาธารณสุขด้านการใช้งานคอมพิวเตอร์ และข้อจำกัดในการนำข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นมาวิเคราะห์ และส่งออกข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในโปรแกรมสำเร็จรูปปัญหาสุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านสารสนเทศ ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ไม่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข²¹⁻²³

การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล เนื่องจากมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชุมชนเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด และสามารถสังเกตการณ์การเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การติดตามเป็นไปอย่างทันทั่วทั้งการมีส่วนร่วมในการประเมินผลจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนเอง สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น⁷

ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{8,13,15} อย่างไรก็ตามความแตกต่างของบริบททางสังคมในพื้นที่ รวมถึงการบริหารจัดการของผู้บริหาร อาจส่งผลให้การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลมีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ไม่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{16,24,25}

การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ เป็นการที่สมาชิกในชุมชนได้รับผลตอบแทนหรือประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การได้รับการยอมรับและเกียรติจากชุมชนในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือ การสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน ในการตัดสินใจที่ส่งผลต่อชุมชนของตนเอง รวมถึงความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนช่วยเหลือสังคมยิ่งขึ้น⁷ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{13,15,17} อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยเนื่องด้วยบริบทของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านทรัพยากร สภาพสังคม วัฒนธรรม และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ของชุมชนแตกต่างกันไป ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ไม่มีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{16,18,25}

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองคาย คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ปัจจัยด้านสารสนเทศ ด้านการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ สามารถร่วมกันในการพยากรณ์ และมีผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 77.6 ($R^2 = 0.776$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งหากตัวแปรทั้ง 4 ได้รับการพัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะช่วยยกระดับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนมีประสิทธิภาพในระดับพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายให้ชัดเจน เพื่อให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพัฒนาระบบระบบสารสนเทศด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งเสริมการใช้โปรแกรมมาตรฐานเดียวกัน และเสริมสร้างทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูล

1.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสร้างแรงจูงใจและความตระหนักแก่ประชาชนและชุมชนถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึง และการเสริมสร้างศักยภาพผู้นำชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน

1.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการ รับประโยชน์โดยกำหนดแนวทางในการให้รางวัลในการดำเนินงานไว้วางหน้าอย่างมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีแนวทางในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดหนองคาย ทุกท่าน ที่ให้โอกาสและมีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2562.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. ผู้จัดการผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. ปรียาพร สุธรรม, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุภารัตน์ ทัพโพธิ์. การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2568; 25(1): 144-57.

5. Wosu EN. Information systems/technology skills needs for small versus large accounting firms in western pennsylvania [Master's thesis]. New Orleans: University of New Orleans; 2008.
6. วัชรพงษ์ วัชรินทร์, นิธิพนธ์ แสนด้วง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรม การใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุน การจัดการบริการด้านสุขภาพของบุคลากร สาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่. วารสาร สาธารณสุขแพร่เพื่อพัฒนา. 2567; 4(2): 71-83.
7. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหาร สาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
8. สุระศักดิ์ แก้วชมภู, สุรัชย์ พินา, นพรัตน์ เสนาฮาด, นครินทร์ ประสิทธิ์. สุนทรียสาธกและการสื่อสารที่มีผลต่อ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ในชุมชนของประชาชนในเขตอำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ บัณฑิตศึกษา). 2567; 24(2): 119-29.
9. สำนักงานกรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดหนองคาย. สรุปข้อมูลพื้นฐาน 2568. หนองคาย: สำนักงานกรมส่งเสริมปกครอง ส่วนท้องถิ่นจังหวัดหนองคาย; 2568.
10. สิริพรรณ บุญทิ, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด. แรงจูงใจและปัจจัย แห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 198-210.
11. สำเริง จันทสุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
12. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
13. ปุณณดา มูลศรี, นพรัตน์ เสนาฮาด, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พินา. ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วม ในงานสุขาภิบาลอาหารที่มีผลต่อ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566; 16(2): 188-201.
14. พิรญา วันนา, นพรัตน์ เสนาฮาด. ปัจจัย ที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2568; 45(1): 1-14.
15. ญัฐพร นิจธรรมสกุล, ประจักษ์ บัวผัน, นครินทร์ ประสิทธิ์. สุนทรียทักษะภาวะ ผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อ การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2567; 24(4): 133-47.
16. พงศธร โตสังวาล, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัย ทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566; 29(3): 37-55.

17. สิริพร จงมีศิลป์, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมพ์า, นพรัตน์ เสนาหา, สุพัฒน์ กองศรีมา, พิทยา ธรรมวงศา, และคณะ. ปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566; 17(3): 994-1010.
18. ธัญชนก รัตนสิมากร, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธ์ จุฑะรสก, นฤพรรัตน์ พรหมมาวัย. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารทันตภิบาล. 2565; 33(2): 111-28.
19. เอื้องพร พัทธสังข์, เจียมรัตน์ โพธิ์เย็น, จันทนา นามเทพ, ราตรี ฉิมฉลอง, ธนวัฒน์ ปัญญาวงศ์, โอภาส เอี่ยมสิริวงศ์. การวิเคราะห์และออกแบบระบบ. กรุงเทพฯ: ยูเอ็ดดูเคชั่น; 2555.
20. พิรภัทร ไตรคุ้มตัน, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HOSxP_PUC) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561; 25(2): 90-102.
21. ยุวรีย์รุ่ง ฤทัยวัฒน์, ประจักษ์ บัวผัน, นครินทร์ ประสิทธิ์. บรรยาการองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อกระบวนการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2568; 25(1): 105-18.
22. นัฐชัย คุปติปัทมกุล, นครินทร์ ประสิทธิ์, พิทยา ธรรมวงศา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(6): 51-9.
23. ศุภรัตน์ ชินวัฒน์โสภณ, วิดาใจ แก้ว, จิรวุฒิ คงคา, ณัฐกร นิลเนตร, พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567; 9(1): 63-70.
24. นุสรา อุดรนคร, ประจักษ์ บัวผัน, นครินทร์ ประสิทธิ์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2567; 4(2): 72-89.
25. อภิญญา ปึงมา, ประจักษ์ บัวผัน. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2567; 31(1): 134-48.

อัตรารอดชีพจากการบาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น

ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2567: การศึกษาแบบย้อนหลังไปข้างหน้า

ขจิตศักดิ์ แก้วศรีนวม¹, สุพจน์ คำสะอาด², กชกร ทิพย์สันเทียะ³, อภิรดี แซ่ลิ้ม⁴,
กชมนนกร จำปาเงิน⁵, Haris Khurram⁶, ธวัชชัย อิมพูล⁷, ณัฐธิรา แดงพรวน⁸

(วันที่รับบทความ: 30 เมษายน 2569; วันที่แก้ไข: 25 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 23 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติเหตุจราจรทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 โรงพยาบาลขอนแก่นในฐานะโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ จึงศึกษาอัตรารอดชีพของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน เพื่อประเมินประสิทธิภาพและเป็นข้อมูลในการพัฒนา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตรารอดชีพผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2567 และเพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป อาการทางคลินิกของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบ Retrospective cohort study (การศึกษาแบบย้อนหลังไปข้างหน้า) ใช้ข้อมูลผู้ป่วยในจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) (รหัส ICD 10 V01-V89) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ติดตามสถานะถึงวันที่ 31 มกราคม 2568 วิเคราะห์การรอดชีพด้วยวิธี Kaplan-Meier สำหรับการคำนวณอัตราตาย นำเสนอในหน่วยต่อ 1,000 คน-วัน และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้การแจกแจงแบบปัวซอง (Poisson-based 95% confidence interval)

ผลการศึกษา: จากผู้บาดเจ็บ 6,849 ราย รวมระยะเวลาติดตาม 53,281 คน-วัน เสียชีวิต 538 ราย อัตราตาย 10.10 ต่อ 1000 คน-วัน (95% CI: 9.30-11.00) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.35 อายุเฉลี่ย 39.11 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 18.87 ปี) ใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 85.57 และมีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ/คอมมากที่สุด ร้อยละ 71.10 ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกตัว GCS 13-15 ร้อยละ 78.16 และกว่าครึ่งมีความรุนแรงของการบาดเจ็บรุนแรง (ISS 16-75) ร้อยละ 50.39 อัตรารอดชีพในระยะเวลา 1, 15 และ 30 วัน ร้อยละ 96.04 (95% CI: 95.55-96.48), ร้อยละ 89.09 (95% CI: 87.94-90.14) และ ร้อยละ 82.00 (95% CI: 79.62-84.13) ตามลำดับ โดยการรอดชีพลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 30 วันแรก

สรุป: ผู้บาดเจ็บมีอัตรารอดชีพสูงเมื่อเทียบกับระดับเขตสุขภาพ เนื่องจากทำการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เป็นศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระดับ 1 การศึกษารังต่อไปควรวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพ

คำสำคัญ: อุบัติเหตุจราจรทางถนน, การวิเคราะห์การรอดชีพ, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Khajitsak.k@kku.ac.th

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: supot@kku.ac.th

³ อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: kodchakorn@nu.ac.th

⁴ รองศาสตราจารย์, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, E-mail: apiradee.s@psu.ac.th

⁵ อาจารย์, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: kodchamonnakorn.c@gmail.com

⁶ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, National University of Computer and Emerging Sciences, E-mail: haris.khurram@nu.edu.pk

⁷ นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น, E-mail: tawatchaiimpool@gmail.com

⁸ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ, โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น, E-mail: natthira.kkh@gmail.com
Corresponding author: สุพจน์ คำสะอาด, E-mail: supot@kku.ac.th

Survival Rate of Patients with Road Traffic Injuries at Khon Kaen Hospital Between 2019 and 2024: A Retrospective Cohort Study

Khajitsak Kaewsrinoum¹, Supot Kamsa-ard², Kodchakorn Thipsanthiah³, Apiradee Lim⁴,
Kodchamonakorn Champangoen⁵, Haris Khurram⁶, Tawatchai Impool⁷, Natthira Daengpruan⁸

(Received: 30th April 2026; Revised: 25th May 2026; Accepted: 23rd June 2026)

Abstract

Background: Road traffic injuries (RTIs) are a significant public health problem in Thailand, particularly in Health Region 7. As a tertiary care center, Khon Kaen Hospital conducted this study to evaluate the survival rate of RTI patients, in order to assess effectiveness of care and provide data for future improvement.

Objectives: To determine the survival rate and to describe the general characteristics and clinical presentation of road traffic injury patients admitted to Khon Kaen Hospital between 2019 and 2024.

Methods: This retrospective cohort study used inpatient data from the Injury Surveillance (IS) system (ICD-10 codes V01-V89) collected between January 1, 2019 and December 31, 2024, with survival status followed until January 31, 2025. Survival was analyzed using the Kaplan-Meier method. The mortality rate was reported per 1,000 person-days, and its 95% confidence interval was calculated using a Poisson distribution

Results: Among 6,849 injured patients, with a total follow-up of 53,281 person-days, 538 deaths occurred, giving a mortality rate of 10.10 per 1000 person-days (95% CI: 9.30-11.00). Most patients were male (74.35%), with a mean age of 39.11 years (SD = 18.87 years). Motorcycles were involved in 85.57% of cases, and head/neck injury was the most common injury site (71.10%). Most patients had a Glasgow Coma Scale (GCS) of 13-15 (78.16%), and just over half had severe injuries (ISS 16-75, 50.39%). Survival rates at 1, 15, and 30 days were 96.04% (95% CI: 95.55-96.48), 89.09% (95% CI: 87.94-90.14), and 82.00% (95% CI: 79.62-84.13), respectively, showing a continuous decline in survival during the first 30 days.

Conclusions: Survival rates were high compared to the regional (health-region) level, reflecting the hospital's status as a tertiary-care center and a Level 1 Excellence Center in Trauma and Emergency care. Future studies should analyze factors associated with patient survival.

Keywords: Road traffic injury, Survival analysis, Emergency medical service

¹ Student, Master of Public Health, Epidemiology Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University,
E-mail: Khajitsak.k@kku.ac.th

² Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: supot@kku.ac.th

³ Lecturer, Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail: kodchakorn@nu.ac.th

⁴ Assoc. Prof., Faculty of Science and Technology, Prince of Songkla University, E-mail: apiradee.s@psu.ac.th

⁵ Lecturer, Public Health Program, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University,
E-mail: kodchamonnakorn.c@gmail.com

⁶ Asst. Prof., National University of Computer and Emerging Sciences, E-mail: haris.khurram@nu.edu.pk

⁷ Medical Physician Professional, Khon Kaen Hospital, Mueang District, Khon Kaen Province, E-mail: tawatchaiimpool@gmail.com

⁸ Computer Technical Officer Practitioner, Khon Kaen Hospital, Mueang District, Khon Kaen Province, E-mail: natthira.kkh@gmail.com

Corresponding author: Supot Kamsa-ard, E-mail: supot@kku.ac.th

บทนำ

อุบัติเหตุจราจร (Road traffic injury) ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ การสูญเสียเหล่านี้เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงผู้ที่เสียชีวิตหรือพิการจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุทางถนนทำให้ประเทศส่วนใหญ่สูญเสียประมาณร้อยละ 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 1.19 ล้านคน ร้อยละ 92 ของการเสียชีวิตบนท้องถนนทั่วโลกเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเกินครึ่งคือกลุ่มเปราะบาง รวมถึงคนเดินถนน นักปั่นจักรยานและผู้ขับขี่จักรยานยนต์¹

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่สร้างความสูญเสียและคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งยังคงทรงตัวไม่ลดลงและจำนวนยานพาหนะและการสัญจรเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี การดำเนินการในระดับพื้นที่ยังมีน้อย ประชาชนและชุมชนยังไม่ตระหนัก เช่น ด้านบุคคล การสวมหมวกนิรภัยที่ยังน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ด้านการบังคับใช้กฎหมาย มีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี ยังมีความจำเป็นในการแก้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การใช้กล้องวงจรปิด (CCTV) สำหรับตรวจจับการฝ่าสัญญาณไฟจราจร ความเร็วของการขับขี่ และการไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น ซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการแก้กฎหมายที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การจัดการปัญหาในระดับอำเภอถือว่าเหมาะสมในการดำเนินการงานที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชนและท้องถิ่น²

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ซึ่งครอบคลุมจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม

ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ เป็นเขตพื้นที่ที่มีการใช้รถใช้ถนนเดินทางสัญจรเป็นจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงปี 2566-2567 พบจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บสะสมจำนวน 145,764 คน หรือเฉลี่ย 200 คนต่อวัน เสียชีวิตจำนวน 2,164 คน หรือเฉลี่ย 3 คนต่อวัน เมื่อพิจารณาประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดได้แก่ รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 89.9) รองลงมา รถยนต์ (ร้อยละ 4.6) และรถจักรยาน (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้บาดเจ็บได้แก่ ไม่สวมหมวกนิรภัย (ร้อยละ 83.8) ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (ร้อยละ 59.8) และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 17.6)³

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ในเขตสุขภาพที่ 7 และยังเป็นศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและส่งเสริมความปลอดภัย มีศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด เป็นหน่วยงานดำเนินการ มีการจัดตั้งระบบสารสนเทศ ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance: IS) เป็นแห่งแรกของประเทศไทย และยังคงพบว่ามีการจัดทำระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance: IS) โรงพยาบาลขอนแก่นยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรในระยะที่พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บจาก IS Online สู่ระบบ PHER Plus

ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงศึกษาอัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2562-2567 และเพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปและอาการทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพ ทั้งนี้เพื่อเติมช่องว่างทางวิชาการของโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และเพื่อสนับสนุนนโยบายหรือมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัดและภูมิภาค อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาวต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study (การศึกษาแบบย้อนหลังไปข้างหน้า) ในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางถนนและลงทะเลเข้านำเข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยใน ข้อมูลจากฐาน Injury surveillance database (IS) และการวินิจฉัยจากแพทย์โดยการให้ ICD-10 รหัสโรค V01-V89 ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 และติดตามผู้ป่วยทุกรายจนกระทั่งทราบสถานะสุดท้ายการมีชีวิตถึงวันที่ 31 มกราคม 2568 จำนวน 6,849 ราย

ตัวแปรและการวัดตัวแปร ดังนี้ ตัวแปรหลัก (Outcome variable) คือ ระยะปลอดเหตุการณ์ (Time to event หรือ Survival time) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนนได้เข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยใน ถือเป็นวันเริ่มต้นในการศึกษา (Begin date) จนถึงวันที่ผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนนเสียชีวิต (Event) และข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Censored) หมายถึง ผู้บาดเจ็บย้ายสถานพยาบาล (Refer out/Back) ขาดการติดตามการรักษา (Lost to follow up) ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากการบาดเจ็บจากทางจราจรทางถนน (Death from other causes) ในช่วงที่ทำการศึกษา หรือ ผู้บาดเจ็บที่ยังมีชีวิตเมื่อสิ้นสุดการศึกษา (End of study) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

โดยข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงนำเสนอ ความถี่และร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ โดยโค้งการปลอดเหตุการณ์ วิธี Kaplan-Meier นำเสนอระยะเวลารอดชีพผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนนหลังเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น ในระยะเวลาต่าง ๆ และช่วงเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE682270 ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2568 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการ KEXP69005 ณ วันที่ 27 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน

1.1 ลักษณะทางประชากร ผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน จำนวน 6,849 คน เสียชีวิต 538 คน คิดเป็นอัตราตาย 10.10 ต่อ 1000 คน-วัน (95% CI: 9.30-11.00) ส่วนใหญ่พบเป็นเพศชาย ร้อยละ 74.35 อายุเฉลี่ย 39.11 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 18.87 ปี) โดยพบผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 21-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.82 ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 85.94 ผู้ใช้รถประเภทรถยนต์ส่วนใหญ่ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 66.67 และผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.88 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2562-2567

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5,092	74.35
หญิง	1,757	25.65

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
1-20 ปี	1,387	20.25
21-40 ปี	2,316	33.82
41-60 ปี	2,039	29.77
61 ปีขึ้นไป	1,107	16.16
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	39.11 ปี (18.87 ปี)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด,สูงสุด)	38 ปี (1 : 89 ปี)	
การสวมหมวกนิรภัย (n = 5,121)		
ไม่สวม	4,401	85.94
สวม	720	14.06
การรัดเข็มขัดนิรภัย (n = 495)		
ไม่ใช้	330	66.67
ใช้	165	33.33
การดื่มแอลกอฮอล์ (n = 5,701)		
ไม่ดื่ม	3,870	67.88
ดื่ม	1,831	32.12

หมายเหตุ: ส่วนต่างคือข้อมูลสูญหาย/ไม่ระบุ สวมหมวกนิรภัย จำนวน 740, รัดเข็มขัดนิรภัย จำนวน 68

1.2. ลักษณะของการบาดเจ็บและอาการทางคลินิก ลักษณะของการบาดเจ็บและข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางคลินิก ลักษณะของผู้บาดเจ็บพบว่า ส่วนมากเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 84.23 รองลงมาเป็นผู้โดยสาร ร้อยละ 12.99 พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุพบว่าส่วนมากเป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 85.57 รองลงมาเป็นรถยนต์/รถบรรทุก 4 ล้อ ร้อยละ 8.22 สาเหตุของการบาดเจ็บ พบว่า พาหนะลื่นล้มคว่ำมากที่สุด ร้อยละ 41.19 รองลงมาเป็นถูกชน/ชนกับรถ 4 ล้อ ร้อยละ 27.14 ตำแหน่งของการบาดเจ็บพบว่า มีการบาดเจ็บศีรษะและคอมากที่สุด ร้อยละ

71.10 รองลงมาเป็นการบาดเจ็บผิวหนังและพื้นผิวภายนอกร่างกาย ร้อยละ 11.07 ระดับความรู้สึกตัวส่วนใหญ่พบว่า มีค่า Glasgow coma score 13-15 ร้อยละ 78.16 รองลงมา มีค่า Glasgow coma score 3-8 ร้อยละ 14.98 คะแนนเฉลี่ย 13.23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.50 คะแนน) และค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury severity score: ISS) พบว่า มีความรุนแรงมาก (ISS 16-75) ร้อยละ 50.39 คะแนนเฉลี่ย 15.70 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.04 คะแนน) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ลักษณะของการบาดเจ็บและอาการทางคลินิก ผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2562-2567

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของผู้ใช้รถใช้ถนน (n = 6,843)		
คนเดินเท้า	190	2.78
ผู้ขับขี่	5,764	84.23
ผู้โดยสาร	889	12.99

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พาหนะของผู้บาดเจ็บ (n = 6,849)		
รถจักรยาน	184	2.69
รถจักรยานยนต์	5,861	85.57
รถยนต์/บรรทุก 4 ล้อ	563	8.22
รถโดยสาร/รถบรรทุกหนัก 6 ล้อขึ้นไป	52	0.76
คนเดินเท้า	189	2.76
สาเหตุของการบาดเจ็บ(n = 6,849)		
พาหนะลื่นล้ม คว่ำ ตก จม	2,821	41.19
ชนกับคน สัตว์ วัตถุสิ่งของ สิ่งก่อสร้าง	738	10.78
ถูกชน/ชนกับรถ 2 ล้อ	1,098	16.03
ถูกชน/ชนกับรถ 4 ล้อ	1,859	27.14
ถูกชน/ชนกับรถมากกว่า 4 ล้อ	333	4.86
ตำแหน่งของการบาดเจ็บ (Body Region) (n = 6,741)		
การบาดเจ็บศีรษะและคอ	4,793	71.10
การบาดเจ็บบริเวณใบหน้า	119	1.77
การบาดเจ็บทรวงอก	206	3.06
การบาดเจ็บช่องท้องและอวัยวะกระดูกเชิงกราน	290	4.30
การบาดเจ็บแขนขาและโครงสร้างกระดูกเชิงกราน	587	8.71
การบาดเจ็บผิวหนังและพื้นผิวหนังนอกร่างกาย	746	11.07
Systolic blood pressure (n = 6,849)		
Systolic blood pressure ≥ 90 mmHg	6,523	95.24
Systolic blood pressure < 90 mmHg	326	4.76
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	131 mmHg (29.62)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด,สูงสุด)	130 mmHg (0 : 282)	
Diastolic blood pressure (n = 6,849)		
Diastolic blood pressure ≥ 60 mmHg	6,163	89.98
Diastolic blood pressure < 60 mmHg	686	10.02
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	80 mmHg (19.05)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด, สูงสุด)	79 mmHg (0 : 186)	
อัตราการเต้นของหัวใจ (Pulse rate) (n = 6,849)		
PR 60-120 bpm	6,061	88.49
PR < 60 bpm และ PR > 120 bpm	788	11.51
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	92 ครั้ง/นาที (21.27)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด,สูงสุด)	90 ครั้ง/นาที (0 : 200)	
อัตราการหายใจ (Respiratory rate) (n = 6,849)		
RR 10-29 bpm	5,626	82.14
RR ≤ 9 bpm และ RR ≥ 30 bpm	1,223	17.86

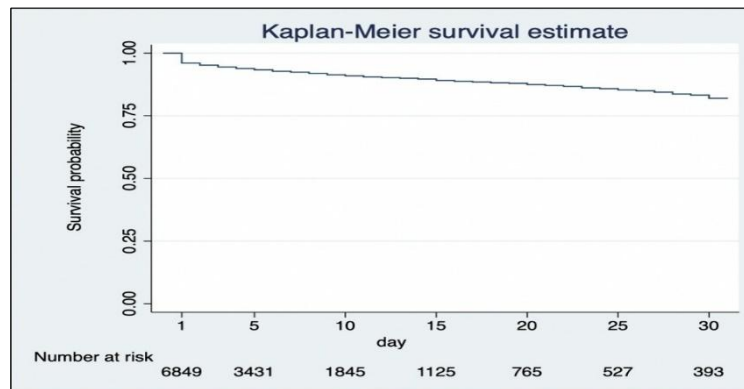
ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	17 ครั้ง/นาทีก (7.83)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด,สูงสุด)	20 ครั้ง/นาทีก (0 : 56)	
ระดับความรู้สึกตัว (GCS)		
รุนแรงน้อย (GCS 13-15)	5,353	78.16
รุนแรงปานกลาง (GCS 9-12)	470	6.86
รุนแรงมาก (GCS 3-8)	1,026	14.98
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.23 (3.50)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	15 (3 : 15)	
ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS) (n = 6,849)		
รุนแรงน้อย (ISS ≤ 15)	3,398	49.61
รุนแรงมาก (ISS 16-75)	3,451	50.39
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15.70 (7.04)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	16 (1 : 75)	

1.3. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ระดับพื้นฐาน (BLS) ร้อยละ 53.14 และผู้บาดเจ็บที่ถูกส่งนำส่งด้วยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ระดับสูง (ALS) ร้อยละ 21.07 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2562-2567

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 2,307)		
นำส่งด้วยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ระดับสูง (ALS)	486	21.07
นำส่งด้วยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ระดับพื้นฐาน (BLS)	1,226	53.14
นำส่งด้วยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ระดับเบื้องต้น (FR)	595	25.79

2. การรอดชีพของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น
อัตราการรอดชีพของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 6,849 คน ในระยะเวลาติดตาม 53,281 คน-วันเสียชีวิตทั้งหมด 538 คน คิดเป็นอัตราตาย 10.10 ต่อ 1000 คน-วัน (95% CI: 9.30-11.00) อัตรารอดชีพผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลา 1, 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 วัน ร้อยละ 96.04 (95% CI: 95.55-96.48), ร้อยละ 93.36 (95% CI: 92.68-93.97), ร้อยละ 90.95 (95% CI: 90.04-91.78), ร้อยละ 89.09 (95% CI: 87.94-90.14), ร้อยละ 87.51 (95% CI: 86.11-88.77), ร้อยละ 85.35 (95% CI: 83.57-86.95) และ ร้อยละ 82.00 (95% CI: 79.62-84.13) ตามลำดับ (ดังภาพที่ 1 และดังตารางที่ 4)



ภาพที่ 1 ไค้การปลอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562-2567

ตารางที่ 4 อัตรารอดชีพของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2562-2567

ระยะเวลา (วัน)	อัตราการรอดชีพ (ร้อยละ)	ช่วงเชื่อมั่น 95%
1	96.04	95.55-96.48
5	93.36	92.68-93.97
10	90.95	90.04-91.78
15	89.09	87.94-90.14
20	87.51	86.11-88.77
25	85.35	83.57-86.95
30	82.00	79.62-84.13

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบผู้บาดเจ็บที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 6,849 คน ในระยะเวลาดูตาม 53,281 คน-วัน เสียชีวิต 538 คน คิดเป็น อัตราตาย 10.10 ต่อ 1000 คน-วัน (95% CI: 9.30-11.00) มีอัตราการรอดชีพของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่ได้รับการรักษาในระยะเวลา 1, 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 วัน ร้อยละ 96.04 (95% CI: 95.55-96.48), ร้อยละ 93.36 (95% CI: 92.68-93.97), ร้อยละ 90.95 (95% CI: 90.04-91.78), ร้อยละ 89.09 (95% CI: 87.94-90.14), ร้อยละ 87.51 (95% CI: 86.11-88.77), ร้อยละ 85.35 (95% CI: 83.57-86.95) และ ร้อยละ 82.00 (95% CI: 79.62-84.13) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesfay BG, et al.⁴ ซึ่งศึกษาสถานะการรอดชีพของผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร

ทางถนนในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าอัตราการรอดชีพ (Survival rate) ลดลงอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลา โดยมีอัตราการรอดชีพที่ 1-2 วัน เท่ากับร้อยละ 98.80 (95% CI: 96.83-99.55) และลดลงเหลือร้อยละ 50.46 (95% CI: 28.53-68.86) ในวันที่ 14-15 และการศึกษาของ Huabbangyang, et al. ทำการศึกษ้อัตราการรอดชีพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการรอดชีพจากอุบัติเหตุทางถนนที่น่าสงโดย หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของวิชะพยาบาล กรุงเทพฯ ประเทศไทย ทำการศึกษาจำนวน 340 ราย ทำการติดตามเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบจำนวน ผู้การรอดชีพ 314 คน (ร้อยละ 92.35)⁵

การศึกษาในครั้งนี้ มีอัตราการรอดชีพที่สูงกว่า ในระดับเขตสุขภาพที่ 7 จากสถิติการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนในช่วงปี 2566-2567 พบจำนวน ผู้ได้รับบาดเจ็บสะสมจำนวน 145,764 คน หรือเฉลี่ย

200 คนต่อวัน เสียชีวิตจำนวน 2,164 คน หรือเฉลี่ย 3 คนต่อวัน จังหวัดที่พบผู้บาดเจ็บเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่จังหวัดขอนแก่น (ผู้บาดเจ็บ 62,852 คน เสียชีวิต 841 คน) จังหวัดร้อยเอ็ด (ผู้บาดเจ็บ 37,060 คน เสียชีวิต 509 คน) จังหวัดมหาสารคาม (ผู้บาดเจ็บ 23,050 คน เสียชีวิต 464 ราย) และจังหวัดกาฬสินธุ์ (ผู้บาดเจ็บ 22,802 คน เสียชีวิต 350 คน) ตามลำดับ³ ซึ่งอาจเกิดจากข้อมูลในการศึกษานี้ได้มาจากฐานข้อมูลเดียว คือ ฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance) ซึ่งเก็บรวบรวมเฉพาะผู้ป่วยที่ถูกนำส่งมารักษา ณ โรงพยาบาลขอนแก่นเพียงเท่านั้น ซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellence center) ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระดับ 1 (Service plan trauma and emergency accident level 1) เป้าหมายหลักเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อน ผ่านระบบบริการอุบัติเหตุครบวงจร

เมื่อพิจารณาแนวโน้มของการรอดชีพที่ลดลงตามระยะเวลา จะพบว่าสอดคล้องกับรูปแบบการเสียชีวิตแบบไตรโมดัล (Trimodal pattern of mortality) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มีการกระจายตัวเป็น 3 รูปแบบ (Trimodel distribution) ดังนี้ การเสียชีวิตทันที (Immediate deaths) เกิดขึ้นในเวลาตั้งแต่ไม่กี่วินาทีจนถึงไม่กี่นาทีหลังการบาดเจ็บ มักจะป้องกันไม่ได้ เช่น ภาวะหยุดหายใจเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe traumatic brain injury: TBI) และภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hemorrhagic shock) การเสียชีวิตในระยะแรก (Early deaths) เกิดขึ้นในเวลาตั้งแต่ไม่กี่นาทีจนถึงไม่กี่ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ มักเกี่ยวข้องกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hemorrhagic shock) และการเสียชีวิตระยะหลัง (Late deaths) เกิดขึ้นในเวลาเป็นวันถึงสัปดาห์หลังการบาดเจ็บ^{6,7}

อย่างไรก็ตาม การที่อัตราการรอดชีพที่ลดลงตามระยะเวลาในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรสามารถอธิบายได้ด้วยพยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บรุนแรง โดยตามแนวคิดของ ATLS

(Advanced trauma life support) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุแบ่งเป็นสามระยะคือ การเสียชีวิตทันที (Immediate death) ซึ่งมักเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe traumatic brain injury) หรือภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hemorrhagic shock) ซึ่งส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิตและนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว⁸ ในขณะที่การเสียชีวิตในระยะต่อมา (Late phase) ที่ทำให้อัตราการรอดชีพลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่ 30 นั้น มักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบที่ตามมาภายหลัง (Secondary complications) โดยเฉพาะภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multi-organ dysfunction syndrome: MODS) และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบอย่างรุนแรง (SIRS) หลังการบาดเจ็บ⁹ ความซับซ้อนของกลไกเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าเฉพาะข้อมูลสถิติการรอดชีพภาพรวมอาจไม่เพียงพอต่อการวางแผนรักษา แต่จำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่เข้ามามีบทบาท ทั้งลักษณะทางคลินิกแรกรับและบริบทของการบาดเจ็บ การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นที่จะวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการเสียชีวิตในระยะหลังจะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บตั้งต้น เช่น ภาวะเลือดออกที่นำไปสู่ภาวะช็อก ระดับ Glasgow coma scale ค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS) และปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพยากรณ์โรคและการวางแผนการรักษาที่แม่นยำยิ่งขึ้นต่อไป

สรุป

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีอัตราการรอดชีพอยู่ในเกณฑ์สูง เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับเขตสุขภาพที่ 7 เนื่องจากการศึกษานี้

ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง (Excellence center) ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระดับ 1 (Service plan trauma and emergency accident level 1)

ข้อดี

ภายในโรงพยาบาลขอนแก่น ยังไม่มีรายงานการศึกษาอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรทางถนนหรือในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อย

ข้อด้อย

ระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านระบบจาก IS Online เข้าสู่ PHER Plus และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่สอดคล้องกัน ในบางชุดข้อมูล จึงทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลจากระบบมาใช้วิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัด เนื่องจากระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บมีข้อมูลบางส่วนสูญหาย (Missing data) เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) ข้อมูลบางส่วนอาจไม่ครบถ้วน และการศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงอาจไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น ทำให้สัดส่วนผู้ป่วยหนักในการศึกษานี้สูงกว่าความเป็นจริงในภาพรวมระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งนี้เพื่อทราบสาเหตุและตัวแปรที่สำคัญในการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน เช่น เพศ อายุ และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ รวมถึงปัจจัยทางด้านคลินิก เช่น สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ และกลไกการบาดเจ็บ เช่น ประเภทของผู้ใช้รถใช้ถนน สาเหตุของการบาดเจ็บ เพื่อการวางแผนและป้องกันในการลดการบาดเจ็บโดยเฉพาะอย่างยิ่งการยืดระยะเวลาการรอดชีพที่ยาวนานยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลขอนแก่น รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจจนการศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง อัตราการรอดชีพจากการบาดเจ็บอุบัติเหตุจราจรทางถนน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2567: การศึกษาแบบย้อนหลังไปข้างหน้า หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Road traffic injuries. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Dec 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
2. กรมควบคุมโรค. การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (RTI) (Road Traffic Injury (RTI)) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=73
3. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. ระบบบูรณาการข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rti.moph.go.th/rtidc/public/index.php?area=7&province=999&district=999&start_date=2023-01-01&end_date=2024-12-31&page=
4. Tesfay BG, Welegebriel TK, Aregawi DH, Abrha MG, Tewele BG, Mesele FB, et al. Survival status and predictors of mortality among road traffic accident adult patients admitted to intensive care units of referral hospitals in Tigray 2024. PLoS One. 2025; 20(3): e0308584.

5. Huabbangyang T, Klaiaungthong R, Jansanga D, Aintharasongkho A, Hanlakorn T, Sakcharoen R. Survival Rates and Factors Related to the Survival of Traffic Accident Patients Transported by Emergency Medical Services. Open Access Emergency Medicine. 2021; 13: 575-86.
6. Gallaher J, An SJ, Kayange L, Davis D, Charles A. Tri-modal Distribution of Trauma Deaths in a Resource-Limited Setting: Perception Versus Reality. World J Surg. 2023; 47(7): 1650-56.
7. Gunst M, Ghaemmaghami V, Gruszecki A, Urban J, Frankel H, Shafi S. Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2010; 23(4): 349-54.
8. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.
9. Cole E, Weaver A, Gall L, West A, Nevin D, Tallach R, et al. A Decade of Damage Control Resuscitation: New Transfusion Practice, New Survivors, New Directions. Ann Surg. 2021; 273(6): 1215-20.

การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงาน
พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

มนทิรา ดาริวงษ์¹, ประจักษ์ บัวผัน², สุรัชย์ พิมพ์², นรภัทร น้อยสุวรรณ³

(วันที่รับบทความ: 5 พฤษภาคม 2569; วันที่แก้ไข: 11 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 9 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ โดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 14 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ถึง 25 พฤศจิกายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับการทำงานเป็นทีม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.52), 3.97 (S.D. = 0.55) และ 3.87 (S.D. = 0.54) ตามลำดับ โดยพบว่า ภาพรวมการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.668$ p-value <0.001) และ ($r = 0.667$ p-value <0.001) ตามลำดับ ทั้งนี้ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การทำงานเป็นทีมด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน และด้านทักษะทางเทคนิคและการทำงานสามารถร่วมกันในการพยากรณ์ และมีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 50.9 ($R^2 = 0.509$, p-value <0.001)

ข้อเสนอแนะคือ ควรส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพบุคลากรด้านการกำหนดตัวชี้วัด ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และการใช้เครื่องมือเชิงนวัตกรรม ควบคู่กับการส่งเสริมการเรียนรู้แบบบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การทำงานเป็นทีม, การมีส่วนร่วมของชุมชน, พยาธิใบไม้ตับ, มะเร็งท่อน้ำดี,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: monthira.d@kku.ac.th

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: prachak.b@kku.ac.th

³ นักศึกษา, หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ หลักสูตรนานาชาติ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: norraphat.n@kku.ac.th

Corresponding author: ประจักษ์ บัวผัน, E-mail: prachak.b@kku.ac.th

Teamwork and Community Participation Influencing the Implementation of Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Prevention and Control by Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Udon Thani Province

Monthira Dariwong¹, Prachak Bouphan², Surachai Phimha², Norraphat Noysuwan³

(Received: 5th May 2026; Revised: 11th June 2026; Accepted: 9th July 2026)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to examine the influence of teamwork and community participation on the implementation of liver fluke and cholangiocarcinoma prevention and control among health personnel working at Sub-district Health Promoting Hospitals in Udon Thani Province. The sample consisted of 154 participants selected through stratified random sampling. Quantitative data were collected using a structured questionnaire, while qualitative data were obtained through in-depth interviews with 14 participants. Data were collected from November 1 to 25, 2025. Quantitative data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple linear regression analysis. Descriptive statistics comprised frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum, with level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that the overall levels of teamwork, community participation, and implementation of liver fluke and cholangiocarcinoma prevention and control were high, with mean scores of 4.05 (S.D. = 0.52), 3.97 (S.D. = 0.55), and 3.87 (S.D. = 0.54), respectively. Overall, teamwork and community participation were moderately and significantly correlated with the implementation of liver fluke and cholangiocarcinoma prevention and control among health personnel ($r = 0.668$, $p < 0.001$; and $r = 0.667$, $p < 0.001$, respectively). Furthermore, three independent variables—community participation in monitoring and evaluation, teamwork in commitment to shared goals, and technical and operational skills—jointly predict and influence the implementation of liver fluke and cholangiocarcinoma prevention and control, accounting for 50.9% of the variance ($R^2 = 0.509$, $p < 0.001$).

The study recommends enhancing personnel capacity in indicator development, participatory evaluation, and the use of innovative tools, together with promoting integrated collaborative learning with network partners to improve operational efficiency and achieve sustainable outcomes.

Keywords: Teamwork, Community participation, Liver fluke, Cholangiocarcinoma, Sub-district health promoting hospitals

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: monthira.d@kkumail.com

² Assoc. Prof. Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: prachak.b@kku.ac.th

³ Student, Doctor of Philosophy Program in Epidemiology and Biostatistics (International Program), Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: norraphat.n@kkumail.com

Corresponding author: Prachak Bouphan, E-mail: prachak.b@kku.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 ได้กำหนดให้ประเทศไทย เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง การดำเนินงานด้านการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)¹ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ได้มีนโยบายในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี มาอย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินงานในหลายด้าน ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะด้านการ ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มต้น และ ด้านการส่งเสริมความรู้ รวมไปถึงปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการ ป้องกันโรค²

การดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่เป็นระบบดำเนินงานเชิงรุก และมีการบูรณาการจากหลายภาคส่วน เพื่อให้สามารถ ลดอัตราการติดเชื้อและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน และมีการดำเนินงาน พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองและวินิจฉัย 2) การรักษา และการส่งต่อ 3) การให้ความรู้และรณรงค์ 4) การพัฒนา ศักยภาพบุคลากร 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 6) การติดตาม ประเมินผล และรายงาน¹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาพรวมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 (S.D. = 0.40)³

และการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการทำงานเป็นทีมจะช่วยให้การ ดำเนินงานดังกล่าว สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เร็วมากขึ้น ซึ่งทักษะการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วย

องค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะ การแก้ปัญหา 2) ทักษะทางเทคนิคและการทำงาน 3) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 4) ทักษะ ความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าทักษะการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ ระดับปานกลางกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคพยาธิใบไม้ในตับของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ($r = 0.622$, $p\text{-value} < 0.001$)⁵

นอกจากการทักษะการทำงานเป็นทีมแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกระบวนการที่ช่วย เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการดำเนินงาน พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมนี้ ก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี ความเข้าใจร่วมกัน ส่งผลให้การดำเนินงานมีแนวโน้มที่จะประสบ ความสำเร็จและเกิดความยั่งยืนในระยะยาว การมีส่วนร่วม ของชุมชนประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการ วางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล 5) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ 6) การมีส่วนร่วม ในการรับผิดชอบ⁶ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัย การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย ($r = 0.585$, $p\text{-value} < 0.001$)⁷

ถึงแม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้มีนโยบายในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาอย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการตรวจคัดกรอง พยาธิใบไม้ตับในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 12,694 ราย พบว่ามีผู้ติดเชื้อ 795 ราย คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 14.26 และการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปด้วยระบบอัลตราซาวด์ จำนวน 5,342 ราย พบความผิดปกติจำนวน 957 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.91 สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 15 ราย

ในการดำเนินงานในหลายด้านยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มต้น และด้านการส่งเสริมความรู้รวมถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการป้องกันโรค⁸ จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผนพัฒนาการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และระดับการทำงานเป็นทีมระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

2. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี จำนวน 206 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁹ ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีค่า $R^2_{YA,B}$ เท่ากับ 0.637 จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 154 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยจัดกลุ่มรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และคำนวณตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง และทำการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนในแต่ละวิชาชีพ โดยการจับฉลากและไม่ใส่คืน จนครบ 154 คน ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 135 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 87.66 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

2. **กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ** เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกได้ ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีขนาดตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 14 ตัวอย่าง เพื่อให้ถึงความอิ่มตัวของข้อมูล โดยพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ดีที่สุด (Key informant) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับหัวหน้ากลุ่มงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับหัวหน้ากลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งหมด 4 โชน โชนละ 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 4 โชน โชนละ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมด 4 โซน โซนละ 1 คน จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 1 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล 8 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม 20 ข้อ ส่วนที่ 3 คำถามการมีส่วนร่วมของชุมชน 30 ข้อ ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี 30 ข้อ ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การทำงานเป็นทีม 1 ข้อ ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชน 1 ข้อ ส่วนที่ 3 การดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี 1 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ 1 ข้อ

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับการทำงานเป็นทีม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน¹⁰ ดังนี้ ระดับมากที่สุด = 5, ระดับมาก = 4, ระดับปานกลาง = 3, ระดับน้อย = 2, ระดับน้อยที่สุด = 1 โดยการแปลผลคะแนนระดับจะนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย¹¹ ดังนี้

ระดับมากที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00

ระดับมาก	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49
ระดับน้อย	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49
ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ¹² มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับ ดังนี้

มีความสัมพันธ์ โดยสมบูรณ์	หมายถึง	$r = \pm 1$
มีความสัมพันธ์สูง	หมายถึง	$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์ ปานกลาง	หมายถึง	$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์ต่ำ	หมายถึง	$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30
ไม่มีความสัมพันธ์	หมายถึง	$r = 0$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน จากการทดลองใช้ พบว่า ค่า Cronbach's alpha coefficients แบบสอบถามทั้งชุด มีความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน - 25 พฤศจิกายน 2568 โดยนำส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์แบบใส่ซองปิดผนึกเจ้าหน้าที่ของถึงอาสาสมัคร โดยตรงตามที่อยู่หน่วยงานคือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดอุดรธานี พร้อมทั้งแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยซึ่งอาสาสมัครมีเวลาเพียงพอที่จะอ่านรายละเอียดทำความเข้าใจและตัดสินใจและส่งกลับคืนเมื่อครบกำหนดตามระยะเวลา

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอย พหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2568 ลำดับที่ 3.4.04 : 37/2568 เลขที่ HE682159

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 87 คน (64.4%) มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 33 คน (24.4%) มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 62 คน (45.9%) อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 21 คน (15.6%) อายุมากกว่า 51 ปี จำนวน 19 คน (14.1%) โดยมีอายุเฉลี่ย 37.70 ปี (S.D. = 9.03) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะโสด จำนวน 71 คน (52.6%) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 114 คน (84.4%) ส่วนใหญ่ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข จำนวนเท่ากัน คือ 89 คน (65.9%) มากที่สุดมีรายได้ต่อเดือน

20,001 ถึง 30,000 จำนวน 47 คน (34.8%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 35,024.58 บาท (S.D. = 13,924.54) รายได้ต่ำสุด 12,000 บาท รายได้สูงสุด 70,000 บาท มากที่สุดมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 64 คน (47.4%) เฉลี่ย 11.94 ปี (S.D. = 9.11) มีค่ามัธยฐาน 13.50 ปี จำนวนปีที่ปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 119 คน (80.4%) และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมน้อยกว่า 2 ครั้ง จำนวน 91 คน (67.4%) จำนวนครั้งที่เคยรับ การอบรมน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งที่เคยรับการอบรมมากที่สุด 13 ครั้ง มีค่ามัธยฐาน 1 ครั้ง

2. ระดับการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D. = 0.55) รองลงมาคือ ด้านทักษะความมุ่งมั่น ต่อผลลัพธ์ร่วมกันอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.63) ส่วนมิติที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะการแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.57) รองลงมา คือ ด้านทักษะของการทำงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.60)

3. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D. = 0.55) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.57) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.61) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตาม

ประเมินผล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.67) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.68)

4. ระดับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรณรงค์ให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D. = 0.747) รองลงมา คือ ด้านการติดตาม ประเมินผล และรายงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.64) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67

(S.D. = 0.83) รองลงมาคือ ด้านการรักษาการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.82)

5. การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม ของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ภาพรวมการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์ระดับ ปานกลาง การดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.668$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.667$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม ของชุมชน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของชุมชน กับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ($n = 135$)

การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วม ของชุมชน	การดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	$p\text{-value}$	ระดับ ความสัมพันธ์
การทำงานเป็นทีม	0.668***	<0.001	ปานกลาง
1. ทักษะการแก้ปัญหา	0.562***	<0.001	ปานกลาง
2. ทักษะทางเทคนิคและการทำงาน	0.613***	<0.001	ปานกลาง
3. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.593***	<0.001	ปานกลาง
4. ทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน	0.605***	<0.001	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.667***	<0.001	ปานกลาง
1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	0.582***	<0.001	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน	0.591***	<0.001	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	0.538***	<0.001	ปานกลาง
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	0.655***	<0.001	ปานกลาง
5. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	0.534***	<0.001	ปานกลาง
6. การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ	0.564***	<0.001	ปานกลาง

*** ระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

6. การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม ของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้

ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด

อุดรธานี เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

($B = 0.324$, $R^2 = 0.429$, $p\text{-value} < 0.001$) การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน ($B = 0.182$, $R^2 = 0.065$, $p\text{-value} = 0.031$) และการทำงานเป็นทีม ด้านทักษะทางเทคนิคและการทำงาน ($B = 0.181$, $R^2 = 0.015$, $p\text{-value} = 0.046$) จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกัน ในการพยากรณ์ และมีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 50.9 ($R^2 = 0.509$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ($n = 135$)

ตัวแปร	B	95% CI	Beta	T	p-value	R สะสม	R ² สะสม	R ² _{adj} สะสม	R ² _{change} สะสม
1. การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการติดตาม ประเมินผล	0.324	0.43-0.64	0.397	4.777	<0.001	0.655	0.429	0.425	-
2. การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะ ความมุ่งมั่นต่อ ผลลัพธ์ร่วมกัน	0.182	0.15-0.42	0.209	2.176	0.031	0.703	0.494	0.486	0.065
3. การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะ ทางเทคนิค และการทำงาน	0.181	0.03-0.36	0.200	2.017	0.046	0.713	0.509	0.498	0.015

ค่าคงที่ 1.150, $F = 45.275$, $p\text{-value} < 0.001$, $R = 0.713$, $R^2 = 0.509$, $R^2_{adj} = 0.498$

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี จากแบบสอบถามทั้งหมด 135 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานพยาธิ

ใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี มากที่สุด ร้อยละ 78.04 คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานประจำหลายด้าน 1 คน รับหลายงาน ทำให้โอกาสในการเข้าร่วมการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพเฉพาะทางเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีค่อนข้างจำกัด โดยมีข้อเสนอแนะ

คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้ากับแผนงานประจำของหน่วยงาน พร้อมทั้งสนับสนุนระบบพี่เลี้ยงและการเรียนรู้ในหน่วยงาน ควบคู่กับการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ทักษะ และความพร้อมของบุคลากร ในการดำเนินงาน พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีได้

8. ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การทำงานเป็นทีมด้านด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน พบว่า การดำเนินงานในบางพื้นที่ยังขาดความต่อเนื่อง และความเข้มแข็งของกระบวนการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะความร่วมมือจากหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และสิ่งปฏิภณที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ขณะเดียวกัน การขับเคลื่อนงานในระดับท้องถิ่น ยังมีข้อจำกัด และประชาชนบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ระบบสนับสนุนการดำเนินงานด้านการติดตามและประเมินผล ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ ส่งผลให้การขับเคลื่อนพื้นที่ และการสนับสนุนเชิงยุทธศาสตร์จากระดับจังหวัด ยังไม่สามารถตอบสนองต่อการดำเนินงานได้อย่างเต็มศักยภาพ อย่างไรก็ตาม แนวทางการพัฒนาที่สำคัญคือการเสริมสร้างทักษะ และศักยภาพของทีมงาน โดยมุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานผ่านระบบที่เอื้อต่อการประสานความร่วมมือ การสร้างพลังร่วม และการขับเคลื่อนทางสังคมอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชน ลดการติดเชื่อ และยกระดับผลลัพธ์ร่วมกันให้สามารถบรรลุเป้าหมายการป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การทำงานเป็นทีมด้านทักษะทางเทคนิค และการทำงาน พบว่า เจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดทักษะ การใช้สื่อดูอุปกรณ์ที่สำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมทักษะด้านวัสดุอุปกรณ์ จึงมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมและป้องกัน พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี การพัฒนาวิธีการตรวจคัดกรองให้มีความเหมาะสมและเข้าถึงได้ง่าย จะช่วยเพิ่มความแม่นยำและความครอบคลุมของการตรวจ

การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยช่วยลดภาระงานที่กระจุกตัวอยู่กับบุคลากรเฉพาะทาง และเปิดโอกาสให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมมากขึ้น การขยายการเข้าถึงชุดตรวจพยาธิใบไม้ดับสำเร็จรูปชนิดเร็ว (OV-ATK) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จะเอื้อต่อการวางแผนเชิงรุกและการกระจายภาระงานอย่างเหมาะสม ควบคู่กับการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความคล่องตัว ในการปฏิบัติงาน และรองรับภารกิจด้านสุขภาพอื่น ของหน่วยบริการ แนวทางดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้าง ศักยภาพการทำงานเป็นทีม ยกระดับคุณภาพ บริการปฐมภูมิ และสนับสนุนการควบคุมและป้องกันโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วม ในการติดตามประเมินผล พบว่า ยังมีข้อจำกัด ในด้านการติดตาม ประเมินผล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ เสนอแนะว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านพยาธิ ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีสอดคล้องกับบริบท และความต้องการของพื้นที่มากยิ่งขึ้น การพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน รวมถึงการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบฐานข้อมูลกลาง ที่เข้าถึงได้สะดวก จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ การมีระบบรายงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและเอื้อต่อการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ จะช่วยให้ข้อมูล มีความต่อเนื่องและน่าเชื่อถือมากขึ้น ควบคู่กับการพัฒนา แนวทางการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับการทำงานจริง และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานได้ อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ เข้มแข็ง และยั่งยืน มากยิ่งขึ้น

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการดำเนินงาน พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดอุดรธานี พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้แก่

การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน เนื่องจาก ทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากเป็นทักษะที่ทำให้สมาชิกในทีมมีเป้าหมายร่วมกัน เห็นความสำคัญของผลสัมฤทธิ์ของทีมมากกว่าผลงานรายบุคคล และทุ่มเทร่วมกันเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁴ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{12,16,17} ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร นโยบายตัวชี้วัด การดำเนินงานอาจส่งผลให้การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน ไม่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{12,15,17}

การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะทางเทคนิค และการทำงาน เนื่องจากทักษะทางเทคนิค และการทำงาน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เนื่องจากช่วยให้สมาชิกทีมประยุกต์ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านแบ่งงานตามจุดแข็ง ลดความซ้ำซ้อน และแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบ ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายองค์กรได้รวดเร็วและมีคุณภาพสูง ทักษะนี้ยังส่งเสริมการประสานงาน การแลกเปลี่ยนมุมมองหลากหลาย

และการพัฒนานวัตกรรม ซึ่งยกระดับทั้งผลงานทีม และคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁴ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะทางเทคนิค และการทำงานมีส่วนร่วมในการพยากรณ์ และมีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{13,17,20} ทั้งนี้ หน่วยงานแต่ละแห่งอาจมีแนวทางการดำเนินงาน ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในบริบทนี้ อาจส่งผลให้การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะทางเทคนิคและการทำงาน มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะทางเทคนิคและการทำงาน ไม่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{18,21,22}

การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพราะเป็นขั้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี และการปรับปรุงการดำเนินงาน และประเมินว่ากิจกรรมหรือโครงการที่ดำเนินไปนั้นบรรลุเป้าหมาย ที่ตั้งไว้หรือไม่ และควรปรับปรุงอย่างไรต่อไป³ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลมีส่วนร่วมในการพยากรณ์ และมีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹²⁻¹⁴ ทั้งนี้ ความแตกต่างของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมรวมถึงการบริหารจัดการของผู้บริหาร อาจส่งผลให้การทำงานเป็นทีมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า

การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ไม่มีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁵⁻¹⁷

การดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าตัวแปรอิสระที่มีผลการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การทำงานเป็นทีม ด้านทักษะความมุ่งมั่นต่อผลลัพธ์ร่วมกัน และการทำงานเป็นทีม ด้านทักษะทางเทคนิคและการทำงานสามารถร่วมกัน ในการพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 50.9 ($R^2 = 0.509$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งหากตัวแปรทั้ง 3 ตัวได้รับการพัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะส่งผลจะทำให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายสามารถตรวจสอบและสะท้อนผลการดำเนินงานสามารถร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่ต้องการ พร้อมทั้งสามารถกระจายงานแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ การให้บริการสุขภาพมีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน และช่วยเสริมสร้างระบบสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรจัดให้มีการประชุมติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำกับดูแล และเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยสร้างกลไกการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับภายในทีมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรตระหนักถึง

เป้าหมายร่วมกัน สามารถแก้ไขปัญหาหน้างานได้ทันเวลาที่ และนำข้อผิดพลาดมาพัฒนาศักยภาพของทีมให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

1.2 ควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ และการทำงานร่วมกัน พร้อมทั้งจัดประชุมระดมสมองร่วมกับผู้นำชุมชนเพื่อร่าง “ธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้าน” เรื่องพยาธิใบไม้ตับ โดยให้ชุมชนเป็นคนเลือกตัวชี้วัดเอง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะทางเทคนิคและการทำงาน

1.3 ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะในการใช้วัสดุอุปกรณ์และการจัดทำฐานข้อมูล รวมถึงการใช้ชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูป (OV-ATK) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกใช้เครื่องมือคัดกรอง สื่อการสอน หรือเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความทันสมัยและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เปลี่ยนไปได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดอุดรธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี ทุกท่านที่ให้โอกาสและมีส่วนร่วม ในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี 2559-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตามบริบทโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี; 2568.
3. สาทิต คงหา. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/>
4. Katzenbach JR, Smith DK. The wisdom of teams: creating the high-performance organization. New York: Harper Business; 1993.
5. ชูลีพร เพ็งทอง, นพรัตน์ เสนาฮาด, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมพ์. สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหาร ที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2560; 23(2): 235-46.
6. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหาร สาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
7. พิภรณ์ พลโคต. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย. วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน. 2563; 6(1): 50-9.
8. วิลาสินี วงศ์ผาบุตร, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อ การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 21(3): 186-99.
9. Likert R. The human organization: its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. สำเริง จันทสุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
11. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
12. ปัทมธิดา แสงคำ, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด. ลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อ ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2568; 25(1): 91-104.

13. จักรกฤษณ์ อาสาสนา, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธ์ จูฑะรสก, ธนณพชนก พรหมพินิจ. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 184-97.
14. สิริพร จงมีศิลป์, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พินา, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองสีมา, พิทยา ธรรมวงศา, และคณะ. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566; 17(3): 994-1010.
15. อภิญา ปุ่มมา, ประจักษ์ บัวผัน. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2567; 31(1): 134-48.
16. พิรุทธิ์ แสงตรัส, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พินา, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองสีมา. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2565; 30(3): 126-39.
17. กาญจนา พันนะ, สุรัชย์ พินา, กฤษณะ อุณหะโคตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567; (ฉบับพิเศษ): 39-56.
18. กิตติภพ บุญเอก, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พินา. การสนับสนุนจากองค์กรและสุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2568; 7(2): 1-18.
19. เสาวณีย์ ม่วงนิล, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พินา, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองสีมา, ศรัณยา พันธุ์โยธา, และคณะ. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566; 17(3): 936-51.
20. อาณัติ วัฒนะ, ประจักษ์ บัวผัน. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2567; 7(1): 84-95.

21. นิรุบล ดีพลกรัง, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา.
สุนทรีย์ทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศ
องค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์
ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด นครราชสีมา.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา).
2563; 20(2): 72-83.
22. ทศพล ใจทาน, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา.
ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงาน
เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข.
(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 21(3): 161-71.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไกของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ

สมพาน โคตรธารินทร์¹

(วันที่รับบทความ: 14 พฤษภาคม 2569; วันที่แก้ไข: 19 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 21 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 (R1) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกรรมการ พชอ. หรือผู้แทนทุกอำเภอ 69 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิและการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 (D1) พัฒนาร่างรูปแบบจากการสังเคราะห์ผลระยะที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนประเมินความเหมาะสม ระยะที่ 3 (R2) ทดลองใช้รูปแบบด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการศึกษาการนำไปใช้จริงในพื้นที่นำร่อง 2 อำเภอ (เซกา และบึงคล้า) เป็นเวลา 8 เดือน และระยะที่ 4 (D2/E) พัฒนาและประเมินผล โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพจากผู้เข้าร่วมในพื้นที่นำร่อง 60 คน พร้อมจัดเวทีรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดบึงกาฬมีความรุนแรง ปี 2566 มีอัตราเสียชีวิต 21.58 ต่อประชากรแสนคน พชอ. มีศักยภาพด้านการประสานงานระดับสูง (Mean = 4.41, S.D. = 0.65) บทบาทนายอำเภอมีความสำคัญมาก (Mean = 4.68, S.D. = 0.52) แต่การดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.95, S.D. = 0.65) มีช่องว่างด้านการใช้ข้อมูล (Mean = 2.81, S.D. = 1.05) และการประเมินผล (Mean = 2.55, S.D. = 1.03) อุปสรรคสำคัญคือข้อจำกัดงบประมาณ (Mean = 4.31, S.D. = 0.79) และบุคลากร (Mean = 4.26, S.D. = 0.81) จึงมีความต้องการเร่งด่วนคือ “รูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน” (Mean = 4.55, S.D. = 0.62) ระยะที่ 2 ได้ร่างรูปแบบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้างการดำเนินงาน กระบวนการ PDCA กรอบกิจกรรม 3Es และเครื่องมือสนับสนุน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมระดับมากที่สุด (Mean = 4.26, S.D. = 0.51)

ระยะที่ 3-4 ผลการประเมินหลังทดลองใช้พบว่า ผู้เข้าร่วมประเมินรูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, S.D. = 0.61) มิติการยอมรับและความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.35, S.D. = 0.59) ประสิทธิภาพที่รับรู้อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, S.D. = 0.65) ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติแม้ อยู่ระดับมาก (Mean = 3.65, S.D. = 0.88) แต่ยังมีข้อจำกัดด้านภาระงานและงบประมาณ ผลผลิตสุดท้ายคือ “รูปแบบการป้องกัน และจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พชอ. จังหวัดบึงกาฬ ฉบับสมบูรณ์” และคู่มือการนำไปใช้ที่ยึด กระบวนการ PDCA เป็นแกนหลัก เพิ่มความยืดหยุ่น และเน้นการบูรณาการทรัพยากร เพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ และความยั่งยืนในการปฏิบัติ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, อุบัติเหตุทางถนน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเซกา, E-mail: khotlawbkl@gmail.com

Corresponding author: สมพาน โคตรธารินทร์, E-mail: khotlawbkl@gmail.com

Development of a Model for Road Traffic Injury Prevention and Management through the Mechanism of the District Quality of Life Development Committee (DQoLDC) Bueng Kan Province

Somphan Kotarin¹

(Received: 14th May 2026; Revised: 19th June 2026; Accepted: 21st July 2026)

Abstract

This research and development study aimed to develop a road traffic accident prevention and management model utilizing District Health Board (DHB) mechanisms in Bueng Kan Province. The research was divided into four phases. Phase 1 (R1): Problem, situation, and needs analysis, employed a mixed-methods design. Quantitative data were collected from 69 DHB members or representatives across all districts, while qualitative data were derived from secondary data analysis and focus group discussions. Phase 2 (D1): Draft model development, synthesized findings from Phase 1, followed by a suitability evaluation by 5 experts. Phase 3 (R2): Model implementation, involved action research and field implementation in 2 pilot districts (Seka and Bung Khla) over an 8-month period. Phase 4 (D2/E): Development and evaluation, gathered quantitative and qualitative data from 60 pilot area participants and conducted a stakeholder feedback forum.

Results from Phase 1 revealed a severe road traffic accident situation in Bueng Kan Province, with a fatality rate of 21.58 per 100,000 population in 2023. DHBs demonstrated high coordination capacity (Mean = 4.41, S.D. = 0.65) and district governors played a highly significant role (Mean = 4.68, S.D. = 0.52). However, overall operations remained at a moderate level (Mean = 2.95, S.D. = 0.65), with major gaps in data utilization (Mean = 2.81, S.D. = 1.05) and evaluation (Mean = 2.55, S.D. = 1.03). Key obstacles were budget limitations (Mean = 4.31, S.D. = 0.79) and personnel constraints (Mean = 4.26, S.D. = 0.81), leading to an urgent need for a “clear operational model” (Mean = 4.55, S.D. = 0.62). Phase 2 established a draft model with four core components: operational structure, PDCA process, 3Es activity framework, and supporting tools, which experts rated as highly suitable (Mean = 4.26, S.D. = 0.51).

In Phase 3-4, post-trial evaluation showed that participants rated the overall model at a high level (Mean = 3.97, S.D. = 0.61). The acceptance and satisfaction dimension reached the highest level (Mean = 4.35, S.D. = 0.59), and perceived effectiveness was high (Mean = 4.18, S.D. = 0.65). Although practical feasibility was high (Mean = 3.65, S.D. = 0.88), constraints regarding workload and budget remained. The final output was the “Comprehensive Road Traffic Accident Prevention and Management Model via District Health Board Mechanisms in Bueng Kan Province” along with an implementation manual centered on the PDCA process, enhancing operational flexibility and emphasizing resource integration to promote practical feasibility and sustainability.

Keywords: Model development, Road traffic injury, District quality of life development committee

¹ Public Health Technical Officer Senior Professional, Seka District Public Health Office,

E-mail: khotlawbkl@gmail.com

Corresponding author: Somphan Khottharin, E-mail: khotlawbkl@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก รายงานว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขและปัญหาสังคมสำคัญของโลก ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตทรัพย์สินและการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมอย่างมหาศาล¹ รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 1.35 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กและเยาวชนอายุ 5-29 ปี ขณะเดียวกันยังมียูบัติเหตุและพิการอีกหลายสิบล้านคน ซึ่งสร้างภาระต่อระบบบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนในวงกว้าง

ในประเทศไทย สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนยังอยู่ในระดับรุนแรงต่อเนื่อง ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตบนถนนสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 20,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยเกือบ 60 คนต่อวัน กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 70-80 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยทำงาน ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับรถเร็วเกินกำหนด และการดื่มแล้วขับ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจมหภาค โดยมีการประเมินว่ามูลค่าความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนคิดเป็นร้อยละ 2-3 ของ GDP ต่อปี

รัฐบาลไทยได้กำหนดแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 ตั้งเป้าลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนให้เหลือ 12 คนต่อประชากรแสนคน ภายในปี 2570 โดยใช้กรอบ 5 เสาหลัก (การบริหารจัดการถนนปลอดภัย ยานพาหนะปลอดภัย ผู้ใช้ถนนปลอดภัย และการตอบสนองหลังเกิดเหตุ) จุดเน้นสำคัญคือการกระจายอำนาจและเสริมความเข้มแข็งกลไกในระดับพื้นที่ผ่านโครงสร้างศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) หลายระดับ และการเชื่อมโยงกับกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

จังหวัดบึงกาฬเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนน่ากังวล สถิติ 3 ปีย้อนหลังสะท้อนแนวโน้มความรุนแรงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 95 ราย และผู้บาดเจ็บกว่า

3,500 ราย สถานการณ์ยังคงทรงตัวในระดับสูงในปี พ.ศ. 2565 ด้วยจำนวนผู้เสียชีวิต 88 ราย และผู้บาดเจ็บราว 3,300 ราย และน่ากังวลยิ่งขึ้นเมื่อตัวเลขผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2566 กลับเพิ่มขึ้นเป็น 102 ราย พร้อมด้วยผู้บาดเจ็บอีกกว่า 3,600 ราย อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์และพฤติกรรมดื่มแล้วขับและไม่สวมหมวกนิรภัย ขณะเดียวกันจังหวัดบึงกาฬยังมีบริบทเฉพาะ ได้แก่ ถนนสายรองจำนวนมาก พื้นที่เกษตรกรรม และสภาพชุมชนชนบทกระจายตัว ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบความเสี่ยงและโอกาสในการจัดการปัญหา²

ในระดับพื้นที่ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) “ เป็นกลไกเชิงนโยบายสำคัญที่รัฐบาลออกแบบเพื่อบูรณาการภาคีจากหลายภาคส่วน ทั้งฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ตำรวจ ท้องถิ่น การศึกษา ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม พชอ. จึงมีศักยภาพในการมองปัญหาเชิงโครงสร้างและเชื่อมโยงทรัพยากรได้อย่างรอบด้าน อุบัติเหตุทางถนนซึ่งเป็นปัญหาซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ จึงเป็นวาระที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการใช้กลไก พชอ. เป็น “เจ้าภาพร่วม” ในการขับเคลื่อน

อย่างไรก็ตามแม้ พชอ. จะมีความได้เปรียบด้านโครงสร้างและการรวมภาคี แต่ในทางปฏิบัติยังเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน การใช้ข้อมูลอุบัติเหตุและข้อมูลเชิงพื้นที่อย่างจำกัด การติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เป็นระบบ รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และภาระงานประจำของหน่วยงานสมาชิก ส่งผลให้ศักยภาพที่แท้จริงของกลไก พชอ. ยังไม่ถูกใช้ได้เต็มที่ โดยเฉพาะในการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่ต้องการการบูรณาการทั้งด้านข้อมูล มาตรการ และทรัพยากรในระยะยาว

จากสถานการณ์ดังกล่าว จังหวัดบึงกาฬจึงเป็นพื้นที่ที่สะท้อนทั้ง “ความรุนแรงของปัญหา” และ “โอกาสของกลไก พชอ.” ไปพร้อมกัน ขณะเดียวกันยังมีช่องว่างเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติในการพัฒนารูปแบบการทำงานของ พชอ. ที่เฉพาะ

เจาะจงต่อการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนในบริบทจังหวัด การวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อสร้าง “รูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พขอ. จังหวัดบึงกาฬ” ที่มีความชัดเจนเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทจริง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งเพื่อใช้เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนงานในจังหวัดบึงกาฬเอง และเพื่อเป็นองค์ความรู้สำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ประเมินบทบาท ศักยภาพ และข้อจำกัดในปัจจุบันของกลไก พขอ. และสำรวจความต้องการและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดบึงกาฬ

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พขอ. จังหวัดบึงกาฬ ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ โครงสร้าง กระบวนการดำเนินงาน และเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไกของ พขอ. ที่พัฒนาขึ้น

4. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อพัฒนา กลไก พขอ. ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ทั้งในจังหวัดบึงกาฬและพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed methods research) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำไปสู่การสร้างรูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในบริบทจริง แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัย (R1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการ

1. รูปแบบการวิจัย

ในระยะนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานที่มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจและข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์เอกสารไปพร้อม ๆ กัน หรือในระยะเวลาใกล้เคียงกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งภาพรวมและมุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและบทบาทของ พขอ. ในจังหวัดบึงกาฬ การวิจัยมีลักษณะเป็นแบบภาคตัดขวาง เนื่องจากการเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อสะท้อนสภาพการณ์ปัจจุบัน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งครอบคลุมบุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และตัวแทนชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 โดยใช้วิธีการเลือกที่แตกต่างกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับสำรวจ

คณะกรรมการ พขอ. ตามคำสั่งแต่งตั้ง หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข/ความปลอดภัย/อุบัติเหตุทางถนน 8 อำเภอ ในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 10 คนต่ออำเภอ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับสนทนากลุ่ม

เป็นผู้ปฏิบัติงานระดับหน้างาน หรือตัวแทนภาคประชาชน/ชุมชน ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุ หรือได้รับผลกระทบ หรือเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมระดับพื้นที่ จัดสนทนากลุ่มจำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีลักษณะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละกลุ่ม จัดกลุ่มตามลักษณะของผู้เข้าร่วม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายแต่ยังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกันภายในกลุ่ม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบสำรวจ 2) แบบคำถามสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกข้อมูลพฤติกรรม/เอกสาร 4) การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 5) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลสถิติอุบัติเหตุ (Secondary accident statistics) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้ การวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) เป็นหลัก ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดในแบบสำรวจใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลจากเอกสาร (รายงานประชุม, แผนงาน) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนา (D1) ออกแบบและยกร่างรูปแบบ (สิงหาคม 2567 - กันยายน 2567)

1. รูปแบบการวิจัย

ระยะนี้เป็นการดำเนินการในส่วนของการพัฒนา โดยมุ่งเน้นการสร้าง “ร่างรูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พชอ. จังหวัดบึงกาฬ” ขึ้นมาใหม่โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากระยะที่ 1 เป็นฐานคิดสำคัญ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย คือ 1) การสังเคราะห์ข้อมูลและผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มาประชุมระดมสมองและสังเคราะห์อย่างละเอียด 2) การยกร่างองค์ประกอบ โครงสร้าง กระบวนการ และมาตรการของรูปแบบฯ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มบุคคลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนน, การบริหารจัดการภาครัฐในระดับพื้นที่/กลไก พชอ., การสาธารณสุขชุมชน, หรือการวิจัยและพัฒนาในสาขาที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ที่หลากหลายและลึกซึ้งในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีความหลากหลายในด้านพื้นฐานความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้มุมมองที่ครบถ้วน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในระยะนี้ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้างชัดเจน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำชี้แจงและข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมิน

ส่วนที่ 2 การประเมิน “ร่างรูปแบบฯ” รายการประกอบ โดยแบ่งย่อยตามองค์ประกอบหลักของรูปแบบที่ออกแบบไว้

ส่วนที่ 3 การประเมิน “ร่างคู่มือและเครื่องมือสนับสนุน” เป็นข้อคำถามแบบ Rating scale เพื่อประเมินโดยรวมและรายเครื่องมือ ในมิติของความชัดเจน, ความสมบูรณ์, ความง่ายต่อการใช้งาน (User-friendliness), ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และมีคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคู่มือและเครื่องมือแต่ละชิ้น

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินในภาพรวม และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นข้อคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ภาพรวม ของร่างรูปแบบฯ และความพร้อมในการนำไปทดลองใช้ และมีคำถามปลายเปิด สำหรับสรุปจุดแข็ง จุดอ่อน ที่สำคัญที่สุด และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่น ๆ ในภาพรวม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (จากส่วน Rating scale ในแบบประเมิน) การคำนวณสถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) หรือ การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) รวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จุดเด่น จุดด้อย ทั้งหมดจากแหล่งข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 3 การวิจัย (R2) ทดลองใช้รูปแบบ (ตุลาคม 2567 - เมษายน 2568)

1. รูปแบบการวิจัย

ในระยณะนี้เป็นการนำ “ร่างรูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พขอ.ฯ” ที่พัฒนาและปรับปรุงจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (Pilot implementation) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในระยณะนี้ ประกอบด้วย

1.1 การคัดเลือกอำเภอฟื้นที่นำร่อง 2 แห่ง คือ อำเภอเซกา ซึ่งตัวแทนอำเภอขนาดใหญ่ ปัญหาอุบัติเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูง และอำเภอบุ่งคล้า ที่ตัวแทนอำเภอขนาดเล็ก ปัญหาอุบัติเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตน้อยกว่า โดยอ้างอิงเกณฑ์การคัดเลือกและข้อมูลสนับสนุนจากระยะที่ 1

1.2 การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างทักษะและความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในการนำรูปแบบฯ และกระบวนการหรือเครื่องมือใหม่ไปใช้

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในระยณะ นี้ คือ บุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดที่ปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมในกระบวนการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนภายใต้กลไก พขอ. ในพื้นที่อำเภอนำร่อง 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง และมีบทบาทในการนำ “ร่างรูปแบบฯ” ไปใช้ในพื้นที่นำร่องทั้งสองแห่ง ประกอบด้วย คณะกรรมการ พขอ. และ/หรือ คณะทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน หรือคณะทำงานฯ ที่จัดตั้งขึ้นตามรูปแบบฯ ในอำเภอเซกาและอำเภอบุ่งคล้า จำนวน 5-7 คนต่ออำเภอ ตัวแทนชุมชน/อาสาสมัครเป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) หรือตัวแทนภาคประชาชนอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ในกิจกรรมที่ พขอ. ขับเคลื่อนตามรูปแบบฯ เช่น การสำรวจจุดเสี่ยง การรณรงค์ การเฝ้าระวังในชุมชน จำนวน 3-5 คนต่ออำเภอ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยณะที่ 3 (R2) ประกอบด้วย แบบสังเกตการณ์

แนวคำถามสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานระหว่างทดลองแบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบ ความสอดคล้องระหว่างเครื่องมือแต่ละชนิด กับวัตถุประสงค์และกรอบการวิจัยระยะที่ 3 ความชัดเจนของภาษาและความหมายของข้อคำถาม/รายการสังเกต ความครอบคลุมของประเด็นที่ต้องการศึกษา และความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่ม และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกันภายในทีม

2) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ นำร่างเครื่องมือ ที่ผ่านการทบทวนภายในทีมแล้ว เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการศึกษาการนำไปปฏิบัติ จำนวน 2 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมบางท่านจากระยะที่ 2) แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงเครื่องมือเพิ่มเติม

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบฯ (ประมาณ 6-8 เดือน) อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยเน้นเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสนับสนุน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดในระยณะที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จะถูกนำมาวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะเบื้องต้น โดยมีแนวทางการวิเคราะห์ ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) หรือการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative content analysis) เป็นแนวทางหลักในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยมีขั้นตอนคล้ายกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยณะที่ 1 แต่จะเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ “กระบวนการนำไปปฏิบัติ”

6.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่นำร่อง เมื่อได้แผนสาระ/หมวดหมู่จากการวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละอำเภอแล้ว จะทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง อำเภอเซกา และ อำเภอทุ่งคล้า เพื่อระบุมความเหมือนและความแตกต่างในกระบวนการนำรูปแบบฯ ไปใช้, ปัญหาที่พบ, ปัจจัยสนับสนุน, และข้อเสนอแนะ ระหว่างสองอำเภอที่มีบริบทต่างกัน

ระยะที่ 4 การพัฒนา/ประเมินผล (D2/E) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์ (พฤษภาคม 2568 - ตุลาคม 2568)

1. รูปแบบการวิจัย

ระยะนี้เป็นการวิจัยที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) และการพัฒนาขั้นสุดท้ายของรูปแบบฯ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed methods research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในระยะที่ 4 นี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก คือ

1) กลุ่มประชากรในพื้นที่นำร่อง คือ บุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดที่ได้ปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมในกระบวนการทดลองใช้ “ร่างรูปแบบฯ” ในระยะที่ 3 ณ อำเภอเซกา และ อำเภอทุ่งคล้า

2) กลุ่มประชากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในวงกว้าง คือ ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (รวมถึงอำเภอที่ไม่ได้เป็นพื้นที่นำร่อง) ที่มีบทบาทหรือความสนใจในการพัฒนากลไก พขอ. และการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดบึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้จะเน้นไปที่การเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผลและการรับฟังข้อเสนอแนะสุดท้าย โดยแบ่งตามกิจกรรม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลประเมินผลหลังการทดลองใช้ (Post-pilot evaluation) กลุ่มนี้คือกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดิมจากระยะที่ 3 ที่ได้มีประสบการณ์โดยตรงกับการนำ “ร่างรูปแบบฯ” ไปปฏิบัติในอำเภอเซกา และอำเภอทุ่งคล้า ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมเวที

จำนวน 30 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกผู้ที่มีบทบาท ความรับผิดชอบหรือความสนใจที่เกี่ยวข้องโดยตรง และส่งหนังสือเชิญอย่างเป็นทางการ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1.1) เกณฑ์คัดเข้า/คัดออก (กลุ่มประเมินผล) ใช้เกณฑ์คล้ายกับระยะที่ 3 แต่เน้นว่าต้องเป็นผู้ที่ได้ผ่านประสบการณ์ การทดลองใช้รูปแบบฯ มาแล้ว และยินดีให้ข้อมูลประเมินผล/ข้อเสนอแนะสุดท้าย

1.2) เกณฑ์คัดเข้า/คัดออก (เวทีสรุปผล) พิจารณาจากบทบาทหน้าที่ ความเกี่ยวข้องและความสะดวกในการเข้าร่วมประชุมตามที่ได้รับเชิญ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 4 (D2/E) นี้ มุ่งเน้นการประเมินผล การทดลองใช้ “ร่างรูปแบบฯ” จากมุมมองของผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงในพื้นที่นำร่อง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินผลรูปแบบหลังการทดลองใช้

เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพจากผู้เข้าร่วมทดลองใช้ ในมิติต่าง ๆ ได้แก่ ประสิทธิภาพที่รับรู้ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ การยอมรับและความพึงพอใจ และศักยภาพด้านความยั่งยืน ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสำรวจที่พัฒนาต่อยอดจากแบบสำรวจในระยะที่ 1 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลยืนยันผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลที่รับรู้ของรูปแบบ

ส่วนที่ 3 การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 การประเมินการยอมรับและความพึงพอใจ

ส่วนที่ 5 การประเมินศักยภาพด้านความยั่งยืน (ส่วนที่ 2 - ส่วนที่ 5 ใช้ Rating scale 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด)

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะสุดท้าย

3.2 แนวคำถามสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มหลังการทดลอง เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับผลการประเมิน ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดเห็นรวบรวมบทเรียนจากความสำเร็จและอุปสรรค

รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา “รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์” และ “คู่มือการนำไปใช้” ผู้วิจัยใช้เครื่องมือเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มคำถามมุ่งเน้นการสะท้อนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมได้แก่ ประโยชน์และส่วนที่ประทับใจจากการใช้รูปแบบฯ ปัญหาและความท้าทายที่พบ แนวทางแก้ไข การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบและเครื่องมือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จและความยั่งยืน รวมถึงแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น โดยอาจมีคำถามเพิ่มเติมตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่ครอบคลุม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำ “ร่างแบบประเมินผลฯ” เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try-out) โดยนำ “ร่างแบบประเมินผลฯ” ฉบับที่ผ่านการปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง แต่ไม่ได้เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบฯ โดยตรง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง นำข้อมูลเฉพาะส่วนที่เป็น Rating scale (ส่วนที่ 2-5) มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งรายด้านและภาพรวม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 เกณฑ์การยอมรับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป หากต่ำกว่า พิจารณาปรับปรุงหรือตัดข้อคำถามที่มีปัญหาออก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลประเมินผลจากพื้นที่นำร่อง ดำเนินการหลังจากสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบฯ ในระยะที่ 3 วิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิธีแบบผสม (Mixed methods) ดังนี้

1.1 การเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินผลฯ จัดส่ง “แบบประเมินผลรูปแบบหลังการทดลองใช้” ฉบับสมบูรณ์ให้ ดำเนินการตามขั้นตอนการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม

1.2 การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือ การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิมบางส่วน หรือจัดกลุ่มสนทนา เพื่อดำเนินการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม โดยใช้ “แนวคำถามสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มหลังการทดลอง” ฉบับสมบูรณ์

2. การจัดเวทีสรุปผลและรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดขึ้น หลังจาก ได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากการเก็บข้อมูลประเมินผลจากพื้นที่นำร่อง ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดในระยะที่ 4 จะถูกนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ในภาพรวม และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์ โดยมีแนวทางการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (จากแบบประเมินผลรูปแบบฯ) ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัส และนำเข้าข้อมูลสู่โปรแกรมทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย (M), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2.2 การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง จากอำเภอเซกากับอำเภอนุ่งคล้า โดยใช้ Independent Samples t-test หรือ One-way ANOVA เพื่อทดสอบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับการประเมิน หรือไม่ ซึ่งจะช่วยยืนยันผลการเปรียบเทียบที่เห็นจากสถิติเชิงพรรณนา

2.2.1 เปรียบเทียบก่อน-หลัง วัดประเมินบางประเด็นการรับรู้บทบาท ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน) ด้วยข้อคำถามเดียวกันหรือคล้ายกัน ใน ระยะที่ 1 และใน ระยะที่ 4 โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test เพื่อทดสอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มหลังทดลอง, คำถามปลายเปิดในแบบประเมินผลฯ, และเวทีสรุปผล)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ รหัส BKPH 2024-050 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาгло พขอ. เพื่อป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนน

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดบึงกาฬ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) พบว่า ปี พ.ศ. 2566 จังหวัดบึงกาฬมีผู้เสียชีวิตสูงสุด จำนวน 92 ราย หรือ 21.58 ต่อประชากรแสนคน เทียบกับ 73 ราย (17.12) ในปี พ.ศ. 2565 และ 89 ราย (20.90) ในปี พ.ศ. 2564 สำหรับผู้บาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนสูงสุดเช่นกัน คือ 4,318 ราย หรือ 1,012.73 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ปี พ.ศ. 2565 และ 2564 มีจำนวน 4,011 ราย (940.84) และ 4,152 ราย (975.11) ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดบึงกาฬยังคงมีความรุนแรงและควรได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง

1.2 บทบาท ศักยภาพ ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาгло พขอ. จากมุมมองของคณะกรรมการและผู้แทน

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดบึงกาฬ โดยพบมากที่สุดจากอำเภอเซกา (ร้อยละ 15.9) รองลงมาคืออำเภอเมืองบึงกาฬ (ร้อยละ 14.5) และน้อยที่สุดจากอำเภอนากลาง (ร้อยละ 7.2) ส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงานด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 34.8) รองลงมาคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 18.8) และฝ่ายปกครอง (ร้อยละ 17.4)

ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 62.3) รองลงมาคือผู้บริหารระดับอำเภอ/หน่วยงาน (ร้อยละ 21.7) และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ/ตัวแทนชุมชน (ร้อยละ 15.9) โดยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับ พขอ. หรืออุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 3.71 ปี (S.D. = 2.25) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1-3 ปี (ร้อยละ 36.2) รองลงมาคือ 3-5 ปี (ร้อยละ 30.4)

1.2.2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานปัจจุบันของ พขอ. ด้านการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนน ผลการประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ พขอ. พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.95, S.D. = 0.65) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุอย่างเป็นรูปธรรม (ค่าเฉลี่ย = 3.51, S.D. = 0.91) รองลงมาคือ การประสานงานและทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาคีผ่านกลไก พขอ. (ค่าเฉลี่ย = 3.45, S.D. = 0.95) ซึ่งอยู่ในระดับมากขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (งบประมาณและบุคลากร) อย่างเพียงพอ (ค่าเฉลี่ย = 2.41, S.D. = 0.96) และการประเมินผลความสำเร็จหรือผลกระทบของกิจกรรม/มาตรการ (ค่าเฉลี่ย = 2.55, S.D. = 1.03) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานของ พขอ. มีจุดแข็งด้านการมีส่วนร่วมและการประสานงาน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการติดตามประเมินผล

1.2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของ พขอ. ด้านการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนน ผลการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของ พขอ. โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.82, S.D. = 0.63) โดยปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อจำกัดด้านงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรม/มาตรการ (ค่าเฉลี่ย = 4.31, S.D. = 0.79) รองลงมาคือข้อจำกัดด้านบุคลากร (ค่าเฉลี่ย = 4.26, S.D. = 0.81) นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านการขาด

แผนงานหรือแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน (ค่าเฉลี่ย = 4.15, S.D. = 0.85) และการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคี (ค่าเฉลี่ย = 4.05, S.D. = 0.88) อยู่ในระดับมาก ขณะที่ข้อจำกัดด้านอำนาจตามกฎหมายของ พชอ. และข้อจำกัดจากระเบียบ/ข้อกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.28 และ 3.33 ตามลำดับ) สะท้อนว่าประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาคือด้านทรัพยากร บุคลากร และระบบการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบและผลการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (ผลจากระยะที่ 2: D1)

2.1 ร่างรูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พชอ. จังหวัดบึงกาฬ ร่างรูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พชอ. จังหวัดบึงกาฬ ที่พัฒนาขึ้น สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบหลักได้ดังแผนภาพที่ 4.1 และมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 โครงสร้าง (Structure) เสนอให้มีการจัดตั้ง “คณะทำงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ” เป็นกลไกขับเคลื่อนหลักภายใต้ พชอ. โดยมีองค์ประกอบจากภาคีที่เกี่ยวข้องโดยตรง และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดการทำงานที่ลงลึกและต่อเนื่อง

2.1.2 กระบวนการทำงาน (Process) นำเสนอกระบวนการทำงานที่เป็น วงจรต่อเนื่อง (PDCA) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล (Plan) เพื่อวางแผนบนฐานข้อเท็จจริง, 2) การดำเนินงานตามแผน (Do) ผ่านการประสานงานของภาคี, 3) การติดตามผล (Check) เพื่อประเมินความก้าวหน้า, และ 4) การนำผลมาปรับปรุง (Act) เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

2.1.3 กรอบกิจกรรม/มาตรการ (Activities/Interventions) กำหนด กรอบของกิจกรรม/มาตรการ ที่ พชอ. สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละอำเภอ โดยเน้น

มาตรการที่ บูรณาการทั้งด้านวิศวกรรม (Engineering), การให้ความรู้ (Education), และการบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) เครื่องมือสนับสนุน (Supporting tools) ได้พัฒนาร่างเครื่องมือสนับสนุน 2 ส่วนหลัก คือ 1) ร่างคู่มือการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่อธิบายทุกขั้นตอนอย่างละเอียด และ 2) ชุดแบบฟอร์มที่จำเป็น (เช่น แบบฟอร์มสรุปข้อมูล, แม่แบบแผนปฏิบัติการ) เพื่อช่วยให้การทำงานเป็นมาตรฐานและสะดวกขึ้น

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่นำร่อง (ผลจากระยะที่ 3: R2)

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ “ร่างรูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พชอ.ฯ” ในพื้นที่นำร่อง 2 แห่ง คือ อำเภอเซกา และ อำเภอทุ่งคล้า ตลอดระยะเวลา 6 เดือน (ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - เมษายน 2568) โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมผ่านการสังเกตการณ์, การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงาน, และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง, ปัจจัยสนับสนุน, ปัญหาอุปสรรค, และบทเรียนที่เกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

3.1 ปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลให้การดำเนินงานตามรูปแบบฯ เป็นไปอย่างราบรื่น (Facilitating factors) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมตลอดระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบฯ ในพื้นที่นำร่องทั้งสองแห่ง พบว่ามีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญหลายประการที่เอื้อให้การนำรูปแบบไปปฏิบัติสามารถเริ่มต้นและขับเคลื่อนไปได้ แม้จะมีความท้าทายอยู่บ้างก็ตาม โดยปัจจัยที่เด่นชัดที่สุดซึ่งได้รับการยืนยันจากข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์การประชุม และบันทึกภาคสนาม คือ ภาวะผู้นำที่เข้มแข็งของผู้บริหารระดับอำเภอ และ ความชัดเจนของโครงสร้างและเครื่องมือที่รูปแบบฯ กำหนด

3.1.1 ภาวะผู้นำที่ให้ความสำคัญและการขับเคลื่อนโดยประธาน พขอ. (นายอำเภอ)
บทบาทของนายอำเภอในฐานะประธาน พขอ. และผู้อำนวยการ ศปอ.อำเภอ ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยชี้ขาดที่สำคัญที่สุดในการสร้างการยอมรับและกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง ในอำเภอที่นายอำเภอให้ความสำคัญและเข้าร่วมประชุมคณะทำงานฯ อย่างสม่ำเสมอ บรรยากาศการทำงานจะมีความกระตือรือร้นและการมอบหมายงานมีความชัดเจน สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำไม่ได้เป็นเพียงสัญลักษณ์ แต่เป็นการแสดงออกผ่านการปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยเร่งรัดการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาการประสานงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2. ความชัดเจนของโครงสร้างและเครื่องมือที่ได้จากรูปแบบฯ ปัจจัยสนับสนุนสำคัญคือ “รูปแบบฯ” ที่ช่วยกำหนดโครงสร้างและทิศทางการดำเนินงานให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการจัดตั้งคณะทำงานย่อยจากผู้ปฏิบัติงานโดยตรง รวมถึงการมีคู่มือและแบบฟอร์มมาตรฐาน ซึ่งช่วยลดความซับซ้อนและสนับสนุนให้การทำงานเป็นระบบมากขึ้น ผู้เข้าร่วมการทดลองเห็นว่ากรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นประโยชน์อย่างมาก นอกจากนี้ การทบทวนรายงานการประชุมคณะทำงานฯ ของทั้งสองอำเภอพบว่า มีการนำแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดจากคู่มือมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้จริง และช่วยให้การขับเคลื่อนงานของกลไก พขอ. มีเป้าหมายและทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น

3.1.3 ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการนำรูปแบบไปปฏิบัติ (Barriers and challenges) แม้ว่าการทดลองใช้รูปแบบฯ จะมีปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนในเบื้องต้น แต่ในทางปฏิบัติยังคงเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคเชิงโครงสร้างและกระบวนการที่สำคัญหลายประการ ซึ่งเป็นความท้าทายที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกันในพื้นที่นำร่องทั้งสองแห่ง และเป็น

ข้อมูลสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับปรุงรูปแบบให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสูงขึ้น โดยอุปสรรคที่เด่นชัดที่สุดสามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) ข้อจำกัดด้านภาระงานและเวลาของบุคลากร
- 2) ความยุ่งยากในการบูรณาการข้อมูลและการขาดทักษะในการวิเคราะห์
- 3) ข้อจำกัดด้านงบประมาณและเวลาต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่นำร่อง (อำเภอเชกา และ อำเภอบุงคล้า)

การเปรียบเทียบการดำเนินงานระหว่างอำเภอเชกา ซึ่งเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่และมีความซับซ้อน กับอำเภอบุงคล้า ซึ่งเป็นพื้นที่ขนาดเล็กและมีความใกล้ชิดกับชุมชน ช่วยสะท้อนความยืดหยุ่นและข้อจำกัดของรูปแบบฯ เมื่อนำไปใช้บริบทที่แตกต่างกันด้านการยอมรับรูปแบบฯ พบว่าทั้งสองพื้นที่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว แต่อำเภอบุงคล้าสามารถปรับตัวและสื่อสารภายในเครือข่ายได้รวดเร็วกว่า ขณะที่อำเภอเชกามีข้อจำกัดจากจำนวนภาคีที่มากและโครงสร้างงานที่ซับซ้อน ด้านการจัดการข้อมูล อำเภอเชกามีความท้าทายในการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ส่วนอำเภอบุงคล้ารวบรวมข้อมูลได้ง่ายกว่าแต่ขาดบุคลากรที่มีทักษะวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ด้านการทำงานของคณะทำงานย่อย พบว่าอำเภอเชกามีระบบประชุมตามรูปแบบชัดเจน แต่ติดตามงานต่อเนื่องได้ยาก ขณะที่อำเภอบุงคล้าใช้การสื่อสารออนไลน์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบุงคล้าสามารถดึงอาสาสมัครและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากกว่า ส่วนอำเภอเชกายังเน้นการมีส่วนร่วมผ่านผู้นำเป็นหลัก ปัญหาหลักของอำเภอเชกาได้แก่ การประสานงานระหว่างหน่วยงานและภาระงานของบุคลากร ขณะที่อำเภอบุงคล้าพบข้อจำกัดด้านทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและงบประมาณสำหรับกิจกรรมเชิงรุก

3.3 สรุปผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 3

โดยสรุป ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ระยะที่ 3 พบว่า ร่างรูปแบบฯ มีศักยภาพในการพัฒนาการดำเนินงานของ พชอ. ให้มีระบบและใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ภาระงานของบุคลากรและการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน บริบทของพื้นที่ส่งผลต่อการนำรูปแบบไปใช้ โดยอำเภอเซกา ซึ่งมีขนาดใหญ่และซับซ้อน สามารถดำเนินงานตามโครงสร้างทางการได้ดี แต่มีความท้าทายด้านการประสานงานและภาระงาน ขณะที่อำเภอบึงคล้าซึ่งมีขนาดเล็ก สามารถใช้ความใกล้ชิดของเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะและทรัพยากร ข้อมูลดังกล่าวเป็นปัจจัย

สำคัญสำหรับการปรับปรุงรูปแบบฯ ให้มีความสมบูรณ์และยืดหยุ่นต่อการนำไปใช้ในวงกว้าง

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินรูปแบบและข้อเสนอแนะสุดท้าย (ผลจากระยะที่ 4: D2/E)

ในส่วนสุดท้ายนี้ จะนำเสนอผลการประเมิน “ร่างรูปแบบฯ” หลังสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องอำเภอเซกาและอำเภอบึงคล้า โดยเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่รวบรวมจากผู้มีประสบการณ์ตรง เพื่อประเมินผลลัพธ์ในมิติต่าง ๆ และรวบรวมข้อเสนอแนะสำคัญสำหรับการปรับปรุงรูปแบบฯ ให้เป็นฉบับสมบูรณ์ (ดังรูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 องค์ประกอบรูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนน ด้วยกลไก พชอ. จังหวัดบึงกาฬ ฉบับสมบูรณ์

สรุปผล การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะการอภิปรายผล

1. วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ประเมินบทบาท ศักยภาพ และข้อจำกัดในปัจจุบันของกลไก พชอ. และสำรวจความต้องการและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดบึงกาฬ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในระยะที่ 1 ยืนยันว่าจังหวัดบึงกาฬกำลังเผชิญกับปัญหาที่รุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับ

สถานการณ์ระดับประเทศ³ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2566 ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 21.58 ต่อประชากรแสนคน (บทที่ 4, ตารางที่ 4.1) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 ที่ต้องการลดให้ต่ำกว่า 12 คนต่อประชากรแสนคน⁴ อย่างมีนัยสำคัญ และยังสะท้อนถึงการกระจุกตัวของปัญหาในอำเภอขนาดใหญ่อย่างอำเภอเมืองบึงกาฬและอำเภอเซกา (บทที่ 4, ตารางที่ 4.2) ซึ่งบ่งชี้ความจำเป็นในการมีกลไกจัดการระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ สำหรับ

บทบาทและศักยภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผลการวิจัยพบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นและมองว่า พชอ. มีศักยภาพสูงในการเป็นกลไกหลักเพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการประสานงานภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย (ค่าเฉลี่ย = 4.41) และบทบาทของนายอำเภอในฐานะประธาน (ค่าเฉลี่ย = 4.68) ซึ่งได้รับการประเมินในระดับมากที่สุด (บทที่ 4, ตารางที่ 4.4) ผลการค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New public management) และหลักการกระจายอำนาจ ที่เน้นการบูรณาการการทำงานแบบพหุภาคี (Multi-sectoral collaboration) ในระดับพื้นที่⁵ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รังสรรค์ ศรีธรรม (2566) และ สุคนธ์ ทิพย์บุญแดง และ กาญจนา เลิศวุฒิ และคณะ (2561) ที่ชี้ว่ากลไกความร่วมมือระดับพื้นที่เป็นหัวใจสำคัญในการจัดการปัญหาที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ได้เผยให้เห็นถึง “ช่องว่าง” ที่สำคัญระหว่าง “ศักยภาพที่คาดหวัง” กับ “การปฏิบัติจริง” โดยพบว่าการดำเนินงานปัจจุบันของ พชอ. ด้านอุบัติเหตุกลับอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยรวม = 2.95) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำข้อมูลมาใช้ (ค่าเฉลี่ย = 2.81), การวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ (ค่าเฉลี่ย = 2.75), และการประเมินผล (ค่าเฉลี่ย = 2.55) (บทที่ 4, ตารางที่ 4.5) ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคเชิงโครงสร้างและกระบวนการที่ชัดเจน โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร การขาดแผนงานที่เป็นระบบ และปัญหาการบูรณาการข้อมูล (บทที่ 4, ตารางที่ 4.6 และข้อคิดเห็นเพิ่มเติม) ซึ่งประเด็นนี้แตกต่างจากทฤษฎีโดมิโนที่เน้นแก้ไขการกระทำที่ไม่ปลอดภัย แต่ผลวิจัยชี้ว่าปัญหาฝังลึกในระดับ “ระบบ” สอดคล้องกับโมเดลสวิสชีส์⁶ ที่มองว่าอุบัติเหตุเกิดจากความล้มเหลวเชิงระบบที่ซ้อนกันอยู่หลายชั้น นอกจากนี้ มุมมองเชิงลึกจากผู้ปฏิบัติงานที่ระบุว่าการทำงาน

มักเป็นลักษณะ “ต่างคนต่างทำ” และ “ไฟไหม้ฟาง” นอกช่วงเทศกาล (บทที่ 4, 1.3.1) ยังตอกย้ำถึงการขาดกลไกติดตามงานที่ชัดเจน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่พบเช่นเดียวกับในงานวิจัยของ เบญจมาภรณ์ ศิริโสม (2566) ดังนั้น ความต้องการเร่งด่วนที่สุดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงเป็นการมี “รูปแบบการทำงาน (Model) ที่ชัดเจน” (ค่าเฉลี่ย = 4.55) พร้อมการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (ค่าเฉลี่ย = 4.48) การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ (ค่าเฉลี่ย = 4.61) และการเสริมสร้างภาวะผู้นำที่ต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย = 4.51) (บทที่ 4, ตารางที่ 4.7 และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม) ซึ่งทั้งหมดนี้ยืนยันถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการวิจัยและพัฒนา “รูปแบบ” การทำงานที่เป็นระบบ เพื่อเติมเต็มช่องว่างและเพิ่มขีดความสามารถให้กลไก พชอ. สามารถขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุได้อย่างเต็มศักยภาพในระยะต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไก พชอ. จังหวัดบึงกาฬ ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ โครงสร้าง กระบวนการดำเนินงาน และเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ซึ่งชี้ชัดถึงช่องว่างระหว่างศักยภาพที่คาดหวังและการปฏิบัติจริงของกลไก พชอ. การวิจัยในระยะที่ 2 จึงได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างและกระบวนการดังกล่าว โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน คือ โครงสร้าง, กระบวนการทำงาน, กรอบกิจกรรม/มาตรการ, และเครื่องมือสนับสนุน (บทที่ 4, ภาพที่ 4.1) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนารูปแบบ ที่ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบครบถ้วนและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ การเสนอให้จัดตั้ง “คณะกรรมการด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ” เป็นกลไกขับเคลื่อนหลักภายใต้ พชอ. ถือเป็นการตอบสนองต่อปัญหา “การขาดเจ้าภาพ” ที่ชัดเจนและ “การทำงานแบบต่างคนต่างทำ” ที่พบในการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นปัญหาที่

พบเช่นเดียวกันในงานวิจัยเชิงคุณภาพของ เบ็ญจมาภรณ์ ศิริโสเม (2566) ที่ระบุว่า การขาดกลไกติดตามงานทำให้การขับเคลื่อนไม่ต่อเนื่อง การกำหนดโครงสร้างนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการทำงานแบบพหุภาคี ที่เน้นการสร้างเวทีทำงานร่วมกันของภาคที่เกี่ยวข้องโดยตรง⁷ โดยผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญให้การยอมรับองค์ประกอบด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.32) (บทที่ 4, ตารางที่ 4.8) พร้อมข้อเสนอแนะให้เพิ่มบทบาท อปท. และภาคประชาสังคมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น (บทที่ 4, 2.2.3) ซึ่งเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามที่ระบุไว้ในงานวิจัยของ ภัชรา ธาตาวชิรธนภัทร (2562) ในส่วนของกระบวนการทำงาน การนำวงจร PDCA มาเป็นกรอบหลัก โดยเน้นขั้นตอนการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการวางแผน (Plan) ถือเป็นหัวใจสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเป็นจุดแข็งที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นพ้องต้องกันมากที่สุด (บทที่ 4, 2.2.3) การเน้นย้ำการทำงานที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูลนี้ สอดคล้องอย่างยิ่งกับหลักการของระบบที่ปลอดภัย (Safe system approach) ซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจบนฐานข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์⁸ และยังเป็น การตอบสนองโดยตรงต่อปัญหาการบูรณาการข้อมูลที่พบในการวิจัยระยะที่ 1 และในบริบทอื่นๆ ของประเทศไทย⁹ โดยกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนร่วมกันได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.45) (บทที่ 4, ตารางที่ 4.8) สะท้อนให้เห็นถึงความถูกต้องตามหลักการและความเหมาะสมของกระบวนการที่นำเสนอ สำหรับกรอบกิจกรรม/มาตรการที่เน้นการบูรณาการทั้งด้านวิศวกรรม, การให้ความรู้, และการบังคับใช้กฎหมาย และเครื่องมือสนับสนุนที่ประกอบด้วยคู่มือและชุดแบบฟอร์ม ก็เป็นไปตามหลักการวิจัยและพัฒนาที่ต้องสร้างผลผลิตที่จับต้องได้และนำไปปฏิบัติได้จริง¹⁰ โดยผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการปรับปรุงคู่มือให้เข้าใจง่ายและเพิ่มแผนภาพ

(บทที่ 4, 2.2.3) ซึ่งตรงกับหลักการออกแบบนวัตกรรมที่ต้องคำนึงถึงผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง โดยสรุป ร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.26) (บทที่ 4, ตารางที่ 4.8) ซึ่งชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นจากการสังเคราะห์ปัญหาและความต้องการในพื้นที่ มีความสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการและมีความพร้อมในระดับสูงที่จะนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป

3. การศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไกของ พขอ. ที่พัฒนาขึ้น ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ในพื้นที่นำร่อง 2 แห่ง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับการดำเนินงานของกลไก พขอ. ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยผลลัพธ์สำคัญไม่ได้อยู่ที่การลดจำนวนผู้เสียชีวิตในระยะสั้น แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการ ได้แก่ การจัดตั้งคณะทำงานย่อย การมีเวทีหารือด้านอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง และการใช้ข้อมูลเป็นฐานในการวางแผน (Data-driven approach) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบความปลอดภัย (Safe system approach) และการประยุกต์ใช้วงจร PDCA ในการดำเนินงาน ผลเชิงปริมาณสนับสนุนผลดังกล่าว โดยผู้เข้าร่วมประเมินประสิทธิผลที่รับรู้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.18) และการยอมรับ/ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.35) เนื่องจากรูปแบบฯ ช่วยให้การดำเนินงานมีทิศทางและความชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มิติความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แม้อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.65) โดยมีข้อจำกัดหลัก ได้แก่ ภาระงานของบุคลากร การบูรณาการข้อมูล งบประมาณ และความต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน การเปรียบเทียบระหว่างอำเภอเฮกษาและอำเภอบึงคล้าสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ โดยอำเภอขนาดเล็กสามารถใช้ความใกล้ชิดของเครือข่ายและช่องทางสื่อสารไม่เป็นทางการได้ดี ขณะที่อำเภอ

ขนาดใหญ่มีศักยภาพด้านโครงสร้างการทำงาน แต่มีข้อจำกัดด้านการประสานงานและภาระงาน ดังนั้น รูปแบบฉบับสมบูรณ์ควรประกอบด้วย โครงสร้างหลักที่ชัดเจนควบคู่กับความยืดหยุ่นในการนำไปใช้ เช่น การปรับรูปแบบการประชุม และการสนับสนุนการบูรณาการทรัพยากร เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และเพื่อการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดบึงกาฬ และพื้นที่อื่น พบว่าการทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนนต่อเนื่อง ไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามหลังการประชุม ผู้วิจัยเสนอให้จัดตั้ง “คณะทำงานย่อยด้านอุบัติเหตุทางถนน” ที่มีผู้ปฏิบัติงานโดยตรง และแต่งตั้ง “เจ้าหน้าที่ประสานงานกลาง” (เช่น จนท. สสอ. หรือฝ่ายปกครอง) เพื่อกำกับติดตามและประสานภาคีอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นระบบและเห็นผลชัดเจนในพื้นที่

1.2 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) พบว่าบุคลากรยังขาดทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุและเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างอำเภอ ควรให้ สสจ. จัดอบรมและฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุและวางแผนป้องกัน, ผลักดันให้ สสอ. ใช้ “ชุดข้อมูลกลางขั้นต่ำ” ในการประชุม พชอ. และจัด เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างอำเภออย่างน้อยปีละครั้ง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 สำหรับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน แม้มีความร่วมมือช่วงเทศกาล แต่ในภาวะปกติยังต่างคนต่างทำ ควรใช้ “คณะทำงานด้านอุบัติเหตุของ พชอ.” เป็นเวทีกลางแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมวิเคราะห์ โดยส่งผู้แทนที่

มีอำนาจเข้าร่วมประชุมสม่ำเสมอ และนำมติไปผลักดันเป็นแผนงานของหน่วยงานตนเอง เพื่อสร้างการทำงานแบบบูรณาการต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Thailand. ข้อมูลเบื้องต้นด้านความปลอดภัยทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: World Health Organization Thailand; [ม.ป.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/roadsafety/1-rs-basic-fact-th.pdf?sfvrsn=32ceff6e_2
2. กรมทางหลวง, สำนักอำนวยการความปลอดภัย. รายงานสรุปข้อมูลอุบัติเหตุบนทางหลวง ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมทางหลวง; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://bhs.doh.go.th/files/accident/66/report_accident_2566.pdf
3. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://trsl.thairoads.org/FileUpload/1641/170201001641.pdf>
4. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.). การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.roadsafetythai.org/edoc/doc_20221108120901.pdf

5. สถาบันพระปกเกล้า. การบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%>
6. กรมควบคุมโรค. กองป้องกันการบาดเจ็บ. นิยามการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1359020221215035948.pdf>
7. อรรรรณ ปิ่นประเสริฐ. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของสถานศึกษาในจังหวัดนครนายก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <http://ir-thesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2482/1/gs641130225.pdf>
8. กรมควบคุมโรค. แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 (ฉบับย่อ) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3427420230523063416.pdf>
9. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร (สนข.). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงคมนาคม; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2566-11/RoadAccidentAna2565_final.pdf
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) และการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/1.4.pdf>

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้การระบายสีตามตัวเลขมานดาลาต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จังหวัดมหาสารคาม

ศิริลักษณ์ ศิลาลิ¹, พิชรี แวงวรรณ², เนาวรัตน์ สิงห์สนั่น², วราภรณ์ ก้อนคำ¹, วราภรณ์ อินทวงศ์¹, วิชุดา ชะเทียนรัมย์¹,
วิศิษฐ์ โพธิ์ไชยหล้า¹, ศรัญญา เพิ่มผล¹, ศศิประภา พลดี¹, ศศิพร ปักการะโต¹, ศิริยุธ ศรีจุลฮาด¹, ศิวาพร สวัสดิ์เอื้อ¹,
ศุภาวรรณ แมลงผึ้ง¹, สรिता จุมคำตา¹, สิตานันท์ งามเสริม¹, สิริววรรณ หล้าคำสอน¹

(วันที่รับบทความ: 21 พฤษภาคม 2569; วันที่แก้ไข: 25 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 29 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ One-group pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้การระบายสีตามตัวเลขต่อความว่าเหว และเพื่อเปรียบเทียบระดับความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจังหวัดมหาสารคามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 29 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้การระบายสีตามตัวเลขมานดาลา จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมง รวม 10 ครั้ง ภายในระยะเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความว่าเหว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีระดับความว่าเหวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 56.24, S.D. = 7.68 และ Mean = 41.10, S.D. = 5.66 ตามลำดับ; $p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้การระบายสีตามตัวเลขมานดาลามีประสิทธิผลในการลดความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้แบบแผนกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มควบคุม ผู้อ่านควรตีความผลด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้ โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความว่าเหว, ศิลปะบำบัด, ระบายสีตามตัวเลข, บ้านพักคนชรา

¹ นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sirilak24158@gmail.com, warapornkonkham2647@gmail.com, va28012548@gmail.com, menazaza24@gmail.com, kumamajennie@gmail.com, noonsarunya82@gmail.com, sasiprapapoldee@gmail.com, love5358993@gmail.com, siranthorn08@gmail.com, siraporn200412@gmail.com, suphawan287@gmail.com, first.joom@gmail.com, sitananngamsort@gmail.com, sirawann2004@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: patcharee1@smnc.ac.th, naovarat@smnc.ac.th

Corresponding author: พิชรี แวงวรรณ, E-mail: patcharee1@smnc.ac.th

The Effects of a Group Art Therapy Program Using Paint-by-number Mandala on Loneliness among Older Adults in a Nursing Home in Mahasarakham Province

Sirilak Silaloed¹, Patcharee Wangwan², Naovarat Singsanun², Waraporn Konkham¹, Waraphon Intharawong¹, Witchuda Chatienram¹, Wisit Phochaila¹, Sarunya Phoemphon¹, Sasiprapha Poldee¹, Sasiporn Pakkarato¹, Siranthorn Srijunhad¹, Siwaphon Sawatauea¹, Suphawan Malaengphueng¹, Sarita Joomkumta¹, Sitanan Ngamsoert¹, Sirawan Lakhamson¹

(Received: 21st May 2026; Revised: 25th June 2026; Accepted: 29th July 2026)

Abstract

This quasi-experimental study, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of a group art therapy program using paint-by-number mandala techniques on loneliness, and to compare levels of loneliness among older adults residing in a nursing home in Mahasarakham Province before and after participation in the program. The sample consisted of 29 older adults selected through Purposive sampling. The intervention was a group art therapy program using paint-by-number mandala activities, conducted twice a week for 1-1.5 hours per session, totaling 10 sessions over a five-week period. Data were collected using a personal information questionnaire and a loneliness assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, percentage, and standard deviation) and a Paired t-test.

The results revealed that after participating in the program, the older adults demonstrated a statistically significant reduction in loneliness compared with baseline (Mean = 56.24, S.D. = 7.68 and Mean = 41.10, S.D. = 5.66, respectively; $p < 0.001$). These findings suggest that the group art therapy program using paint-by-number mandala techniques is effective in reducing loneliness among older adults living in a nursing home.

However, as this study employed a single-group design without a Control group, the findings should be interpreted with caution. Nevertheless, the program may be suitably applied as a mental health promotion activity for older adults.

Keywords: Older adult, Loneliness, Art therapy, Paint-by-numbers, Nursing home

¹ Student, Bachelor of Nursing Science, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: sirilak24158@gmail.com, warapornkonkham2647@gmail.com, va28012548@gmail.com, menazaza24@gmail.com, kumamajennie@gmail.com, noonsarunya82@gmail.com, sasiprapapoldee@gmail.com, love5358993@gmail.com, siranthorn08@gmail.com, siraporn200412@gmail.com, suphawan287@gmail.com, first.joom@gmail.com, sitananngamsoert@gmail.com, sirawann2004@gmail.com

² Lecturers, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: patcharee1@smnc.ac.th, naovarat@smnc.ac.th

Corresponding author: Patcharee Wangwan, E-mail: patcharee1@smnc.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.44 ของประชากรทั้งประเทศ¹ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนี้นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะ สุขภาพจิต กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเสื่อมถอยทางร่างกาย และการสูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น คู่สมรสหรือเพื่อนสนิท ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับภาวะการอยู่ตามลำพัง สถานสงเคราะห์คนชรา หรือบ้านพักคนชรา จึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเครียดหรือ ความว้าวุ่น² ความว้าวุ่นเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคุณภาพและปริมาณที่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และการปรับตัวเข้าสู่สังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราซึ่งต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกทอดทิ้ง และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง ความว้าวุ่นนี้มีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะสมองเสื่อม และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้³ ดังนั้น การหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และลดความว้าวุ่นในผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ศิลปะบำบัด เป็นหนึ่งในแนวทางที่ช่วยลดภาวะด้านจิตใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปัญจวัฒน์ จุมลี และคณะ⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า สามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ โดยกิจกรรมที่ใช้มากที่สุด คือ การวาดภาพระบายสี⁵

การระบายสีเป็นกิจกรรมที่ง่ายไม่จำเป็นต้องมีทักษะทางศิลปะมาก่อน สามารถกระตุ้นการแสดงออกทางอารมณ์ลดความตึงเครียด สร้างสมาธิ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การระบายสีโดยเฉพาะการระบายสีตามตัวเลขตามแนวคิดของ Dan Robbins⁶ ที่ประยุกต์ใช้กับภาพมันดาลา ได้รับการยอมรับว่าช่วยสร้างสมาธิ การจดจ่อ กระตุ้นการทำงานของสมองและกล้ามเนื้อ และช่วยลดอารมณ์ด้านลบเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้⁷ เมื่อเปรียบเทียบกับศิลปะบำบัดรูปแบบอื่น การระบายสีตามตัวเลขมีโครงสร้างที่ชัดเจนช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ที่ไม่มีทักษะศิลปะ และสร้างความรู้สึกสำเร็จ (Sense of achievement) จากการสร้างสรรค์ผลงานด้วยตนเอง⁶ ในขณะที่ภาพมันดาลาส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเองและลดความเครียดผ่านกระบวนการ Mindfulness ได้ดีกว่าภาพระบายสีทั่วไป^{7,8} การบูรณาการทั้งสองแนวคิดเข้ากับกระบวนการกลุ่มจึงตอบสนองทั้งมิติด้านโครงสร้างที่เหมาะสมกับข้อจำกัดทางกายของผู้สูงอายุ และมิติด้านการบำบัดทางจิตใจ

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่พบผู้นำกระบวนการกลุ่ม⁹ ร่วมกับการใช้การระบายสีตามตัวเลขที่ประยุกต์ใช้กับภาพมันดาลามาศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราที่มีความว้าวุ่นในบริบทของประเทศไทยอย่างชัดเจน แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากต่างประเทศว่าศิลปะบำบัดมีประโยชน์ แต่การวิจัยเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมเฉพาะนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในบ้านพักคนชรา มีค่อนข้างจำกัด งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มระบายสีตามตัวเลขต่อระดับความว้าวุ่นในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างสุขภาพทางอารมณ์และจิตใจอย่างเหมาะสมและยั่งยืน และนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมกิจกรรมสำหรับใช้ในสถานดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพจิตเชิงป้องกันในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัยทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มระบายสีตามตัวเลขมานดาลาต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา

วัตถุประสงค์การวิจัยเฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการระบายสีตามตัวเลขมานดาลา (Paint-by-numbers mandala) ประยุกต์ตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Corey and Corey (2006) ดังนี้:

ระยะเตรียมการ (Formation stage): ผู้วิจัยดำเนินการวางแผนโปรแกรม คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินความว่าเหว (Revised UCLA Loneliness scale-thai version) เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีระดับความว่าเหวปานกลางขึ้นไป รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลพื้นฐาน และเตรียมสื่ออุปกรณ์ระบายสี ได้แก่ ภาพมันดาลาตามตัวเลข สีเทียน

ระยะเริ่มต้น (Initial stage): สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม แจ้งสิทธิการเข้าร่วมวิจัยและขอความยินยอม (Informed consent) กำหนดบรรทัดฐานของกลุ่ม เช่น การให้เกียรติซึ่งกันและกัน และการรักษาความลับ

ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition stage): สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกในกลุ่มผ่านกิจกรรมแนะนำตัว ส่งเสริมความเป็นหนึ่งเดียวของกลุ่ม (Group cohesion) แนะนำขั้นตอนการระบายสีตามตัวเลขบนภาพมันดาลาเบื้องต้น เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความพร้อมในการเรียนรู้ให้สมาชิกทดลองระบายสีพร้อมกันเป็นครั้งแรก

ระยะปฏิบัติงาน (Working stage): สัปดาห์ที่ 2-4 ครั้งที่ 3-8 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมระบายสีตามตัวเลขบนภาพมันดาลาอย่างต่อเนื่องในแต่ละครั้ง โดยแต่ละครั้งประกอบด้วย (1) กิจกรรมอุ่นเครื่อง เช่น การทักทายและแลกเปลี่ยนความรู้สึก (2) กิจกรรมระบายสีร่วมกัน ส่งเสริมการช่วยเหลือแนะนำกันระหว่างสมาชิก และ (3) การสรุปกิจกรรมประจำครั้ง ผู้วิจัยให้การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) ด้วยคำชมเชย และการให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง

ระยะสิ้นสุด (Final stage): สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 9-10 ครั้งที่ 9 ผู้วิจัยแจ้งล่วงหน้าถึงการสิ้นสุดกลุ่ม และดำเนินกิจกรรมระบายสีครั้งสุดท้าย ครั้งที่ 10 สมาชิกนำเสนอผลงาน แลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์ที่ได้รับตลอดโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการประเมินระดับความว่าเหวหลังการทดลอง (Posttest) มอบของที่ระลึก และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วม

ความว่าเหว
ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่
ในบ้านพักคนชรา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental designs) ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่ม (One group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) มีสัญชาติไทย สามารถอ่านเขียนภาษาไทย หรือสามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดีผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 3) ผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Thai mini-mental state examination MMSE-Thai 2002) ซึ่งมีคะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนนในผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา 4) ผู้ที่มีภาวะความเหงาอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ได้คะแนนตั้งแต่ 41-60 คะแนน โดยประเมินจากแบบสอบถามแบบประเมินความเหงา (Revised UCLA Loneliness scale-thai version) และ 5) มีความยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย เข้าร่วมกิจกรรมติดต่อบ้างบ้าง น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 8 ครั้ง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม WINPEPI โมดูล Compare means for paired

observations สำหรับการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน - หลัง (One-group pretest-posttest design) อ้างอิงค่าพารามิเตอร์จากการทบทวนวรรณกรรมของปัญหา ประกาศนันทน์ และคณะ¹⁰ กำหนด Significance level = 5%, Power = 80%, Mean difference (μd) = 3.92 คะแนน, S.D. of differences (S.D.) = 3.05 และ Effect size (Cohen's d) = 1.29 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 5 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน ซึ่งมากกว่าขนาดขั้นต่ำที่กำหนด จึงเพิ่มความเชื่อถือได้ของผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ประกอบด้วย 30 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) เท่ากับ 0.87 และความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) เท่ากับ 0.90¹¹

2) แบบสอบถามข้อมูลประชากรและสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามข้อเท็จจริง (Factual questions) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ รายจ่าย การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมในสังคม ระยะเวลาการอยู่อาศัยในบ้านพักคนชรา ระดับความพึงพอใจในสุขภาพกาย และสุขภาพจิต โดยแบ่งเป็น มาก ปานกลาง และน้อย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 1.0 เนื่องจากเป็นคำถามข้อเท็จจริง จึงไม่ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) แบบวัดความว่าเหว ใช้แบบวัดความรู้สึกว่าเหวอยู่ซีแอลเอนฉบับปรับปรุง 20 ข้อ (Revised UCLA loneliness scale version 3) ของ Russell¹² แปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran และคณะ¹³ มาตราวัดเป็นแบบ Likert 4 ระดับ ได้แก่ “ไม่เคยเลย” (1 คะแนน) “บางครั้ง” (2 คะแนน) “บ่อยครั้ง” (3 คะแนน) และ “เป็นประจำ” (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยคะแนนสูงขึ้นบ่งชี้ถึงความว่าเหวที่มากขึ้น เกณฑ์การแปลผล ได้แก่ คะแนน 20-40 หมายถึงความว่าเหวระดับน้อย 41-60 ระดับปานกลาง และ 61-80 ระดับมาก มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80-0.88¹³

2) โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มระบายสีตามตัวเลขในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์ขึ้นอย่างเป็นระบบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความว่าเหว โปรแกรมนี้มีรากฐานจากทฤษฎีกิจกรรมของผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตใจ โครงสร้างโปรแกรมบูรณาการแนวคิดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม¹⁴ แนวคิดกิจกรรมศิลปะสำหรับผู้สูงอายุ¹⁵ และหลักการทำงานกลุ่ม⁹ เพื่อให้เกิดกระบวนการกลุ่มที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดำเนินการโดยการนำโปรแกรมกิจกรรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้วได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจ และความเป็นปรนัย พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมจึงนำไปใช้ในการวิจัยจริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้การรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และได้รับ

อนุญาตจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเก็บข้อมูลในบ้านพักคนชราจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้บริหารของบ้านพักคนชรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงาน การดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงเดือนกันยายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2568

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการระบายสีตามตัวเลขบนภาพมันดาลา

ประยุกต์ตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Corey and Corey (2006) โดยดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ จัดกิจกรรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มรวม 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมง โดยประเมินระดับความว่าเหวก่อนเริ่มการทดลอง (Pretest) และหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Posttest) รายละเอียดของโปรแกรมการดำเนินการมีดังนี้

ระยะเตรียมการ (Formation stage): การวางแผน, คัดกรอง, และประเมินข้อมูลพื้นฐาน

ระยะเริ่มต้น (Initial stage): สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจ แนะนำวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) ชี้แจงขั้นตอนและระยะเวลาการจัดกิจกรรมกลุ่มและดำเนินการประเมินความว่าเหวก่อนการทดลอง

ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition stage): สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2) การทำความเข้าใจและการเปิดกลุ่มสร้างความคุ้นเคยและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (Group cohesion) นำเข้าสู่กิจกรรมศิลปะบำบัดง่าย ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงออก เริ่มต้นกิจกรรมระบายสีตามตัวเลขบนภาพมันดาลา

ระยะปฏิบัติงาน (Working stage): สัปดาห์ที่ 2-4 (ครั้งที่ 3-8) ครอบคลุมสัปดาห์ที่ 2-4 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3-4 วัน ระบายสีตามตัวเลขร่วมกับกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมระบายสีตามตัวเลขบนภาพมันดาลาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ผู้วิจัยให้การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ระยะสิ้นสุด (Final Stage): สัปดาห์ที่ 5 (ครั้งที่ 9-10) ครั้งที่ 9 ผู้วิจัยแจ้งล่วงหน้าถึงการสิ้นสุดกลุ่มและดำเนินกิจกรรมระบายสีครั้งสุดท้าย ครั้งที่ 10 สมาชิกนำเสนอผลงาน สมาชิกแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นในการร่วมกิจกรรม ดำเนินการ และประเมินความก้าวหน้าหลังสิ้นสุดกิจกรรม (ใช้เวลาเพิ่มเติมประมาณ 2 ชั่วโมง) มอบของที่ระลึกและกล่าวคำขอบคุณ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับความก้าวหน้า และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Dependent t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความก้าวหน้า ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ทั้งนี้ การคำนวณขนาดตัวอย่างดำเนินการภายใต้แนวคิด Dependent population mean (μ_d) ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เอกสารรับรอง เลขที่ IRB SNC25/2568 (วันที่รับรอง 9 กันยายน 2568)

ผลการวิจัย

1. ผลของการใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ระบายสีตามตัวเลข พบว่า ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จังหวัดมหาสารคาม ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเองในการ ระบายสีตามตัวเลข เมื่อได้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และระบายสีตามตัวเลขเกิดความคุ้นเคย และสัมพันธ์ภาพ

ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุด้วยกัน อีกทั้งผู้สูงอายุ รู้ทักษะวิธีการระบายสีที่ตรงกับตัวเลขทำให้เกิด ความมั่นใจในการเข้าร่วมกลุ่มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่เข้าใจและมีความชำนาญในการใช้สี จะช่วยเหลือแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้ไม่ดี ภายในกลุ่มการจัดกิจกรรมดำเนินไปตามแผนการจัด กิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ครบทั้ง 10 ครั้ง (5 สัปดาห์) ผู้วิจัยได้เสริมแรงโดยการให้กำลังใจและคำชมเชย แก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความพยายามและช่วยเหลือ ในกิจกรรมนี้

จากข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 62.07 มีอายุระหว่าง 80 - 84 ปี อายุเฉลี่ย 75.90 ปี (S.D. = 7.80) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 37.93 โดยนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 37.93 รองลงมา คือ ไม่เคยเข้าถึงการศึกษาในระบบ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 27.59 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 51.72 เข้าร่วม กิจกรรมอยู่เสมอ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาการเข้าอยู่อาศัยในบ้านพักคนชรา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 เดือน - 5 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 72.42 ระยะเวลาเฉลี่ย 42.90 เดือน (S.D. = 33.37) โดยส่วนใหญ่ใช้มือทั้งสองข้างได้ ตามปกติ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 93.10

2. ความก้าวหน้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความก้าวหน้าจากแบบวัดความก้าวหน้า ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ช่วงคะแนน อยู่ที่ 41- 60 คะแนน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 72.42 ค่าเฉลี่ยคะแนนความก้าวหน้าเท่ากับ 53.05 คะแนน (S.D. = 6.58) การแปลผล ปานกลาง และค่าเฉลี่ยคะแนนความก้าวหน้าจากแบบวัดความก้าวหน้า ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ช่วงคะแนน อยู่ที่ 20-40 คะแนน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 65.52 ค่าเฉลี่ยคะแนนความก้าวหน้าเท่ากับ 37.47 คะแนน (S.D. = 2.57) การแปลผล น้อยที่สุด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวจากแบบวัดความว่าเหวของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ช่วง	ช่วงคะแนนของข้อมูล				Mean	S.D.	แปลผล
	คะแนน (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Min	Max			
ก่อนเข้าร่วม	20-40	0	0.00	0	0	0.00	0.00	น้อยที่สุด
	41-60	21	72.42	42	60	53.05	6.58	ปานกลาง
	61-80	8	27.58	61	67	64.63	1.92	มากที่สุด
หลังเข้าร่วม	20-40	19	65.52	32	40	37.47	2.57	น้อยที่สุด
	41-60	10	34.48	44	52	48.00	2.40	ปานกลาง
	61-80	0	0.00	0	0	0.00	0.00	มากที่สุด

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 56.24 คะแนน (S.D. = 7.68) และหลังการทดลองเท่ากับ 41.10 คะแนน (S.D. = 5.66) ลดลง 15.14 คะแนน (S.D. = 6.34; 95% CI of μ_d = 12.73, 17.55)

เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Dependent t-test พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.85$, $df = 28$, $p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพล Cohen's $d = 2.39$ ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงมาก (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบคะแนนความว่าเหวจากแบบวัดความว่าเหวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนความว่าเหว ในผู้สูงอายุ	n	Mean	S.D.	Mean diff	S.D. diff	95% CI of μ_d	Cohen's d	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	29	56.24	7.68	15.14	6.34	(12.73, 17.55)	2.39	12.85	28	< 0.001
หลังการทดลอง	29	41.10	5.66							

*** $p < 0.001$

การอภิปรายผล

โปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้การระบายสีตามตัวเลขมีความสัมพันธ์กับการลดระดับความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจังหวัดมหาสารคามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ประสิทธิภาพดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและรู้สึกประสบความสำเร็จจากการสร้างสรรค์ผลงานด้วยตนเอง กิจกรรมนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความเพลิดเพลิน เสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองและเกิดการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนนำไปสู่การลดภาวะความว่าเหวได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรมของผู้สูงอายุ ที่กล่าวถึงบทบาทของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องว่าส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต¹⁴ และสอดคล้องกับแนวคิดการจัดกิจกรรมที่มีโครงสร้างชัดเจนที่สามารถกระตุ้นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม¹⁵ รวมถึงการใช้กระบวนการกลุ่ม ที่เน้นการส่งเสริมความสัมพันธ์และความร่วมมือ⁹ นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในกิจกรรมยังได้นำแนวคิด ศิลปะบำบัดด้วยภาพมันดาลา โดย Carl Jung ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความสมดุลทางจิตใจ¹⁶ มาใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่ต้องใช้ถ้อยคำ ผสานกับแนวคิดระบายสีตามตัวเลข⁶ ที่มีการกำกับ

ตัวเลขและสี ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างมั่นใจ ไม่รู้สึกกดดันและรู้สึกประสบความสำเร็จจากการสร้างสรรค์ผลงานด้วยตนเอง ซึ่งเทคนิคดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อ และสมองเท่านั้น แต่ยังช่วยฝึกสมาธิและการจดจ่อ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตและการรับรู้ ผลการวิจัยนี้ยังสนับสนุนแนวคิดที่ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการกลุ่มสามารถลดความหวาดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Liebmann¹⁷ ที่เสนอว่าศิลปะบำบัดเป็นพื้นที่ปลอดภัยที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและช่วยป้องกันปัญหาทางอารมณ์และความหวาด การเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มจึงไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกอย่างอิสระ แต่ยังเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม^{18,19} นอกจากนี้ การใช้เทคนิคระบายสีตามตัวเลขยังสอดคล้องกับแนวคิดศิลปะบำบัดเชิงอาชีพที่ช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ²⁰ ส่วนกิจกรรมภาพมันดาลาช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง และลดความเครียด⁸ ด้วยโครงสร้างที่ชัดเจน และเหมาะสมกับข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผล ดังนี้ ประการแรก การออกแบบวิจัยแบบกลุ่มเดียว (One-group pretest-posttest design) ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) ส่งผลให้ความเที่ยงตรงภายใน (Internal validity) ของการวิจัยมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เช่น Maturation effect และ Hawthorne effect ได้ จึงสรุปได้ยากกว่าระดับความหวาดที่ลดลงเกิดจากโปรแกรมโดยตรง หรือเป็นผลจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ดังนั้น การตีความผลในเชิงสาเหตุจึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n = 29$) และคัดเลือกแบบเจาะจงจากบ้านพักคนชราแห่งเดียวในจังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงได้

กับผู้สูงอายุในบริบทหรือสถานที่อื่น ประการที่สาม ผู้สูงอายุ 2 ราย (ร้อยละ 6.90) มีข้อจำกัดด้านการใช้มือ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรม ระบายสี อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมทั้งสองรายสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม ประการที่สี่ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รายงานการทดสอบการแจกแจงปกติ (Normality test) ของผลต่างคะแนน ก่อน - หลัง ซึ่งเป็นข้อสมมติฐานสำคัญของสถิติ Paired t-test การวิจัยในอนาคตควรรายงานค่าดังกล่าว เพื่อความสมบูรณ์ทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้การระบายสีตามตัวเลขมันดาลามีประสิทธิภาพในการลดความหวาดของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 บุคลากรสุขภาพและผู้บริหารสถานดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปปรับใช้โปรแกรมนี้ไปบูรณาการเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตประจำสัปดาห์ โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถจัดกิจกรรมและปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางกาย เช่น ด้านการมองเห็นหรือการใช้มือ รวมทั้งนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนและการเรียนการสอนด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยการออกแบบวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้สูงอายุเฉพาะ เช่น ผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสำรวจความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรามหาสารคาม หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่บ้านพักคนชรามหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือ

ในการพัฒนาโปรแกรมและเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามและท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ทำหน้าที่สุดขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามที่อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทยจำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2568 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569
2. รัตติกาล อาชะวะบูล, เบญจยามาศ พิลายนต์, กิตติภูมิ ภิญโย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกล. วารสารกระทรวงสาธารณสุข. 2564; 34(1): 48-61.
3. Rakesh G, Antony S, Ammapattian T. Social care services for addressing loneliness among inmates of old age homes. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2023; 10(10): 3963-64.
4. ปัญจวัฒน์ จูมลี, สหทัยา รัตนจรณะ, วารี กังใจ. ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 29(2): 47-58.
5. Muthahharah F, Iswinarti. Reviewing the variations of art therapy in reducing depression among the elderly: a systematic review. Indonesian Journal of Education and Psychological Science. 2025; 3(3): 189-202.
6. Gipson F. Art Matters podcast: the history of paint by number [Internet]. 2019 [cited 2025 Nov 12]. Available from: <https://artuk.org/discover/stories/art-matters-podcast-the-history-of-paint-by-number>
7. นภวรรณ มั่นพรธชา, สุชีรา ภัทรา ยุทธวรรณ, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา. ผลของการระบายสีภาพแมนดาลาต่อความวิตกกังวล และความสนใจ-สมาธิ: กรณีศึกษาในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จากสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2563; 37(2): 98-104.
8. Mahar D, Iwasiw C, Evans M. The Mandala: First-Year Undergraduate Nursing Students' Learning Experiences. International Int J Nurs Educ Scholarsh. 2012; 9(1): 1-18.
9. Corey MS, Corey G. Group process and practice. 7th ed. California: Thomson Learning; 2006.
10. ปวีณา ประภาทานัง, วารี กังใจ, สหทัยา รัตนจรณะ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความหวาดหวั่นของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2560; 33(3): 12-26.

11. กรมการแพทย์. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/12012023-110644-8561.pdf>
12. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess. 1996; 66(1): 20-40.
13. Wongpakaran T, Wongpakaran N. UCLA Loneliness Scale Thai version (RULS-20 Thai) [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 12]. Available from: https://www.wongpakaran.com/images/sub_1713689755/RULS-20%20Thai.pdf
14. McClelland KA. Self-conception and life satisfaction: integration aged subculture and activity theory. J Gerontol Nurs. 1982; 37(6): 723-32.
15. Leitner MJ, Leitner SF. Leisure in later life. 3rd ed. New York: The Haworth Press; 2004.
16. Cutri A. Carl Jung's Red Book: mandala as transformative integration of the psyche [Internet]. Pennsylvania: Mercyhurst University; 2019 [cited 2025 Nov 12]. Available from: https://www.academia.edu/40481201/Carl_Jung_s_Red_Book_Mandala_as_Transformative_Integration_of_the_Psyche
17. Liebmann M. Art therapy for groups. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
18. ญาดาร์ตัน บาลจ่าย, พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ศิลปะเพื่อการบำบัดในผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์. 2561; 25(2): 195-209.
19. Wu Y. The effectiveness of art therapy for depression and relevant factors. Transactions on Materials, Biotechnology and Life Sciences. 2024; 3: 338-41.
20. Megasari AL, Wulandari IS, Maula SN. The effect of occupational art therapy on depression, anxiety and stress in the elderly in nursing homes: a quasi-experimental study. J Appl Nurs Health. 2024; 6(2): 399-411.

การพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ณารีย์รัตน์ นารณสิทธิ์¹, ปาริชาติ วันชูเสริม², สมทรง บุตรตะ³, องค์กรอน ภาณุตานนท์¹

(วันที่รับบทความ: 27 พฤษภาคม 2569; วันที่แก้ไข: 29 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 31 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผล โปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบบันทึกข้อมูลและผลลัพธ์การดูแล (3) แบบประเมินก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ

ผลการวิจัย ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาหารชนิดคาร์โบไฮเดรต รวมทั้งทักษะในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย ภายหลังพัฒนาเกิดรูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและภายใต้บริบทจริง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เชิงลึก 2) นวัตกรรม “กระเป๋แม่พร้อม” 3) แผนการให้คำปรึกษารายบุคคล 4) นวัตกรรมสื่อสารผ่าน Line OA

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการพัฒนาโปรแกรมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมอีสาน มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง ช่วยให้สามารถจัดการการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น สมควรขยายผลไปใช้ในหน่วยบริการอื่นต่อไป

คำสำคัญ: เบาหวานขณะตั้งครรภ์, โปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อม, การดูแลตนเอง, การพยาบาลมารดา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม,

E-mail: Nartsit.chareerat@gmail.com, zeeongon@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: parichat1@smnc.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม, E-mail: Sugusdongnoy@gmail.com

Corresponding author: ปาริชาติ วันชูเสริม, E-mail: parichat1@smnc.ac.th

Development of the “Mae Phrom School” Program for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus at Mahasarakham Hospital

Chareerat Nattasit¹, Parichat Wunchooserm², Somsong Butta³, Ongon Pawaputanont¹
(Received: 27th May 2026; Revised: 29th June 2026; Accepted: 31st July 2026)

ABSTRACT

This research and development (R&D) study aimed to develop and evaluate the effectiveness of the “Mae Phrom School” program for pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus (GDM) at Mahasarakham Hospital. The sample consisted of 10 professional nurses caring for these patients and 20 pregnant women diagnosed with GDM. The research instruments comprised: (1) a general information questionnaire; (2) a data and outcome recording form; (3) a pre- and post-program self-care behavior assessment; and (4) a satisfaction questionnaire on program implementation. Data were collected from October 2023 to June 2024 and analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and a paired t-test.

In the situation-analysis phase, the results revealed that pregnant women with GDM lacked understanding of the disease and of carbohydrate-containing foods, as well as the skills needed to control their glycated hemoglobin (HbA1c) to the target level. A model aligned with the identified problems and the real-world context was subsequently developed, comprising: (1) in-depth health education; (2) the “Mae Phrom Bag” innovation; (3) an individual counseling plan; and (4) a communication innovation via Line Official Account (Line OA).

After participation in the program, the mean self-care behavior score of the pregnant women increased, and the participating nurses reported the highest level of satisfaction with the program. The developed model was well suited to the Isaan cultural context and effectively enhanced participants’ self-management ability, enabling them to better manage their carbohydrate intake and improve their blood glucose control. Its implementation should be expanded to other healthcare service units.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, Mae phrom school program, Self-care, Maternal nursing

¹ Registered Nurse Professional, Maha Sarakham Hospital, Mueang District, Maha Sarakham Province,
E-mail: Nartsit.chareerat@gmail.com, zeeongon@gmail.com

² Lecturer, Srimahasarakham College of Nursing, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute,
E-mail: parichat1@smnc.ac.th

³ Registered Nurse Senior Professional, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham,
E-mail: Sugusdongnoy@gmail.com

Corresponding author: Parichat Wunchooserm, Email: parichat1@smnc.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus: GDM) เป็นภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในระหว่างการตั้งครรภ์¹ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด คลอดยาก คลอดติดไหล่ เพิ่มโอกาสคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น สำหรับทารกในครรภ์ เกิดภาวะทารกตัวโต เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด ทารกหลังคลอด เกิดภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด² นอกจากนี้มารดาหลังคลอด ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า และทารกก็เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย³ ซึ่งจะกลายเป็นภาวะสำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย

อุบัติการณ์โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation: IDF) พบสถิติของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 16 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งความชุกร้อยละ 85.1 วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์⁴ สำหรับในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีจำนวนเพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ตามรายงานในช่วงปี 2560-2564 ระบุความชุกของภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 17.12 ซึ่งเป็นระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของทวีปเอเชีย⁵ สถิติของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2565-2567 พบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.27, 4.00 และ 6.56 ของจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานทั้งหมดตามลำดับ⁶

การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ปัญหาที่พบบ่อย คือ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์บางรายไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้มีการกลับเข้ารับการรักษา

ซ้ำหลายครั้งก่อนคลอด พยาบาลในฐานะผู้ดูแล จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนด้านความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงลดโอกาสเกิดการกลับมารับการรักษาซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาพบการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางด้านสุขภาพ นำสู่การปฏิบัติเพื่อเป็นส่วนสำคัญในการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งคือการใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)⁷ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้ของบุคคลในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁸ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุในพฤติกรรมที่คาดหวังได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นผ่านแรงจูงใจการรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ⁹

ถึงแม้ในปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพ จะมีแนวทางการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ (Quality ANC) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเน้นการให้ความรู้ผ่านเอกสารแผ่นพับและการให้คำแนะนำขณะมารับบริการฝากครรภ์ จากการวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ ยังพบว่าแนวทางดังกล่าวยังมีข้อจำกัด กล่าวคือ ขาดระบบการติดตามความรู้และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ภายหลังได้รับคำแนะนำเมื่อไปอยู่ที่บ้านและเนื้อหาที่ใช้สอนยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม การบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอาหารประเภทข้าวเหนียวซึ่งเป็นอาหารหลักในพื้นที่ ส่งผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย และต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำก่อนคลอดจากปัญหาดังกล่าว การพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จึงเป็นความสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งโปรแกรมบูรณาการการให้ความรู้เชิงลึกผ่านนวัตกรรมสื่อการเรียนรู้เทคโนโลยีด้วยโทรศัพท์มือถือ

และการให้คำปรึกษารายบุคคลเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และลดข้อจำกัดของแนวทางเดิมที่ใช้อยู่ ทั้งนี้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในภาพรวมของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 6.2, 8.3, 5.5 ตามลำดับ ซึ่งยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ของเกณฑ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย กำหนดเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 2.0 ถึงไม่เกินร้อยละ 4.5 จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ภายใต้การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง⁷ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัว และเป็นการกระตุ้นให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (RESEARCH AND DEVELOPMENT: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) สร้างโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง โดยกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ 3) นำโปรแกรมไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และ (4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพของรูปแบบ

เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ ที่สามารถนำไปใช้งานได้จริง โดยผู้วิจัยได้ศึกษา ออกแบบ ทดลอง และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้มีประสิทธิภาพและความเหมาะสมในบริบท ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เข้ารับการรักษาและดูแลในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม

ระยะที่ 1-2 (R1-D1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ สูติแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน รวมทั้งสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและควบคุมไม่ได้กลุ่มละ 5 ราย ซึ่งเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการพัฒนาโปรแกรม

ระยะที่ 3-4 (R2-D2) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของการวิจัย จำนวน 20 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพล 0.65 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 17 ราย เพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 3 ราย¹⁰ และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยนรีเวชและแผนกฝากครรภ์ที่มีประสบการณ์ดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 10 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุ 18-35 ปี
- 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย
- 3) สามารถพูดสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 4) มีโทรศัพท์มือถือสำหรับติดตามผล
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6) ไม่มีประวัติการแท้งในครรภ์ปัจจุบัน
เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

1) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอื่น ๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์, ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด, การตั้งครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ

2) ไม่สามารถมาติดตามผลได้ตามนัด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน และประวัติการฝากครรภ์ปัจจุบัน

2) แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ระดับคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวม 100 คะแนน

การแปลผล

น้อยกว่า 60 คะแนน (น้อยกว่า 60%) มีความรู้และการปฏิบัติตัวระดับต่ำ

60-80 คะแนน (60%-80%) มีความรู้และการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง

มากกว่า 80 คะแนน (>80%) มีความรู้และการปฏิบัติตัวระดับดีมาก

3) แบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ระดับคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวม 100 คะแนน

การแปลผล

ต่ำกว่า 60 คะแนน พฤติกรรมปฏิบัติตัวต่ำ

60-80 คะแนน พฤติกรรมปฏิบัติตัวปานกลาง

มากกว่า 80 คะแนน พฤติกรรมปฏิบัติตัวดี

4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ ประสิทธิภาพ และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลตนเองหลังจำหน่าย โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายประสบการณ์และความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ประเด็นคำถามครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) การใช้ยาและการฉีดอินซูลิน 3) การควบคุมอาหาร 4) การออกกำลังกาย 5) การตรวจและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 6) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลตนเองที่บ้าน 7) ระบบติดตามหลังจำหน่าย และ 8) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบของโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อม

สำหรับแนวคำถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ครอบคลุมปัญหากระบวนการ การให้ความรู้ สื่อการเรียนรู้ การติดตามหลังจำหน่าย องค์ประกอบของโปรแกรม และข้อเสนอแนะต่อการนำโปรแกรมไปใช้จริง 5) แบบบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด (Diabetic chart)

6) แบบสอบถามวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อม ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ระดับคะแนน 1-5 คะแนน ประกอบด้วย ด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของโปรแกรม ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ ด้านประสิทธิผลของแนวทางและด้านความครอบคลุมของโปรแกรม

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ทั้งสองฉบับสำหรับแนวคำถามการสนทนากลุ่มมีค่า CVI เท่ากับ 0.89 และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเชิงปริมาณ จากข้อมูลคะแนนรายข้อ พบว่าแบบประเมินความรู้ และการปฏิบัติตัว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.93 และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.95 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 (R1) การระบุปัญหาและสิ่งกระตุ้น เป็นการค้นหาปัญหาและสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติงาน (Evidence-tigger phase) และการศึกษาจากแหล่งความรู้ โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ระบุปัญหา โดยศึกษาความชุกของสตรี ตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น เช่น ทารกตัวโตผิดปกติ (Macrosomia) และความเสี่ยง ของครรภ์เป็นพิษ จำลองความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และขาดความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมในการควบคุมปริมาณอาหาร การออกกำลังกาย
2. สิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรม ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรม ให้ความรู้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาได้

ขั้นตอนที่ 2 (D1) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-tigger phase)

1. สืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ฐานข้อมูลวิชาการ เช่น Google scholar, PubMed, และ Taijo เพื่อ ค้นหางานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์
2. คัดเลือกหลักฐานงานวิจัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2567 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย
3. ประเมินคุณภาพหลักฐานงานวิจัย ที่เป็นการพัฒนาโปรแกรม ใช้เกณฑ์ของ Joanna briggs institute (JBI) หรือ GRADE ในการประเมิน คุณภาพงานวิจัย เช่น ความน่าเชื่อถือ ความตรงประเด็น

4. วิเคราะห์หลักฐานงานวิจัย สรุปข้อมูล ที่สำคัญ เช่น วิธีการสอนที่เหมาะสม เนื้อหาที่ควรมี และผลลัพธ์ของโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จ

5. ออกแบบโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อม โดยสร้างโปรแกรมด้วยการบูรณาการเนื้อหาจาก หลักฐานที่สืบค้น เช่น ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจน้ำตาลในเลือด และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ความรู้โรงเรียนแม่พร้อม แก่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 3 (R2) การทดลองใช้โปรแกรม โดยนำโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมไปสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase)

1. การประชุมทีม โดยการจัดประชุมปรึกษากับทีมที่ร่วมพัฒนาซึ่งประกอบด้วยพยาบาล นักโภชนาการ สติแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม

2. การทดลองใช้โปรแกรม ด้วยการนำการพัฒนา โปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนแม่พร้อมไปทดลองใช้ กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการจัดการ เรียนการสอนใน 3 วิชา คือ 1) วิชาความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) วิชาความรู้เกี่ยวกับยา 3) วิชา โภชนศาสตร์ โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการฝึก ปฏิบัติ โดยจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง รายบุคคลและรายกลุ่ม เน้นการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ครอบคลุม 4 วิชา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ GDM การใช้ยาและอินซูลิน และโภชนศาสตร์/พลศึกษา ร่วมกับกระเปาะแม่พร้อม คู่มือ QR Code คลิปวิดีโอ และ Line OA “แม่พร้อม” สำหรับให้ความรู้และพยาบาล ทางไกลติดตามต่อเนื่อง หลังจำหน่ายติดตามทุก 2 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์เพื่อตรวจระดับน้ำตาลและประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเอง พร้อมให้คำปรึกษาผ่าน Tele-nursing และ Line OA ต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ก่อนประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3. ประเมินผลระหว่างทดลองการให้ความรู้ ของโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนแม่พร้อมที่ใช้กับสตรี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยมีการวัดความรู้

ด้วยการใช้แบบสอบถามก่อนและหลังเรียน การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้แบบ ประเมินพฤติกรรม ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ จากการวัดระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อน ด้วยแบบบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด สมุดฝากครรภ์ ที่มีบันทึกค่า BMI ช่วงฝากครรภ์

ขั้นตอนที่ 4 (D2) การประเมินผลและสรุป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการขยายผล (Evidence-based phase) จากผลการทดลองใช้ โปรแกรมในขั้นตอนที่ 3 คณะผู้วิจัยได้สรุปเป็น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผลการศึกษา ดังนี้

1. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมไปยัง กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมากขึ้น เช่น สตรีตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาสารคาม และชุมชนใกล้เคียง
2. ควรพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมให้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลสตรี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พร้อมทั้งจัดอบรม พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถนำโปรแกรม ไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

3. ควรมีการติดตามผลการดำเนินงาน ในระยะยาว เช่น ผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดา และทารกและการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)

- ทดสอบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อม โดยสถิติหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference)

- เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อม โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดเทป

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จัดกลุ่มประเด็น (Coding) จำแนกตามหมวดหมู่ และสรุปเป็นประเด็นสำคัญ (Thematic summary) เพื่อใช้สนับสนุนและอธิบายผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่รับรอง COA No.66/130 MSKH_REC No. 66-01-130 วันที่ 29 กันยายน 2566 เก็บข้อมูลการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมแม่พร้อมสำหรับสตรี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ ในการพัฒนา พบประเด็นดังนี้

1) สถิติสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2565 พบว่าร้อยละ 6.56 ของจำนวนสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวาน พบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาค่าจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 5.5 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในการลดเข้ารับการรักษาค่า (2) การสนทนากลุ่ม ทิ่มีสุขภาพ พบว่า ปัญหาหลักในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มนี้คือ การให้ความรู้เรื่องโรค ความทันสมัย กระชับและเข้าใจง่ายของสื่อการสอนเพื่อให้ เหมาะสมกับบริบทในปัจจุบันที่มีการสื่อสารด้าน เทคโนโลยีผ่านทางโทรศัพท์มือถือ และสามารถ นำกลับไปใช้ประโยชน์ได้ที่บ้าน (3) การสนทนา กลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี พบว่า ส่วนใหญ่ (2 ใน 5 ราย) ไม่สามารถอธิบายความหมายของโรคเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์และการดูแลตนเองในเชิงวิชาการได้ แต่ใช้วิธีการจากการปฏิบัติโดยอาศัยความรู้จาก ผู้ที่มีประสบการณ์ตั้งครรภ์มาก่อนและการสอบถาม ข้อมูลจากแพทย์ที่แผนกฝากครรภ์ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งว่า “ไม่รู้ว่าเบาหวานตอนท้อง

เป็นอย่างไร แต่มีคนข้างบ้านบอกว่า เป็นแล้ว ไม่ต้องทำอะไรเดี๋ยวก็หายเองแค่ไม่ต้องกินหวาน เยอะ” และ (4) การสนทนากลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ทุกราย (5 ราย) ไม่เข้าใจความหมายและการปฏิบัติตัว และดูแลตนเองเมื่อพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังขาดทักษะในการประเมินปริมาณ คาร์โบไฮเดรตในอาหาร ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง ว่า “หมอเพิ่นบอกให้ลดคาร์โบไฮเดรต...ก็กินว่า แค่ของหวาน พวกน้ำตาล ไม่นึกว่า ข้าวเหนียว ที่กินทุกวันก็คือนั่น” “รู้ว่าต้องคุมข้าว แต่ไม่รู้ ว่าเท่าไรถึงจะพอดี...ก็กิน “ปั้นหนึ่ง” แต่ไม่รู้ว่าเป็น ของเรามากน้อยไปไหม” “อยากได้อะไรที่มันคุ่งๆ คุ่งๆ บอกเลยว่าข้าวเหนียวปั้นเท่านี้ มันคือเท่าไร ไม่ต้องมานับยาๆ”

1.2 การพัฒนาโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ผลของการออกแบบองค์ประกอบของโปรแกรม เกิดจากการนำสภาพปัญหาและความต้องการ ในขั้นตอนที่ 1 มาบูรณาการร่วมกับการสืบค้น และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งได้นำข้อค้นพบ มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการสร้างโปรแกรมแม่พร้อม สำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) Line OA ในการให้ความรู้ และติดตามผ่านทางโทรศัพท์แบบพยาบาลทางไกล โดยมี QR Code เพื่อชมคลิปวิดีโอความรู้ ผ่านโทรศัพท์มือถือเป็นนวัตกรรมสื่อการเรียนรู้ ที่กระชับเข้าใจง่าย ใช้เวลารับชมรวม 11 นาที ประกอบด้วยคลิปวิดีโอ 4 คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) การดูแลรักษาภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ 3) อาหารสำหรับสตรี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 4) การออกกำลังกาย สำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังภาพ QR Code



ภาพที่ 1 QR Code สื่อวิดีโอความรู้ผ่าน Line OA

2) แผนการสอนประกอบด้วยเนื้อหาที่พยาบาล ผู้ดูแลสามารถนำไปเป็นรูปแบบการสอนในกลุ่มสตรี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ทันสมัยและสอดคล้องกับเนื้อหาของคลิปวิดีโอ ใน Line OA ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ผลกระทบของโรคต่อมารดา และทารกในครรภ์และเป้าหมายค่าน้ำตาลที่ต้อง ควบคุมได้, การวางแผนมื้ออาหารตามหลักการนับ คาร์โบไฮเดรต (Carb Counting) และกำหนดสัดส่วน

อาหารที่ถูกต้อง, การสาธิตและฝึกปฏิบัติการเจาะ ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, การสาธิตและฝึกปฏิบัติฉีด อินซูลินการเก็บรักษา, การแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำได้ ถูกต้องตาม และป้องกันการเกิดภาวะซ้ำซ้อน, แผนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน, ช่องทางการติดต่อ, และกำหนดนัดหมายในการติดตามผล, การออกกำลังกาย โดยใช้เวลาในการสอน 30-45 นาที

3) แบบบันทึกค่าน้ำตาลในเลือดสำหรับสตรี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีความครอบคลุม

มากขึ้นโดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ควรควบคุมให้อยู่ในค่าที่เหมาะสม เพิ่มตารางการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิตเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

4) ตารางเมนูอาหารเพื่อประเมินและปรับเมนูอาหารให้ตรงกับความต้องการเฉพาะรายบุคคลของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายโดยนักโภชนาการเมื่อมาโรงพยาบาลตามนัด เพิ่มหัวข้อหลักการสำคัญ

ในการรับประทานอาหารโดยการนับคาร์บและตัวอย่างเมนูอาหารสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

5) กระเป๋าแม่พร้อม เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 2 กระเป๋าแม่พร้อม

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อนนำไปทดลองใช้จริงในขั้นตอนที่ 3 (R2) เพื่อยืนยันคุณภาพ และความเหมาะสมของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง

1.3 ผลการศึกษาผลการใช้โปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 20 ราย มีอายุเฉลี่ย 28.5 ปี (S.D. = 4.8) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60 ทั้งหมดอยู่ในสถานภาพสมรสร้อยละ 100 อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50 เกินครึ่งมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 25,001-40,000 บาท ร้อยละ 60 เกือบทั้งหมดใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 90

ข้อมูลการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (G2) มากที่สุด ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่อายุครรภ์ในช่วง 31-40 สัปดาห์ ร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วง 14-20 สัปดาห์ และ 21-30 สัปดาห์ ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน

ร้อยละ 30 และมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 50

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ด้านการใช้ยาและการดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.00 เป็น 4.50 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.0) ด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.80 เป็น 4.20 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.0) ด้านการออกกำลังกาย แม้จะยังอยู่ในระดับ “ดี” แต่มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 2.60 เป็น 3.90 โดยรวมคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มจาก 2.85 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.35 (ระดับดีมาก) คิดเป็นร้อยละเพิ่มขึ้น 52.6 โดยมีค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง (Mean difference) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 20)

ด้านการประเมิน	ก่อนเข้า โปรแกรม ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลังเข้า โปรแกรม ($\bar{X} \pm S.D.$)	ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference)	95% CI	t	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด	118.34 $\pm$ 4.32	102.11 $\pm$ 2.71	16.23	13.69-18.77	13.4	<0.001
ความรู้ในการดูแลตนเอง	4.56 $\pm$ 0.55	7.34 $\pm$ 0.40	2.78	2.15-3.41	9.3	<0.001
พฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม	2.85 $\pm$ 0.50	4.35 $\pm$ 0.40	1.50	1.30-1.70	15.5	<0.001
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร	2.80 $\pm$ 0.55	4.20 $\pm$ 0.45	1.40	1.15-1.65	11.8	<0.001
พฤติกรรมด้านการใช้ยา	3.00 $\pm$ 0.60	4.50 $\pm$ 0.40	1.50	1.20-1.80	10.5	<0.001
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	2.60 $\pm$ 0.50	3.90 $\pm$ 0.40	1.30	1.01-1.59	9.5	<0.001
พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	2.73 $\pm$ 0.50	4.45 $\pm$ 0.40	1.72	1.45-1.99	13.5	<0.001

ทั้งนี้การประเมินความพึงพอใจในการศึกษาครั้งนี้ประเมินเฉพาะบุคลากรพยาบาลผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม จำนวน 10 คน (ตั้งองค์ประกอบส่วนที่ 5) ยังไม่ได้ประเมินความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 20 คน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ระบุประเด็นดังกล่าวไว้เป็นข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ส่วนที่ 5 การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรจำนวน 10 ราย ที่เข้าร่วมการวิจัย “การพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวาน

ขณะตั้งครรภ์” พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านเท่ากับ 4.31 คะแนน (S.D. = 0.48) อยู่ในระดับ “มากที่สุด” เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของโปรแกรม ได้ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.49) ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.46) ด้านประสิทธิผลของแนวทาง ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.50) อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความครอบคลุมของโปรแกรม ($\bar{X}$ = 4.17, S.D. = 0.46) อยู่ในระดับมาก (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของบุคลากร (n = 10)

ด้านการประเมิน	จำนวนข้อ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านเนื้อหาและความเหมาะสม ของโปรแกรม	5	4.38	0.49	มากที่สุด
2. ด้านประโยชน์และการนำไปใช้	5	4.35	0.46	มากที่สุด
3. ด้านประสิทธิผลของแนวทาง	2	4.35	0.50	มากที่สุด
4. ด้านความครอบคลุมของโปรแกรม	3	4.17	0.46	มาก
รวมเฉลี่ยทั้งหมด (15 ข้อ)	15	4.31	0.48	มากที่สุด

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 5.5 ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เข้ารับการรักษาลดจากปัจจัยสาเหตุการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายได้อาจเนื่องมาจากยังไม่เข้าใจความหมายและการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองเมื่อพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบปัญหา การไม่เข้าใจว่าคาร์โบไฮเดรตคืออะไร และขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตจากอาหาร โดยเฉพาะข้าวเหนียวซึ่งเป็นอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลสูง ซึ่งกลุ่มที่รับประทานข้าวเหนียวมีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ต่ำสุดกว่าผู้ที่ไม่ได้บริโภคข้าวเหนียวในชีวิตประจำวัน 1.61 เท่า (95% CI = 1.19-2.61) อาจชี้ให้เห็นว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังรับรู้ความสามารถของตนเองไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ผ่านแรงจูงใจการรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ⁷

รูปแบบโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคามพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดความสามารถของตนเองของ Bandura⁷ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ของบุคคลในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เชิงลึก 2) นวัตกรรม “กระเป๋แม่พร้อม” 3) แผนการให้คำปรึกษารายบุคคล และ 4) นวัตกรรมการสื่อสารผ่าน line OA สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีไทยที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมการกำกับตนเอง สามารถควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบที่มีจุดเด่น คือ การพัฒนารูปแบบภายใต้สภาพปัญหาและความต้องการของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากบริบทจริง รูปแบบของโปรแกรม

มีกิจกรรมการเรียนรู้ การฝึกทักษะที่หลากหลายและมีความเหมาะสมกับยุคสมัยในปัจจุบัน แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการทดลองใช้ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติจริงจึงส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีความเชื่อและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการพัฒนาโปรแกรมพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² และการศึกษาที่ใช้รูปแบบการเสริมพลังตามแนวคิดพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังได้รับโปรแกรม¹³ รวมถึงจากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหลายบริบทวัฒนธรรม¹⁴ ทั้งนี้โปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาข้างต้น คือ การบูรณาการการให้คำปรึกษารายบุคคลควบคู่กับสื่อการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือ (Line OA) และเนื้อหาที่ออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีการบริโภคอาหารแบบอีสานโดยเฉพาะ ซึ่งยังไม่ปรากฏชัดเจนในการศึกษาที่กล่าวมา

2. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ด้านการใช้ยาและการดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.00 เป็น 4.50 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.0) ด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.80 เป็น 4.20 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.0) ด้านการออกกำลังกาย แม้จะยังอยู่ในระดับ “ดี” แต่มีแนวโน้ม

ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 2.60 เป็น 3.90 โดยรวมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มจาก 2.85 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.35 (ระดับดีมาก) คิดเป็นร้อยละเพิ่มขึ้น 52.6 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง และโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมๆ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ และการฝึกทักษะที่หลากหลายทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ผ่านกิจกรรม การให้ความรู้และติดตามผ่านทางโทรศัพท์แบบพยาบาลทางไกล ผ่าน Line OA แผนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายทันสมัย และสอดคล้องกับเนื้อหาของคลิปวิดีโอใน Line OA ติดตามค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดโดยใช้แบบบันทึกที่มีความครอบคลุมมากขึ้นโดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ควรควบคุมให้อยู่ในค่าที่เหมาะสมเพิ่มตารางการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตารางเมนูอาหารมีความเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะรายบุคคล เพิ่มหัวข้อหลักการสำคัญในการรับประทานอาหารโดยการนับคาร์บและตัวอย่างเมนูอาหารสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น และกระเปาะแม่พร้อม เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ในระดับสูง จะทำให้มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่ง พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)¹⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยส่งเสริมผ่านรูปแบบวีดิทัศน์และคู่มือจะช่วยให้มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง¹⁶

รวมถึงการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ผ่าน Application line เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติตัวจะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้ยาเมทฟอร์มิน พบว่าการให้ความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแผนอาหารโดยการนับคาร์โบไฮเดรต สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม¹⁸ การศึกษาการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคล ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านมารดาและทารกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ¹⁹ และการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับฐานข้อมูลอาหารท้องถิ่นผ่านแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือ พบว่ากลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันมีแนวโน้มค่า HbA1C ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม²⁰ สนับสนุนแนวทางการให้คำปรึกษารายบุคคลและการใช้แอปพลิเคชันที่เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาวិจัยไปใช้อ้างอิงเกี่ยวกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ($n = 20$) และการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดใช้การประเมินด้วยวิธีเจาะปลายนิ้ว (Capillary blood glucose) เท่านั้น ไม่ได้ใช้ตัวชี้วัดมาตรฐานของการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว คือ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าโปรแกรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามที่กล่าวอ้าง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยตรวจวัดค่า HbA1C ร่วมด้วยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในอนาคต

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้ยืนยันว่ารูปแบบการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ผ่านโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เชิงลึก ผ่านนวัตกรรม “กระเป๋ามะพร้าว” แผนการให้คำปรึกษารายบุคคล และนวัตกรรมการสื่อสารผ่าน Line OA ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง และพฤติกรรม การบริโภคคาร์โบไฮเดรต และนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ดีขึ้นที่ดีขึ้น (วัดโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดในช่วงอายุ 18-35 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์, ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด, และการตั้งครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สามารถนำไปใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ทุกราย ตามบริบทที่พบเจอบนหอผู้ป่วย นอกจากนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ($n = 20$) ทำให้ผลการศึกษายังไม่มีความชัดเจนเพียงพอ และการประเมินค่าระดับน้ำตาลใช้วิธีการเจาะปลายนิ้ว โดยไม่มีการตรวจค่า HbA1C ร่วมด้วย ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดสำคัญที่เป็นผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดระยะยาว รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจดำเนินการเฉพาะในกลุ่มพยาบาลผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม ยังไม่ได้ประเมินความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผู้ใช้โปรแกรมโดยตรง

ควรนำไปขยายผลในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และควรติดตามประเมินผลภายหลังการทดลองที่ระยะเวลายาวนานขึ้น และติดตามเพื่อดูความต่อเนื่องในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในระยะหลังคลอด

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณา ดังนี้ 1) เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักสถิติเพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบและความสามารถในการอ้างอิงผล 2) ตรวจวัดค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ร่วมกับการเจาะปลายนิ้ว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว 3) ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้โปรแกรมโดยตรงร่วมด้วย และ 4) ศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนแม่พร้อมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม สำเร็จลุล่วงได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุชา ไทยวงษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนกำลังใจจนผลงานชิ้นนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
2. ระวีวรรณ พิไลเกียรติ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2568. หน้า 41-58.
3. นงลักษณ์ เฉลิมสุข, ณวี เบาทรวง. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน: บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นาน; 2565. หน้า 101-217.

4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed. [Internet]. 2011 [cited 2023 Sep 1]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org>
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ เสี่ยงเบาหวานในอนาคต [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/understand-diabetes/diabetes-pregnant>
6. คลินิกฝากครรภ์. สถิติการให้บริการฝากครรภ์ ปีงบประมาณ 2567 [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2567.
7. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
8. Lo SWS, Chair SY, Lee FK. Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: based on the health belief model. Appl Nurs Res. 2015; 28(2): 197-201.
9. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานด้านสุขศึกษา และส่งเสริมสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา. 2550; 30(105): 1-15.
10. สีวาพร พานเมือง, อักษรานัฐ สุทธิประภา, วิไลลักษณ์ เพ็ญพันธ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2566; 9(1): 130-44.
11. Yeemard F, Srichan P, Apidechkul T, Luerueang N, Tamornpark R, Utsaha S. Prevalence and predictors of suboptimal glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in northern Thailand: a hospital-based cross-sectional control study. PLoS One. 2022; 17(1): e0262714.
12. ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สิ้นสุกใส, เอมพร รตินธร, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและระดับน้ำตาล ในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ในสตรีไทยที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2554; 15(3): 173-87.
13. Mohammadkhah F, Kamyab A, Pezeshki B, Norouzraji S, Khani Jeihooni A. The effect of training intervention based on health belief model on self-care behaviors of women with gestational diabetes mellitus. Front Glob Womens Health. 2025; 5: 1490754.
14. Lamadah SM, Ibrahim HA, Elgzar WT, El-Sayed HA, Sayed SH, El-Houfey A. Gestational diabetes self-care behavior: an empowerment educational intervention based on BASNEF model. Iran J Nurs Midwifery Res. 2022; 27(6): 538-46.

15. ลัดดาวัลย์ ขำงาม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565; 31(1): 79-90.
16. Karavasileiadou S, Almegewly W, Alanazi A, Alyami H, Chatzimichailidou S. Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. Glob Health Action. 2022;15(1):2087298.
17. ปิยะพร ศิษย์กลอนันต์, พรสวรรค์ คำทิพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35(2): 52-69.
18. Allehdan S, Basha A, Hyassat D, Nabhan M, Qasrawi H, Tayyem R. Effectiveness of carbohydrate counting and Dietary Approach to Stop Hypertension dietary intervention on managing gestational diabetes mellitus among pregnant women who used metformin: a randomized controlled clinical trial. Clin Nutr. 2022; 41(2): 384-95.
19. Chahed S, Lassouad L, Dardouri M, Mtiraoui A, Maaroufi A, Khairi H. Impact of a tailored-care education programme on maternal and neonatal outcomes in pregnant women with gestational diabetes: a randomized controlled trial. Pan Afr Med J. 2022; 43: 128.
20. Wongdama S, Paemueang W, Sriphraprang C. A tailor-made mobile app with a local cuisine database for self-management of type 2 diabetes mellitus: randomized controlled trial. JMIR Diabetes. 2025; 10: e83685.

ความสุขและคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้า สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

จักรพงษ์ คณะวาปี¹, ธัชชัย เข้มทอง², เทพไทย โชติชัย³

(วันที่รับบทความ: 7 มิถุนายน 2569; วันที่แก้ไข: 10 กรกฎาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 13 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุข คุณภาพชีวิตในการทำงาน การเปรียบเทียบความสุขและคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิต และปัญหาอุปสรรคในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 501 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมิน THI-15 และ แบบประเมิน WHOQOL-26 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ One-way ANOVA และสถิติ Pearson correlation และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 อายุเฉลี่ย 36.8 ปี (S.D. = 8.0) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.0 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.2 มีรายได้ต่อเดือน 20, 001-30, 000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.9 มีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 70.3 มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 96.8 ความสุขของบุคลากรแตกต่างกันตามรายได้ต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$) คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรตามตัวแปรต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันแต่อย่างใด ($p\text{-value} \geq 0.05$) และความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.156$; $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การสนับสนุนและยอมรับในผลงาน การส่งเสริมและสร้างอัยาศัยที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน การส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงานต่าง ๆ อย่างเป็นธรรม รวมทั้งการให้แรงจูงใจในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ความสุข, คุณภาพชีวิตในการทำงาน, บุคลากรสาธารณสุข, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

¹ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, E-mail: C26045723@gmail.com

² เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน, โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ อำเภอกเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ, E-mail: Gumitsu10@hotmail.co.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: tepthai@scphkk.ac.th

Corresponding author: เทพไทย โชติชัย, E-mail: tepthai@scphkk.ac.th

Happiness and Quality of Work Life of Public Health Personnel: A Post-Transfer Study in Khon Kaen Provincial Administrative Organization

Jakkapong Kanawapee¹, Thatchai Khemthong², Tepthai Chotchai³

(Received: 7th June 2026; Revised: 10th July 2026; Accepted: 13th August 2026)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to investigate the levels of happiness and quality of work life, examine differences across demographics, explore the relationship between happiness and quality of work life, and identify work-related problems and obstacles. The sample consisted of 501 public health personnel working in sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province. The research instruments used for data collection were the 15-item Thai Happiness Indicators (THI-15) and the 26-item World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-26) assessments. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient, and content analysis.

The results revealed that most participants were female (73.5%), with an average age of 36.8 years (S.D. = 8.0). Most were married (84.0%), had a bachelor's degree (97.2%), and earned a monthly income between 20,001 and 30,000 THB (50.9%). Regarding well-being, 70.3% experienced a normal level of happiness, and 96.8% reported a moderate level of quality of work life. A statistically significant difference in happiness was found among personnel with different monthly incomes (p -value = 0.014). However, the quality of work life did not significantly differ according to demographic characteristics variables (p -value ≥ 0.05). Furthermore, happiness showed a weak but statistically significant positive association with quality of work life ($r = 0.156$; p -value < 0.001).

Based on the findings, the study recommends facilitating participatory communication among staff, supporting and recognizing their professional achievements, fostering positive relationships among colleagues, promoting fair career advancement opportunities, and providing increased work motivation.

Keywords: Happiness, Quality of work life, Public health personnel, Provincial administrative organization

¹ Public Health Officer Experienced, Bua Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Nam Phong District, Khon Kaen Province, E-mail: C26045723@gmail.com

² Public Health Officer Experienced, Kaset Sombun Hospital, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province, E-mail: Gumitsu10@hotmail.co.th

³ Asst. Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: tepthai@scphkk.ac.th

Corresponding author: Tepthai Chotchai, E-mail: tepthai@scphkk.ac.th

บทนำ

บุคลากรสาธารณสุขถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนางานในด้านสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชน การที่บุคลากรกลุ่มนี้จะมีสุขภาพทางด้านกายและจิตใจที่ดีก็จะประกอบด้วย ปัจจัยหลายประการ เช่น ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และเพียงพอ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ความก้าวหน้าและมั่นคง ความสมดุลระหว่างชีวิต เป็นต้น¹ ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคลากรมีความสมดุลระหว่างความสุขและความสมดุลชีวิตที่ดีซึ่งจะส่งผลต่อชีวิตการทำงานที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการจัดการที่ดี ในชีวิตส่วนตัวด้วย และองค์กรใดที่มีบุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีเท่ากับเป็นการสร้างประสิทธิภาพการทำงานและควบคุมคุณภาพของงานได้ และยังทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขและความสมดุล ในชีวิตเกิดขึ้นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยผลักดันให้บุคคลทำงานหรือทำกิจกรรมได้อย่างสำเร็จได้ เริ่มมาจากแรงจูงใจคุณภาพชีวิตในการทำงาน และความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน

“ความสุขคนทำงาน”และ“องค์กรแห่งความสุข” เป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนา “คุณภาพทรัพยากรบุคคล” ที่เป็นหัวใจในการขับเคลื่อนประเทศ ให้เจริญก้าวหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ ความสุขในการทำงานของคนในองค์กรไม่ได้หมายถึงรายได้เพียงอย่างเดียวแต่ต้องมี “คุณภาพชีวิตการทำงาน” ซึ่งหมายถึงคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งแวดล้อม โดยเน้นมิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์จากสภาพการแข่งขันที่สูงขึ้นทำให้องค์กรต่าง ๆ พยายามที่จะสรรหาวิธีการบริหารจัดการที่จะช่วยเพิ่มทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้กับองค์กร

การประเมินในเรื่องภาวะสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขนั้นคือเรื่องของความสุข ซึ่งการมีความสุขกับการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการด้านทรัพยากรบุคคล การลงทุนเพื่อสร้างบรรยากาศให้คนทำงานมีความสุขถือเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า เพราะการสร้างบรรยากาศให้เกิดความสุข

ในการทำงานเป็นประโยชน์ทั้งบุคลากรและองค์กร โดยเชื่อว่าคนที่มีความสุขหรือองค์กรที่บรรยากาศแห่งความสุขจะมีพลังอันยิ่งใหญ่ในการสร้างสรรค์ผลงานในทุกมิติ เช่น การเพิ่มผลผลิต การเพิ่มคุณภาพงานสร้างสรรค์ และพัฒนานวัตกรรมในการทำงานได้มากขึ้น สามารถปรับตัวได้ดีมีความยืดหยุ่นสูง ลดความสูญเสีย ลดการขาดหรือลางาน ลดความเครียดในการทำงาน ลดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน โดยเฉพาะเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานจากหน่วยงานหนึ่งไปอีกหน่วยงานหนึ่ง จะส่งผลต่อความสุขและคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตการทำงาน องค์กรอนามัยโลกได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ กำหนดการประเมินใน 4 องค์ประกอบ 26 ข้อ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และในส่วนของ การประเมินความสุข กรมสุขภาพจิต² โดยศูนย์พัฒนากลยุทธ์ทางธุรกิจ ได้จัดทำแบบทดสอบความสุขของคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นการสอบถามถึงประสบการณ์ของผู้ตอบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ผู้ตอบสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ผู้ศึกษาหลาย ๆ การศึกษาได้ใช้เป็นแนวทางในการประเมินความสุขและคุณภาพชีวิต

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดใหญ่จังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจุบันหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวินทราชนิตทั้ง 248 แห่งซึ่งตั้งอยู่ในระดับชุมชนได้มีการปรับเปลี่ยนภารกิจและบทบาทใหม่ ซึ่งตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 กำหนดขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจได้กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ ในปี 2565 โดย คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 และปัจจุบันองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ได้รับการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ทั้ง 248 แห่ง โดยมี ข้าราชการ 1, 046 ราย และประเภทจ้างงานอื่น 868 ราย

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการถ่ายโอน ภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา เข้าสังกัดองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบ ประสานงานการปฏิบัติงานนี้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านระเบียบ และกฎหมาย ด้านการจัดโครงสร้างบริหาร ด้านการบังคับบัญชา ด้านการจัดระบบสื่อสาร ด้านบทบาทของหน่วยงาน ด้านการมีส่วนร่วม ด้านผู้ประสานงาน และด้านจังหวะเวลา ซึ่งพบว่า หน่วยงานท้องถิ่นมีอำนาจไม่เพียงพอในการ นำมาใช้บริหารจัดการ ทำให้การปฏิบัติงานล่าช้า³ ซึ่งจากผลการดำเนินงานของสถานบริการภายหลัง การถ่ายโอนที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการดังกล่าวทั้งในด้าน ของความสุข คุณภาพชีวิตการทำงานและอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ซึ่งผลการศึกษา ที่ได้จะนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา คุณภาพชีวิตการทำงานกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขและคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้า สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบความสุขและคุณภาพชีวิต การทำงานของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอน เข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุข กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข

ภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดขอนแก่น

4. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้า สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ประชากรคือบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูลขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1,046 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 501 คน โดยใช้สูตรของ Lwanga SK & Lemeshow⁴ โดยกำหนดค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (σ) เท่ากับ 7.87 จากผลการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์ และคณะ⁵ และกำหนดความคลาดเคลื่อนในการ ประมาณค่า เท่ากับ 0.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย สุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากจากบุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้ข้อมูลจากงาน กองการเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นตัวแทนในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพ การจ้างงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือวัดความสุข ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสุขด้วยตนเองที่เป็นดัชนี ชีวีความทุกข์คนไทย (Thai happiness indicators (THI-15) ซึ่งพัฒนาโดยนายแพทย์อภิชัย มงคล และคณะ² มาใช้ในการศึกษาเนื่องจากเป็นเครื่องมือ ที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย

มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะความสุขและสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก สะดวกต่อการนำไปใช้กับบุคลากรสาธารณสุข และสามารถสะท้อนความสามารถในการดำเนินชีวิต การจัดการกับปัญหา และการพัฒนาตนเอง เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยข้อคำถาม ประกอบด้วยด้านการติดต่อสัมพันธ์ ด้านความรักในงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านการเป็นที่ยอมรับ รวมจำนวน รวม 15 ข้อ โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด กรณีข้อที่ 3 และ 8 ให้คะแนน 3, 2, 1 และ 0 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้ออื่น ๆ ให้คะแนน 0, 1, 2 และ 3 ตามลำดับ เกณฑ์แปลผล ไม่เกิน 26 คะแนนหมายถึงมีความสุข น้อยกว่าคนทั่วไป 27-32 คะแนน หมายถึงมีความสุข เทียบกับคนทั่วไป และ 33-45 คะแนน หมายถึงมีความสุข มากกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับ 26 ข้อ ผู้วิจัยเลือกใช้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การใช้เครื่องมือทั้งสองชุดร่วมกันจึงช่วยให้สามารถประเมินสุขภาวะของบุคลากรได้อย่างครอบคลุมทั้งมิติความสุขและคุณภาพชีวิต ตลอดจนสามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุขกับคุณภาพชีวิต และนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนากระบวนการดูแลบุคลากรในองค์กรสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยด้านคำตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ด้านโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคง ด้านความสัมพันธ์อันดีในการทำงานร่วมกัน ด้านลักษณะการบริหาร ด้านความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงานและชีวิตส่วนตัว และด้านความภูมิใจในองค์กรที่มีคุณค่าทางสังคม โดยคำตอบ

มี 5 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด กรณีข้อที่ 2, 9 และ 11 ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้ออื่น ๆ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ เกณฑ์แปลผล 26-60 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และ 96-130 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการทำงาน ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่า IOC 0.67-1.00 จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าคุณภาพต่าง ๆ ของเครื่องมือ โดยในส่วนของข้อมูลทั่วไป นำมาพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม การใช้ภาษาในการสื่อสาร ความเข้าใจในข้อคำถาม และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับข้อคำถามด้านความสุขและคุณภาพชีวิตเป็นข้อคำถามที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานผ่านการทดสอบคุณภาพแล้ว โดยดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (THI-15) มีค่าความสอดคล้องภายใน Cronbach's alpha เท่ากับ 0.70 และ WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84 แสดงถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับยอมรับได้ถึงดี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ (1) ติดต่อขอข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนมาเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นที่กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (2) ผู้วิจัยดำเนินการ

สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ (3) ผู้วิจัยนำหนังสือราชการไปมอบให้ผู้ประสานงานในระดับอำเภอที่กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานอยู่ เพื่อส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งชี้แจงแนวทางการตอบแบบสอบถามแก่ผู้ประสานงาน (4) ผู้ประสานงานนำแบบสอบถามพร้อมหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง พร้อมหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มอบให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา และเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเอง จึงไม่ต้องลงชื่อผู้ตอบแต่อย่างใด โดยกำหนดวันที่ผู้ประสานงานไปรับแบบสอบถามคืนภายใน 7 วัน และ (5) ผู้วิจัยไปขอรับแบบสอบถามกับผู้ประสานงานในพื้นที่ตามวันและเวลาที่ได้นัดไว้ ซึ่งพบว่าได้รับแบบสอบถามครบทุกฉบับ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยโดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้สอดคล้องกับตามตารางหุ่นการวิเคราะห์ข้อมูล (dummy table) ที่กำหนดไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ความสุขและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และแปลผลระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เปรียบเทียบคะแนนความสุขและคะแนนคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ One-way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยข้อมูลตัวแปรที่วิเคราะห์มีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} \geq 0.05$) และค่าความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} \geq 0.05$)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขและคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติ Pearson correlation โดยข้อมูลตัวแปรที่วิเคราะห์มีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} \geq 0.05$) และในการระบุขนาดความสัมพันธ์ ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์ของ Ferguson⁶

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE 671012 ลงวันที่ 9 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 อายุเฉลี่ย 36.8 ± 8.0 ปี โดยมีอายุ 25 ถึง 35 ปี ร้อยละ 45.9 อายุต่ำสุด 23 ปี และสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ ร้อยละ 84.0 รองลงมาโสด ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 20,001 ถึง 30,000 บาท ร้อยละ 50.9 ตำแหน่งในปัจจุบันเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 48.9 รองลงมาตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 15.6 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

ความสุขและคุณภาพชีวิตในการทำงาน:

กลุ่มตัวอย่างมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 70.3 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 23.4 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 6.3 คะแนนความสุขเฉลี่ย 27.8 ± 2.7 คะแนน มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 96.8 ระดับดี ร้อยละ 3.2 โดยไม่มีคนที่คุณภาพชีวิตไม่ดีแต่อย่างใด คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 88.4 ± 4.3 คะแนน

ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขแตกต่างกันตามตัวแปรรายได้ต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้สถิติ Scheffe พบว่าบุคลากรที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท

มีคะแนนความสุขแตกต่างกับบุคลากรที่มีรายได้ต่อเดือน 30,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \geq 0.05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสาธารณสุขตามตัวแปรที่ศึกษา ($n = 501$)

ตัวแปรในการเปรียบเทียบกับความสุข	F-test	p-value	การแปลผล
เพศ	2.950	0.087	ไม่แตกต่างกัน
กลุ่มอายุ	0.853	0.492	ไม่แตกต่างกัน
สถานภาพสมรส	2.627	0.050	ไม่แตกต่างกัน
ระดับการศึกษา	1.883	0.153	ไม่แตกต่างกัน
รายได้ต่อเดือน	3.567	0.014*	แตกต่างกัน
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน	1.459	0.214	ไม่แตกต่างกัน

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขเปรียบเทียบตามตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

รายได้ต่อเดือน และตำแหน่งงานในปัจจุบัน พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \geq 0.05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในการเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิต	F-test	p-value	การแปลผล
เพศ	0.051	0.822	ไม่แตกต่างกัน
กลุ่มอายุ	1.452	0.541	ไม่แตกต่างกัน
สถานภาพสมรส	1.819	0.143	ไม่แตกต่างกัน
ระดับการศึกษา	2.737	0.066	ไม่แตกต่างกัน
รายได้ต่อเดือน	2.080	0.102	ไม่แตกต่างกัน
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน	2.015	0.091	ไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.156$; $p\text{-value} < 0.001$)

ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการระบุปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 3.39 โดยมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้ (1) ด้านบุคลากร: ขาดการบริหารจัดการด้านบุคลากรที่เหมาะสม เช่น รพ.สต.บางแห่ง ไม่มี

พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานเป็นเวลาเกือบ 2 ปี ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพการบริการประชาชนอย่างมาก, ควรเร่งรัดการบรรจุสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลน เช่น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ธุรการ นักวิชาการสาธารณสุข นักสาธารณสุข, การบริหารจัดการทำได้ยาก เนื่องจากบุคลากรไม่มีความมั่นใจในการดำเนินงาน, บุคลากรต้องมีการปรับตัวต่อการทำงาน, บุคลากรมีโอกาสนพบปะเพื่อน ๆ ร่วมงานในหน่วยงานอื่นน้อยลง, บุคลากรมีจำนวนน้อยไม่เหมาะสมกับงาน

และขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะด้าน เช่น ด้านการเงิน การคลัง ทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (2) ด้านงบประมาณ: ระบบการเลื่อนขั้นเงินเดือนเปลี่ยนไปจากระบบเดิมที่เคยปฏิบัติมา, เงินค่าตอบแทนเพิ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ออกช้ากว่าที่เคยได้รับ, หลักเกณฑ์การทำงานหน้าที่รับผิดชอบมีมากขึ้น การจัดทำเอกสารเพิ่มมากขึ้น และ (3) ด้านอื่น ๆ: ข้อบังคับ ระเบียบ กฎหมาย คำสั่ง ยังไม่ชัดเจน ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่มีความเข้าใจในการปฏิบัติงานเท่าที่ควร, หลังการถ่ายโอนต้องปรับเปลี่ยนในหลายด้าน บุคลากรที่ลดลง ไม่เพียงพอต่อภาระงาน การทำงานกับระเบียบใหม่ที่ยังไม่เข้าใจ ในขณะที่ต้องรักษาคุณภาพของงานบริการ ส่งผลให้คุณภาพการปฏิบัติงานลดลง มีความกังวลต่ออนาคตในการทำงาน, ควรเพิ่มขวัญกำลังใจแก่บุคลากรในสังกัด ได้แก่ การจัดโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กร, การจัดโครงการพัฒนาความรู้แก่บุคลากร ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การบริการ แบบประทับใจ การเงิน การคลัง การจัดซื้อจัดจ้าง ที่ถูกระเบียบ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป รองลงมา มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป และ มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของนันทกร ไชยธรรตน์ และคณะ⁷ ที่พบว่า ความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์ และคณะ⁵ ที่พบว่าความสุขรวมของบุคลากรสายสนับสนุนทุกคนอยู่ในระดับมีความสุข และบุคลากรมีความสุขร้อยละ 90 อาจกล่าวได้ว่า เป็นผลเนื่องมาจากภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นแล้ว บุคลากรยังมีสังคมที่ดี ครอบครัวที่ดี ที่มีมาก่อนแล้ว รวมทั้งเป็นช่วงเริ่มต้นของการถ่ายโอน

เข้ามาอยู่ในสังกัดหน่วยงานใหม่ วิธีการดำเนินชีวิตยังคงเหมือนเดิม สภาพแวดล้อมในการทำงานยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าเดิมจากที่เคยเป็น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัย (Two-factor theory) ของ Frederick Herzberg ที่ระบุไว้ในการศึกษาของ Alshmemri, M., Shahwan-Akl, L, Maude P.⁸ ที่ระบุว่าความสุขในการทำงานเกิดขึ้นได้จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง รวมทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์ แม้ว่าจะมีบางการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ คือ การศึกษาของพรพิมล รัตนซ้อน⁹ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการทำงานระดับปานกลาง

2. บุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับกลาง ๆ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทกร ไชยธรรตน์ และคณะ⁷ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรกรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ อยู่ในระดับมากและ การศึกษาของภาวดี เหมทานนท์ และคณะ⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตของบุคลากรสายสนับสนุนโดยรวมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันอาจเนื่องมาจากการศึกษารุ่นนี้ เป็นบุคลากรที่ย้ายสังกัดการปฏิบัติงานไปสู่หน่วยงานใหม่ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ ระบบการบริหารในหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลงตามระเบียบข้อบังคับของต้นสังกัดใหม่ ถึงแม้ว่าการประเมินคุณภาพชีวิตจะใช้เครื่องมือวัดที่เหมือนกัน ในขณะที่อีกการศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลในบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Frederick Herzberg ที่ระบุว่า การที่คนเราจะมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำงานอยู่

3. ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแตกต่างกันตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน โดยที่ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ตำแหน่งงาน อายุ การศึกษา เพศ สถานภาพที่ต่างกันความสุขจะไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รัตนซ้อน⁹

ที่พบว่าความสุขในการทำงานขึ้นอยู่กับตัวแปรตำแหน่งงาน ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีรายได้ที่สูงขึ้นทำให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น การมีรายได้สูงทำให้รู้สึกมั่นคงและปลอดภัยทางการเงินมากขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน และการมีรายได้ที่สูงขึ้นจะเชื่อมโยงกับสถานะทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถนำไปสู่การยอมรับและนับถือจากผู้อื่น ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าและมีความสำคัญ¹⁰

4. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เปรียบเทียบตามตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และตำแหน่งงานในปัจจุบัน พบว่าไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนักทฤษฎีชไรต์ และคณะ⁷ ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ประเภทตำแหน่ง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่างกันมีผลทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของบรรยวีสต์ ผางคา¹¹ ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตที่ดีมีองค์ประกอบมาจากความสมดุลทางด้านร่างกาย เช่นปัจจัย 4 ด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี อากาศบริสุทธิ์ ความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน

5. ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น แม้ความสุขจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.156$) สะท้อนว่าความสุขอธิบายความแตกต่างของคุณภาพชีวิตการทำงานได้เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบริบทการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านภาระงาน อัตราค่าจ้าง ทรัพยากรในการทำงาน

ค่าตอบแทน และการสนับสนุนจากองค์กรร่วมด้วย ดังนั้น แม้บุคลากรจะมีความสุขในระดับหนึ่ง แต่คุณภาพชีวิตการทำงานอาจถูกกำหนดโดยเงื่อนไขเชิงระบบและบริบทพื้นที่มากกว่าปัจจัยด้านความสุขเพียงด้านเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักทฤษฎีชไรต์ และคณะ⁷ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน โดยคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานด้านการติดต่อสัมพันธ์และการศึกษาของพรพิมล รัตนซ้อน⁹ ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงานในทุกด้าน อธิบายได้ว่าเพราะความสุขเป็นผลลัพธ์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อมีชีวิตที่ดีมีคุณภาพดี เช่น มีความสุขในการทำงาน มีความสุขในความสัมพันธ์ มีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในการพักผ่อน จะช่วยสร้างความสุขภายในตนเองได้อย่างแท้จริง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีช่วยสร้างพื้นฐานที่ดีสำหรับความสุขของทุกคน นอกจากนี้การมีความสุขยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง เนื่องจากจะส่งเสริมความเชื่อมั่น ความสัมพันธ์ที่ดีและส่งผลต่อการทำงานและการประสบความสำเร็จในชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 มีบุคลากรบางส่วนมีความสุขในการทำงานน้อยกว่าคนทั่วไป ดังนั้นควรวางแผนในการจัดกิจกรรมโครงการในหน่วยงานต่าง ๆ ให้ดีขึ้น รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็น การสนับสนุนและยอมรับในผลงาน สร้างบรรยากาศที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานและความเอื้ออาทรระหว่างกัน

1.2 เนื่องจากรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลต่อความสุขที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรพิจารณาแนวทางการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายของบุคลากรในสังกัด เช่น การจัดโครงการเสริมสร้างอาชีพ เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับบุคลากรนอกเวลาราชการ การเพิ่มค่าตอบแทนอยู่เวรรักษาพยาบาลในหน่วยงาน เป็นต้น

1.3 เนื่องจากความสุขและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน แสดงให้เห็นว่าการอยู่ในสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่ดีและปลอดภัยจะทำให้บุคลากร

มีความรู้สึกที่ดีกับงาน พอใจที่จะทำงาน ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานดีขึ้น ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคลากร เช่น กิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี การจัดกิจกรรมเพิ่มความสนุกสนานร่วมกัน การจัดช่วงเวลาหรือห้องสำหรับทำสมาธิในสำนักงาน การจัดบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาสำหรับบุคลากรที่ต้องการ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

2.2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุข คุณภาพชีวิต และคุณภาพการทำงานที่ดีของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

2.3 ศึกษาประเด็นความผูกพันต่อองค์กร
กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ประสานงานในระดับอำเภอทุกคนที่ช่วยในการประสานงานทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. กัณฐมณี กิ์สู่น. คุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท. 2566; 4(3): 77-89.
2. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรวรรณ จุฑา และคณะ. รายงานการวิจัยการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
3. บัวบุญ อุดมทรัพย์, ผดุงเดช พลไชยมาตย์. ผลการพัฒนารูปแบบประสานงานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2566; 30(2): 131-43.
4. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
5. ภาวดี เหมทานนท์, พีรวิทย์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ, กฤษฎา เวชภักดี, เกษรา วนโชติตระกูล. ความสุขและคุณภาพชีวิตของบุคลากรสายสนับสนุนที่ทำงานในวิทยาลัยพยาบาล. วารสารมหาจุฬานาครทรรค์. 2562; 6(10): 4728-39.
6. Ferguson GA. Statistical analysis in psychology and education. 5th ed. Tokyo: Kasodo printing; 1981.
7. นัทกร ไชยธรรตน์, ลลิตา นิพิฐประศาสน์สุนทรวิภาต. คุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานของบุคลากรกรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2565; 8(3): 44-55.
8. Alshmemri M, Shahwan-Akl L, Maude P. Herzberg's two-factor theory. Life Science Journal. 2017; 14(5): 12-16.
9. พรพิมล รัตนซ้อน. ความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2563; 2(3): 13-25.

10. Kahneman D, Deaton A. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. Proc Natl Acad Sci USA. 2010; 107(38): 16489-93.
11. บรรยวัธ ฝางคา. ชุมชนไตรสิกขา: รูปแบบและการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <http://mcuir.mcu.ac.th:8080/jspui/handle/123456789/194>



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ที่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทร: 043-221-770, 043-221-493, 043-222-741 ต่อ 177

โทรสาร: 043-221-770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

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