



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

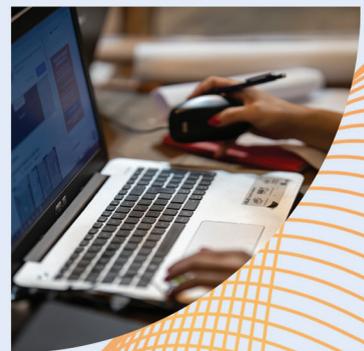
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 68)

ISSN 2985-0134 (Print)

ISSN 2985-0142 (Online)

2025



ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-235-904 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136
Email: anamai.plan7@gmail.com

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ชาตรี เมธาธาราธิป

บรรณาธิการ

ดร.อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ศรีบุษย์ ศรีไชยจรรยา

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร

ดร.สุทิน ชนะบุญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบว์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ภกญ.คันสนีย์ จันทสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ลักขณา สุกุลทอง

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ ขอนแก่น

ดร.สุนทรทิพย์ บัวแดง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.สุภัทรา สามัง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผศ.ดร.ศรีธัญญา จรุงมาก

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร.คงฤทธิ วันจรรยา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผศ.ดร.วรรณภา ภาจำปา

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร.ทพญ.ศรีวิทย์ พิทยะศรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น

ผศ.นพ.สิทธิชัย คำไสย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.วิชญ์ศาศตรา อางโยธา

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น

ผศ.นพ.วิเชียร ศิริธนพล

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.พุดิชาดา จันทะคุณ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผศ.พญ.จาริณญา จินดาประเสริฐ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายชาญชัย ธรรมงาม

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

ผศ.ดร.วรรณันท์ ศิริสัตยกุล

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.กฤษณา มีศิลป์

มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาตร์

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ดร.พญ.สุจิตรา ขวาแซ่น

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ผศ.ดร.เทพไทย โชติชัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

พญ.สิฏฐินิดา กิตติศิริวัฒนกุล

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

อำนวยการวิชาการ

นพ.ไพบูรณ์ จิตกุล

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางสาวกันยรัตน์ สมบัติธีระ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

พญ.มกรรัตน์ หวังเจริญ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางกัญญา จันทร์พล

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ทพญ.ปิยะนุช เอกก้านตรง

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางสาวจันทร์ธรา สมด้ว

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางบังอร กล่ำสุวรรณ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางสาวประภัสสร พิศวงปราการ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางชัญญาอนุช ปานนิล

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางสาวจุฑารัตน์ กิจไพบ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นายสุวิศิษฐ์ ช่างทอง

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางสาวประภัสสร พิศวงปราการ

นางพรพรรณ นามตะ

นายจิโรจน์ จิระเจริญวงศ์ษา

นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา

นางพรพรรณ นามตะ

นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา

ศิลปกรรมออกแบบ

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-243-416, 089-5862136 <http://hpc7.anamai.moph.go.th>

กำหนดออก

ปีละ 3 เล่ม มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม

จัดพิมพ์

หจก.ขอนแก่นการพิมพ์ 64-66 ถนนรื่นรมย์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทร. 043-221938, 220128 e-mail: kk_p902@hotmail.com

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION

CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

Vol.17 No.2 May - August 2025

ISSN 2985-0134 (Print)

ISSN 2985-0142 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาและด้านการสอน
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

บทบรรณาธิการ

สถานการณ์โลกที่การเปลี่ยนแปลงภาวะทางสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะจากโรคอุบัติใหม่ สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง หรือพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่หลากหลายมากขึ้น หน่วยงานด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องปรับตัว พัฒนางองค์ความรู้วิจัย และสร้างนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ฉบับนี้ เข้าสู่ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 ฉบับนี้ ได้คัดสรรบทความวิชาการและงานวิจัยที่มีคุณภาพ ใช้ผู้ทบทวนวารสารจำนวน 3 ท่านต่อเรื่อง ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งในด้านการเรียนการสอน การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เนื้อหาครอบคลุมประเด็นที่หลากหลาย อาทิ บทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่ ในการขับเคลื่อนองค์การวิชาชีพผ่านเครือข่ายวิชาการและนวัตกรรม สะท้อนแนวคิดการนำองค์ระไม่แสวงหาผลกำไรสู่ความยั่งยืน การประยุกต์ แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจทางการพยาบาล สู่การปฏิบัติในชีวิตจริง เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย โดยเน้นการเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพช่องปากของนักเรียน, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ, และการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การออกแบบนวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น สูตรลาบหมูปริมาณจากถั่วสำหรับผู้สูงอายุ และประเด็นร่วมสมัยอย่าง บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, และการประเมิน ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการภาครัฐและโรงพยาบาลซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่าน ที่ได้ทุ่มเทเวลาในการผลิตองค์ความรู้ที่มีคุณค่า พร้อมทั้งขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพิจารณาบทความอย่างเข้มข้น ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ร่วมกันผลักดันวารสารฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุข นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย ตลอดจนผู้ที่สนใจทั่วไป และเป็นอีกหนึ่งพลังที่ช่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพของไทยให้ก้าวหน้าและมั่นคงยิ่งขึ้น

ดร.อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร

บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ข้อแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

ข้อแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen.)

1. คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen.) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร ในกรณีบทความวิจัยจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณา ส่วนกรณีบทความทั่วไปจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาเช่นกัน

1.4. ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง หรือของตนเองที่เข้าข่ายการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) และได้กำหนดความซ้ำของผลงาน ด้วยโปรแกรม CopyCatch Thaijo ในระดับ ไม่เกิน 30%

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1. ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2. ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun PSK ขนาด 16 point เป็นไฟล์ word document เท่านั้น

3. การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

ให้ผู้พิมพ์ ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document ในระบบการ Submission ใน <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7> เท่านั้น หากการ Submission สำเร็จ ผู้พิมพ์จะได้รับ E-mail แจ้งเตือนการได้รับบทความเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาต่อไป โดยการส่งต้นฉบับเข้ารับการตีพิมพ์ในฉบับที่ 1 ควรส่งก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ฉบับที่ 2 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 มิถุนายน

และฉบับที่ 3 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 ตุลาคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนบทความที่อยู่ในระบบ (ควรติดต่อกองบรรณาธิการเพื่อสอบถามรอบการตีพิมพ์)

4. การเรียงลำดับเนื้อหา

4.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง มีความสั้นกระชับสอดคล้องกับเนื้อหา
ในเรื่อง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง เป็นความหมายเดียวกับชื่อเรื่อง

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (Authors) - ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนาจัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้นิพนธ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา
จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ - E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)
ท้ายบทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

4.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ เขียนต่อกันเป็นความเรียงให้กระชับ

4.4 คำสำคัญ (Keyword) - ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point

4.5 บทนำ (Introduction)

บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัย
ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) - ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง,
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์
ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่าน
การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว (ถ้ามี)

4.7 ผลการวิจัย (Result) - อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูล
อย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์
และสมมติฐานที่ตั้งไว้

4.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion) การเขียนอภิปรายผล
ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย
และข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถ
ปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ ที่มีได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

4.10 เอกสารอ้างอิง (Reference) - ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver citation style เท่านั้น โดยมีหลักการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่มจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือ ผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1) การอ้างอิงรายการเดี่ยว ตัวอย่าง อาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) คือ การที่มีอาการไอร่วมกับมีเลือดออกมาจากปอดหรือหลอดลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึง 30 (3)

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติงศานุภาค (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิง ไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมาย จุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงถึงในเนื้อหา รายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

2.1) ผู้นิพนธ์ 1-6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4):284-7.

2.2) ผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจากนามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คน (Author), และคณะ. ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. จริฎา เลิศอรธรรมณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันตวิวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพิพรรณี วรภิโจโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

2.3) ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรก

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002; 325(73):184.

2.4) หนังสือผู้นิพนธ์คนเดียว

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th Louis: Mosby; 2002.

2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.5) หนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78. วีระพลจันทร์ดียิ่ง, สนธิศ สุทธิจำรูญ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและหญิงวัยรุ่นสาว. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2531.

2.6) หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์

1. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538 ;24: 190-204.

2. World Health Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2.7) วิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75 หน้า.

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน(In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ(editor(s)). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

2.9) เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม /รายงานการประชุม

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. 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.

2.10) บทความบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อวันที่เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2557]; เข้าถึงได้ จาก: <http://www.tnc.or.th/examine/rules.html>.

5. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ เมื่อบทความที่ลงทะเบียยนผ่านการพิจารณากลับกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการโดยมีรูปแบบการพิมพ์ ขอบเขตเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมตามเกณฑ์คุณภาพของวารสารแล้ว

- ผู้นิพนธ์ภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในอัตรา 3,500 บาท ต่อ 1 บทความ

- ผู้นิพนธ์ภายในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้รับการยกเว้นเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ภายนอกไม่สามารถขอคืนเงินค่าธรรมเนียมดังกล่าวได้ภายหลังการชำระเงินแล้ว ซึ่งจะเริ่มเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2566) เป็นต้นไป

หมายเหตุ : กรณีที่มีรายชื่อผู้นิพนธ์หลายคน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทั้งภายในและภายนอก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กองบรรณาธิการถือชื่อผู้นิพนธ์อันดับแรกเป็นสำคัญ และการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นที่สุด

6. การติดต่อบรรณาธิการวารสาร

กลุ่มส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรม และพัฒนาการเรียนรู้อัน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อาคารอำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทรศัพท์ 043-235-905 ต่อ 2109-2110 มือถือ 098-586-2136 โทรสาร 043-243-416 E-mail: anamai.plan7@gmail.com

จริยธรรมการตีพิมพ์

1. บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (Duties of Authors)

1.1 ผู้พิมพ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน

1.2 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อนเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.3 ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์”

1.4 ผู้พิมพ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

1.5 ผู้พิมพ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัย โดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้พิมพ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

1.6 ผู้พิมพ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)

1.7 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อนเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ผู้พิมพ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

1.9 ผู้พิมพ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นที่สุด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรองตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ

2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ

2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสาร มีวัตถุประสงค์และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้ระบุไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องและผู้นิพนธ์ควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)

2.9 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ผู้ประเมิน และทีมผู้บริหาร

2.10 หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้นิพนธ์

3. บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

3.1 ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อการประเมินแก่บุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้นิพนธ์และผู้ประเมิน

3.2 ผู้ประเมินบทความควรแจ้งและปฏิเสธการประเมินกับบรรณาธิการหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบทความที่ส่งมาให้พิจารณา

3.3 ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญโดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหา คุณภาพการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างอิงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่ระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

1. การตรวจสอบบทความเบื้องต้นโดยกองบรรณาธิการ (1-4 สัปดาห์): บทความที่ถูกส่งเข้ามา จะได้รับการตรวจสอบรูปแบบการจัดหน้า การใช้ภาษา ความเพียงพอและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิง รวมถึงความซ้ำซ้อนโดยกองบรรณาธิการ หากบทความดังกล่าวมีรูปแบบไม่เป็นไปตามที่วารสารฯ กำหนด หรือมีอัตราการซ้ำซ้อนสูงกว่าที่วารสารฯ กำหนด กองบรรณาธิการ จะไม่รับบทความดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพิจารณา

2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทบทวน และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย 1. สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Accept) 2. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขเล็กน้อย (Accept with minor revision) 3. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขอย่างมาก (Accept with major revision) และ 4. ไม่สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Reject)

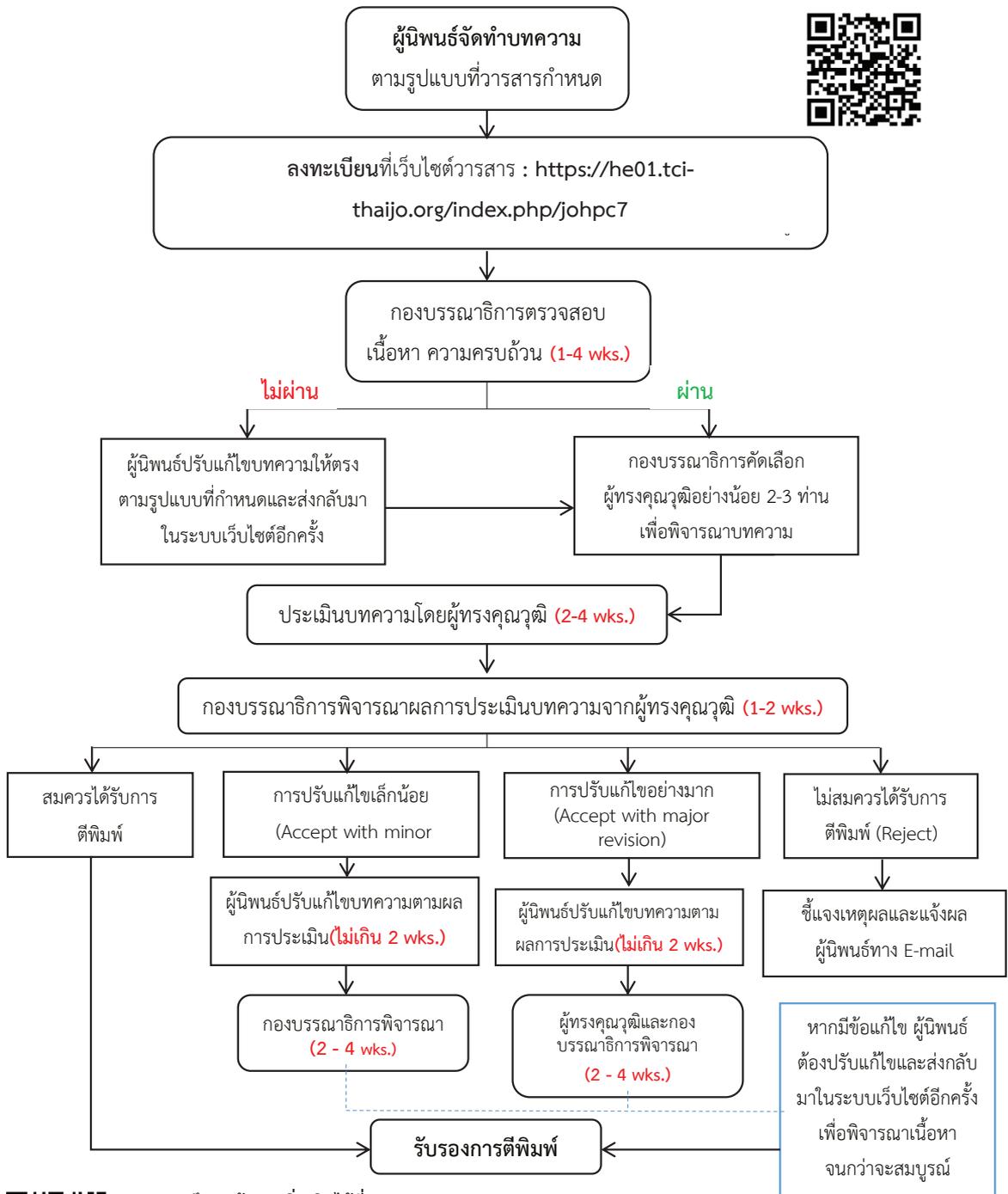
3. การพิจารณาผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (1-2 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้ว จะดำเนินการพิจารณาและสรุปผลอีกครั้ง โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์ ต้องได้รับผลเป็น Accept หรือ Accept with minor revision ส่วนบทความที่ได้รับผลเป็น Accept with major revision บรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาชี้ขาด และบทความที่ได้รับผลเป็น Reject จะไม่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ในวารสาร

4. การปรับแก้ (ไม่เกิน 2 สัปดาห์): บทความที่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกองบรรณาธิการ (ถ้ามี) โดยผู้เขียนต้องดำเนินการแก้ไขให้ครบถ้วน และกรอกแบบฟอร์มชี้แจงการปรับแก้ แล้วส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว และเอกสารชี้แจงการปรับแก้กลับมายังกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด

5. การพิจารณาบทความฉบับปรับแก้ (2-4 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ปรับแก้แล้ว จะดำเนินการพิจารณาความถูกต้องอีกครั้ง หากบทความดังกล่าวได้รับการแก้ไขครบถ้วน จะรับรองการตีพิมพ์ และนำเข้าสู่กระบวนการจัดอาร์ตเวิร์คต่อไป

แผนผังขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ในระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) Link: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7>



*สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

<https://docs.google.com/document/d/1lq97FmQkaGOzJzXTsxJifq00vBXdiYxRK2zTn828KKM/mobile-basic?usp=mail#h.13ju08w3j55>

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

บทความวิชาการ/ทั่วไป	หน้า
1. บทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่ในการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพไม่แสวงหาผลกำไรผ่านเครือข่ายวิชาการและนวัตกรรม <i>วัชรวิ อมรโรจน์วรวุฒิ, ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร</i>	1
2. การตัดสินใจทางการพยาบาล: แนวคิดทฤษฎี รูปแบบและการนำไปประยุกต์ใช้ <i>พรภิมล สุขเพ็ญ, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, สมปรารถนา ดาผา, ชนาพร ปิ่นสุวรรณ</i>	13
บทความวิจัย	
1. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น <i>ละมัย บุญเชิด, ชนะพล ศรีฤาชา, วิภา อิศรางกูร ณ อยุธยา</i>	26
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในผู้ปกครองเด็ก ตำบลโสกนกเต็น อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น <i>ปีใหม่ แก่นสา, ชนะพล ศรีฤาชา, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์</i>	42
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดที่มารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น <i>ศรันยา ดวงเดือน, สีหะพงษ์ เพชรรัตน์, รัชนิดา เบ้าบุญ</i>	56
4. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองเรือ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น <i>สมโชค พิมพ์สิงห์, วิภา อิศรางกูร ณ อยุธยา, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์</i>	70
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น <i>ณัฐนันท์ วัฒนอนเนก, ณัฐกฤตา ผลอ้อ</i>	83

สารบัญ วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

	หน้า
6. การพัฒนาสูตรลาบหมูโดยใช้โปรตีนจากถั่วสำหรับผู้สูงอายุ ชนิดา อุมพลา, รัฐพล ไกรกลาง	98
7. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น ชนิษฐา สนเทห์, ช่อทิพย์ แดงพันธ์, สุพัตรา เชาวไวย	111
8. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วิวัฒน์ ขอบดี	124
9. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย กรณีศึกษา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยุภาวดี ทิมพโมทย์	139
10. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา จุฑามาศ แก้วจันดี, กุสุมา มีศิลป์, สุภาภรณ์ ทศนพงค์, กฤตภาส สีหะวงษ์, วัชรภรณ์ จันดาสุข, วรรณญา เจริญจิตร, ศิรินทรา บุตรกัณหา, สิริยากร สระทอง	151
11. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ญาติดา นามเหล่า, ปิยนุช ภิญโญ, ณัฐชยา ชันผง, ปานระพี สีวันแก้ว, พรรณนิสา ประทุมวัน, เพ็ญนภา นาทุคนอก, วรรณญา มาเพชร	164

บทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่ในการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพไม่แสวงหาผลกำไร ผ่านเครือข่ายวิชาการและนวัตกรรม

วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ¹ ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร²

(วันที่รับบทความ: 20 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับ 20 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

ผู้นำทางการพยาบาลในยุคปัจจุบันมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพ โดยเฉพาะองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ซึ่งต้องเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี และความคาดหวังของประชาชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาลไม่แสวงหาผลกำไร ผ่านกรอบแนวคิดภาวะผู้นำยุคใหม่ โดยเน้นการบริหารเครือข่ายวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพและการนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิก องค์กรประกอบสำคัญที่เสนอ ได้แก่ การพัฒนาคุณลักษณะผู้นำ ประกอบด้วย การมองการณ์ไกล การบริหารเครือข่าย และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสม ตลอดจนการประยุกต์บทบาทผู้นำเชิงนวัตกรรม เชิงกลยุทธ์ และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้กรณีศึกษาของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นตัวอย่างเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์พบว่า การสร้างเครือข่ายทางวิชาการ การประยุกต์ใช้นวัตกรรม และการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพและความยั่งยืนขององค์กร แม้เผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร ผลลัพธ์จากกรณีศึกษานี้นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ การส่งเสริมผู้นำรุ่นใหม่ การสนับสนุนเทคโนโลยี และการขยายเครือข่ายในระดับภูมิภาคและนานาชาติ บทเรียนที่ได้สามารถนำไปปรับใช้ในองค์กรวิชาชีพพยาบาลอื่นๆ เพื่อยกระดับศักยภาพและความสามารถในการแข่งขันของวิชาชีพในอนาคต

คำสำคัญ : ภาวะผู้นำพยาบาล, การสร้างเครือข่ายวิชาการ, องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร, สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

¹คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author : ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร, e-mail: sakkharin.n@gmail.com

The Role of Modern Nursing Leadership in Advancing Non-Profit Professional Organizations through Academic Networks and Innovation

Wacharee Amornrojanavaravutti¹, Sakkharin Norrasan²

(Received 20th March 2025; Revised : 20th May 2025; Accepted 20th May 2025)

Abstract

Nursing leadership plays a crucial role in advancing professional organizations, particularly non-profit organizations that face challenges arising from social changes, technological advancements, and evolving public expectations. This article aims to propose strategies for driving non-profit nursing professional organizations through a modern leadership framework, emphasizing the effective management of academic networks and the application of innovations to enhance member capacity. Key elements include the development of leadership characteristics such as visionary thinking, networking ability, and appropriate utilization of digital technology, as well as the integration of innovative, strategic, and adaptive leadership roles. The case study of the Alumni Association of Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen is used as empirical evidence. The analysis reveals that building academic networks, applying innovations, and integrating digital technology are essential tools for enhancing organizational capacity and sustainability despite resource constraints. The lessons learned from this case study lead to policy recommendations, including promoting new-generation leaders, supporting technological infrastructure, and expanding networks at regional and international levels. These findings can be adapted to strengthen other nursing professional organizations and enhance their competitiveness and sustainability in the future.

Keywords: Nursing leadership, academic network, non-profit organization,
The Alumni Association of Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

¹Dean, Faculty of Nursing, Northeastern University

²Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author : Sakkharin Norrasan, e-mail: sakkharin.n@gmail.com

บทนำ

ระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 กำลังเผชิญกับความท้าทายอันซับซ้อนจากปัจจัยแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและไม่แน่นอน ซึ่งสามารถอธิบายผ่านกรอบแนวคิด VUCA ได้แก่ ความผันผวน (Volatility), ความไม่แน่นอน (Uncertainty), ความซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity)^(1,2) ภายใต้บริบทดังกล่าว ความเปราะบางด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคมเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ทุกองค์กรด้านสุขภาพต้องปรับตัวอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะองค์กรวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน^(1-4,6) จากรายงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย พบว่า องค์กรพยาบาลในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะองค์กรวิชาชีพไม่แสวงหาผลกำไร ขาดแคลนงบประมาณ สนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ขาดกลไกเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ และยังไม่มีรูปแบบภาวะผู้นำที่ตอบโจทย์ การเปลี่ยนแปลงยุคดิจิทัลอย่างชัดเจน^(5,6,11) แนวโน้มภาวะผู้นำพยาบาลในประเทศไทย กำลังเคลื่อนเข้าสู่การพัฒนาทักษะที่มากกว่าแค่การบริหารจัดการทั่วไป แต่ต้องสามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ยืดหยุ่น และใช้นวัตกรรม เพื่อเพิ่มคุณค่าและความสามารถในการอยู่รอดขององค์กรได้ หนึ่งในกลไกสำคัญที่ช่วยให้องค์กรวิชาชีพพยาบาลสามารถปรับตัวและเติบโตอย่างมีประสิทธิภาพคือ บทบาทผู้นำทางการพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยภาวะผู้นำที่ทันสมัย มีวิสัยทัศน์ และสามารถตอบสนองต่อความท้าทายที่เกิดขึ้นในยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบท

ขององค์กรวิชาชีพที่ไม่แสวงหาผลกำไร ซึ่งมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ โครงสร้างการบริหาร และทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาและขับเคลื่อนองค์กรเหล่านี้ให้เข้มแข็งและยั่งยืนจึงต้องอาศัยผู้นำที่มีความสามารถในการสร้างเครือข่ายวิชาการ และนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ⁽²⁻¹³⁾

สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นหนึ่งในองค์กรวิชาชีพไม่แสวงหาผลกำไรที่มีพัฒนาการโดดเด่นในด้านการสร้างเครือข่ายวิชาการ การประยุกต์ใช้นวัตกรรม และการส่งเสริมภาวะผู้นำของสมาชิกในองค์กรอย่างเป็นระบบ⁽⁵⁾ การศึกษารณียของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จึงเป็นตัวอย่างที่สะท้อนบทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่ได้อย่างชัดเจน องค์กรวิชาชีพพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรยังมีบทบาทเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรพยาบาลในทุกกระดับผ่านการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การสนับสนุนงานวิชาการ และการพัฒนานวัตกรรม ที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม^(5,7,10) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพภายใต้บทบาทผู้นำจึงเป็นปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาลไม่แสวงหาผลกำไร ผ่านกรอบภาวะผู้นำยุคใหม่ที่เน้นการบริหารเครือข่ายวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ และการนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิก โดยใช้กรณีศึกษาของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ซึ่งเป็นตัวอย่างขององค์กรที่ประสบความสำเร็จ

ในการบริหารเครือข่ายและขับเคลื่อนกิจกรรมทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง^(5,11) กลุ่มเป้าหมายของบทความนี้ ได้แก่ นักวิชาการพยาบาล ผู้บริหารองค์กรวิชาชีพพยาบาล รวมถึงผู้สนใจในการพัฒนาองค์กรสุขภาพที่ไม่แสวงหาผลกำไร เพื่อให้สามารถนำบทเรียนและแนวทางการบริหารเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม บทเรียนจากกรณีศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการบริหารจัดการเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาองค์ความรู้ และการสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อยกระดับศักยภาพของวิชาชีพในภาพรวม พร้อมส่งเสริมการพัฒนาองค์กรวิชาชีพพยาบาลอื่น ๆ ให้สามารถเติบโตอย่างยั่งยืนในอนาคต^(5,7,10,11,13)

คุณลักษณะผู้นำพยาบาลยุคใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้นำที่มีประสิทธิภาพในยุคปัจจุบันต้องมีคุณลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในระดับโลก และระดับท้องถิ่น สามารถสรุปคุณลักษณะเด่นได้ 3 ประการ ได้แก่ 1) การมองการณ์ไกล (Visionary Thinking) ผู้นำต้องสามารถเห็นภาพอนาคตขององค์กร และกำหนดทิศทางอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเตรียมองค์กรรับมือกับความผันผวนด้านสาธารณสุขและความไม่แน่นอนทางเทคโนโลยี⁽¹⁻³⁾ 2) ความสามารถในการบริหารเครือข่าย (Networking Ability) ผู้นำต้องสามารถประสานงานและเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างบุคคล หน่วยงาน และองค์กรภายนอก เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร

และขยายผลกระทบทางวิชาชีพในวงกว้าง ซึ่งยังเป็นประเด็นที่วรรณกรรมหลายฉบับกล่าวถึงน้อยในบริบทของประเทศไทย^(4,5,9) และ 3) การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี (Data and Technology Utilization) ผู้นำต้องสามารถใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น ระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การประชุมเสมือน และแพลตฟอร์ม e-Learning เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเครือข่ายวิชาการ^(7,10)

การประยุกต์ใช้คุณลักษณะผู้นำในกรณีศึกษาสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น พบว่า คุณลักษณะผู้นำดังกล่าวได้ถูกถ่ายทอดผ่านการปฏิบัติจริง และเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การดำเนินงานขององค์กรไม่แสวงหาผลกำไรสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ชัดเจน และสามารถขับเคลื่อนองค์กรให้เติบโตได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้นำของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาองค์กร เชื่อมโยงเครือข่ายวิชาชีพอย่างเข้มแข็งทั้งศิษย์เก่าและศิษย์ต่างสถาบัน และใช้เทคโนโลยีส่งเสริมการเรียนรู้ของสมาชิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(5,11) กล่าวโดยสรุปว่า ผู้นำสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของผู้นำพยาบาลยุคใหม่ที่สามารถผสมผสานคุณลักษณะทั้งสามด้านนี้อย่างเป็นระบบในการขับเคลื่อนองค์กรให้รอดและเติบโตอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครือข่ายทางวิชาการ และคณะกรรมการ ด้วยทักษะการบริหารเครือข่าย การมองการณ์ไกล และการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน

องค์กรวิชาชีพพยาบาลให้สามารถรับมือกับความท้าทายในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างเป็นระบบ⁽¹⁻¹³⁾

แนวคิดและบทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่

ในยุคที่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทั้งจากปัจจัยทางเทคโนโลยี ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างขององค์กร การมีผู้นำที่มีประสิทธิภาพถือเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาลสู่ความสำเร็จ โดยเฉพาะในระดับชุมชนและองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่ต้องรับมือกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณ และความต่อเนื่องของกำลังคน จากการศึกษาวรรณกรรม พบว่า ผู้นำพยาบาลยุคใหม่ จะต้องสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดบทบาทผู้นำที่หลากหลาย ได้แก่ บทบาทผู้นำเชิงนวัตกรรม บทบาทผู้นำเชิงกลยุทธ์ และบทบาทผู้นำที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแต่ละบทบาทมีคุณลักษณะเฉพาะที่เสริมศักยภาพการขับเคลื่อนองค์กรให้เติบโตอย่างยั่งยืนและสามารถปรับตัวต่อความท้าทายใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(1,2,3,8,12) ประกอบด้วย

1) บทบาทผู้นำเชิงนวัตกรรม (Innovative Leadership) เน้นที่การคิดสร้างสรรค์ กล้าริเริ่มแนวคิดใหม่ ๆ และนำมาทดลองใช้ และเปิดพื้นที่การเรียนรู้ภายในองค์กร โดยเฉพาะในประเด็นการดูแลสุขภาพรูปแบบใหม่ เช่น นวัตกรรมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและเทคโนโลยีสนับสนุนการบริหาร ทั้งนี้ผู้นำต้องสนับสนุนให้ทีมงานกล้าทดลองและเรียนรู้จากความล้มเหลว โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพและบริการพยาบาล ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเพิ่มคุณค่าให้องค์กรใน

ยุคปัจจุบัน^(2,12)

2) บทบาทผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic Leadership) ผู้นำต้องมีทักษะในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการแปลงวิสัยทัศน์เป็นแผนปฏิบัติการที่สามารถประเมินผลได้^(2,3) การผสมผสานบทบาทเชิงนวัตกรรมและกลยุทธ์อย่างมีสมดุล ช่วยให้ผู้นำสามารถขับเคลื่อนองค์กรให้ตอบสนองต่อแรงกดดันจากสังคม ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการแข่งขันด้านเทคโนโลยีในวิชาชีพสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(3,9)

3) บทบาทผู้นำที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง (Adaptive Leadership) มุ่งเน้นการปรับตัวอย่างรวดเร็วต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลง พร้อมเปิดรับความคิดเห็นอย่างรอบด้าน และปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสม ทั้งนี้ผู้นำต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกกระดับ สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับการเปลี่ยนแปลง และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของในภารกิจองค์กร^(2,8)

จากการวิเคราะห์วรรณกรรม ยังพบว่า งานศึกษาที่กล่าวถึงบทบาทผู้นำ มักแยกพิจารณาแต่ละบทบาท โดยไม่เชื่อมโยงเข้ากับบริบทขององค์กรขนาดเล็กหรือไม่แสวงหาผลกำไร ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญที่บทความนี้ต้องการเติมเต็ม บทบาทผู้นำทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้นำเชิงนวัตกรรม ผู้นำเชิงกลยุทธ์ และผู้นำที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ล้วนเป็นแนวคิดสำคัญที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและแรง

ขับเคลื่อน แต่สามารถเติบโตและสร้างคุณค่าทางวิชาชีพได้ด้วยบทบาทผู้นำที่มองการณ์ไกล และขับเคลื่อนองค์กรอย่างสร้างสรรค์ ผ่านการสร้างเครือข่ายวิชาการและนวัตกรรมที่ตอบโจทย์สมาชิก บทบาทผู้นำเชิงนวัตกรรม เชิงกลยุทธ์ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้องค์กร “อยู่รอด” และ “เติบโต” อย่างต่อเนื่อง และทำหน้าที่เพื่อองค์กรวิชาชีพและสาธารณะประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

การขับเคลื่อนเครือข่ายวิชาการ

การขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาลให้สามารถปรับตัวและเติบโตอย่างยั่งยืนในยุคที่เต็มไปด้วยความเปลี่ยนแปลงและความท้าทาย จำเป็นต้องอาศัย บทบาทผู้นำพยาบาล ที่มีความสามารถทั้งในการบริหารจัดการเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้เครื่องมือสนับสนุนอย่างเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรอย่างเป็นระบบ^(1,2) ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1) การสร้างเครือข่ายวิชาการเพื่อพัฒนาองค์กร (Establishing Academic Networks) ในยุคปัจจุบัน การพัฒนาองค์กรวิชาชีพพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยกลไกการบริหารจัดการที่เรียกว่า “การสร้างเครือข่ายวิชาการ” ซึ่งเป็นกระบวนการรวมพลังของบุคคล กลุ่ม และองค์กร เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และการฝึกอบรมวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับศักยภาพของบุคลากร และผลลัพธ์ของการบริการด้านสุขภาพของพยาบาลในสถานพยาบาลทุกระดับ

ทั้งนี้ ผู้นำพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเครือข่ายวิชาการผ่านการกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน แบ่งปันบทบาทหน้าที่ของสมาชิกเครือข่าย และเสริมสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม เพื่อยกระดับคุณภาพของบุคลากรและการบริการพยาบาลในภาพรวมให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด^(5,6,9)

2) แนวทางการบริหารเครือข่าย (Collaboration & Networking Strategy)

การบริหารเครือข่ายวิชาการต้องอาศัยหลักการของ Collaboration หรือการทำงานร่วมกันบนเป้าหมายที่ชัดเจน และ Networking ซึ่งหมายถึง การเชื่อมโยงความร่วมมือที่เป็นระบบระหว่างบุคคลและองค์กร เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีทักษะในการประสานงาน การสื่อสารที่มีประสิทธิผล และการสร้างความไว้วางใจในหมู่สมาชิก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เครือข่ายสามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและเกิดประโยชน์สูงสุด^(4,5,9,12) โดยแนวทางหลักในการบริหารเครือข่าย ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วม 2) การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะ 3) การวางระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ 4) การเสริมสร้างแรงจูงใจและการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง^(9,12)

3) การใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนเครือข่าย (Technology as an Enabler) เทคโนโลยีสมัยใหม่เป็นเครื่องมือที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพการบริหารเครือข่าย ช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ อีกทั้งยังเป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่รวดเร็วและ

เข้าถึงง่าย^(7,10) ตัวอย่างการใช้เทคโนโลยี ได้แก่ 1) แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platforms) เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน ระบบฐานข้อมูลออนไลน์ ที่รองรับการจัดการความรู้และการสื่อสารในเครือข่าย 2) การเรียนรู้ผ่านระบบ e-Learning ส่งเสริมให้สมาชิกเครือข่ายสามารถเข้าถึงเนื้อหาวิชาการใหม่ ๆ ได้ทุกที่ทุกเวลา ลดข้อจำกัดของการเดินทาง และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ 3) การประชุมออนไลน์ (Virtual Meetings) ทำให้การประสานงานระหว่างสมาชิกเครือข่ายสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมของสมาชิกจากพื้นที่ห่างไกลการบูรณาการเทคโนโลยีเข้ากับการบริหารเครือข่ายเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรวิชาชีพ และเปิดโอกาสให้เครือข่ายสามารถขยายผลกระทบในวงกว้างทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ^(7,8,10)

ตัวอย่างเครือข่ายวิชาการที่ประสบความสำเร็จในระดับนานาชาติ การศึกษาตัวอย่างเครือข่ายวิชาการในระดับนานาชาติ แสดงให้เห็นว่าการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตัวอย่างที่โดดเด่น ได้แก่ 1) American Association of Colleges of Nursing Leadership Networks (AACN) จัดตั้งเครือข่ายผู้นำด้านการพยาบาลทั่วสหรัฐอเมริกา โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคณาจารย์ผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การสนับสนุนงานวิจัยและการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา สมาชิกเครือข่ายได้รับประโยชน์ทั้งด้านข้อมูล อบรม

และโอกาสการเติบโตในวิชาชีพ⁽⁷⁾ และ 2) Florence Network เป็นเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ในยุโรป โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษพยาบาลในระดับอุดมศึกษา สนับสนุนการแลกเปลี่ยนนักศึกษา อาจารย์และผลงานวิจัยระดับนานาชาติ เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เป็นสากลและทันสมัย ซึ่งสะท้อนถึงการใช้อย่างเป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาชีพในระยะยาว⁽¹³⁾

บทวิเคราะห์ บทเรียนจากตัวอย่างสู่การขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย

จากตัวอย่างดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การสร้างและบริหารเครือข่ายวิชาการอย่างมีระบบนั้น เป็นเครื่องมือหลักในการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องในทุกระดับของเครือข่าย ผู้นำพยาบาลที่มีวิสัยทัศน์ และมีทักษะในการบริหารเครือข่ายอย่างมีระบบ จะสามารถขยายผลกระทบเชิงวิชาชีพและส่งเสริมนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน⁽¹⁻¹³⁾ ดังนั้น บทบาทผู้นำที่สามารถผสมผสานการสร้างเครือข่ายวิชาการ การประยุกต์ใช้นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสนับสนุนคือ หัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาลให้สามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างแข็งแกร่งและยั่งยืนได้

ด้วยเหตุนี้ องค์กรวิชาชีพพยาบาลที่มุ่งหวังผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน จำเป็นต้องเร่งพัฒนาบทบาทผู้นำที่มีความสามารถใน

การกำหนดวิสัยทัศน์ และแผนงานอย่างเป็นระบบ การเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสม เพื่อยกระดับศักยภาพของสมาชิกและขยายผลกระทบทางวิชาชีพในวงกว้างต่อไป

การบริหารเครือข่าย กรณีศึกษา การดำเนินงานของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น

จากการวิเคราะห์แนวคิดบทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่ การสร้างเครือข่ายวิชาการ และการนำนวัตกรรมมาใช้ในองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร สามารถเชื่อมโยงแนวคิดเหล่านี้เข้ากับกรณีศึกษาของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ซึ่งเป็นตัวอย่างองค์กรวิชาชีพไม่แสวงหาผลกำไรที่สามารถปรับตัวและเติบโตได้อย่างต่อเนื่องเกือบสองทศวรรษ ผ่านบทบาทผู้นำที่เข้มแข็ง และการบริหารเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ^(5,11) ประกอบด้วย

1) พัฒนาการและบริบทสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ก่อตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายส่งเสริมศักยภาพของศิษย์เก่าให้เป็นกำลังในการพัฒนาวิชาชีพผ่านการสร้างความร่วมมือ และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ใช้แนวทางการบริหารที่ยึดหลัก Strategic Leadership เห็นได้จากการวางแผนเชิงระบบ การกระจายบทบาทในคณะกรรมการ และการตั้งเป้าหมายระยะยาวชัดเจน^(2, 3) แต่อย่างไรก็ตามความท้าทายที่พบคือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคลากร ซึ่งสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ต้องอาศัยการทำงานในลักษณะอาสาสมัคร และ

สร้างเครือข่ายความร่วมมือแทนทรัพยากรที่ขาดแคลน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถของผู้นำในการใช้ Adaptive Leadership ในการปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น^(2, 8)

2) กระบวนการสร้างเครือข่าย

วิชาการ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ดำเนินกิจกรรมสร้างเครือข่ายผ่านเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ การอบรมวิชาการและประชุมประจำปี ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิด Collaboration & Networking ได้อย่างเป็นระบบ^(4,5,9) ตัวอย่างกิจกรรมการสร้างเครือข่าย ได้แก่ 1) เวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ จัดกิจกรรมให้สมาชิกสามารถแบ่งปันประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลต่าง ๆ พร้อมแลกเปลี่ยนมุมมองในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ และการใช้เทคโนโลยีใหม่ในการพยาบาล^(5,6) 2) กิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ มีการจัดอบรม การสัมมนา และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในวงการสุขภาพ^(2,12) เช่น การอบรมบทบาทผู้นำ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน และ 3) การจัดประชุมวิชาการ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ได้จัดประชุมวิชาการประจำปี เพื่อเปิดเวทีให้ศิษย์เก่า และบุคลากรทางสุขภาพ ได้นำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรม และแนวทางปฏิบัติที่ดี เพื่อยกระดับความรู้และส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของสมาชิก กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราช

ขณะนี้ ขอนแก่น มีความเข้มแข็งในฐานะเครือข่ายวิชาการที่สร้างผลกระทบต่อวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม^(5,11) แต่มีข้อจำกัด คือ การมีสมาชิกจากต่างจังหวัดจำนวนมาก ทำให้การมีส่วนร่วมบางกิจกรรมลดลง สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จึงเริ่มใช้เทคโนโลยี เช่น Zoom Facebook และ LINE OpenChat เพื่อลดอุปสรรคด้านเวลาและระยะทาง ซึ่งสอดคล้องกับการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการบริหารเครือข่าย^(7,10)

3) ผลลัพธ์และผลกระทบต่อองค์กรและวิชาชีพ จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่ามีผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในหลายด้าน ได้แก่ 1) การเสริมพลังวิชาชีพ (Empowerment)^(5,7) ศิษย์เก่ามีความมั่นใจในการแสดงออกเชิงวิชาการมากขึ้น กล้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำองค์ความรู้ใหม่ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานมากขึ้น 2) การสร้างแรงบันดาลใจ เกิดโครงการอาสาสมัครวิชาการจากรุ่นสู่รุ่น ทั้งด้านวิชาการและสนับสนุนทุนการศึกษาแก่รุ่นน้องที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ และ 3) นวัตกรรม เกิดแนวทางดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนซึ่งเป็นผลงานจากศิษย์เก่าที่เข้าร่วมกิจกรรมฝึกอบรม และเวทีแลกเปลี่ยนของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น แต่อย่างไรก็ตามการใช้เทคโนโลยี จะช่วยให้สมาชิกเข้าถึงความรู้ได้สะดวก แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านทักษะการใช้งานของสมาชิกบางกลุ่มที่มีข้อจำกัดเรื่องการใช้เทคโนโลยี และขาดระบบติดตามผลลัพธ์ของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

4) การประเมินผลกระทบของเครือข่าย สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราช

ชนนี ขอนแก่น มีการประเมินผลกิจกรรมแบบเบื้องต้น เช่น แบบสอบถามความพึงพอใจ แต่ยังขาดเครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม และผลกระทบเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนา dashboard หรือตัวชี้วัดดิจิทัล อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินผล⁽⁷⁾

5) การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพโดยรวม กิจกรรมของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในพื้นที่ โดยเฉพาะในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านชุมชนสุขภาวะและการส่งเสริมภาวะผู้นำในสายงานพยาบาล^(6,9)

จากความสำเร็จของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น มีบทเรียนสำคัญที่สามารถนำไปขยายผลในองค์กรอื่นๆ ได้แก่ 1) การใช้บทบาทผู้นำแบบเปิดกว้างและสร้างแรงบันดาลใจ^(2,8) ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรม 2) การบูรณาการเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม^(7,10) เช่น การจัดประชุมออนไลน์ การเรียนรู้ออนไลน์ และการสร้างสื่อวิชาการดิจิทัล เพื่อขยายการเข้าถึงองค์ความรู้ และ 3) การพัฒนากลไกสนับสนุนต่อเนื่อง^(5,9) เช่น การสร้างทีมงานแกนนำ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเป็นประจำ และการติดตามความก้าวหน้าของสมาชิกในเครือข่าย เห็นได้ว่าบทเรียนเหล่านี้สามารถนำไปปรับใช้ในองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพของวิชาชีพพยาบาล และสร้างเครือข่ายในระยะยาว⁽¹³⁾

ผลลัพธ์ของการบริหารเครือข่าย

จากกรณีศึกษาของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า บทบาทผู้นำที่เน้นการสร้างเครือข่ายและนวัตกรรม เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้องค์กรวิชาชีพพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรสามารถเติบโตและสร้างผลกระทบเชิงวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ (Visionary Thinking) และสามารถบริหารจัดการเครือข่ายอย่างเป็นระบบจะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(4,5,6)

การนำเทคโนโลยี มาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม เช่น แพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์ และการประชุมออนไลน์นั้น ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารเครือข่าย ลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ และยังส่งเสริมการเข้าถึงองค์ความรู้ในวงกว้าง^(7,9,10) รวมถึงการสร้างกลไกประเมินผลที่ใช้ เครื่องมือดิจิทัล เช่น ระบบติดตามสมาชิกและฐานข้อมูลกิจกรรม ก็ส่งเสริมให้การพัฒนาเครือข่ายดำเนินไปอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง⁽⁷⁾

นอกจากนี้ การขับเคลื่อนเครือข่ายวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ยังสอดคล้องกับแนวทางของเครือข่ายในระดับสากล เช่น Florence Network และ AACN Leadership Networks ที่เน้นการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเสริมสร้างนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ^(7,13) กล่าวโดยสรุป ผู้นำที่สามารถบริหารเครือข่ายอย่างมีระบบมีความสามารถในการมองการณ์ไกล และใช้

เทคโนโลยีสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน พร้อมเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลสู่การพัฒนาองค์กรวิชาชีพอื่นได้ในวงกว้าง^(2,3,5,8,11)

จากบทเรียนความสำเร็จของการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรผ่านบทบาทผู้นำ การสร้างเครือข่ายวิชาการและการใช้นวัตกรรม พบว่า มีปัจจัยสนับสนุนหลายด้านที่ควรถูกนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนขององค์กรในระยะยาว รวมถึงแนวทางในอนาคตที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยี และความต้องการของวิชาชีพพยาบาล^(1,2) ประกอบด้วย

1) ส่งเสริมผู้นำรุ่นใหม่ในองค์กรวิชาชีพ ควรมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาบทบาทผู้นำของพยาบาลรุ่นใหม่ โดยจัดให้มีหลักสูตรอบรมบทบาทผู้นำเชิงวิชาการและเชิงกลยุทธ์ รวมถึงเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และที่ปรึกษาด้านบทบาทผู้นำ (Mentorship Program) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการบริหารเครือข่ายและพัฒนาองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การสนับสนุนให้พยาบาลรุ่นใหม่ได้มีโอกาสแสดงบทบาทนำในโครงการต่าง ๆ จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและแรงบันดาลใจให้ดำรงตนเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ต่อไป^(2,3,8)

2) สนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือเทคโนโลยี ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบาย จัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมวิชาการและนวัตกรรมขององค์กรที่

ไม่แสวงหาผลกำไร รวมถึงการลงทุนในระบบเทคโนโลยี^(4,7,9,10) เช่น แพลตฟอร์มจัดการความรู้ออนไลน์ ระบบประชุมออนไลน์ และฐานข้อมูลเครือข่ายวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความคล่องตัวและขยายการเข้าถึงองค์ความรู้ในวงกว้าง การสนับสนุนเทคโนโลยียังช่วยให้เกิดการจัดกิจกรรมในรูปแบบไฮบริด และเพิ่มความหลากหลายในการเรียนรู้ของสมาชิกเครือข่าย ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

3) สร้างเครือข่ายระดับภูมิภาคและสากล นโยบายการสร้างเครือข่ายควรขยายผลไปสู่ ระดับภูมิภาคและสากล โดยเน้นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา โรงพยาบาล และองค์กรวิชาชีพในประเทศเพื่อนบ้าน และต่างประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้วิจัย และนวัตกรรม การเข้าร่วมเครือข่ายนานาชาติ เช่น Florence Network หรือการพัฒนาความร่วมมือในภูมิภาคอาเซียน จะช่วยให้พยาบาลไทยมีโอกาสนำความรู้จากมาตรฐานสากล และสามารถพัฒนาวิชาชีพให้มีความก้าวหน้าในเวทีโลก^(7,11,13)

บทสรุป

การพัฒนาองค์กรวิชาชีพพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรในยุคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องอาศัยบทบาทผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ สามารถสร้างแรงบันดาลใจ และขับเคลื่อนวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางองค์กร สร้างความร่วมมือในเครือข่าย และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผ่านนวัตกรรม เครือข่ายวิชาการและนวัตกรรมทางเทคโนโลยีเป็นกลไก

สำคัญที่ช่วยให้การพัฒนองค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขยายโอกาสการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพในการปรับตัวต่อบริบทที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในกรณีของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น ที่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมวิชาการอย่างเป็นระบบและสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อวิชาชีพได้อย่างชัดเจน ดังนั้น การลงทุนในการพัฒนาบทบาทผู้นำพยาบาลจึงไม่ใช่เพียงการส่งเสริมศักยภาพเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นการลงทุนระยะยาวที่ช่วยยกระดับวิชาชีพ เสริมสร้างคุณภาพของระบบสุขภาพ และตอบสนองต่อความท้าทายในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สุชาดา กัญยะลา. บทบาทผู้นำทางการพยาบาลเด็กในยุค VUCA [อินเทอร์เน็ต]. วารสารสุขภาพเด็กไทย. 2566;4(1):1-8. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaichildhealth.com/wp-content/uploads/2023/07/1.-บทบาทผู้นำทางการพยาบาลเด็กในยุค-VUCA.pdf>
2. Davidson PM, Jackson D, Usher K. Fostering leadership development and growth of nurse leaders. *Nurse Outlook*. 2024;72(1):101957. doi:10.1016/j.outlook.2024.101957
3. LaPierre RL, Labbe KA. Building bridges to connect and transition nurse leaders from practice to academia. *Nurse Leader*. 2024;22(3):267-73.

- doi:10.1016/j.mnl.2024.02.005
4. Thompson DR. Building a professional network. *Nurse Leader*. 2016;14(3): 183-5. doi:10.1016/j.mnl.2016.03.004
 5. วิไลวรรณ วัฒนานนท์, ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ. การสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และสาธารณสุข*. 2566;2(1):52-65. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj/article/view/621>
 6. ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร, วิไลวรรณ วัฒนานนท์. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน. *วารสารการพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2560;40(2): 1-10. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/download/108115/85553/>
 7. American Association of Colleges of Nursing. AACN Leadership Networks [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.aacnnursing.org/leadership-networks>
 8. International Council of Nurses. Global Nursing Leadership Institute™ (GNLI) [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.icn.ch/how-we-do-it/nna-development-leadership-programmes/global-nursing-leadership-institutetm-gnli>
 9. ธวัชชัย พงษ์พานิช. การบริหารเครือข่ายการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/3784>
 10. วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การสร้างเครือข่ายด้านความร่วมมือทางวิชาการและวิชาชีพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cmu.ac.th/th/article/f6ca6fb7-61df-4041-a21a-9bae1ea650fa>
 11. สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับการพัฒนาเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สู่การพยาบาลทุกระดับ. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น; 2568.
 12. มยุรา จันทร์รุ่งสี. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมกับความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ [อินเทอร์เน็ต]. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5210>
 13. Florence Network. Florence Network [อินเทอร์เน็ต]. 2024 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.florence-network.eu>

การตัดสินใจทางการพยาบาล: แนวคิดทฤษฎี รูปแบบและการนำไปประยุกต์ใช้

พรภิมล สุขเพ็ญ¹, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร², สมปรารถนา ดาผา³, ชนาพร ปิ่นสุวรรณ⁴

(วันที่รับบทความ: 13 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 19 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 20 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การตัดสินใจทางการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ของผู้ป่วย ในปัจจุบันพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและต้องเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ความรู้ทางวิชาชีพ และการพิจารณาทางจริยธรรม บทความนี้มุ่งเน้นการศึกษาความหมาย รูปแบบ และทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการพยาบาล รวมถึงตัวอย่างการประยุกต์ใช้กระบวนการตัดสินใจของ Robbins and Coulter⁽¹⁾ ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ การระบุปัญหา กำหนดเกณฑ์การตัดสินใจ การถ่วงน้ำหนักของเกณฑ์ พัฒนาทางเลือก วิเคราะห์ทางเลือก เลือกแนวทางที่ดีที่สุด นำไปปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์ การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล ลดความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาล นอกจากนี้ บทความยังกล่าวถึงแนวทางการใช้เทคโนโลยี สนับสนุนการตัดสินใจ และการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ การตัดสินใจทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดข้อผิดพลาด และพัฒนาการบริหารจัดการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การตัดสินใจทางการพยาบาล, การบริหารการพยาบาล, คุณภาพการบริการ

⁽¹⁻⁴⁾สาขาวิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Decision-Making in Nursing: Theories, Models, and Applications

Pornpimon Sookpier, Jitpinan Srijakkot,
Sompratthana Dapha, Chanaporn Pinsuwan

(Received 13th March 2025; Revised : 19th April 2025; Accepted 20th May 2025)

Abstract

Decision-making in nursing is a crucial process that significantly impacts healthcare quality and patient outcomes. In today's complex healthcare environment, nurses encounter various challenging situations that require selecting the most appropriate course of action based on evidence-based practice, professional knowledge, and ethical considerations. This article focuses on exploring the definitions, models, and theories related to nursing decision-making, as well as the example of an application of the decision-making process by Robbins and Coulter.⁽¹⁾ This process comprises eight steps: identifying the problem, establishing decision criteria, weighing the criteria, developing alternatives, analyzing alternatives, selecting the best option, implementing the decision, and evaluating the outcome. Applying this structured approach enables nurses to make rational decisions, minimize risks, and enhance the effectiveness of nursing services. Additionally, the article discusses integrating decision-support technologies and developing best practices to promote high-quality patient care. Effective nursing decision-making strengthens patient safety, reduces errors, and improves nursing management efficiency, ultimately leading to better healthcare outcomes.

Keywords: Decision-making in Nursing, Nursing Administration, Quality of care

⁽¹⁻⁴⁾Department of Education, Research, and Nursing Administration, Faculty of Nursing,
Khon Kaen University

Corresponding author: Pornpimon Sookpier, e-mail: pornsr@kku.ac.th

1. บทนำ

การตัดสินใจทางการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนหรือภาวะฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลต้องเผชิญทุกวัน ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า ความผิดพลาดในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น หรือการดูแลล่าช้า ตัวอย่างเช่น รายงานของ WHO ระบุว่า 1 ใน 10 ของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพทั่วโลกได้รับอันตรายจากความผิดพลาดในการดูแล และกว่า 50% เป็นเหตุที่สามารถป้องกันได้ หากมีระบบการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ⁽²⁾

ในบริบทของวิชาชีพพยาบาล ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) และการตัดสินใจเชิงระบบ (Systematic Decision-Making) ถือเป็นสมรรถนะหลักที่จำเป็น เนื่องจากพยาบาลไม่เพียงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นผู้บริหารจัดการ ผู้ประสานทีม และผู้นำในการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการกล่าวถึงทฤษฎีหรือรูปแบบการตัดสินใจทางการพยาบาลในวรรณกรรมหลากหลายฉบับ แต่ยังไม่ปรากฏบทความภาษาไทยที่รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบ และการประยุกต์ใช้กระบวนการตัดสินใจทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงเชิงปฏิบัติ

บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอองค์ความรู้แบบบูรณาการ ทั้งจากแนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน เช่น Robbins and Coulter⁽¹⁾, Benner⁽³⁾,

Tanne⁽⁴⁾ ไปจนถึงการประยุกต์ใช้กับเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น Nursing Decision Support System (NDSS) และ Artificial Intelligence (AI) เพื่อตอบโจทย์การพัฒนาศักยภาพการตัดสินใจของพยาบาลในยุคสุขภาพดิจิทัล ซึ่งแนวคิดของ Robbins and Coulter ได้รับการเลือกมาอธิบายเนื่องจากมีโครงสร้างขั้นตอนการตัดสินใจที่ชัดเจนและสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในบริบทคลินิกและการบริหาร ขณะที่ Tanner's Clinical Judgment Model ช่วยอธิบายลักษณะของการตัดสินใจในสถานการณ์จริงผ่านกระบวนการสังเกต การตีความ และการสะท้อนผล ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของพยาบาลไทยที่ต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อนและทรัพยากรที่จำกัด โดยมุ่งเสนอเนื้อหาภายใต้กรอบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความหมายและพัฒนาการของแนวคิดการตัดสินใจทางการพยาบาล (2) รูปแบบและทฤษฎีการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง และ (3) แนวทางการประยุกต์ใช้ในงานบริหาร งานคลินิก และระบบสนับสนุนการตัดสินใจด้วยเทคโนโลยี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ความหมายของการตัดสินใจทางการพยาบาล

การตัดสินใจทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลใช้ในการเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด โดยอาศัยการผสมความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยภายใต้บริบทของสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอความหมายของแนวคิดนี้ใน

มุมมองที่แตกต่างกัน เช่น ปราณีย์ จุลกสิศิลป์ และคณะ มองว่าเป็นการพิจารณาแนวทางที่เหมาะสมบนฐานจริยธรรมและบริบทผู้ป่วย⁽⁵⁾ ส่วน อัจฉรา คำปานเน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผสานกับประสบการณ์เพื่อการวางแผนดูแล⁽⁶⁾ อรทัย วลีวงศ์ และคณะให้ความสำคัญกับการตัดสินใจที่แม่นยำในสถานการณ์เร่งด่วน⁽⁷⁾ ขณะที่ McCormick และ Saba อธิบายว่าการตัดสินใจเป็นกระบวนการเชิงบริบทที่ต่อเนื่องและพัฒนาได้ โดยเน้นการใช้ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ⁽⁸⁾

จากการสังเคราะห์ข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การตัดสินใจทางการพยาบาลคือกระบวนการไตร่ตรองและเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยต้องอาศัยความรู้รอบด้าน การคิดอย่างมีระบบ การประเมินบริบทเฉพาะของผู้ป่วย และจริยธรรมวิชาชีพ ทั้งนี้ การตัดสินใจยังต้องยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ และสะท้อนถึงความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ

3. พัฒนาการของแนวคิดการตัดสินใจทางการพยาบาล

แนวคิดเรื่องการตัดสินใจของพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญตามการพัฒนาของระบบสุขภาพและบทบาทวิชาชีพพยาบาลในอดีต พยาบาลส่วนใหญ่มักปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์เป็นหลักโดยไม่มีบทบาทในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ แต่ในยุคปัจจุบัน พยาบาลต้องรับบทบาทเป็นผู้คิด วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์เพื่อเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา แนวคิดเรื่องการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

(Critical Thinking) และการตัดสินใจเชิงวิชาชีพได้รับการส่งเสริมในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยเน้นให้พยาบาลฝึกทักษะในการประเมินข้อมูล วางแผนการดูแล และตัดสินใจอย่างเป็นระบบ⁽⁹⁾ โดยหนึ่งในแนวคิดสำคัญที่ส่งอิทธิพลต่อพัฒนาการของการตัดสินใจทางการพยาบาลคือ ทฤษฎี "From Novice to Expert" ของ Benner ซึ่งเสนอว่าทักษะในการตัดสินใจจะพัฒนาตามประสบการณ์ของพยาบาล ตั้งแต่ระดับผู้เริ่มต้น (novice) ไปจนถึงผู้เชี่ยวชาญ (expert) โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์จะสามารถใช้สัญชาตญาณ ผสานกับการวิเคราะห์ได้อย่างกลมกลืน⁽³⁾

ในศตวรรษที่ 21 การตัดสินใจทางการพยาบาลได้รับอิทธิพลอย่างมากจากแนวคิด Evidence-Based Practice (EBP) ซึ่งเน้นการใช้หลักฐานวิทยาศาสตร์ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วยในการตัดสินใจ⁽⁶⁾ เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) และการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในช่วงทศวรรษหลัง โดยช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้แม่นยำและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้รวดเร็วขึ้น ทั้งนี้มีงานวิจัยในประเทศไทยที่สนับสนุนว่าการใช้ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (NDSS) สามารถช่วยลดข้อผิดพลาดทางคลินิกและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการทางการพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ^(10,11) พัฒนาการของแนวคิดนี้จึงสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทของพยาบาลจาก "ผู้ตามคำสั่ง" สู่ "ผู้นำการตัดสินใจ" ที่ใช้ทั้งองค์ความรู้ ประสบการณ์ และเครื่องมือทางเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย

อย่างมีคุณภาพ

4. รูปแบบการตัดสินใจทางการพยาบาล

การตัดสินใจของพยาบาลสามารถจำแนกออกเป็นหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับกระบวนการคิด สถานการณ์ที่เผชิญ และระดับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยได้แบ่งรูปแบบการตัดสินใจออกเป็นรูปแบบหลัก ได้แก่ การตัดสินใจแบบวิเคราะห์ (Analytical Model) การตัดสินใจแบบสัญชาตญาณ (Intuitive Model) และการตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Decision-Making Model) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การตัดสินใจแบบวิเคราะห์ (Analytical Model) เป็นกระบวนการตัดสินใจที่เป็นลำดับขั้นตอน ใช้เหตุผล ตรรกะ และข้อมูลในการประเมินทางเลือกต่าง ๆ ผู้ตัดสินใจจะเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก และประเมินผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น แล้วจึงเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุดตามหลักเหตุผล รูปแบบนี้มักใช้ในสถานการณ์ที่ข้อมูลมีความชัดเจนและสามารถประเมินได้อย่างเป็นระบบ เช่น การวางแผนดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การกำหนดแนวทางการใช้ยา หรือการตัดสินใจด้านบริหารในภาวะปกติ พยาบาลที่ยังมีประสบการณ์ไม่มากนักใช้รูปแบบนี้เพื่อความมั่นใจในการตัดสินใจ^(10,12)

4.2 การตัดสินใจแบบสัญชาตญาณ (Intuitive Model) เป็นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยอาศัยประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ และการรับรู้จากรูปแบบหรือ

สถานการณ์ที่เคยเผชิญมาก่อน ลักษณะเด่นของรูปแบบนี้คือการใช้ "การรู้โดยไม่ต้องไตร่ตรอง" (knowing without reasoning) ซึ่งเกิดจากการสะสมประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ซ้ำ ๆ เช่น พยาบาลห้องฉุกเฉินที่สามารถประเมินความเสี่ยงของภาวะช็อกได้ทันทีจากลักษณะใบหน้าและท่าทางของผู้ป่วย แม้ไม่มีข้อมูลจากเครื่องมือครบถ้วน การตัดสินใจแบบนี้มักเกิดในสถานการณ์เร่งด่วนหรือมีข้อมูลจำกัด และพยาบาลต้องอาศัย "pattern recognition" เพื่อจัดการปัญหา⁽¹²⁾

4.3 การตัดสินใจโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Decision-Making Model) เป็นการตัดสินใจที่ผสมระหว่างหลักฐานจากงานวิจัย ความเชี่ยวชาญของพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลมีความมั่นคงทางวิชาการและมีความเฉพาะส่วนบุคคล (individualized care) รูปแบบนี้ต้องอาศัยความสามารถในการสืบค้นและประเมินหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น clinical practice guidelines, systematic reviews และการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ (critical appraisal) ตัวอย่างเช่น พยาบาลที่ต้องตัดสินใจเลือกใช้วิธีการลดความปวดหลังการผ่าตัด อาจพิจารณาจากงานวิจัยที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของการ ใช้ยา opioids กับ non-pharmacological methods เช่น การนวด หรือการใช้ดนตรีบำบัด ทั้งนี้ยังต้องพิจารณาความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย^(6,13,14)

โดยทั้งสามรูปแบบนี้อาจไม่ได้แยกขาดจากกันโดยสิ้นเชิง แต่สามารถผสมผสานกัน

ได้ตามลักษณะงานและสถานการณ์ เช่น การตัดสินใจที่เริ่มจากการวิเคราะห์แต่เสริมด้วยสัญชาตญาณ หรือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับวิจารณ์ญาณเชิงประสบการณ์ ซึ่งในหลายงานวิจัย เช่น ของ Kosicka และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า พยาบาลจำนวนมากใช้รูปแบบการวิเคราะห์-สัญชาตญาณ (Analytical-Intuitive) เป็นหลัก โดยปรับเปลี่ยนตามความซับซ้อนของสถานการณ์และข้อจำกัดของข้อมูลที่มีในขณะนั้น

5. ทฤษฎีสถับันสนุนกระบวนการตัดสินใจทางการพยาบาล

กระบวนการตัดสินใจของพยาบาลสามารถอธิบายและพัฒนาได้โดยการอ้างอิงทฤษฎีและโมเดลจากหลากหลายสาขาวิชา ทั้งจากศาสตร์การบริหาร จิตวิทยา และพยาบาลศาสตร์ ซึ่งช่วยให้เข้าใจแนวคิด โครงสร้าง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ โดยบทความนี้จะนำเสนอ 5 ทฤษฎีสำคัญที่สนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาล ได้แก่

5.1 Robbins and Coulter's Decision-Making Process

Robbins และ Coulter ได้เสนอขั้นตอนการตัดสินใจ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหา 2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3) การพัฒนาเกณฑ์การตัดสินใจ 4) การกำหนดทางเลือก 5) การประเมินทางเลือก 6) การเลือกแนวทางที่ดีที่สุด 7) การดำเนินการ และ 8) การประเมินผลลัพธ์ แนวคิดนี้สามารถประยุกต์ใช้กับงานพยาบาล โดยเฉพาะในการวางแผนการพยาบาล การบริหารจัดการเวร หรือการจัดระบบดูแล

ผู้ป่วย เช่น การพิจารณาว่าควรปรับแผนการดูแลผู้ป่วยหรือเปลี่ยนเครื่องมือหรือไม่ในสถานการณ์ที่มีข้อร้องเรียน^(1,15)

5.2 Benner's From Novice to Expert

Benner อธิบายพัฒนาการของพยาบาล 5 ระดับ ได้แก่ 1) novice 2) advanced beginner 3) competent 4) proficient และ 5) expert โดยแต่ละระดับมีรูปแบบการตัดสินใจที่แตกต่างกัน เช่น พยาบาลระดับ novice จะยึดตามกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ในขณะที่ expert nurse สามารถรับรู้สถานการณ์โดยรวมและตัดสินใจได้อย่างยืดหยุ่นและแม่นยำ ตัวอย่างเช่น พยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีประสบการณ์อาจสามารถประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้ภายในเวลาไม่กี่วินาทีโดยไม่ต้องตรวจเช็ครายการทั้งหมด เพราะใช้ pattern recognition จากประสบการณ์ที่ผ่านมา⁽³⁾

5.3 Clinical Judgment Model ของ Tanner

Tanner นำเสนอโมเดลกระบวนการตัดสินใจทางคลินิก 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) noticing (การสังเกต), 2) interpreting (การแปลความหมาย), 3) responding (การตอบสนอง), และ 4) reflecting (การสะท้อนคิด) โมเดลนี้อธิบายกระบวนการคิดและตัดสินใจของพยาบาลในสถานการณ์จริงอย่างเป็นลำดับ เช่น เมื่อตรวจพบผู้ป่วยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง พยาบาลจะสังเกต (noticing) วิเคราะห์ข้อมูลร่วม (interpreting) ตัดสินใจโทรรายงานแพทย์ทันที (responding) และหลังเหตุการณ์จะมีการทบทวนเพื่อพัฒนาการดูแลในครั้งถัดไป (reflecting)⁽⁴⁾

5.4 Cognitive Continuum Theory ของ Hammond

Hammond เสนอว่า การตัดสินใจไม่ได้เกิดจากวิธีใดวิธีหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดขึ้นต่อเนื่อง (continuum) ระหว่างสองขั้ว ได้แก่ การตัดสินใจเชิงวิเคราะห์ (analytical) และการตัดสินใจแบบสัญชาตญาณ (intuitive) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าพยาบาลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการตัดสินใจตามสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ที่มีข้อมูลครบถ้วน พยาบาลอาจใช้การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอน ในขณะที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาบาลอาจอาศัยสัญชาตญาณและประสบการณ์เพื่อตอบสนองทันที⁽¹⁶⁾

5.5 Marquis and Huston's Decision-Making in Leadership and Management

Marquis และ Huston เสนอกรอบแนวคิดการตัดสินใจที่เน้นในบริบทของภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ ซึ่งครอบคลุมการประเมิน

ปัญหา การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ตัวเลือก การเลือกแนวทาง และการพิจารณาผลกระทบรอบด้าน ทฤษฎีนี้เหมาะกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้างานที่ต้องใช้การตัดสินใจเพื่อบริหารทีม จัดสรรทรัพยากร หรือนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การตัดสินใจจัดเวรใหม่เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในช่วงระบาดของโรคหรือการบริหารอัตรากำลังเพื่อรับมือกับสถานการณ์แผ่นดินไหว เป็นต้น⁽¹⁷⁾

ทั้งห้าทฤษฎีนี้ช่วยเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจทางการพยาบาลในมิติที่หลากหลาย และสามารถเลือกใช้ตามบริบทของงาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน การบริหารจัดการทีม หรือแม้กระทั่งการตัดสินใจเชิงนโยบาย อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษารายละเอียดของแต่ละกระบวนการจากหลากหลายแนวคิดจะพบว่าบางขั้นตอนมีลักษณะคล้ายกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการตัดสินใจตามแนวคิดต่าง ๆ

Calnan & Rowe ⁽¹⁸⁾	Robbins & Coulter ⁽¹⁾	Marquis & Hudson ⁽¹⁷⁾	อรอนงค์ แก้วคำแสง และคณะ ⁽¹⁹⁾
1. สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการตัดสินใจ	1. ระบุปัญหา	1. กำหนดสิ่งที่จะตัดสินใจ	1. การวิเคราะห์ข้อมูลที่จะตัดสินใจ
2. กำหนดกรอบปัญหาอย่างเหมาะสม	2. ระบุเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสินใจ	2. รวบรวมข้อมูล	2. การวางแผนการปฏิบัติ
3. สร้างทางเลือก	3. กำหนดน้ำหนักให้กับเกณฑ์การตัดสินใจ	3. ระบุเงื่อนไขในการตัดสินใจ	3. การประเมินผล การตัดสินใจ

ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการตัดสินใจตามแนวคิดต่าง ๆ (ต่อ)

Calnan & Rowe ⁽¹⁸⁾	Robbins & Coulter ⁽¹⁾	Marquis & Hudson ⁽¹⁷⁾	อรอนงค์ แก้วคำแส และคณะ ⁽¹⁹⁾
4. ประเมินทางเลือก	4. กำหนดทางเลือก	4. ระบุทางเลือก	
5. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด	5. วิเคราะห์ทางเลือก	5. นำทางเลือกไปปฏิบัติ	
	6. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด	6. ประเมินผลการตัดสินใจ	
	7. ดำเนินการตามทางเลือก		
	8. ประเมินผลการตัดสินใจ		

โดยพบว่าในแต่ละกระบวนการมีขั้นตอนที่คล้ายกันประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะระบุปัญหา ระยะการพัฒนาทางเลือก และระยะประเมินผล ในที่นี้อธิบายถึงกระบวนการตัดสินใจของ Robbins and Coulter⁽¹⁾ เนื่องจากแนวคิดนี้มีกระบวนการตัดสินใจที่ครอบคลุม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระบุปัญหา (Define the problem) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ เพราะการระบุปัญหาได้ถูกต้องหรือไม่ ย่อมมีผลต่อการดำเนินการในขั้นต่อไปของกระบวนการตัดสินใจ ผู้บริหารจึงต้องทำการศึกษาวิเคราะห์เพื่อระบุและกำหนดปัญหาให้ชัดเจน โดยระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องการแก้ไข เน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันว่าแตกต่างจากสิ่งที่ควรจะเป็นอย่างไร เช่น อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก 5% เป็น 10% ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ขั้นที่ 2 การระบุเกณฑ์การตัดสินใจ (Identifying Decision Criteria) กำหนดเกณฑ์ที่สำคัญสำหรับการตัดสินใจ โดยพิจารณาถึงทรัพยากรที่มีความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือการปฏิบัติตามมาตรฐาน เช่น ลดอัตราการติดเชื้อให้ต่ำกว่า 5% ใน 3 เดือน โดยไม่เพิ่มภาระงานของพยาบาลเกิน 20% และต้องอยู่ในงบประมาณที่กำหนด เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การชั่งน้ำหนักเกณฑ์ (Allocating Weights to the Criteria) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินทางเลือก เพื่อช่วยให้การตัดสินใจมีความชัดเจนและมุ่งเน้นที่ปัจจัยสำคัญที่สุดในบริบทนั้น ๆ โดยเกณฑ์แต่ละข้อจะได้รับน้ำหนักที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสำคัญของมันต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ เช่น โรงพยาบาลต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกแนวทางลดอัตราการติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยวิกฤต

กำหนดเกณฑ์การตัดสินใจและให้น้ำหนัก ดังนี้
1) ลดอัตราการติดเชื้อ (50%) 2) ควบคุมงบประมาณ (30%) 3) ลดภาระงานของพยาบาล (20%)

ขั้นที่ 4 การกำหนดหรือพัฒนาทางเลือก (Developing Alternatives) เน้นการระดมความคิดเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลายและเป็นไปได้ในบริบทของปัญหานั้น ๆ การมีทางเลือกที่หลากหลายช่วยให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียในแต่ละวิธี และเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุด ตัวอย่างการพัฒนาทางเลือกจากสถานการณ์ข้างต้น 1) จัดอบรมเรื่องการล้างมือและการป้องกันการติดเชื้อให้แก่บุคลากร 2) เพิ่มจำนวนจุดล้างมือและอุปกรณ์ทำความสะอาดในแผนก 3) ใช้ระบบตรวจสอบความสะอาดของอุปกรณ์การแพทย์อย่างละเอียด

ขั้นที่ 5 วิเคราะห์ทางเลือก (Analyzing Alternatives) การวิเคราะห์ทางเลือกเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการตัดสินใจที่ช่วยให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในขั้นก่อนหน้า (การระบุเกณฑ์การตัดสินใจและการชั่งน้ำหนักเกณฑ์) เพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหา ขั้นตอนนี้ช่วยให้การตัดสินใจมีความเป็นเหตุผลและเหมาะสมกับบริบท เช่น ทางเลือกที่ 1 การจัดอบรมมีค่าใช้จ่ายต่ำ แต่ต้องใช้เวลามาก ทางเลือกที่ 2 เพิ่มจุดล้างมือช่วยลดการติดเชื้อทันที แต่มีค่าใช้จ่ายสูง ทางเลือกที่ 3 ระบบตรวจสอบความสะอาดมีประสิทธิภาพ แต่เพิ่มภาระงานของพยาบาล

ขั้นที่ 6 การเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด (Selecting the Best Alternative) การเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในกระบวนการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นการตัดสินใจขั้นสุดท้ายที่ต้องอิงจากข้อมูล ข้อวิเคราะห์ และผลการประเมินของทางเลือกทั้งหมดที่ได้ดำเนินการในขั้นต่อนก่อนหน้า เพื่อเลือกแนวทางที่ตอบโจทย์เป้าหมายและเหมาะสมกับบริบทมากที่สุด โดยสามารถเลือกทางเลือกได้มากกว่าหนึ่งทางเลือก

ขั้นที่ 7 ดำเนินการตามทางเลือก (Implementing the Decision) การดำเนินการเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนการตัดสินใจที่ได้เลือกไว้ไปสู่การปฏิบัติจริงในสถานการณ์หรือบริบทที่กำหนดไว้ การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการวางแผนที่ดี การสื่อสารที่ชัดเจน การจัดการทรัพยากร และการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 8 ประเมินผลการตัดสินใจ (Evaluating the Decision Effectiveness) การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์และตรวจสอบว่าการตัดสินใจที่ดำเนินการไปนั้นบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้หรือไม่ นอกจากนี้ยังช่วยระบุข้อดี ข้อบกพร่อง และโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการในอนาคต การประเมินผลที่มีประสิทธิภาพจะต้องใช้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

6. การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกและการบริหาร

การตัดสินใจของพยาบาลไม่เพียง

เป็นกระบวนการคิดเชิงวิชาการ หากแต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของระบบบริการ และความพึงพอใจของทีมสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีและรูปแบบการตัดสินใจจึงต้องมีความยืดหยุ่นและเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง ทั้งในบริบทของการปฏิบัติการทางคลินิกและการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

6.1 การประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลคลินิก

พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านคลินิก เช่น ในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือแผนกฉุกเฉิน จำเป็นต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วและแม่นยำ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนหรือมีข้อมูลจำกัด เช่น การประเมินอาการช็อกเฉียบพลัน การปรับปริมาณยา หรือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) ในบริบทนี้ การใช้รูปแบบการตัดสินใจแบบ intuitive (ตามทฤษฎี Benner) มักพบในพยาบาลที่มีประสบการณ์สูง ขณะที่พยาบาลใหม่อาจใช้ analytical model ควบคู่กับ clinical guideline เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความเสี่ยง⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ การใช้ evidence-based decision-making ร่วมกับระบบสารสนเทศ เช่น ระบบแจ้งเตือนทางคลินิก (clinical decision support system: CDSS) ยังช่วยลดข้อผิดพลาดทางยา และเพิ่มความสอดคล้องในการดูแลผู้ป่วย⁽²¹⁾

6.2 การประยุกต์ใช้ในงานบริหาร

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับผู้บริหาร เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างานการพยาบาล หรือผู้บริหารโรงพยาบาล ต้องใช้การตัดสินใจ

ที่ครอบคลุมทั้งข้อมูลทางคลินิก การบริหารทรัพยากร และมีมิติทางสังคม เช่น การจัดสรรบุคลากรในภาวะขาดแคลน สถานการณ์ฉุกเฉิน การบริหารงบประมาณ หรือการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนของญาติผู้ป่วย โดยผู้นำทางการพยาบาลมักอ้างอิงทฤษฎี Robbins and Coulter และ Marquis & Huston ในการวิเคราะห์ปัญหาและเลือกแนวทางปฏิบัติที่สมมูล ตัวอย่างเช่น การตัดสินใจขยายบริการคลินิกนอกเวลาในโรงพยาบาลชุมชน ต้องอาศัยข้อมูลเชิงสถิติ ความคุ้มค่าคุ้มค่า นโยบายรัฐ และความพร้อมของทีมพยาบาลร่วมด้วย⁽²²⁾ นอกจากนี้ ในองค์กรที่ใช้แนวทาง Magnet Hospital หรือ Lean Management ส่งผลให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ทำให้กระบวนการตัดสินใจมีความกระจายอำนาจ และสะท้อนการใช้ข้อมูลเชิงระบบมากขึ้น⁽²³⁾

7. ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจทางการบริหารการพยาบาล

ในยุคดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทที่ต้องการความแม่นยำ รวดเร็ว และการเข้าถึงข้อมูลเชิงระบบ การใช้ระบบสารสนเทศ เช่น Nursing Decision Support System (NDSS) หรือ Clinical Decision Support System (CDSS) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHRs) เพื่อนำไปสู่การวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁴⁾

ระบบเหล่านี้สามารถให้คำแนะนำทางคลินิกโดยอัตโนมัติ เช่น การเตือนเรื่องผลข้างเคียง

ของยา การประเมินภาวะเสี่ยง หรือการแนะนำแนวทางปฏิบัติที่อิงตาม Clinical Practice Guidelines (CPGs) ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อน เพิ่มความสม่ำเสมอ และสนับสนุนการตัดสินใจแบบ evidence-based ได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽²⁵⁾

ในประเทศไทย มีการพัฒนาและใช้งานระบบ NDSS อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น การใช้ระบบ HOSxP, HDC, หรือระบบ Smart Ward ที่บูรณาการข้อมูลด้านการพยาบาลเข้ากับเวชระเบียนกลางของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเรื่องการให้ยา การทำแผล หรือการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น⁽²⁶⁾ แม้ว่าระบบเหล่านี้จะช่วยลดภาระทางความคิดของพยาบาล แต่ก็ไม่สามารถแทนที่ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และวิจารณญาณทางคลินิกได้ทั้งหมด การใช้เทคโนโลยีจึงควรเป็น “ผู้ช่วย” ในการตัดสินใจ มากกว่าการเป็น “ผู้แทน” ความสามารถของมนุษย์⁽²⁷⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Robbins SP, Coulter M. Management. 14th ed. Pearson; 2016.
2. World Health Organization. Patient Safety. [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. 2nd ed. Pearson Education;
4. Tanner C. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006; 45(6): 204-11.
5. ปราณี จุลกสิศิลป์, ทศนีย์ นະແສ, ประภาพร ชูกำเนิด. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์. 2564; 41(3): 24-34.
6. อัจฉรา คำปาน. หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(2): 315-28.
7. อรทัย วลีวงศ์, และคณะ. ผลของการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(2): 246-57.
8. McCormick KA, Saba VK. Essentials of nursing informatics. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2021.
9. Facione PA. Critical Thinking: What It Is and Why It Counts. 2020 update. Insight Assessment; 2020.
10. Kosicka B, Ksykiewicz-Dorota A, Kulczycka K, Stychno E, Piasecka K, Drop B. Decision making models in various fields of nursing. Pol J

- Public Health. 2019; 129(3): 87-94. doi:10.2478/pjph-2019-0021.
11. อรรถกร รุ่งแสง. คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง การใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร และการตัดสินใจ [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nur.tsu.ac.th/upload/menu/doc_20240927_162940.pdf
 12. Manias E, Aitken R, Dunning T. Decision-making models used by 'graduate nurses' managing patients' medications. *J Adv Nurs*. 2004; 47(3): 270-8.
 13. Tiffen J, Corbridge SJ, Slimmer L. Enhancing clinical decision making: Development of a contiguous definition and conceptual framework. *J Prof Nurs*. 2014; 30(5): 399-405.
 14. Lauri S, Salanterä S. Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *J Prof Nurs*. 2002; 18(2): 93-100.
 15. Hunter S, Considine J, Manias E. The influence of intensive care unit culture and environment on nurse decision-making when managing vasoactive medications: A qualitative exploratory study. *J Clin Nurs*. 2023; 32(13-14): 4081-91.
 16. Hammond KR. Human judgment and social policy: Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice. Oxford University Press; 1996.
 17. Marquis BL, Huston CJ. Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
 18. Calnan MW, Rowe R. Researching trust relations in health care: conceptual and methodological challenges—an introduction. *J Health Organ Manag*. 2006; 20(5): 349-58. doi:10.1108/14777260610701759.
 19. อรอนงค์ แก้วคำแสน, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาและความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 2564; 32(1): 85-98.
 20. Bucknall T, Hitch D. Nurses' decision-making in acute care: Application of a revised cognitive continuum theory. *J Adv Nurs*. 2021; 77(6): 2864-74.
 21. Scott SD, Rotter T, Flynn R, Brooks HM, Plesuk T, Bannar-Martin KH, et al. Systematic review of the use of theory in clinical decision support

- systems research. *Implement Sci.* 2020; 15(1): 1-26.
22. Yoder-Wise PS. *Leading and managing in nursing*. 7th ed. Elsevier Health Sciences; 2019.
23. Shang J, Friese CR, Wu E, Aiken LH. Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Health Serv Res.* 2021; 56(4): 623-32.
24. Sutton RT, Pincock D, Baumgart DC, Sadowski DC, Fedorak RN, Kroeker KI. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ Digit Med.* 2020; 3(1): 17.
25. Asan O, Bayrak AE, Choudhury A. Artificial intelligence and human trust in healthcare: Focus on clinicians. *J Med Internet Res.* 2020; 22(6): e15154.
26. Jirawatkul A, Nanthamongkolchai S, Klunklin A. Development of a nursing decision support system for pressure injury prevention in Thai hospitals. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2021; 25(3): 432-46.
27. Rowley B, Baldwin KM, McNellis M, Corbitt N, Douglas S, LeClair M. An integrative review: Decision support tools for early sepsis recognition in adult patients. *Comput Inform Nurs.* 2020; 38(12): 638-48.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ละมัย บุญเชิด¹ ชนะพล ศรีธาดา² วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา³

(วันที่รับบทความ: 8 เมษายน 2568, วันที่แก้ไข: 14 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับ 14 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ และประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วงเดือนธันวาคม 2567- เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 110 คน 2) ระยะปฏิบัติการ โดยดำเนินการ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล จำนวน 1 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 คน และ 3) ระยะประเมินผล เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อแนวทางการดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ในระดับมาก ส่วนทางด้านจิตใจ ด้านสังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง และมีความต้องการการดูแลในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและยั่งยืน การดูแลที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “บ้าน-ชุมชน ร่วมกันดูแล” ประกอบด้วยการดูแลด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และสังคม ด้านเศรษฐกิจและอาชีพ และการพัฒนาความร่วมมือในชุมชนในการขับเคลื่อนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในแนวทางการดูแลระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D. = 0.59) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, แนวทางการดูแล, บ้าน-ชุมชน ร่วมกันดูแล

¹เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน, ^{2,3}อาจารย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น, ^{2,3} วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

Development of Elderly Care Guidelines through Community Participation Integration in Phek Yai Subdistrict, Phon District, Khon Kaen Province

LAMAI BUNCHEAD¹ CHANAPHOL SRIRACHA² VEENA ISARANGKUN NA AYUTTHAYA³

(Received 8th April 2025; Revised : 14th May 2025; Accepted 14th May 2025)

ABSTRACT

This study aimed to explore elderly care conditions and needs, develop elderly care guidelines, and evaluate elderly satisfaction toward community-integrated care guidelines in Phek Yai Subdistrict, Phon District, Khon Kaen Province. Using participatory action research methods from December 2024 to February 2025, the project was conducted in 3 phases : 1) Preparation phase, involving 110 elderly participants aged 60 and above; 2) Action phase, conducted through one cycle of planning, implementing, observing, and reflecting, involving 10 community stakeholders responsible for elderly care policies and implementation; and 3) Evaluation phase, assessing elderly satisfaction toward community-participated care guidelines. Quantitative data analysis was conducted using percentages, means, and standard deviations, while qualitative data analysis utilized content analysis methods. The findings showed that elderly individuals received physical care at a high level, whereas psychological, social, economic, and spiritual care were provided at a moderate level. Elderly participants expressed care needs across physical, psychological, social, and economic dimensions. Community-integrated participation strengthened the community, leading to comprehensive and sustainable elderly care. The developed care guidelines, termed "Home-Community Collaborative Care," encompassed health care, psychological and social support, economic and occupational assistance, and community collaboration to drive elderly care processes. Elderly satisfaction with the developed care guidelines was very high, with an average satisfaction score of 4.33 (S.D. = 0.59). These research findings could serve as a prototype for elderly care in other communities with similar contexts.

Keywords : Elderly Care, Community Participation, Participatory Action Research, Care Guidelines, Home-Community Collaborative Care

¹Master of Public health program students, ^{2,3}Professor of Asian Scholars Khon Kaen Province

¹Subdistrict Health Promoting Hospital Phon District, Khon Kaen Province,

^{2,3}College of Asian Scholars Khon Kaen Province

Corresponding author : Lamai Bunthead, e-mail: aoraor1984@gmail.com

บทนำ

ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากโครงสร้างอายุของประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น เป็น 1,109 ล้านคน ในปี 2022 คิดเป็นร้อยละ 13.90 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aging Society) ในปี 2568 โดยจะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.3 ของจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศ และคาดว่าอีก 10 ปี ข้างหน้า ไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด หรือ Super Aged Society ในปี 2576 จะมีประชากรสูงวัย จำนวน 18.68 ล้านคน คิดเป็น 28.00 % ของประชากรทั้งหมด⁽³⁾ การเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและเตรียมความพร้อมให้เพียงพอ⁽⁴⁾ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ และมีบทบาทอำนาจหน้าที่อย่างกว้างขวาง ฉะนั้นผู้สูงอายุในพื้นที่จะได้รับการดูแลในด้านสวัสดิการการช่วยเหลือต่าง ๆ การบูรณาการการทำงานจะเป็นกลไกในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2525 โดยเริ่มต้นจากแผน

พัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จากนั้นมีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์และแผนแม่บทอันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผน และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัยอย่างบูรณาการ⁽⁶⁾ จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนประชากร ทั้งสิ้น 1,790,863 คน แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 911,014 คน ร้อยละ 50.87 เพศชาย จำนวน 879,849 คน ร้อยละ 49.13 มีผู้สูงอายุ จำนวน 326,053 คน คิดเป็นร้อยละ 17.79 ของประชากรทั้งหมด โดยสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น อยู่ระหว่างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society)⁽⁷⁾

อำเภอพล มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 86,023 คน แบ่งเป็น เพศหญิง จำนวน 43,712 คน ร้อยละ 50.81 เพศชาย จำนวน 42,311 คน ร้อยละ 49.19 มีผู้สูงอายุ จำนวน 26,685 คน ร้อยละ 31.02 และพื้นที่ตำบลเพ็กใหญ่ มีประชากรทั้งสิ้น 6,277 คน แบ่งเป็น เพศหญิงจำนวน 3,171 คน ร้อยละ 50.51 เพศชาย 3,106 คน ร้อยละ 49.48 มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,572 คน ร้อยละ 25.04⁽⁸⁾ จากการดำเนินงานผู้สูงอายุที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่ ปี 2566 พบว่า การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 566 คน ร้อยละ 9.01 โรคเบาหวาน จำนวน 425 คน ร้อยละ 6.77 โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 122 คน ร้อยละ 1.94 จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ยังขาดการบูรณาการที่เชื่อมโยงกับการมี

ส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เห็นทุนทางสังคม ตลอดจนสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ หรือสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต การเข้าถึงระบบบริการในด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น

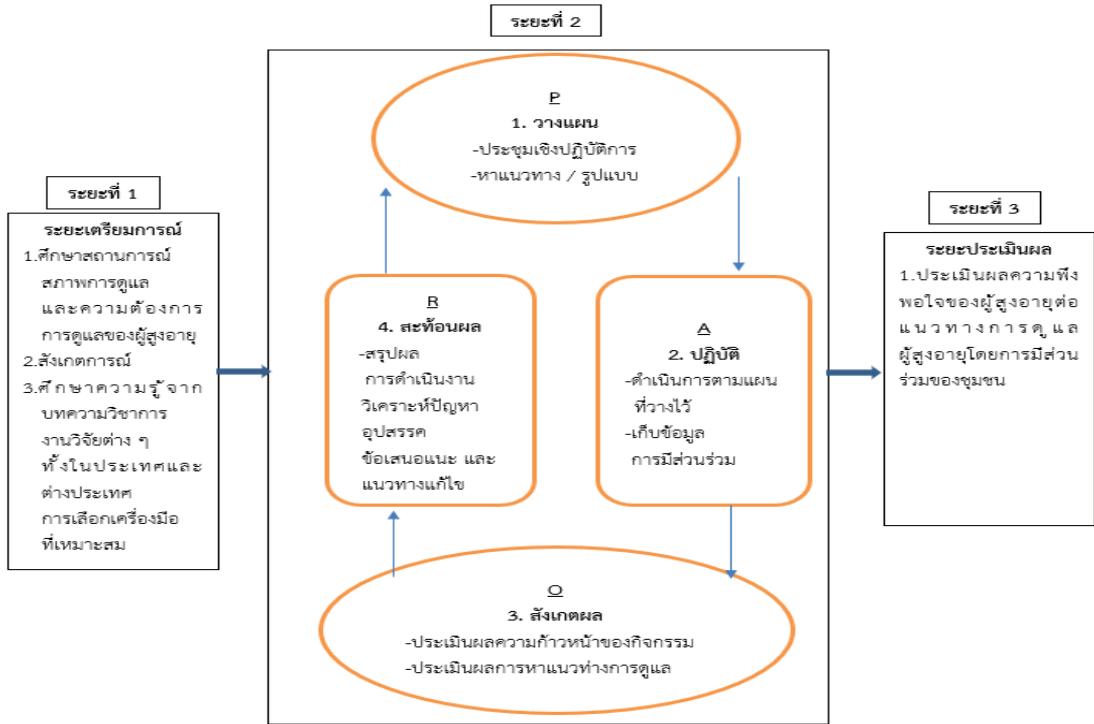
สมมติฐานการวิจัย

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลเพ็กใหญ่ มีความเหมาะสมและสามารถตอบสนองต่อสภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้มีเนื้อหาครอบคลุมถึงระดับการได้รับการดูแล และระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม เศรษฐกิจ การมีส่วนร่วม รวมทั้งการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ขอบเขตในด้านช่วงเวลาของการศึกษา เดือนธันวาคม 2567 - เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา ศึกษาเฉพาะพื้นที่ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้าน และพักอาศัยอยู่ในเขตตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จำนวน 1,572 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพุน จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิธีดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ เคมมิส และแม็คแท็กการ์ท⁽⁹⁾ โดยดำเนินการเป็นวงรอบ PAOR คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 1 วงรอบ ใช้กระบวนการของการวิจัยโดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ สภาพการดูแล และความต้องการ

การดูแลของผู้สูงอายุ สังเกตการณ์ ศึกษาความรู้จากบทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสม **ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ หมู่บ้านเพ็กใหญ่พัฒนา หมู่ที่ 11 ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพุน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 152 คน และได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่ และมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน⁽¹⁰⁾ **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถาม

ข้อมูลสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ (2) แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ (3) แบบสอบถามการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ

การแปลผล ลักษณะแบบสอบถาม การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ และลักษณะแบบสอบถามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด มีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง การได้รับการดูแลระดับมากที่สุด 4 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับมาก 3 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับปานกลาง 2 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับน้อย และ 1 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับน้อยที่สุด

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ ใช้กระบวนการวิจัยและการหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามทฤษฎีแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart⁽⁹⁾ โดยพัฒนา 1 วงรอบ **ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง** เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Key Informant) ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ที่เคยมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานหรือโครงการด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้และเข้าใจสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางการดูแล

ผู้สูงอายุในชุมชน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย (1) โครงการ/กิจกรรม สวัสดิการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างไร (2) เครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน ประกอบด้วยใครบ้าง และมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ในมิติต่าง ๆ อย่างเป็นองค์รวมอย่างไร หรือยกตัวอย่าง (3) แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง (4) ปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การประเมินผลแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ เพื่อดูการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง **ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้สูงอายุ บ้านเพ็กใหญ่พัฒนา หมู่ที่ 11 ที่เข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนการแปลผล มีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง การได้รับการดูแลระดับมากที่สุด 4 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับมาก 3 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับปานกลาง 2 หมายถึง การได้รับการ

ดูแลในระดับน้อย และ 1 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับน้อยที่สุด

โดยคะแนนที่ได้รับจะนำมาวิเคราะห์และแปรผลของค่าเฉลี่ยตามระดับความสำคัญ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละระดับตามแนวคิดของเบสท์ John W. Best, 1997⁽¹¹⁾ มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง ความพึงพอใจมาก

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน และสาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน ตรวจสอบและแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แต่ละข้อมีอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และมีลักษณะบริบทคล้ายกับกลุ่มที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน คือ ประชาชนในเขตตำบลโสกนกเต็น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ได้ค่าความ

เชื่อมั่น(Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์แบบเชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการขอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ผ่านการรับรองโครงการวิจัย เลขที่ CASHE670031 ให้ไว้ ณ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.9 ช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 62.7 ศีรษะระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.1 มีรายได้หลักจากเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 81.8 ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	60.9
หญิง	43	39.1
อายุ		
60 - 70 ปี	69	62.7
71 - 80 ปี	30	27.3
81 - 89 ปี	11	10.0
$(\bar{X} = 69.99, S.D. = 6.93, \text{Min} = 60, \text{Max} = 89)$		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษาตามระบบ	3	2.6
ประถมศึกษา	98	89.1
มัธยมศึกษา	6	5.5
ปริญญาตรี	1	0.9
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.9
แหล่งรายได้หลัก		
เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ	60	54.5
บุตรหลาน	33	30.0
ตนเอง	17	15.5
การมีโรคประจำตัว		
มี	57	51.8
ไม่มี	53	48.2
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแล	90	81.8
ไม่มีผู้ดูแล	20	18.2
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการเข้าร่วมกิจกรรม		
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	57	51.8
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	53	48.2

2. การได้รับการดูแลและความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ

การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายในระดับมาก คือ การอยู่ในที่พักอาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสม ($\bar{X} = 4.06$, S.D = 0.70) ทางด้านจิตใจในระดับปานกลางคือ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ($\bar{X} = 3.80$, S.D.= 0.71) ด้านสังคม เศรษฐกิจในระดับปานกลางคือ มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆของชุมชน ($\bar{X} = 3.62$, S.D.= 0.93) ด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง คือ ได้รับการยอมรับเคารพและเห็นคุณค่าจากครอบครัว ($\bar{X} = 3.95$, S.D.= 0.77) ความ

ต้องการการดูแลของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายในระดับมาก คือ ต้องการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.07$, S.D.= 0.93) ด้านจิตใจในระดับปานกลางคือได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ($\bar{X} = 3.89$, S.D.= 0.59) ด้านสังคม เศรษฐกิจในระดับปานกลาง คือ ต้องการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในชุมชน ($\bar{X} = 3.90$, S.D.= 0.86) ด้านจิตวิญญาณในระดับมาก คือ ต้องการได้รับการยอมรับเคารพและเห็นคุณค่าจากครอบครัว ($\bar{X} = 4.00$, S.D.= 0.71) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 110)

ประเด็นรายละเอียด	การได้รับการดูแล			ความต้องการการดูแล		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
ด้านร่างกาย						
1. ด้านอาหารถูกหลักอนามัยตามวัย	3.72	0.76	ปานกลาง	3.80	0.82	ปานกลาง
2. การดูแลด้านการรับประทานยา	3.63	0.89	ปานกลาง	3.75	0.85	ปานกลาง
3. การดูแลให้มาพบแพทย์ตามนัด	3.85	0.89	ปานกลาง	3.92	0.79	ปานกลาง
4. การดูแลความสะอาดร่างกาย	3.92	0.70	ปานกลาง	3.84	0.80	ปานกลาง
5. การอยู่ในที่พักอาศัยที่ปลอดภัย	4.03	0.70	มาก	3.85	0.82	ปานกลาง
6. การมีเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม	3.85	0.69	ปานกลาง	3.72	0.86	ปานกลาง
7. การดูแลการป้องกันการหกล้ม	3.87	0.74	ปานกลาง	3.85	0.81	ปานกลาง
8. การตรวจสุขภาพประจำปี	3.75	0.94	ปานกลาง	3.96	0.71	ปานกลาง
9. คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ	3.95	0.71	ปานกลาง	4.07	0.93	มาก
10. การรักษาพยาบาลที่สะดวก	4.01	0.74	มาก	3.96	0.71	ปานกลาง
11. การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ	3.63	0.72	ปานกลาง	3.65	0.73	ปานกลาง
12. การดูแลด้านการออกกำลังกาย	3.33	0.93	ปานกลาง	3.65	0.82	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการได้รับการดูแลและความต้องการ การดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 110) (ต่อ)

ประเด็นรายละเอียด	การได้รับการดูแล			ความต้องการการดูแล		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
ด้านจิตใจ						
13. การดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน	3.80	0.71	ปานกลาง	3.89	0.59	ปานกลาง
14. มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด	3.74	0.89	ปานกลาง	3.87	0.63	ปานกลาง
15. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	3.75	0.77	ปานกลาง	3.79	0.79	ปานกลาง
16. การพักผ่อนหย่อนใจ	3.71	0.71	ปานกลาง	3.87	0.63	ปานกลาง
17. ด้านความปลอดภัยของชุมชน	3.65	0.97	ปานกลาง	3.81	0.78	ปานกลาง
ด้านสังคม เศรษฐกิจ						
18. การฝึกอาชีพเพื่อให้มีรายได้	3.00	1.08	ปานกลาง	3.57	0.97	ปานกลาง
19. มีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้าน	3.34	1.06	ปานกลาง	3.85	0.71	ปานกลาง
20. มีการสนับสนุนสวัสดิการรายได้	3.21	1.00	ปานกลาง	3.80	0.76	ปานกลาง
21. การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	3.16	1.14	ปานกลาง	3.64	0.92	ปานกลาง
22. มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ	3.62	0.93	ปานกลาง	3.66	0.92	ปานกลาง
23. รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์	3.37	0.98	ปานกลาง	3.90	0.86	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ						
24. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	3.37	1.04	ปานกลาง	3.69	0.84	ปานกลาง
25. ทำกิจกรรมกับสังคม	3.37	1.04	ปานกลาง	3.60	0.86	ปานกลาง
26. ใช้ชีวิตนั้นปลายอย่างมีความสุข	3.70	0.86	ปานกลาง	3.80	0.75	ปานกลาง
27. แสวงหาสิ่งที่ทำให้มีความสุข	3.63	0.76	ปานกลาง	3.74	0.75	ปานกลาง
28. การยอมรับเคารพจากครอบครัว	3.95	0.77	ปานกลาง	4.00	0.71	มาก
29. การยอมรับจากสังคม	3.79	0.70	ปานกลาง	3.90	0.66	ปานกลาง

3. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดย บูรณาการ การมีส่วนร่วมในชุมชน

ภายหลังจากการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้เข้าร่วมจำนวน 10 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกองค์การบริหาร

ส่วนตำบล 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน Care manager 1 คน Caregiver 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ได้มีการนำเสนอแนวทางรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบ "บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล" ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน

ต.เพ็ญใหญ่ อ.พล จ.ขอนแก่น

โดยออกดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบรายสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 โดยแต่ละสัปดาห์จะมีกิจกรรม

ที่แตกต่างกัน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งสุขภาพ กายใจ และเศรษฐกิจ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

สัปดาห์	กิจกรรมหลัก	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1	ตรวจสอบสุขภาพและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบสุขภาพพื้นฐาน (ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ฯลฯ) - ให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการและการดูแลสุขภาพ - ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น กายบริหารสำหรับผู้สูงอายุ - แจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - อสม. - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. -จิตอาสาทางการแพทย์
2	ส่งเสริมสุขภาพจิตและสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมนันทนาการ เช่น ร้องเพลง เล่นเกม ฟีกสมาธิ - สนับสนุนการมีส่วนร่วมในงานบุญ งานประเพณีท้องถิ่น - โครงการ “ลูกหลานอุปลัมภ์” เยาวชนมาร่วมดูแล - ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตโดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร 	<ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุ - วัด/ ศาสนสถาน - กลุ่มเยาวชนในชุมชน
3	ส่งเสริมอาชีพและเศรษฐกิจ	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกอาชีพง่าย ๆ เช่น งานฝีมือ การปลูกผักปลอดสาร - แนะนำแหล่งจำหน่ายสินค้าผู้สูงอายุ (เช่น ตลาดชุมชน, ออนไลน์) 	<ul style="list-style-type: none"> - อบต./เทศบาล - กลุ่มอาชีพในชุมชน - ภาคเอกชน
4	เชื่อมโยงเครือข่ายและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมร่วมกับ อบต./เทศบาล อสม. และครอบครัว - ประเมินผลกิจกรรมในช่วง 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา - วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนจากภาคเอกชน - เปิด “ศูนย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ” เพื่อให้คำปรึกษาต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - อบต./เทศบาล - อสม. - ครอบครัวผู้สูงอายุ

4. ประเมินผลแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น

ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.59) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ (n = 30)

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	S.D	แปลผล
1. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อท่าน	4.53	0.68	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้	4.53	0.68	มากที่สุด
3. มีการบูรณาการทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล	4.30	0.70	มากที่สุด
4. ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับประโยชน์จากการวิจัยนี้	4.33	0.66	มากที่สุด
5. ท่านได้รับประโยชน์จากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้	4.56	0.67	มากที่สุด
6. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมีความเหมาะสม	4.20	0.76	มาก
7. ระยะเวลาในการดูแลมีความเหมาะสม	4.13	0.81	มาก
8. ท่านได้มีส่วนร่วมในการหาแนวทางดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	4.10	0.99	มาก
สรุปความพึงพอใจโดยรวม	4.33	0.59	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น มีความต้องการการดูแลในหลากหลายมิติ ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมาก โดยเฉพาะต้องการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนีย์ ยอดดำเนิน⁽⁵⁾

ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องโรคเรื้อรัง และสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่เข้าถึงโรงพยาบาลยาก หรือมีแพทย์เฉพาะทางจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง Self-Care Agency ที่ระบุว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้

มีแหล่งข้อมูล และได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม

ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน แสดงถึงบทบาทของครอบครัวในการสร้างความรู้สึกรักผูกพันและปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับทัศนีย์ แก้วกล้า⁽¹²⁾ ที่พบว่า การดูแลทางด้านจิตใจโดยสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ ไม่สอดคล้องกับกนกวรรณ วงศ์สุวรรณ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมือง และพบว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระมากกว่าการพึ่งพาลูกหลานในการดูแลทางจิตใจ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จาก บริบททางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจได้รับการปลูกฝังแนวคิดเรื่อง การพึ่งพาตนเองมากกว่า ขณะที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทอย่างตำบลเพ็ญใหญ่ยังมีความเชื่อเรื่องครอบครัวแบบขยาย (Extended Family) ซึ่งยังคงมีอิทธิพลสูงในวิถีชีวิต

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในชุมชน แสดงถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรรวรรณ สิทธิบุญมา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมและเศรษฐกิจในพื้นที่ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มสันตนาการ และกลุ่มอาสาสมัคร

ด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการยอมรับ เคารพ และเห็นคุณค่าจากครอบครัว บ่งชี้ถึงความสำคัญของการได้รับการยอมรับในสถานะของตนเองและการเป็นที่รักของคนใน

ครอบครัว ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม และงานวิจัยของสุพัตรา มงคลธนากุล⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า ความเคารพและยอมรับจากครอบครัวช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทำให้มีความสุขในการดำรงชีวิต

2. จากการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า แนวทาง “บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล” เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและศักยภาพของทรัพยากรในพื้นที่ โดยเน้นการใช้พลังอาสาสมัคร ครอบครัว ชุมชน และภาครัฐร่วมกันเพื่อดูแลผู้สูงอายุในมิติที่หลากหลาย ทั้งสุขภาพ กาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ซึ่งแสดงถึงการบูรณาการอย่างเป็นระบบ การที่ชุมชนเลือกแนวทางนี้สะท้อนว่า “ชุมชนมีศักยภาพในการเป็นฐานของการดูแล” และสามารถลดภาระของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและการเสริมพลัง (empowerment) ให้กับคนในชุมชน ซึ่งสุนีย์ ยอดดำเนิน⁽⁵⁾ ศึกษาพบว่า การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อได้รับความร่วมมือจาก อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดูแล อรรวรรณ สิทธิบุญมา⁽¹⁴⁾ ระบุว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมโดยชุมชน

3. จากการดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า แนวทาง “บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล” ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

จริง โดยชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในหลายระดับ ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ การประเมินผลพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อแนวทางที่ได้รับการพัฒนา ครอบครัวรับรู้ถึงบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้นในการดูแล องค์การชุมชนสามารถจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีงานวิจัยที่สอดคล้อง คือ ประภาพร พิมพ์เงิน⁽¹⁶⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ จะทำให้การดูแลมีความเหมาะสมกับบริบท และผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการได้จริง

ข้อเสนอแนะ

(1) ควรนำแนวทาง “บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล” ไปปรับใช้ในชุมชนอื่น โดยเลือกพื้นที่ที่มีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีเครือข่าย อสม. และหน่วยงานท้องถิ่นที่เข้มแข็ง (2) จัดอบรมอาสาสมัครในชุมชน ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น เช่น การช่วยเหลือด้านโภชนาการ ภาวะสุขภาพบำบัด และสุขภาพจิต (3) ออกแบบระบบแรงจูงใจเชิงสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การให้เครดิตจิตอาสา หรือ สิทธิประโยชน์พิเศษ สำหรับอาสาสมัครที่มีบทบาทโดดเด่นในการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์คอร์เปอเรชันส์ จำกัด (มหาชน); 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค.2567]. เข้าถึงจาก<https://www.dop.go.th/>
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค.2567]. เข้าถึงจาก<https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201584>
3. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.dopa.go.th/news/cate1/view9257>
4. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ยศ วัชระคุปต์. ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ไม่ระบุสำนักพิมพ์; 2560.
5. สุนีย์ ยอดคำเนิน. ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(1):85-94.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2562.
7. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น. สถานการณ์ทางสังคมจังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [ไม่ทราบปีที่เผยแพร่; เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.msociety.go.th/ewtadmin/ewt/download/statistics/th1696238995-2521_0.pdf

- mso_web/download/article/article_20220920152317.pdf
8. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://kkn.hdc.moph.go.th>
 9. Kemmis S, McTaggart R. Action research in retrospect and prospect. In: The action research reader. Geelong, Vic: Deakin University; 1982.
 10. สุพรรณณี ฉายะบุตร. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: เทคนิคและวิธีการ. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา. 2562;8(1):7-20.
 11. Best JW, Kahn JV. Research in education. 8th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997.
 12. ทศนีย์ แก้วกล้า. การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุโดยครอบครัวในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2564;11(2):45-59.
 13. กนกวรรณ วงศ์สุวรรณ. ความต้องการการพึ่งพาด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
 14. อรวรรณ สิทธิบุญมา. บทบาทของชุมชนในการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในภาคเหนือ. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2562;15(3): 22-33.
 15. สุพัตรา มงคลธนากุล. สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ: การดูแลแบบองค์รวมโดยครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29(2): 56-67.
 16. ประภาพร พิมพ์เงิน. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในผู้ปกครองเด็ก ตำบลโสกนกเต็น อำเภอนาคู จังหวัดขอนแก่น**

ปีใหม่ แก่นสา¹, ชนะพล ศรีธาดา², วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์³

(วันที่รับบทความ: 3 เมษายน 2568, วันที่แก้ไข: 27 เมษายน 2568, วันที่ตอบรับ 13 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำกลุ่มเดียว นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 3 - 4 ปี จำนวน 32 คน ได้รับโปรแกรมด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหาเล่าสู่กันฟัง พิจารณาไตร่ตรองตามสถานการณ์จริงของตนเอง ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ มั่นใจในตนเองและปฏิบัติต่อไป ครั้งละ 2 ชั่วโมง ใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 2 ส่วนคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง (mean = 12.38, mean = 16.22) Mean Difference = 3.84 95%CI =3.42-4.26 พบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.001 ค่าเฉลี่ยทักษะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต้องฝึกฝน หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต้องฝึกฝนและอยู่ในระดับชาญฉลาด ร้อยละ 18.75 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง (mean = 6.56, mean = 20.59) Mean Difference = 14.03 95%CI =12.89-15.18 พบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.001 ความพึงพอใจต่อโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.74+0.32) ผลของโปรแกรมสามารถทำให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการดีขึ้นได้ แต่การนำไปใช้ต้องปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ, พัฒนาการเด็กปฐมวัย, พัฒนาการสงสัยล่าช้า

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, ^{2,3}รองศาสตราจารย์

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโสกนกเต็น, ^{2,3}วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

Corresponding author, E-mail : peemaibaoson@gmail.com

EFFECTIVENESS OF AN EMPOWERMENT PROGRAM IN PROMOTING AND
STIMULATING EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT FOR PARENTS OF CHILDREN
SUSPECTED OF DEVELOPMENT DELAYS IN SOK NOK TEN SUBDISTRICT,
PHON DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE.

Peemai Kaensa,¹ Chanaphol Sriruecha,² Wilawan Chomnirat³

(Received 3rd April 2025; Revised : 27th April 2025; Accepted 13th May 2025)

ABSTRACT

This one-group repeated measures quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of an empowerment program to promote and stimulate early childhood development. The sample group was 32 parents who took care of children aged 3-4 years. They received the program with 4 activities: Analyze problems, tell each other, consider and reflect on their own real situations, make decisions and take action, be confident in yourself and continue to practice, 2 hours each time, and took 4 weeks, from December 2024 to February 2025. Data were collected using 2 tools: the empowerment program to promote and stimulate child development and a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired Sample t-test statistics.

Results Before participating in the program, the sample group had a moderate level of knowledge in promoting and stimulating child development and a high level after joining the program. When comparing the mean before and after (mean = 12.38, mean = 16.22), Mean Difference = 3.84, 95%CI =3.42-4.26, it was significantly higher at the p-value <.001 level. The mean skill before joining the program was at the level of needing practice. After joining the program, it was at the level of needing practice and 18.75 percent were at the level of intelligent. When comparing the mean before and after (mean = 6.56, mean = 20.59), Mean Difference = 14.03, 95%CI =12.89-15.18, it was significantly higher at the p-value <.001 level. Satisfaction with the program was at the highest level after joining the program (\bar{X} =4.74+0.32). The results of the program can enable parents to have better knowledge and skills in promoting and stimulating development. However, the implementation must be adjusted to the context of the area.

Keywords: Empowerment Program, Early Childhood Development, Suspected Developmental Delay

¹Master of Public Health Program students, ² Associata Professor, ³Associata Professor

¹Soknokten Subdistrict Health Promotion Hospital, ²College of Asian Scholars, ³College of Asian Scholars
Corresponding author, E-mail : peemaibaoson@gmail.com

บทนำ

เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพได้นั้น เด็กจะต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา⁽¹⁾ การเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กมีความสำคัญมากจะช่วยให้ทราบถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแต่ละช่วงวัย วิวัฒนาการของเด็กมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ และด้านสังคม เป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก ถ้าพัฒนาการเด็กเป็นไปตามเกณฑ์แต่ละช่วงวัยแสดงว่ามีพัฒนาการสมวัยจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคต หากพัฒนาการแต่ละช่วงวัยไม่เป็นไปตามเกณฑ์แสดงว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือพัฒนาการล่าช้าจำเป็นต้องรีบค้นหาสาเหตุและแก้ไข เนื่องจากจะส่งผลกระทบยาวกับเด็กในทุก ๆ ด้าน⁽²⁾

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่แรกเกิดหรือ 6 ปีแรกของชีวิต ถ้าหากเด็กมีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือล่าช้าและไม่ได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสมโอกาสทองนั้นจะไม่หวนกลับมาอีก ในช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่เด็กต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่ หรือผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเด็กในทุก ๆ ด้าน กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยและดำเนินงานตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา 3) ด้านการเข้าใจภาษา 4) ด้าน

การใช้ภาษา 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ดังนั้นเด็กปฐมวัยจะเติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มจากสถาบันครอบครัว พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองมีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ผู้ปกครองต้องมีความรู้ มีทักษะในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้องเหมาะสมได้ด้วยตนเอง⁽³⁾ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่ได้หมายความว่าเด็กจะบกพร่องไปเสมอแต่อาจเป็นเพราะเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นที่ถูกวิธี ด้วยเหตุนี้การคัดกรองพัฒนาการจึงมีความสำคัญโดยเด็กจะได้รับบริการคัดกรองพัฒนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยเครื่องมือ DSPM และจำเป็นอย่างยิ่งพ่อแม่ หรือผู้ปกครองต้องมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ปกครองคือกำลังหลักในการมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่รอบด้าน อีกทั้งเป็นการสร้างคุณลักษณะให้เด็กปฐมวัย มีอุปนิสัยใฝ่ดี ใฝ่รู้ มีคุณธรรม มีวินัย มีความคิดสร้างสรรค์ และสามารถซึมซับสุนทรีย์ วัฒนธรรม เคารพคุณค่าของบุคคลอื่น

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson⁽⁴⁾ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ⁽⁵⁾ เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการ เพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง ซึ่งแนวคิดที่มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความจริง (Discovering reality) ขั้นตอนที่ 2 การพิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์หรือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) ขั้นตอนที่ 3 ความสามารถ

เป็นผู้ดำเนินการหรือตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) ขั้นตอน ที่ 4 ความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ (Holding on) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และคุณภาพสูงสุดในการดูแลเด็กปฐมวัย กระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นกระบวนการ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้า เพื่อให้เข้าใจปัญหาแล้ว เกิดการทบทวนเหตุการณ์ของตนเองและนำไปสู่ การปฏิบัติที่ถูกต้องจนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้ว่าคุณภาพพอที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมต่าง ๆ และสามารถตัดสินใจเลือกวิธี การปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ

สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2567 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM 5 ช่วงอายุจำนวน 1,652,952 คน พบว่าเด็กได้รับการคัดกรองร้อยละ 72.39 มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้าร้อยละ 21.36 เมื่อเจาะลึกลงไปพบว่า เขตสุขภาพที่ 7 มีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุด ร้อยละ 26.44 รองลงมาเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 25.32 จังหวัดมหาสารคามมีเด็กพัฒนาการสงสัย ล่าช้ามากที่สุดร้อยละ 29.03 รองลงมาจังหวัด ขอนแก่นร้อยละ 27.45 และยังพบว่าช่วงอายุ ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่สุดคือ ช่วงอายุ 18 เดือน ร้อยละ 24.26 รองลงมาช่วงอายุ 42 เดือน ร้อยละ 22.8⁽⁶⁾

จังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ.2567 เด็ก ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 82.34 อำเภอพลมีทั้งหมด 12 ตำบล 132 หมู่บ้าน มี เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากเป็นอันดับที่ 1 ถึง ร้อยละ 45.73 รองลงมาอำเภอน้ำพองร้อยละ

35.44 อำเภอพลมี รพ.สต. 13 แห่ง เทศบาล 1 แห่ง โรงพยาบาล 1 แห่ง เด็กที่ผ่านการประเมิน พบสงสัยล่าช้าจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและ มีกุมารแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง สำหรับ ตำบลโสกนกเต็น มีทั้งหมด 11 หมู่บ้าน มีศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง มีโรงเรียน 5 แห่ง มีเด็ก อายุ 0-5 ปีจำนวน 310 คน มีครอบครัวจำนวน 1,315 ครอบครัว ปี พ.ศ. 2566 พบว่าเด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 99.09 และมีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 43.12 เมื่อ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างตำบลสูงเป็นอันดับ 3 ของตำบลในอำเภอพล เมื่อเจาะลึกข้อมูลของ ตำบลโสกนกเต็น พบว่าช่วงอายุ 36-48 เดือน จำนวน 67 คน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 47.75 รองลงมาอายุ 60 เดือน และอายุ 18 เดือน ซึ่งเป็นช่วงวัยกำลังเข้าเรียนในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนที่มีชั้นอนุบาล⁽⁷⁾

จากสภาพปัญหาผู้ปกครองคือผู้ใกล้ชิด เด็กและมีบทบาทมากที่สุดจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมและกระตุ้น พัฒนาการที่ถูกต้อง การมีความรู้ในการดูแล เด็กทำให้ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กได้ อย่างเหมาะสม เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูที่ดี เติบโตอย่างมีคุณภาพ และมีสุขภาพจิตที่แข็งแรง ตรงกันข้ามกับการไม่มีความรู้ในการดูแล ซึ่งมักนำไปสู่การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เช่น การ ละเลย การใช้ความรุนแรง หรือการขาดการส่งเสริมพัฒนาการที่จำเป็น ส่งผลให้เด็กมีปัญหา ทางอารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถใน การใช้ชีวิตในสังคม อีกทั้งผู้ปกครองต้องมีเชื่อ

มั่นในศักยภาพของตนเอง ซึ่งกระบวนการของโปรแกรมจะสามารถดึงศักยภาพและจะทำให้ผู้ปกครองเข้าใจ รับรู้ รวมไปถึงทักษะต่าง ๆ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในฐานะผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและรับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กได้ตระหนักถึงความสำคัญและเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในผู้ปกครองเด็ก ตำบลโสกนกเต็น อำเภอกุดรัง จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในผู้ปกครองเด็ก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็ก

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดซ้ำ โดยกิจกรรมมี 4 ขั้นตอน คือ วิเคราะห์ปัญหาเล่าสู่กันฟัง พิจารณาไตร่ตรองตามสถานการณ์จริงของตนเอง ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ มั่นใจในตนเองและปฏิบัติต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ เสนอโครงการวิจัย

2. ขั้นก่อนดำเนินการทดลอง ศึกษา

ระบบการดำเนินงานเป้าหมายพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศึกษาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน ค้นหารายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นัดพบกลุ่มตัวอย่าง ประเมินพัฒนาการ

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาเล่าสู่กันฟัง ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ในขั้นนี้ผู้ปกครองจะมีการตอบสนอง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการรับรู้ 3) ด้านพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ปกครองมีเข้าใจ สะท้อนให้เห็นสภาพความเป็นจริง มีการบรรยายให้ความรู้ ข้อมูลพัฒนาการเด็ก ดูคลิปวิดีโอ เสนอวิเคราะห์ปัญหา พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณา ไตร่ตรองตามสถานการณ์จริงของตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มีการวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยยึดกรอบแนวคิดการดูแลเด็กปฐมวัยของ Unicef ฝึกทักษะการส่งเสริม

และกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบประเมินทักษะ และคู่มือวีดีโอ

ขั้นตอนที่ 3 ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง การสาธิตขั้นตอนเทคนิคการประเมินพัฒนาการเด็ก คู่มือวีดีโอ

ขั้นตอนที่ 4 มั่นใจในตนเองและปฏิบัติต่อไป สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ให้ผู้ปกครองฝึกประเมินทักษะในคลินิก ผู้วิจัยจะเป็นพี่เลี้ยงคอยแนะนำวิธีหรือสอดแทรกความรู้ให้กับผู้ปกครองได้มีความมั่นใจขึ้น มอบใบชื่นชมเพื่อเป็นการให้กำลังใจและมีการประชาสัมพันธ์ทาง Social media หรือกลุ่ม LINE เพื่อเป็นการสร้างกระแสให้บุคคลอื่นได้รับรู้และเล็งเห็นความสำคัญ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่าก่อนได้รับ

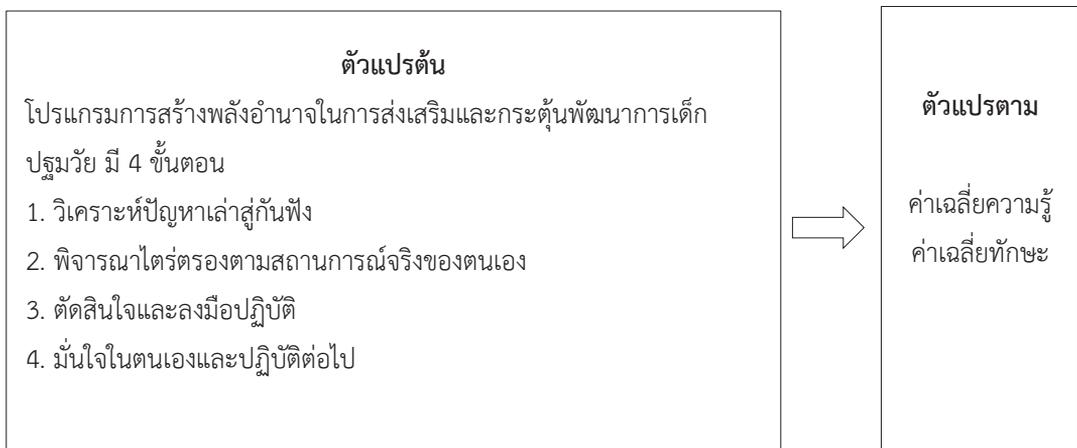
โปรแกรม

2. ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาดำเนินการวิจัยในตำบลโสกนกเต็น อำเภอลพบุรี จังหวัดขอนแก่น เป็นระยะเวลา 2 เดือน เดือนธันวาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568 ขอบเขตด้านเนื้อหาเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทิศทางและกฎหมายเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย แนวคิดการดูแลเด็กปฐมวัย Unicef แนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามคู่มือ DSPM และทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson⁽³⁾

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครอง หรือพ่อ หรือแม่ที่ดูแลเด็กอายุ 3-4 ปี เพศชายและหญิง ตำบลโสกนกเต็น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น โดยเด็กที่อยู่ในการดูแลเกิดระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 จำนวน 67 คน (โปรแกรม JHCIS รพ.สต.โสกนกเต็น)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครอง หรือพ่อ หรือแม่ที่ดูแลเด็กอายุ 3-4 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลโสกนกเต็น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น โดยเด็กที่อยู่ในการดูแลเกิดระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 และเด็กได้รับการประเมินพัฒนาการในคลินิกกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโสกนกเต็น อำเภอกุฉินารายณ์ และมีผลการประเมินพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งในห้าด้าน โดยเลือกแบบเจาะจง เฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย พัฒนามาจากผู้วิจัยศึกษา ค้นคว้า รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson ร่วมกับการประยุกต์ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) จากนั้นสรุปรวบยอดเป็นกรอบแนวคิดเป็นของตนเอง โดยยึดบริบทของชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อของชุมชน

อีกทั้งตำบลโสกนกเต็นเป็นสังคมชนบท วัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก็จะมีจำกัดด้วยรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน และได้สรุปเป็นกิจกรรมกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ วิเคราะห์ปัญหาเล่าสู่กันฟัง สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง พิจารณาไตร่ตรองตามสถานการณ์จริงของตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มั่นใจในตนเองและปฏิบัติต่อไป สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วยชื่อ-สกุลผู้ปกครอง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะครอบครัว ท่านเคยได้รับคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็กจากที่ใด ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากช่องทางใด ท่านใช้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีจากหน่วยงานใด จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีทั้งหมด 20 ข้อ แบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” “ไม่ใช่” การแปลคะแนนดังนี้ ตอบถูก หมายถึงมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด หมายถึงมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลมี 3 ระดับ ดังนี้ระดับความรู้สูง หมายถึงได้คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป หรือ 16 คะแนนขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึงได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60.0 -79.9 หรือ 12-15 คะแนน ระดับความรู้ต่ำ หมายถึงได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 หรือน้อยกว่า 12 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการ

ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กอายุปฐมวัย จำนวน 23 ข้อ คะแนนการประเมินมีค่าต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 23 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านเด็กปฏิบัติทักษะนั้นไม่ได้ครบทุกข้อและมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1 คะแนน หมายถึง ผ่านเด็กปฏิบัติทักษะนั้นได้ทุกข้อและมีพัฒนาการ สมวัย เกณฑ์การแปลคะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับทักษะชาญฉลาด หมายถึง ได้คะแนน ร้อยละ 100 หรือผ่านทุกข้อ ระดับทักษะต้องฝึกฝน หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 100 หรือผ่านน้อยกว่า 23 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมิน ความพึงพอใจ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลาย ปิด มีทั้งหมด 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบ ประเมินค่า (Rating scale) 5 คำตอบ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด แบ่งระดับความ พึงพอใจเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนน เฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการ เด็ก พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการ เด็ก เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Con-

tent Validity) ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.96 -1 และ นำไปทดลอง (Try Out) จำนวน 30 ชุดกับ ชุมชนคล้ายคลึงกับพื้นที่ในการศึกษาวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพล อำเภอพล หลังจากนั้นวิเคราะห์ความสอดคล้อง ภายในของเครื่องมือ ดังนี้ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) มีค่า KR-20 = 0.77 และ 0.87 ตาม ลำดับ และแบบประเมินความพึงพอใจค่าสัม ประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ผลการทดสอบความรู้ และทักษะใช้สถิติสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลัง ทดลอง (Post-test) ใช้ Paired - t test และ ค่าร้อยละ (Percentage) หากไม่เป็นไปตามข้อ ตกลงเบื้องต้น (Assumption) ใช้ Nonparametric Statistics ใช้สถิติ Wilcoxon test

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัย บัณฑิตเอเชีย ได้รับอนุมัติแล้วเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2567 เลขที่ CASHE670032 ผู้วิจัยได้ ตระหนักถึงสิทธิ คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน การดำเนินงานการวิจัย จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อร่างกาย

จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้เข้าร่วมวิจัย และยึดหลักเคารพในตัวตนบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย หลักยุติธรรม

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.8 อายุต่ำสุด 21 ปี และสูงสุด 67 ปี อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 28.1 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 78.1 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.3 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.8 มีความสัมพันธ์กับเด็กในสถานะเป็นมารดาเด็ก ร้อยละ 53.1 ลักษณะครอบครัวที่อยู่อาศัย

ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (พ่อแม่+ลูก+ปู่ย่า/ตายาย) ร้อยละ 53.1 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็กจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (รพศ./รพท./รพช./รพสต.) ร้อยละ 51.1 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่พาเด็กเข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 56

ความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.9 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

ระดับความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หรือ 16 คะแนนขึ้นไป	1	3.1	23	71.9
ระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79.9 ขึ้นไป) หรือ 12-15 คะแนน	20	62.5	9	28.1
ระดับความรู้ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) หรือ น้อยกว่า 12 คะแนน	11	34.4	0	0

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ย = 3.84 95%CI =3.42-4.26 พบว่าสูงขึ้นอย่าง
 ความรู้พบวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .001
 (mean= 12.38, 16.22) Mean Difference (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ
 เด็กปฐมวัย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพเด็กปฐมวัย	mean	SD	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.38	2.06			
			3.84	3.42-4.26	<.001**
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16.22	1.66			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับทักษะการส่งเสริมและกระตุ้น พัฒนาการเด็ก พบวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
 ร้อยละ 100 อยู่ในระดับทักษะต้องฝึกฝน 81.25 และอยู่ในระดับทักษะ
 ชาญฉลาด ร้อยละ 18.75 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ก่อนและหลัง
 เข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

ทักษะส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครอง	ก่อน		หลัง	
	เข้าร่วมโปรแกรม		เข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทักษะชาญฉลาด (คะแนนร้อยละ 100 หรือผ่าน 23 ข้อ)	0	0	6	18.75
ระดับทักษะต้องฝึกฝน (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 100 หรือผ่านน้อยกว่า 23 ข้อ)	32	100	26	81.25

เมื่อเปรียบเทียบทักษะเป็นรายด้าน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะอยู่ในระดับทักษะต้องฝึกฝนทุกด้าน และหลัง

เข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับทักษะชาญฉลาด 1 ด้านคือ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) และอีก 4 ด้านอยู่ในระดับต้องฝึกฝน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าร้อยละเป็นรายด้านของทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

ทักษะส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	ผ่าน	ร้อยละ	ผ่าน	ร้อยละ
ด้านการเคลื่อนไหว (GM)	1	3.1	32	100
ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM)	0	0	14	43.7
ด้านการเข้าใจภาษา (RL)	0	0	16	50.0
ด้านการใช้ภาษา (EL)	1	3.1	22	68.7
ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS)	3	9.3	18	56.2

ค่าเฉลี่ยของทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยผู้ปกครอง ก่อน (mean = 6.56) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 20.59) Mean Difference = 14.03

95%CI =12.89-15.18 พบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .001 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

ทักษะส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	mean	SD	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.56	3.42			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.59	1.86	14.03	12.89 -15.18	<.001**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.74) รองลงมาอยู่ในระดับมาก

(mean = 4.11) และไม่มีต่ำกว่าระดับปานกลางระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

ระดับความพึงพอใจ	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	mean
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.20 - 5.00	26	4.74
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.40 - 4.19	6	4.11
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.60 - 3.39	0	0
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.80 - 2.59	0	0
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.79	0	0

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ น่าจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านกระบวนการตามโปรแกรม กิจกรรมการให้ความรู้ส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างโดยตรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้เรียนรู้ ทราบปัญหา รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องแล้วพิจารณาตามสถานการณ์จริงของตนเองนำไปสู่แนวทางการแก้ปัญหา และลงมือปฏิบัติจริงจนมั่นใจ จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์⁽⁸⁾ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ ทักษะคิด และพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา คงจินดา⁽⁵⁾ ที่พบว่าหลังได้รับ

โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ด้านทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ ซึ่งน่าจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านกระบวนการตามโปรแกรมซึ่งกิจกรรมจัดขึ้นทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีการสาธิต ลงมือปฏิบัติจริง ดูคลิปวิดีโอและบรรยายโดยละเอียด เน้นการสอนสาธิตแบบกลุ่มและตัวต่อตัว และน่าจะเกิดจากกระบวนการ ทักษะของทีมนักวิชาการที่ตั้งใจถ่ายทอดความรู้ การใช้สื่อ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชภา กวานเทียน⁽⁹⁾ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

ปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยส่งผลโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และมีทักษะส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็ก กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ เข้าใจการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และกลุ่มตัวอย่างได้เล็งเห็นความสำคัญถึงปัญหาเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีพลังในตนเอง เชื่อในความสามารถว่าตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนแนวคิด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กและส่งเสริมพัฒนาการเด็กไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำเสนอผลการศึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นต้น เพื่อจะได้มีการนำเอาโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ ขยายผลการศึกษาไปได้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยเน้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหลักก่อน

2. ควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องให้ประชาชนได้ทราบและตระหนัก ให้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และพัฒนาเป็นโครงการเรียนการสอนในเด็กปฐมวัย

3. มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากบางทักษะเมื่อผู้ปกครองได้นำไปปฏิบัติเองที่บ้าน พบอุปสรรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายโปรแกรมให้กับผู้ปกครองเด็กในช่วงอายุอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเพิ่มโอกาสในการค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

2. ควรมีการติดตามทักษะการส่งเสริมพัฒนาการในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้เห็นพัฒนาการของผู้ปกครอง เช่น ทุก 2 เดือน ทุก 3 เดือน เป็นต้น

3. ควรมีการสอดแทรกโปรแกรมในการเรียนการสอนเพื่อให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนะพล ศรีฤาชา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์วิภา อิศรางกูร ณ อยุธยา แพทย์หญิงขวัญชนก โรจนศิริพัฒน์ พล นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพล แพทย์หญิงไทยอักษร รักษาภักดี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพล และนางรินรดา เพ็ชรศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโสภณกเต็นสนับสนุนด้านงบประมาณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 11 หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโสภณกเต็น และทุกท่านที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือ

ในการทำวิจัยเป็นอย่างดี คอยสนับสนุนเป็นกำลังใจและคอยให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. ประภาภรณ์ จังพานิช, วสุรัตน์ พลอยล้วน. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(1):43.
2. ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. พัฒนาการเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ก.ค. 28]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.happy-homeclinic.com/sp02-development.htm>
3. ณัชปภา กวานเทียน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(1):409.
4. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995;21(6):1201-10.
5. ลาลิน เจริญจิตต์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, เบญจมาศ สุขสถิต. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษา (Empowerment in Persons Undergone Coronary Artery Bypass Grafting: A Case Study). พยาบาลสาร. 2563;47(1):244.
6. ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ ทักษะคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2566;106-18.
7. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น 10 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kkn.hdc.moph.go.th>
8. จินตนา คงจินดา. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(1):26-40.
9. ณัชปภา กวานเทียน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(1):408-16.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดที่มารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศรinya ดวงเดือน¹ สีหะพงษ์ เพชรรัตน์² รัชนิดา ใบบุญ³

(วันที่รับบทความ: 1 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 4 มิถุนายน 2568, วันที่ตอบรับ 18 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดมีความสำคัญต่อการพัฒนาและออกแบบระบบบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลังการรักษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรคือผู้ป่วยเด็กหลังการผ่าตัดหัวใจที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 ราย ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม 72.43 (± 12.03) และผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม 61.09 (± 9.54) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสังคมที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน 73.10 (± 13.74) และผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน 63.40 (± 10.52) และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายที่ผู้ป่วยประเมิน 70.40 (± 15.01) และผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน 54.15 (± 18.00) อยาด้านพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์มีคะแนนสูงสุด (72.19 \pm 13.63) รองลงมาคือด้านสังคม (68.72 \pm 14.34) ในขณะที่ด้านการเรียนและด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (58.42 \pm 14.44 และ 59.50 \pm 13.17 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะในด้านการเรียนและด้านร่างกาย

คำสำคัญ : โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็ก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ²กุมารแพทย์โรคหัวใจชำนาญการพิเศษ, ³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(1-3)ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Quality of Life of Pediatric Patients with Congenital Heart Disease After Cardiac Surgery at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Saranya Duangdeun¹, Seehapong Petcharat², Ratchanida Baobun³

(Received 1st May 2025; Revised : 4th June 2025; Accepted 18th June 2025)

Abstract

The study of quality of life in pediatric patients with congenital heart disease after cardiac surgery is essential for the development and design of healthcare services aimed at promoting the health and well-being of these patients. This study employed a descriptive cross-sectional design to examine the quality of life of pediatric patients with congenital heart disease after surgery at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. The population consisted of pediatric patients who underwent cardiac surgery and received care at the center. A total of 49 participants were selected through purposive sampling. Data were collected using a personal information questionnaire and the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™), in four aspects : physical , emotional , social and school functioning with a reliability coefficient of 0.84. Descriptive statistics were used for data analysis.

The results showed that The mean total score from the questionnaire answering by patient quality of life score was 72.43 ± 12.03 and mean total score from the questionnaire answering by care giver quality of life score was 61.09 ± 9.54 . Psychosocial scale scores answering by patient quality of life score was 73.10 ± 13.74 and answering by care giver quality of life score was 63.40 ± 10.52 . Physical scale scores by patient quality of life score was 70.40 ± 15.01 and by care giver quality of life was 54.15 ± 18.00 . Among the quality-of-life domains, emotional functioning had the highest mean score (72.19 ± 13.63), followed by social functioning (68.72 ± 14.34). School functioning and physical functioning had the lowest mean scores (58.42 ± 14.44 and 59.50 ± 13.17 , respectively). These findings highlight the need to enhance the quality of life of children with congenital heart disease after surgery, particularly in the areas of school and physical functioning,

Keyword: Congenital Heart Disease, Congenital Heart Disease Surgery, Pediatric Quality of Life.

¹Registered Nurse (Professional Level), ²Specialist in Pediatric Cardiology, ³Registered Nurse (Practitioner Level)

⁽¹⁻³⁾Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

Corresponding author: Ratchanida Baobun email: Ratchanida084@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของเด็กทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ในทารกแรกเกิดประมาณร้อยละ 0.8-1.2 ในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป และเอเชีย มีอัตราการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ที่ 6.9, 8.2 และ 9.3 ต่อทารกมีชีวิต 1,000 ราย ตามลำดับ⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ประมาณ 8-10 รายต่อทารกมีชีวิต 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8-1.0 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด โดยการผ่าตัดหัวใจเป็นวิธีการรักษาหลักที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เนื่องจากช่วยแก้ไขความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่ากว่าร้อยละ 82 ของผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดภายในช่วงอายุต่ำกว่า 6 ปี⁽²⁾ ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เช่น การปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องล่าง (VSD closure) และการปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน (ASD closure) ซึ่งมักดำเนินการในช่วงอายุ 3-6 ปี หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักประมาณ 1-3 วัน และรักษาต่อในหอพักฟื้นอีกประมาณ 5-10 วัน ก่อนกลับบ้านหากไม่มีภาวะแทรกซ้อน⁽³⁾ แม้ว่าการผ่าตัดจะช่วยปรับปรุงโครงสร้างหัวใจและการไหลเวียนโลหิต แต่ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังออกจากโรงพยาบาล เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และการติดเชื้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะคูกหน้าอกสมาน ไม่สมบุรณ์ ความเหนื่อยล้า ภาวะซีด และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ⁽⁴⁾ รวมทั้งต้องสังเกตอาการผิดปกติ และติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด⁽⁵⁾

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ให้บริการผ่าตัดรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแก่ผู้ป่วยเด็กปีละกว่า 100 ราย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 112 และ 115 ราย ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงของโรคตาม New York Heart Association (NYHA) II หรือมากกว่า มากกว่าร้อยละ 60 มีอัตราการนัดตรวจติดตามหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95) แต่ยังคงพบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวาย การติดเชื้อแผลผ่าตัด น้ำท่วมปอด น้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ และไข้หลังผ่าตัด⁽⁶⁾ จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ไม่สามารถไปโรงเรียนหรือเล่นกับเพื่อนๆ ได้ตามปกติเนื่องจากเหนื่อยง่าย หรือมีความจำเป็นต้องขาดเรียนบ่อยครั้งจากการมาตรวจและรักษา นอกจากนี้ เด็กบางรายยังประสบปัญหาพัฒนาการล่าช้า รู้สึกด้อยค่าหรือรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว⁽⁷⁾ ทั้งยังต้องได้รับการติดตามรักษาและตรวจวินิจฉัยโรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น งานวิจัยของ จุฬารัตน์ ตั้งภักดี⁽⁷⁾ พบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่กฤติกา อินทรณรงค์และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลหลังผ่าตัด และการศึกษาของ กาญจนา พรหมเรื่องฤทธิ์และคณะ พบว่า ความรู้เรื่องการรักษา และการให้การดูแลเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด⁽⁹⁾ แม้จะมีงานวิจัยที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่ส่วนใหญ่มักศึกษากลุ่มที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดและยังไม่มีข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งมีบริบททางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น แต่ยังคงขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดโดยตรง ซึ่งการวัดคุณภาพชีวิตของเด็กจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่เฉพาะกับเด็ก สำหรับเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในเด็กมีหลายชนิดทั้งที่เป็นแบบสอบถามทั่วไปและแบบสอบถามเฉพาะโรค PedsQLTM เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตทั่วไปในเด็ก เนื่องจากการใช้แบบสอบถามทั่วไปจึงสามารถนำมาใช้วัดทั้งกลุ่มประชากรที่เป็นโรคและกลุ่มประชากรที่สุขภาพดี โดยเครื่องมือนี้มีความสามารถในการแยกความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในเด็กที่มีสุขภาพดีและเด็กที่มีโรคเรื้อรัง มีความไวสามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างดี⁽¹⁰⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อใช้ผลการวิจัยในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต

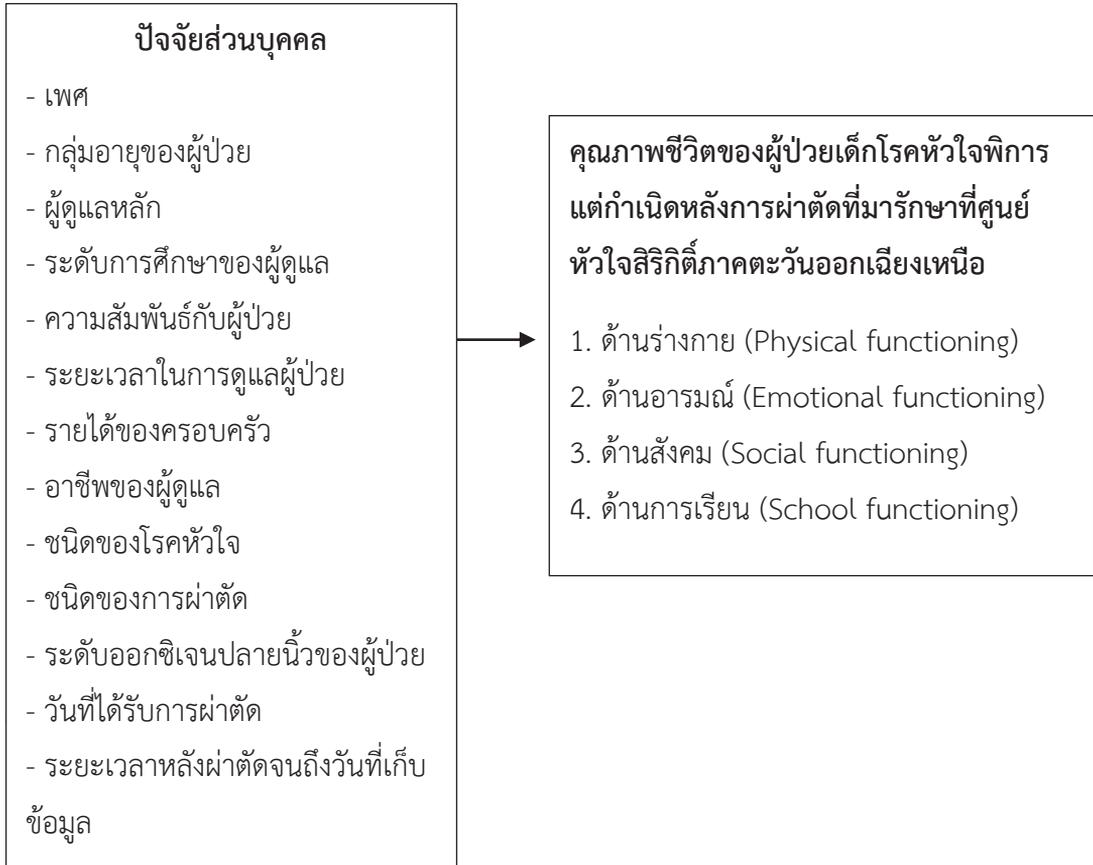
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก PedsQLTM 4.0 ของ JM Vami ประเมินเด็ก 5-18 ปีและผู้ปกครอง เป็นการวัดเกี่ยวกับสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งเด็กปกติและเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 หัวข้อหลัก (Core domain) ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (Physical functioning) 2) ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) 3) ด้านสังคม (Social functioning) และ 4) ด้านการเรียน (School functioning) ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยต่อไปนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่หลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ จนถึงวันที่ 30 เมษายน 2568

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการคำนวณตามสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 49 รายกำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่า สัดส่วนประชากรดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}$$

$$n = \frac{60 \times (1.96)^2 \times (0.20(1-0.20))}{((0.05)^2 \times (60-1) + (1.96)^2 (0.20(1-0.20)))} = 49 \text{ คน}$$

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม

โครงการ (Inclusion criteria)

ผู้เข้าร่วมโครงการต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 2) มีอายุระหว่าง 5-18 ปี
- 3) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 4) ทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลสามารถพูด อ่าน เขียน หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจาก

โครงการ (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้จะถูกคัดออกจากการศึกษา

- 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในวินาทีเก็บข้อมูลด้วยภาวะเฉียบพลันหรือฉุกเฉิน
- 2) ผู้ป่วยเด็กที่มีโรคร่วมสำคัญ เช่น ความพิการทางร่างกายหรือความผิดปกติทางสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ซึ่งประกอบด้วย เพศ กลุ่มอายุของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว อาชีพของผู้ดูแล ชนิดของโรคหัวใจ ชนิดของการผ่าตัด ระดับออกซิเจนปลายนิ้วของผู้ป่วย วันที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพ

ชีวิตสำหรับเด็ก Pediatric Quality of Life

InventoryTM (PedsQLTM) รุ่นที่ 4 Generic Core Scales ของ James W. Varni ได้รับอนุญาตจาก MAPI Research TRUST ให้สามารถนำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้ได้ โดยมีการศึกษาวิจัยแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริทิพย์สุโข ที่มีความเที่ยงตรงและความแม่นยำสูง ประเมินผู้ป่วยเด็กอายุ 5-18 ปี และผู้ปกครอง โดยมีแบบสอบถามทั้งของเด็กและผู้ดูแล แบบสอบถามมีทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical Functioning) 8 ข้อ ด้านอารมณ์ (Emotional Functioning) 5 ข้อ ด้านสังคม (Social Functioning) 5 ข้อ และด้านโรงเรียน (School Functioning) 5 ข้อ คำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก แบ่งเป็น 5 ระดับ แบบ Likert scale ดังนี้ไม่เคยมีปัญหาเลย (0) = 100 คะแนน เกือบไม่เคยเลย (1) = 75 คะแนน เป็นบางครั้ง (2) = 50 คะแนน บ่อย ๆ (3) = 25 คะแนน มีปัญหามาก (4) = 0 คะแนนที่สูง หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผลรวมของค่าคะแนนในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนข้อที่ตอบ ค่าคะแนนจะไม่นำมาคำนวณหากมีจำนวนข้อที่ไม่ตอบมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งการคำนวณค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น mean \pm SD โดยประมวลผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมจากผลการรวมคะแนน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางอารมณ์ สังคมและโรงเรียน ส่วนการประเมินผลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย⁽¹¹⁾

การตรวจสอบคุณภาพ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก (Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) Generic Core Scales) พัฒนาโดย Varni JW ในปี ค.ศ. 1999⁽¹²⁾ ได้รับอนุญาตให้นำมาใช้จาก Mapi Research Trust ภายใต้เงื่อนไขสำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศไทย โดยมีการแปลและปรับภาษาไทยโดย ภาสกร ศรีทิพย์สุโข การศึกษาความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถามเวอร์ชันภาษาไทยพบว่ามีค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.84 จากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาทดสอบคุณภาพเครื่องมือเพิ่มเติม (try-out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาหลัก และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.84 เช่นเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประเภทต่อเนื่องนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประเภทแจกแจง นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ชุดที่ 1 เลขที่ HE671690 วันที่รับรอง 6 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 49 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 อายุ พบว่า กลุ่มอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี ร้อยละ 38.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 63.3 ระยะเวลาในการดูแลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 36.7 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาประถมหรือต่ำกว่า ร้อยละ 22.4 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.8 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.8 ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ร้อยละ 51.0 ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบแก้ไขทั้งหมด ร้อยละ 81.6 ระดับออกซิเจนปลายนิ้วของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีระดับออกซิเจนมากกว่า 95% ร้อยละ 79.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดที่มา
รักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	27	55.1
หญิง	22	44.9
อายุ		
5-7 ปี	13	26.5
8-12 ปี	17	34.7
13-18 ปี	19	38.8
ผู้ดูแลหลัก		
บิดา	6	12.2
มารดา	31	63.3
ญาติสายตรง	12	24.5
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	0	0
1-5 ปี	18	36.7
5-10 ปี	14	28.6
มากกว่า 10 ปี	17	34.7
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล		
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	11	22.4
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	30	61.2
ปริญญาตรี	6	12.2
สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.2
อาชีพของผู้ดูแล		
เกษตรกร	19	38.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	10.2
ค้าขาย	8	16.3
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	6	12.2
รับจ้างทั่วไป	7	14.3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัด ที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ทำงาน	4	8.2
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000	6	12.2
5,000 - 10,000	19	38.8
10,000 - 20,000	14	28.6
มากกว่า 20,000	10	20.4
ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด		
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	25	51
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	24	49
ชนิดของการผ่าตัด		
ผ่าตัดแบบประคับประคองอาการ	9	18.4
ผ่าตัดแบบแก้ไขทั้งหมด	40	81.6
ระดับออกซิเจนปลายนิ้วของผู้ป่วย		
น้อยกว่า 65 %	0	0
65-70 %	0	0
71-75 %	1	2.1
76-80 %	1	2.1
81-85 %	3	6.1
86-90 %	3	6.1
91-95 %	2	4.1
มากกว่า 95%	39	79.5

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต จากการประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังการผ่าตัดด้วยแบบสอบถาม

Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมที่ประเมินโดยตัวผู้ป่วย (Child Self

Report) เท่ากับ 72.43 (± 12.03) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสังคม (Social functioning) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 79.58 (± 17.13) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 74.03 (± 16.34) และ ด้านร่างกาย (Physical functioning) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 70.40 (± 15.01) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการเรียน (School functioning) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 65.69 (± 17.33)

ในส่วนของการประเมินโดยผู้ดูแล (Caregiver Report) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 61.09 (± 9.54) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์

(Emotional functioning) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 71.94 (± 13.80) รองลงมาคือ ด้านสังคม (Social functioning) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 63.57 (± 13.62) และ ด้านการเรียน (School functioning) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 54.69 (± 15.19) ตามลำดับ สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกาย (Physical functioning) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 54.15 (± 18.00)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินของตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ตัวผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านสูงกว่าการประเมินของผู้ดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะในด้านสังคมและด้านร่างกายที่มีความแตกต่างของคะแนนอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิต จำแนกระหว่างผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัด ที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้ดูแล

Quality of life Mean (SD)	Child Self report (n=36)	Caregiver report (n=49)
Physical Health	70.40 (15.01)	54.15 (18.00)
ด้านร่างกาย (Physical functioning)	70.40 (15.01)	54.15 (18.00)
Psychosocial Health	73.10 (13.74)	63.40 (10.52)
ด้านอารมณ์ (Emotional functioning)	74.03 (16.34)	71.94 (13.80)
ด้านสังคม (Social functioning)	79.58 (17.13)	63.57 (13.62)
ด้านการศึกษา (School functioning)	65.69 (17.33)	54.69 (15.19)
Total Score Scale	72.43 (12.03)	61.09 (9.54)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.43 (± 12.03) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.09 (± 9.54) โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสังคมที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน 73.10 (± 13.74) และผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน 63.40 (± 10.52) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายที่ผู้ป่วยประเมิน 70.40 (± 15.01) และผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน 54.15 (± 18.00) ซึ่งมีค่าคะแนนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ภาสกร ศรีทิพย์สุโขและคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายโดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน 76.4 (± 23.3) และผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน 70.6 (± 24.7) ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน 76.4 (± 17.9) และผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน 73.3 (± 22.9) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ ตั้งภักดี⁽⁷⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือด้านสังคม ในขณะที่ด้านการเรียน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด รองลงมาคือด้านร่างกาย ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านอารมณ์ได้ดีหลังการผ่าตัด แต่ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายและการเรียนรู้ โดยเฉพาะการตามบทเรียนให้ทันและการมีสมาธิใน

ชั้นเรียน ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Uzark และคณะ^(14,15) ซึ่งพบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 5 รับรู้ว่าตัวเองมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคมอยู่ในระดับต่ำ และบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับรู้เกี่ยวกับระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับที่ต่ำกว่าการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงมักมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและจิตสังคมต่ำ

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตจากผู้ดูแลต่ำกว่าการประเมินโดยตัวผู้ป่วยในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกาย ซึ่งอาจสะท้อนถึงความวิตกกังวลของผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ แก้ววิชิต และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคและผลข้างเคียงจากการรักษานำไปสู่ความไม่แน่นอนในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำในบริบทประเทศไทย รายได้ที่จำกัดอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

อย่างต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวม อีกทั้งระดับการศึกษาของผู้ดูแลก็มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Nousi และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยมีแนวโน้มเข้าถึงบริการทางการแพทย์ช้ากว่า และอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก

นอกจากนี้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตนเองและโดยผู้ดูแล ซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า เด็กที่มีโรคเรื้อรังมักประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองสูงกว่าที่ผู้ดูแลประเมิน เนื่องจากเด็กมีแนวโน้มที่จะเน้นการปรับตัวในชีวิตประจำวันและมองโลกในแง่ดี ขณะที่ผู้ดูแลมักคำนึงถึงความเสี่ยงทางการแพทย์และผลกระทบในระยะยาวมากกว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสะท้อนประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย ซึ่งไม่ควรถูกมองข้ามในการวางแผนการดูแล อย่างไรก็ตาม การรวมการประเมินจากผู้ดูแลเข้าไปด้วย ช่วยเติมเต็มมุมมองที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถสื่อสารได้ทั้งหมด โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่อาจยังขาดทักษะการประเมินตนเองอย่างแม่นยำ ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดควรอาศัยข้อมูลจากทั้งสองแหล่ง เพื่อวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุม

สำหรับด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือด้านการเรียน ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยในด้านการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและการนัดหมายติดตามรักษาบ่อยครั้งอาจทำให้เด็กขาดเรียน มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพัฒนาการทางสังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Pike et al.⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีแนวโน้มเผชิญปัญหาด้านการเรียนรู้และการเข้าสังคมมากกว่าเด็กทั่วไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จึงเสนอแนะว่าหน่วยบริการสุขภาพควรบูรณาการการฟื้นฟูด้านการเรียนและการเข้าสังคมไว้ในแผนการดูแลหลังผ่าตัด เช่น การให้คำปรึกษาทางการศึกษา การประสานความร่วมมือกับโรงเรียน และการสร้างแผนสนับสนุนเฉพาะราย (Individualized Education Plan) สำหรับเด็กกลุ่มนี้ เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและหน่วยงานรวมถึงโรงพยาบาล หน่วยงานที่ให้บริการติดตามการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัด ควรนำข้อมูลจากการศึกษา มาออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วม การให้คำปรึกษา ปรับแผนในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กหลังการผ่าตัดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการติดตามคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association. 2019 heart disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet: Congenital Cardiovascular Defects [Internet]. 2019 [cited 2025 May 4]. Available from: https://professional.heart.org/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2019-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2019_Stat_Update_Congenital_Cardiovascular_Defects_factsheet.pdf
- หน่วยเวชสถิติ ศุนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปี 2563-2565.
- Jacobs JP, Shahian DM, D'Agostino RS, Jacobs ML, Kozower BD, Badhwar V, Thourani VH, Gaissert HA, Fernandez FG, Prager RL. The Society of Thoracic Surgeons National Database 2017 Annual Report. *Ann Thorac Surg.* 2017 Dec;104(6):1774-1781. doi: 10.1016/j.athoracsur.2017.10.014. PMID: 29153787..
- Kogon BE, et al. Readmission after pediatric cardiothoracic surgery: an analysis of the Society of Thoracic Surgeons database. *Ann Thorac Surg.* 2019;107(6):1816-23. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.01.009
- วรรณภรณ์ ศรีมณี, ยุพาพร ปรีชากุล, สีหะพงษ์ เพชรรัตน์. รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ซิลตินาฟิลในผู้ป่วยเด็ก. *ศรินครินทร์เวชสาร.* 2562;34(5):448-52.
- หน่วยเวชสถิติ ศุนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานสถิติผู้ป่วยผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปี 2565-2566 [รายงานสถิติ]. ขอนแก่น: ศุนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2566.
- จุฬารณณ์ ตั้งภักดี. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
- กฤติกา อินทรณรงค์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, เนตรทอง นามพรม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.* 2566;10(1):182-95.
- กาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์, อุษณีย์ จินตะเวช, จุฑามาศ โชติบาง. การให้การดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *พยาบาลสาร.* 2558;42(พิเศษ): 35-45.
- ภาสกร ศรีทิพย์สุโข. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กในโรงเรียนและผลกระทบจากโรคอ้วนและโรคภูมิแพ้. รายงานการวิจัย. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.
- ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, ประกริต รัชวัตร. การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.* 2557;20(1):1-10.

12. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL 4.0: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*. 1999;37(2):126-39.
13. Sritipsukho P, Poomsitong J. Health-related quality of life in children with chronic diseases at Thammasat University Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2012;95(Suppl 1):S8-S12.
14. Uzark K, Jones K, Slusher J, Limbers C, Burwinkle TM, Varni JW. Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents. *Pediatrics*. 2008; 121(5):e1060-7. doi:10.1542/peds.2006-3778
15. Uzark K, Jones K, Slusher J, Limbers CA, Burwinkle TM, Varni JW. Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents. *Pediatrics*. 2006;121(5):e1060-7.
16. น้ำทิพย์ แก้ววิชิต, กิตติยา สุขเจริญ, ปราโมทย์ กงกะนันทน์. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลเด็ก*. 2557;27(1):91-106.
17. Nousi D, Christou A. Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Sci J*. 2010;4(2):94-9.
18. Davis E, Waters E, Mackinnon A, Reddihough D, Graham HK, Mehmet-Radji O, et al. Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(4): 311-8. doi: 10.1017/S0012162206000673
19. Pike NA, Evangelista LS, Doering LV, Eastwood JA, Lewis AB, Child JS. Quality of life, health status, and depression: comparison between adolescents and adults after the Fontan procedure with healthy counterparts. *J Cardiovasc Nurs*. 2012 Nov-Dec;27(6):539-46. doi: 10.1097/JCN.0b013e31822ce5f6. PMID: 21912272; PMCID: PMC3460064.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

สมโชค พิมพ์สิงห์¹, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา², วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์³

(วันที่รับบทความ: 1 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 12 มิถุนายน 2568, วันที่ตอบรับ 13 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี จำนวน 38 คน ใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม 2) ระยะพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ขึ้นการวางแผนใช้กระบวนการ AIC ในกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 18 คน ดำเนินกิจกรรมตามที่ออกแบบสังเกตการณ์โดยเยี่ยมบ้านติดตามครอบครัววัยรุ่น สะท้อนผลโดยประชุมคืนข้อมูลแก่ชุมชน 3) ระยะประเมินผลด้านความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมวัยรุ่น การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 250 คน ศึกษาช่วงสิงหาคม 2567 - มีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและอยู่กับครอบครัว สรุปรูปปัญหาของวัยรุ่น ได้แก่ 1)ด้านตัววัยรุ่นมีความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง 2)ด้านครอบครัวมีการสื่อสารเรื่องเพศยังน้อย 3)การเข้าไม่ถึงคลินิกให้คำปรึกษา 4)วัยรุ่นยังใช้เวลาว่างไม่เป็นประโยชน์ การพัฒนาแนวทางของชุมชนได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาทั้ง 4 ด้าน ผลการประเมิน พบว่า หลังการดำเนินงานวัยรุ่นมีความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.001$) ชุมชนมีส่วนร่วมและพึงพอใจในกิจกรรมส่วนใหญ่ระดับมากที่สุด

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีผลดีทั้งทางด้านวัยรุ่นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงควรขยายการดำเนินงานในชุมชนข้างเคียง และควรขยายเวลาการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทาง, การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ประเมินการมีส่วนร่วม, ประเมินความพึงพอใจในกิจกรรม

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, ^{2,3}อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

DEVELOPING GUIDELINES FOR PREVENTING TEENAGE PREGNANCY THROUGH
COMMUNITY PARTICIPATION AT NONGRUA SUBDISTRICT, NONGRUA DISTRICT,
KHONKAEN PROVINCE

Somchok Phimsing¹, Veena Isarankura Na Ayudhya², Wilawun Chomnirat³

(Received 1st May 2025; Revised : 12th June 2025; Accepted 13th June 2025)

ABSTRACT

The action research aimed to develop guidelines for preventing teenage pregnancy through community participation in Nong Ruea Subdistrict, Nong Ruea District, Khon Kaen Province. The study was divided into 3 phases: 1) Community situation study phase, with 38 adolescents aged 13-19 years using questionnaires and focus group discussions; 2) Development phase for preventing teenage, including planning phase using the AIC process among 18 community leaders, carrying out activities as designed, observing by visiting adolescent families at home, and reflecting results by holding meetings to return information to the community; 3) Evaluation phase on knowledge, attitudes, adolescent behavior, participation, and satisfaction of community stakeholders, with 250 people, conducted from August 2024 to March 2025. Data were analyzed using descriptive statistics and the mean scores were compared using paired t-test statistics.

The research results found that most adolescents were in high school and living with their families. The summary of adolescent problems was as follows: 1) Adolescents themselves had moderate knowledge, attitudes, and behaviors in preventing pregnancy; 2) Families had little communication about sex; 3) Lack of access to counseling clinics; and 4) Adolescents did not use their free time effectively. The development of community guidelines has created a project to solve problems in all 4 areas. The evaluation results found that after the implementation, the knowledge, attitudes, and behaviors in preventing pregnancy increased significantly by 0.05 ($p < 0.001$). The community participated and was most satisfied with most of the activities.

The development of guidelines for preventing pregnancy in teenagers has positive effects on both teenagers and those involved. Therefore, the implementation should be expanded to neighboring communities and the monitoring and evaluation period should be extended to produce clearer results.

Keywords : Development of guidelines, Teenage pregnancy prevention, Community participation, Evaluate participation, Evaluate satisfaction with activities

¹The Master of Public Health student, ²⁻³The Master of Public Health Lecturer
Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars
Corresponding author : Somchok Phimsing , e-mail: beephims@gmail.com

1. บทนำ

วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึง วัยที่มีช่วงอายุ 13-19 ปี⁽¹⁾ โดยวัยรุ่นนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งพัฒนาการของร่างกาย ความคิด สุขภาวะจิตที่แตกต่างไปจากเด็ก ดังนั้นการที่จะทำให้บุคคลในวัยนี้ก้าวไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต จะต้องใช้ปัจจัยทั้งครอบครัว สังคม ในสถานศึกษา เพื่อลดความเสี่ยงปัญหาต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม โรคทางเพศสัมพันธ์ ยาเสพติด การใช้ความรุนแรงในสังคม เป็นต้น จากรายงานสถิติสุขภาพขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ พบว่า ในปี 2561 มีการคลอดที่เกิดจากเด็กหญิงอายุ 15-19 ปี ประมาณ 12.8 ล้านคน คิดเป็นอัตราการคลอดเท่ากับ 44 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน โดยอัตราคลอดมีชีพสูงสุดที่แอฟริกา อัตราคลอดของวัยรุ่นในเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี ในปี พ.ศ. 2565 อยู่ที่ประมาณ 1.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน และอัตราคลอดสูงใน Sub-Saharan Africa ละตินอเมริกาและแคริบเบียน สำหรับประเทศไทยอัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 เท่ากับ 53.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน และเริ่มลดลงมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 โดยปัจจุบันปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 21.0 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ส่วนอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 1.8 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 0.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน ในปี พ.ศ. 2565 สถานการณ์การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นอำเภอหนองเรือ ปี 2561-2566⁽³⁾ พบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอายุน้อยสุด 13 และมีแนวโน้มวัยรุ่น 13-18 ปี เข้ามาฝาก

ครรภ์มากขึ้น ปี 2564,2565,2566 ร้อยละ 1.8, 2.2, 2.5 ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดตามลำดับ โดยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลต่อสุขภาพมารดาและทารกเป็นอย่างมาก เช่น การคลอดก่อนกำหนด คลอดยาก หรือเด็กอาจมีความพิการหรือเสียชีวิต นอกจากนั้นยังมีผลต่อสังคม เช่น ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร เศรษฐฐานะทางครอบครัว โอกาสทางการศึกษาของแม่วัยรุ่น⁽⁴⁾ เป็นต้น โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นการพัฒนาแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งศึกษาสถานการณ์ในชุมชน ความเป็นอยู่ของวัยรุ่น ความเสี่ยงจากตัววัยรุ่น สิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การแก้ไขพัฒนาแนวทางการป้องกันและประเมินผลการพัฒนาแนวทางเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัววัยรุ่นและชุมชน

2. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research)⁽⁵⁾ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามขั้นตอน (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ศึกษาในช่วงเดือน สิงหาคม 2567 - มีนาคม 2568 แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์

วัยรุ่น และระยะประเมินผลแนวทาง ศึกษาใน หมู่ 8 และ 12 ตำบลหนองเรือ เนื่องจากมีอุบัติเหตุ การณ์ตั้งครุฑวัยรุ่น

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรเป็นวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี จำนวน 43 คน ที่อยู่ในหมู่ที่ 8 และ 12 ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นวัยรุ่น อายุ 13-19 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดได้ คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน เนื่องจากมีวัยรุ่น เข้าไปเรียนในตัวเมืองจังหวัดไม่ได้ในพื้นที่ จำนวน 5 คน

3.2.2 กิจกรรมการวางแผน(Plan-ning) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรภาครัฐ ตัวแทนผู้ประกอบการ และ ตัวแทนวัยรุ่น จำนวน 18 คน เกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้มี ประสบการณ์ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ในพื้นที่อย่างน้อย 5 ปี มีทักษะและประสบการณ์ สามารถเป็นผู้นำในการแสดงความคิดเห็น เพื่อ วางแผนการดำเนินงาน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ศึกษาและคุณภาพ เครื่องมือ

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ ได้แก่

- 1) การศึกษาจากรายงานสถานพยาบาล เช่น รายงานการตั้งครุฑวัยรุ่น รายงานแม่และเด็ก
- 2) การสร้างแบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมต่อการป้องกันการตั้งครุฑของ วัยรุ่น (Pre-test) ด้านความรู้จำนวน 15 ข้อ แปรผลค่าคะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบ ผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้าน ทักษะคิดจำนวน 15 ข้อ การแปรผลทักษะคิด

แยกเป็น เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย คะแนน เต็ม 45 คะแนน ด้านพฤติกรรม จำนวน 15 ข้อ การแปรผลแยกเป็นปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ⁽⁶⁾ คะแนนเต็ม 45 คะแนน โดยตรวจสอบ เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน มีค่า IOC เท่ากับ 0.6-1.00 นำไปทดสอบและหาค่า ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.82 3) การ สอนதாகกลุ่มใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 ในขั้นตอนการวางแผนผู้วิจัย ใช้กระบวนการวางแผนมีส่วนร่วม (AIC)

ระยะที่ 3 การประเมินผลแนวทาง พัฒนา ด้านความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมวัยรุ่นใช้ แบบประเมินตามเครื่องมือแบบประเมินระยะที่ 1 (pre-post test) ประเมินการมีส่วนร่วมโดย ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ⁽⁶⁾ ประเมินความพึง พอใจ จำนวน 10 ข้อ แบบเลือกตอบ 5 ระดับ⁽⁶⁾ มีค่า IOC เท่ากับ 0.6-1.00

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ชั้นศึกษาสถานการณ์ ผู้วิจัย ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่อาสาสมัครและ ให้ลงชื่อในใบยินยอมก่อนการเข้าร่วม แจก เอกสารที่เป็นแบบสอบถามให้อาสาสมัครไป ทำที่บ้าน และผู้ช่วยผู้วิจัยไปเก็บที่บ้าน การ สนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำในกิจกรรม และมีผู้ช่วยวิจัยในการจดบันทึกและบันทึกเสียงด้วย โทรศัพท์เคลื่อนที่ วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) และทวนข้อมูล ซ้ำ (Triangulation) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2567

ระยะที่ 2 ขึ้นพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการ PAOR โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผลแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หลังจากดำเนินกิจกรรมขั้นตอนพัฒนาแนวทางและจัดกิจกรรมทุกขั้นตอนเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินผลแนวทางการพัฒนา ได้แก่ 1) ประเมินความรู้อัตนคติ พฤติกรรมกลุ่มวัยรุ่นจากแบบสอบถาม (Post-test) 2) ประเมินการมีส่วนร่วมจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วม 3) ประเมินความพึงพอใจหลังกิจกรรมจากแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด และสถิติการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ อัตนคติ และพฤติกรรม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยสถิติ Paired t-test

4. การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ได้รับการรับรอง เลขที่ CZSHE6700400 วันที่ 20 ธันวาคม 2567

5. ผลการวิจัย

5.1 สถานการณ์ปัญหาชุมชน

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชนทั้ง 2 หมู่บ้านเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีจำนวน 314 หลังคาเรือนอยู่ห่างจากตัวจังหวัด 40 กิโลเมตร การเดินทางสะดวก มีร้านค้า ร้านสะดวกซื้อใกล้หมู่บ้าน ชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างในโรงงาน ด้านสังคมวัฒนธรรม ในหมู่บ้าน

นับถือศาสนาพุทธ มีกลุ่มทางสังคม ได้แก่ กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้าน กลุ่มกองทุนแม่แผ่นดิน มีการจัดกิจกรรมจิตอาสาทำความสะอาดชุมชนทุกเดือน แหล่งข้อมูลได้จากรายงานชุมชน⁽⁷⁾ และการตรวจสอบข้อมูลจากผู้นำชุมชน

5.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 23 คน ร้อยละ 60.53 และเพศชายจำนวน 15 คน ร้อยละ 39.47 มีอายุต่ำสุด 13 ปี อายุสูงสุด 19 ปี อายุระหว่าง 13-14 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 18.42 อายุ 15-16 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 39.47 อายุ 17-18 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 39.47 และอายุ 19 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.64 การศึกษาส่วนใหญ่เรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 30 คน ร้อยละ 78.95 และกำลังเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 คน ร้อยละ 21.05 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่าในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นในชุมชนช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในเวลากลางวันจะใช้ชีวิตที่โรงเรียน โดยได้เงินไปโรงเรียน ส่วนใหญ่วันละ 50-100 บาท แล้วแต่ผู้ปกครองจะให้ขึ้นอยู่กับฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว เมื่อกลับมาบ้านจะมีกิจกรรมส่วนตัวของแต่ละคน วันหยุดจะอยู่บ้าน ทำงานบ้าน หรือไปเรียนพิเศษ ทุกคนจะมีโทรศัพท์ส่วนตัว บางคนมีไอแพด โดยทุกคนมีสื่อสังคม ได้แก่ เฟสบุค อินสตราแกรม ไลน์ ทวิตเตอร์ ติ๊กต็อก และเคยเข้าไปดูสื่อลามก ร้อยละ 80 โดยแยกประเด็นปัญหาออกเป็น 4 ด้าน ด้านตัววัยรุ่น ด้านครอบครัว ด้านการเข้าถึงคลินิกให้คำปรึกษา และด้านสิ่งแวดล้อม

5.2 ผลการพัฒนาแนวทางการป้องกัน การตั้งครรภ์ในชุมชน

5.2.1 การวางแผน (Planning) จากการสังเกตพบว่ากลุ่มผู้นำมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมเสนอแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การสร้างการยอมรับ (Appreciation: A) เกิดการยอมรับชื่นชมในศักยภาพของแต่ละกลุ่มแกนนำ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายในการพัฒนา การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) จัดทำแนวทางการพัฒนาร่วมกัน ได้แก่ ด้านตัววัยรุ่นจัดสร้างความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง ด้านครอบครัวจัดกิจกรรมที่สร้างความอบอุ่นในครอบครัว ด้านคลินิกให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่จัดบริการที่เข้าถึงง่าย มีคลินิกนอกเวลา มีหน่วยบริการแจกถุงยางอนามัยในชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อมมีกิจกรรมให้วัยรุ่นร่วมช่วยในชุมชน หรือผู้ใหญ่ชักชวนให้วัยรุ่นร่วมทำจิตอาสาในชุมชน การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) จัดทำแนวปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมและมอบหมายผู้รับผิดชอบ

5.2.2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแผนงาน ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2568 ได้แก่ จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มวัยรุ่น จัดอบรมการสร้างความปลอดภัยและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวให้กับกลุ่มผู้ปกครองและวัยรุ่น การนำกลุ่มวัยรุ่นเข้าศึกษาดูงานในคลินิกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาล และ

การสนับสนุนอุปกรณ์กีฬาให้วัยรุ่น การส่งเสริมกิจกรรมจิตอาสาของวัยรุ่นโดยการให้วัยรุ่นเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การทำความสะอาดชุมชน หรือเมื่อมีกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญจะเชิญชวนให้กลุ่มวัยรุ่นมาร่วมกิจกรรมทุกครั้ง โดยจะแบ่งผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมและติดตามกำกับงานจากผู้วิจัย

5.2.3 การสังเกตการณ์ (Observe) มีการจัดประชุมติดตามหลังจัดโครงการสร้างความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ติดตามผลการปรับเปลี่ยนรูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลและในชุมชน และส่งเสริมการจัดกิจกรรมจิตอาสาในชุมชนโดยให้วัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

5.2.4 การสะท้อนผล (Reflection) มีการจัดประชุมในชุมชนเพื่อรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรู้ให้กับวัยรุ่น การสร้างบรรยากาศเชิงบวกในครอบครัว การเข้าถึงคลินิกให้คำปรึกษาของวัยรุ่น และร่วมให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานร่วมกัน

5.3 ผลการประเมินผลแนวทางการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น

5.3.1 การประเมินความรู้ทัศนคติพฤติกรรมด้านการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ก่อนและหลังกิจกรรม พบว่า หลังกิจกรรมกลุ่มวัยรุ่นมีความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสูงกว่า ก่อนกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนและหลังกิจกรรม

ระดับ ความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรม	คะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (n=38)							
	ก่อนกิจกรรม	หลังกิจกรรม	Mean difference	t	95% Confidence Interval of the Difference	Sig		
	\bar{X}_1	\bar{X}_2	S.D.		Lower	Upper		
ด้านความรู้	6.86	14.23	0.79	7.37	-28.08	7.90	6.83	p- value<0.001
ด้านทัศนคติ	22.24	43.71	1.39	21.47	-55.37	22.25	20.68	p- value<0.001
ด้านพฤติกรรม	24.00	43.68	1.27	19.68	-28.86	21.06	18.30	p- value<0.001

(ด้านความรู้ คะแนนเต็ม 15, ด้านทัศนคติ คะแนนเต็ม 45 คะแนน, ด้านพฤติกรรม คะแนนเต็ม 45 คะแนน)

5.3.2 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ปกครอง กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กร อาสาสมัคร สาธารณสุข จำนวน 250 คน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเองจากการร่วมกิจกรรม

การป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน (Mean = 4.95 + 0.26) ค่าเฉลี่ยรองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน (Mean = 4.85 + 0.24) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการเข้าใช้บริการคลินิกเพื่อนใจวัยรุ่นในโรงพยาบาลหรือชุมชน (Mean = 3.25 + 0.87) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (n=250)

ระดับการมีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. การมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และตัดสินใจ			
1.1 ท่านมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นหาสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของชุมชน	4.55	0.25	มากที่สุด
1.2 ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมวางแผนการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน	4.82	0.24	มากที่สุด
1.3 ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน	4.25	0.78	มาก
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ			
2.1 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมอบรมการสร้างความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน	3.53	0.74	มาก
2.2 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมอบรมสร้างความรู้ความรอบคอบในครอบครัวของวัยรุ่น	3.50	0.65	มาก
2.3 ท่านมีส่วนร่วมในการเข้าใช้บริการคลินิกเพื่อนใจวัยรุ่นในโรงพยาบาลหรือชุมชน	3.25	0.87	ปานกลาง
2.4 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดกิจกรรมจิตอาสาของชุมชน	4.55	0.14	มากที่สุด
2.5 ท่านมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านเสริมพลังในครอบครัววัยรุ่น	4.50	0.18	มากที่สุด
2.6 ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัว	3.85	0.12	มาก

ตารางที่ 2 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (n=250) (ต่อ)

ระดับการมีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
2.7 ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลความปลอดภัยของชุมชน	4.75	0.53	มากที่สุด
3. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์			
3.1 ท่านได้รับผลประโยชน์จากกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน	4.65	0.25	มากที่สุด
3.2 ท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเองจากการร่วมกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน	4.95	0.26	มากที่สุด
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล			
4.1 ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน	4.80	0.24	มากที่สุด
4.2 ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการติดตามและประเมินผลกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน	3.80	0.68	มาก
4.3 ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน (คะแนนแต่ละข้อเต็ม 5 คะแนน)	4.85	0.24	มากที่สุด

5.3 ผลการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

การประเมินความพึงพอใจหลังจัดกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ปกครอง กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กร อาสาสมัครสาธารณสุข (n=250) โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยออกแบบ จำนวน 10 ข้อ

ผลการประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผลประโยชน์ต่อกลุ่มวัยรุ่น (Mean =4.95+0.22) ค่าเฉลี่ยรองลงมาคือผลประโยชน์ต่อกลุ่มผู้ปกครองวัยรุ่น (Mean =4.90+0.20) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เวลาในการจัดกิจกรรม (Mean =3.80+ 0.35) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม (n=250)

ข้อ	คำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	วัตถุประสงค์โครงการ	4.80	0.95	มากที่สุด
2	การประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการ	4.65	0.60	มากที่สุด
3	รูปแบบกิจกรรมในโครงการ	4.55	0.47	มากที่สุด
4	สถานที่ในการจัดกิจกรรม	4.60	0.24	มากที่สุด
5	เวลาในการจัดกิจกรรม	3.80	0.35	มาก
6	สื่อในการจัดกิจกรรม	3.85	1.20	มาก
7	วิทยากรในกิจกรรม	4.55	0.74	มากที่สุด
8	ผลประโยชน์ต่อกลุ่มผู้ปกครองวัยรุ่น	4.90	0.20	มากที่สุด
9	ผลประโยชน์ต่อกลุ่มวัยรุ่น	4.95	0.22	มากที่สุด
10	ผลประโยชน์ต่อชุมชน	4.86	0.20	มากที่สุด

6. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

6.1 สถานการณ์วัยรุ่นในชุมชน พบว่า ปัญหาที่พบในชุมชน แยกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านตัววัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นมีความรู้ในระดับปานกลางเนื่องจากการสอนเรื่องเพศในโรงเรียน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถสร้างทัศนคติ หรือพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีได้ เนื่องจากยังมีปัจจัยทางด้านตัววัยรุ่นที่ยังคงมีพฤติกรรมอยากลอง ให้ความสำคัญกับเพื่อน มีการเข้าถึงสื่อสังคมที่บางครั้งเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ผู้ใหญ่ควรมีส่วนร่วมในการแนะนำวัยรุ่นในการเข้าถึงสื่อที่ไม่ปลอดภัย 2) การสื่อสารในครอบครัวเนื่องจากปัจจุบันพ่อแม่และแม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัดให้ลูกอยู่กับตา ยายซึ่งเกิดช่องว่างระหว่างวัย ดังนั้นการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมาก 3) การเข้าถึงบริการคลินิกให้

คำปรึกษาในโรงพยาบาลยังน้อย เนื่องจากวัยรุ่นไม่สะดวกเข้าไปรับบริการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรทบทวนระบบการจัดบริการให้สอดคล้องกับตัววัยรุ่นในพื้นที่ 4) สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการให้วัยรุ่นออกมาทำกิจกรรมเป็นประโยชน์ และมีส่วนร่วมน้อย ซึ่งข้อมูลนี้ควรนำเสนอให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนกใจเชิดชู⁽⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2 พบว่าวัยรุ่นเข้าถึงบริการคลินิกในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 30.7 และการศึกษาของ ธนปนนท์ อัครวิวัฒน์, ทศพร ชูศักดิ์, พรธณี บัญชรหัตถกิจ, สุทิน ชนะบุญ⁽⁹⁾ ศึกษาความรู้เพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า วัยรุ่นยังมีปัจจัยเสี่ยง

ในการตั้งครุฑ เนื่องจากทักษะชีวิตของวัยรุ่น
ยังน้อย และสภาพแวดล้อมสังคมในปัจจุบัน

**6.2 การพัฒนาแนวทางการป้องกัน
การตั้งครุฑในชุมชน** พบว่า จากการใช้
กระบวนการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ
วางแผนการพัฒนาทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญ
ของปัญหา โดยแนวทางในการป้องกันการตั้ง
ครุฑในชุมชนต้องบูรณาการจาก 4 ด้าน ได้แก่
ด้านตัววัยรุ่น ด้านครอบครัว ด้านสถานพยาบาล
และด้านสิ่งแวดล้อมทั้งชุมชน ซึ่งต้องดำเนินงาน
อย่างต่อเนื่อง โดยควรมอบหมายผู้รับผิดชอบ
งานอย่างชัดเจน จึงจะสามารถติดตามกำกับ
งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ชุมชนต้องมีการคืน
ข้อมูลและสร้างการยอมรับปัญหาของชุมชน
ตั้งศักยภาพของวัยรุ่นในการสร้างประโยชน์
ต่อชุมชน และสร้างบรรยากาศที่ดีในการให้
คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นหากพบปัญหา
เกี่ยวกับการตั้งครุฑหรือโรคติดต่อทางเพศ
สัมพันธ์อื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ
ประจักษ์ จันทะราช, ธนวรรณ สำกำลัง, ฐิติมา
ชายพระอินทร์, อานนทพร มุกตาม่วง⁽¹⁰⁾ ศึกษา
การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครุฑ
ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
สุขภาพอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
พบว่า แนวทางในการป้องกันการตั้งครุฑวัยรุ่น
ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแล
ตนเองของวัยรุ่น การพัฒนาความรู้และทักษะ
ครอบครัว การจัดชมรมกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนโดย
มีเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ทำให้วัยรุ่นมีความรู้
เจตคติ พฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น และการศึกษา
ของสุเมธนา โพธิบุตร, ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง,
วายุรี ลำโป⁽¹¹⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบการ
ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครุฑในวัย

รุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โดยมี
แนวทาง ได้แก่ การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การ
สร้างเครือข่ายชุมชน การเฝ้าระวัง และการ
ร่วมประเมินผลลัพธ์ จึงจะทำให้เกิดการดำเนิน
งานที่ยั่งยืน ในส่วนของคลินิกให้คำปรึกษาของ
สถานพยาบาลต้องจัดให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึง
ง่าย เช่น อาจกำหนดเวลาช่วงที่วัยรุ่นสะดวก
ให้เบอร์โทรศัพท์ หรือมีเพจออนไลน์ที่มีผู้ดูแล
ตอบคำถามวัยรุ่นได้เมื่อต้องการคำปรึกษา จัด
หน่วยแจกถุงยางอนามัยให้เด็กไม่เขินอาย
สามารถเข้าไปรับบริการได้ สอดคล้องกับ Nelly
Carmichael⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่อง ทศนคติและการรับรู้
ของนักศึกษาวิทยาลัยในมหาวิทยาลัยยอลาบามา
ประเทศอเมริกา พบว่า การจัดบริการคลินิก
เพื่อนใจวัยรุ่นต้องเข้าถึงง่าย และมีความเป็นมิตร
ต่อกลุ่มวัยรุ่น มีหน่วยแจกถุงยางอนามัยให้กับวัยรุ่น
สะดวกต่อการรับบริการ ในส่วนของครอบครัว
และชุมชน ควรมีการทำความเข้าใจและปรับ
เปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น
เป็นเรื่องที่น่าปกปิด ให้เป็นเรื่องธรรมชาติ
ของวัยรุ่น สอนวัยรุ่นให้มีความสำนึกรับผิดชอบ
ต่อตนเองและคู่รัก หากมีเพศสัมพันธ์ต้องรู้จัก
ป้องกันตนเอง และหากมีปัญหาชีวิตเกิดขึ้นต้อง
ปรึกษาผู้ใหญ่ ครูในโรงเรียน หรือบุคลากรการ
แพทย์เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที

การสร้างความรู้ด้านเพศให้กับวัยรุ่น
ต้องมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งในสถาน
ศึกษาและในชุมชน เน้นการเสริมทักษะให้เข้าใจ
และแนะนำช่องทางที่ถูกต้อง เพราะบางครั้งวัยรุ่น
เข้าไปศึกษาทางออนไลน์อาจได้รับความรู้ที่
ไม่ถูกต้อง หรือถูกล่อลวงทางออนไลน์ เช่น การ
ขายยาทำแท้ง เป็นต้น หลังการจัดกิจกรรมต้อง
ประเมินผลเพื่อนำข้อบกพร่องไปพัฒนาในการ

เข้าถึงวัยรุ่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศสุตา สุริยบุตร⁽¹³⁾ ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังกิจกรรมเข้าร่วม โปรแกรมมีความพึงพอใจในกิจกรรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุคนธ์ ปัญจงษ์⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลการพัฒนาระบบและกลไกการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้น เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยรวมเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการบริหาร ผู้บริหารในชุมชนควรจัดตั้งเป็นนโยบายชุมชนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการร่วมมืออย่างต่อเนื่อง หรือบรรจุในแผนของชุมชนทุกปีเพื่อการบริหารงบประมาณเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่น

ด้านการดำเนินงาน ควรศึกษาบริบทแต่ละพื้นที่เนื่องจากมีปัญหาหรือปัจจัยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ก่อนวางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยนี้มีข้อจำกัดระยะเวลาในการประเมินผลน้อย ในการวิจัยครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาในการติดตามประเมินผล เนื่องจากขั้นตอนการวิจัยมีหลายขั้นตอน และควรมีการพัฒนาระบบการมากกว่า 1 วงรอบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้นต่อไป

7. กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดี ได้ด้วยความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ รองศาสตราจารย์วินา อิศรางกูร ณ อยุธยา และ รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้คำแนะนำทุกขั้นตอนในการศึกษาทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือจากโรงพยาบาลหนองเรือ และผู้ร่วมวิจัยจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปกครองและวัยรุ่น หมู่ที่ 8 บ้านท่าศาลา หมู่ที่ 12 บ้านศาลาทอง ตำบลหนองเรือ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เครือข่ายองค์กรจากโรงพยาบาลหนองเรือ องค์กรบริหารส่วนตำบลหนองเรือ โรงเรียนหนองเรือวิทยาทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกดำเนินการวิจัยจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยให้ความอนุเคราะห์ในการร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักราชบัณฑิตยสภา.วัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567] ; เข้าถึง ได้จาก: <https://dictionary.orst.go.th/>
2. สำนักอนามัยเจริญพันธ์.ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567] ; เข้าถึงได้จาก: https://www.whaf.or.th/files/2017/Strategy_2560-2569.pdf

3. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองเรือ. รายงานการดำเนินงานแม่และเด็กอำเภอหนองเรือ: เอกสารสรุปรายงานประจำปี 2567 [รายงานประจำปี]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลหนองเรือ; 2567.
4. สுகนธ์ ปัญจพงษ์. ผลการพัฒนาาระบบและกลไกการแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2567;14:499-513.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press. 1988.
6. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. 1932 Available: <https://psycnet.apa.org/record/1933-01885-001>
7. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองเรือ. รายงานสุขภาพชุมชนอำเภอหนองเรือ: เอกสารสรุปรายงานประจำปี 2567 [รายงานประจำปี]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลหนองเรือ; 2567.
8. รัชนก ใจเชิดชู. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567]; เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/268898>
9. ธนปนนท์ อัครวิวัฒน์, ทศพร ชูศักดิ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, สุทิน ชนะบุญ. ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/26>
10. ประจักษ์ จันทะราช, ธนวรรณ สำก่าปัง, ฐิติมา ชายพระอินทร์, อานนทพร มุกตาม่วง. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2565;5:120-37.
11. สุมณฑา โพธิบุตร, ประดิษฐ์พร พงศ์เดี๋ยง, วายุรี ลำโป. การพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41:57-68.
12. Nelly Carmichael. Sexuality education for school-aged children and adolescents: A concept analysis. J Spec Pediatr Nurs 2024;29:124-36.
13. เกศสุดา สุริยบุตร. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น. วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย; 2567. 212 หน้า.
14. สுகนธ์ ปัญจพงษ์. ผลการพัฒนาาระบบและกลไกการแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2567;14:499-51.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น

ณัฐนันท์ วัฒนอนเนก¹, ณัฐกฤตา ผลอ้อ²

(วันที่รับบทความ: 29 มกราคม 2568, วันที่แก้ไข: 13 มิถุนายน 2568, วันที่ตอบรับ 18 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ สถานะทันตสุขภาพค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด (Decay Missing Filling Tooth index: DMFT) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มด้วยวิธีอย่างง่าย จำนวน 237 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ด้วย Chi-Square test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 13.73 ± 0.95 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย จำนวน 131 ร้อยละ 55.30 ระดับชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 และ 1 พบเป็นร้อยละ 35 และ 33.80 อาศัยอยู่กับบิดา - มารดา ร้อยละ 51.10 นอกจากนี้ ร้อยละ 64.10 ได้รับเงินค่าขนมต่อวัน 0-50 บาท (เฉลี่ย 52.85 บาท ± 24.51) ผลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 50.20 (ค่าเฉลี่ย 10.55 ± 2.27) ส่วนใหญ่มีทักษะการเข้าถึง ร้อยละ 71.70 ทักษะความเข้าใจ ร้อยละ 58.50 มีทักษะโต้ตอบ ร้อยละ 55.45 ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 60.10 ทักษะการจัดการตนเอง ร้อยละ 54.75 ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคฟันผุ นักเรียนส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 (ค่าเฉลี่ย 23.08 ± 3.79) ผลสำรวจสถานะทันตสุขภาพ พบ DMFT เฉลี่ย 2.08 ± 2.73 ซีต่อคน

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยความสัมพันธ์ด้วย Chi-Square test ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแต่ละด้าน พฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ กับสถานะทันตสุขภาพ พบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$)

คำสำคัญ : ทันตสุขภาพ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, มัธยมศึกษาตอนต้น, ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, พฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ

¹ทันตแพทย์ชำนาญการ, ²ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, ²โรงพยาบาลน้ำพอง

Corresponding author: ณัฐนันท์ วัฒนอนเนก, E-mail: nattanant@scphkk.ac.th

Factors Associated with Oral Health Status in Lower Secondary School Students in Nam Phong District, Khon Kaen Province.

Nattanan Wattanaanek¹, Nattakitta Pholor²

(Received 29th January 2025; Revised : 13th June 2025; Accepted 18th June 2025)

Abstract

This research study aims to examine individual data regarding oral health literacy, behaviors for preventing dental caries, the average rates of decayed, missing and filled permanent teeth (Decay Missing Filling Tooth index: DMFT), and factors associated with the dental health status of lower secondary school students in Nam Phong District, Khon Kaen Province. The simple random sampling consisted of 237 individuals. Datas were collected through questionnaires and an examination of dental health status. Data analysis was performed using descriptive statistics and relationships were analyzed using the Chi-Square test.

The results indicated that the age was an average of 13.73 S.D. 0.95. The most 131 males were 55.30%. The third year and first year students had 35% and 33.80%. Living with parents was 51.10%. In addition, 64.10% received pocket money of 0-50 baht per day (mean 52.85 S.D. 24.51). The oral health literacy showed that 50.20% had a moderate level of knowledge about oral health information (mean 10.55 S.D. 2.27). The 71.70% had skills in accessing, 58.50% understanding, 55.45% interacting, 60.10% decision-making, and 54.75% had self-management in practicing dental caries prevention. Most students had a moderate level of caries prevention behavior, 66.70 percent (mean 23.08±3.79). DMFT average at 2.08 teeth per person S.D. 2.73.

The Chi-Square tested the relationship between individual data, oral health literacy, and behaviors for preventing dental caries and factors associated with dental health status. The sex was significantly associated with dental health status (p-value 0.026).

Keywords: Oral health, associated factors, lower secondary school students, oral health literacy, behaviors for preventing dental caries

¹Dentist, Professional Level, ²Dentist, Expert Level

¹Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, ²Nam Phong Hospital

Corresponding author: Nattanan Wattanaanek, E-mail: nattanan@sphkk.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากในวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญในระดับประเทศ โดยเฉพาะโรคฟันผุซึ่งมีอัตราการเกิดสูงในกลุ่มเด็กอายุ 12-15 ปี ตามลำดับ⁽¹⁾ พบว่าเด็กอายุ 15 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุถึง 61.2% ขณะที่เด็กอายุ 12 ปี มีอัตรา 49.7% โดยเฉพาะในภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ที่พบอัตราการเกิดฟันผุสูงสุดถึง 57.7% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ⁽¹⁾ แม้ว่าจะมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียนเพิ่มขึ้น แต่ผลสำรวจพบว่ายังมีความแตกต่างระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก งานวิจัยก่อนหน้านี้ เช่น ศึกษาของ กิตติยา ศรีมาฤทธิ และนิยม จันทร์นวล, พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง แต่ขาดทักษะการป้องกันโรคฟันผุ⁽²⁾

ดังนั้น การศึกษานี้จึงเน้นไปที่การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะทันตสุขภาพในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อให้สามารถออกแบบมาตรการป้องกันที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งการศึกษานี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มุ่งเน้นไปที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้ และหาแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
2. วิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียน
3. ประเมินสถานะทันตสุขภาพของนักเรียนโดยใช้ค่าดัชนีฟันแท้ผุ ถอน อุด (DMFT)
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุกับสถานะทันตสุขภาพของนักเรียน

คำถามวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพของนักเรียนหรือไม่
2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนอยู่ในระดับใด และมีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพของนักเรียนหรือไม่
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนส่งผลต่อสถานะทันตสุขภาพของนักเรียนอย่างไร

สมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐานหลัก:

H1: ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานย่อย:

H1.1: อายุ เพศ ระดับการศึกษา การพักอาศัย ค่าขนมเฉลี่ยต่อวันของนักเรียน มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H1.2: ระดับความรู้มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึง ทักษะความเข้าใจ ทักษะได้ตอบ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H1.3: พฤติกรรมการป้องกันโรคฟัน ผู้มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3,040 คน กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยใช้ วิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple random sampling) โดยแต่ละชั้นจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 237 คน โดยใช้สูตรการคำนวณประชากร⁽³⁾

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่กำหนดไว้ (กำหนด Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96)

P = ค่าสัดส่วนจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 = 0.6⁽⁴⁾

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

ที่ยอมรับได้ โดยคิด 10% ของค่า P เท่ากับ 0.06 แทนค่าสูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

$$n = \frac{3,040(1.96)^2(0.6)(1 - 0.6)}{0.06^2(3,040 - 1) + (1.96)^2(0.6)(1 - 0.6)}$$

$$n = 236.278927 \approx 237 \text{ คน}$$

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าจากการศึกษา

1. เป็นนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ปีการศึกษา 2567 ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา

1. มีภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงหรือโรคติดต่อร้ายแรง ที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก
2. นักเรียนที่ได้รับการจัดฟันหรือมีประวัติการรักษาทางทันตกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ HE671060

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพในนักเรียนชั้น

มัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น⁽⁴⁾

ประกอบด้วย 3 ส่วน 2 ตอน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การพักอาศัย ค่าขนมเฉลี่ยต่อวัน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก อ้างอิงแนวคิด วีเซฟ (V-shape) โดย นพ.วชิระ เพ็งจันทร์, และ รศ.ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์,⁽⁵⁾ และข้อคำถามประยุกต์จากสำนักทันตสาธารณสุข⁽⁴⁾ ดังนี้

2.1 ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแลทำความสะอาดช่องปากมีจำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่ทราบให้ 0 คะแนน

2.2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการเข้าถึง 1 ข้อ ทักษะความเข้าใจ 3 ข้อ ทักษะการโต้ตอบ 2 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ 2 ข้อ ทักษะการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนป้องกันโรคฟันผุ 2 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ รูปแบบคำถามเป็นแบบเลือกตอบดังนี้ ทำได้ (3 คะแนน) ทำได้ยาก (2 คะแนน) และทำไม่ได้ (1 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก 12 ข้อ โดยให้เลือกระดับพฤติกรรมปฏิบัติ 3 ระดับตาม Rating scale โดยมีเกณฑ์ให้ค่าน้ำหนักคะแนนแต่ละข้อดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน

แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยคณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจากการประยุกต์เกณฑ์ให้คะแนนจำแนก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น 3 ระดับ⁽⁶⁾ คือ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 70-79) ระดับต่ำ (ร้อยละ 60-69)

2. สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ของสำนักทันตสาธารณสุข⁽⁴⁾ ใช้แบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก เพื่อใช้หาค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เป็นดัชนีวัดสภาวะโรคฟันผุ โดยพิจารณาจากฟันแท้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบโดยวัดในรูปดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrently : IOC) มากกว่า 0.67 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถาม ได้ 0.75 ซึ่งแปลว่า แบบสอบถามมีความสอดคล้องน่าเชื่อถืออยู่ในระดับน่าเชื่อถือดี⁽⁷⁾

การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ (Calibration) โดยสุ่มตรวจนักเรียน 5 คน เปรียบเทียบ

สัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa) เพื่อปรับมาตรฐานกับ ทันทแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Gold standard) ได้ 0.86 และ 0.93 การปรับมาตรฐานในการตรวจระหว่างผู้ตรวจ 2 คน (Inter-reliability) ได้ 0.88 และ 0.93 ผู้ตรวจ 2 คน ได้ตรวจซ้ำนักเรียนคนเดิมรอบที่ 2 (Intra-reliability) ได้ 0.89 และ 0.96 ซึ่งแปลผลได้ว่า มีความสอดคล้องดี⁽⁸⁾

วิธีรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2567 โดยดำเนินการดังนี้

1. ประสานและขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยจากจากนักเรียนและมีการยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย ด้วยวิธีลงนามในเอกสารชี้แจงโครงการที่ได้ผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
3. ทันทแพทย์และนักวิจัยดำเนินการตรวจสถานะฟันผุ และเก็บข้อมูลแบบสอบถามนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS Version 22 โดยใช้สถิติดังนี้:

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Chi-Square Test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ กับสถานะทันตสุขภาพ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษารายละเอียด

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ร้อยละ 35.40 และ 32.10 คือนักเรียนอายุ 13 ปี และ 14 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 131 ร้อยละ 55.30 ระดับชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 และ 1 พบเป็นร้อยละ 35 และ 33.80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นักเรียนอาศัยอยู่กับบิดา - มารดา ร้อยละ 51.10 รองลงมาอาศัยอยู่กับปู่ - ย่า/ตา-ยาย ร้อยละ 44.70 นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับเงินค่าขนมต่อวัน 0-50 บาท ร้อยละ 64.10 รองลงมาคือได้รับค่าขนมมากกว่า 50 บาทขึ้นไป ร้อยละ 35.90 ดังตารางที่ 1

2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแลทำความสะอาดช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแลทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.20 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจเจกบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (n=237)

ข้อมูลปัจเจกบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลปัจเจกบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)			เพศและเงินค่าขนม		
12	19	8.00	ชาย	131	55.30
13	84	35.40	หญิง	106	44.70
14	76	32.10	0-50 บาท	152	64.10
15	58	24.50	มากกว่า 50 บาท ขึ้นไป	85	35.90
$\bar{X} = 13.73, S.D = 0.95,$ (Min = 12, Max = 15)			$\bar{X} = 52.85, S.D = 24.51,$ (Min = 0, Max = 220)		
ระดับการศึกษา			ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	80	33.80	บิดา - มารดา	121	51.10
มัธยมศึกษาปีที่ 2	74	31.20	ปู่ - ย่า/ตา-ยาย	106	44.70
มัธยมศึกษาปีที่ 3	83	35.00	ลุง - ป้า/น้า - อา	10	4.20

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของระดับ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแลทำความสะอาดช่องปาก

ความรู้ (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 - 9.6 คะแนน)	67	28.30
ระดับปานกลาง (9.7 - 12.7 คะแนน)	119	50.20
ระดับสูง (12.8 - 16 คะแนน)	51	21.50
$\bar{X} = 10.55, S.D = 2.27, (Min = 4, Max = 15)$		

3. ทักษะการเข้าถึง ร้อยละ 71.70 สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งข้อมูลที่ น่าเชื่อถือจำนวนหลายแหล่งด้วยตนเอง ทักษะ ความเข้าใจ ร้อยละ 58.50 สามารถเข้าใจ อ่าน

และฟังข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคฟันผุ ที่ได้รับอย่างเข้าใจ ถูกต้อง ครบถ้วน ทักษะการโต้ตอบร้อยละ 55.45 สามารถโต้ตอบถามทันตบุคลากรเพื่อให้ได้ข้อมูล ตามที่ต้องการ ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 60.10

สามารถประเมินทางเลือกแต่ละทางเลือก ได้ว่า กำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีข้อดี-ข้อเสียอะไรบ้าง ทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริง ดังตารางที่ 3 ร้อยละ 54.75 สามารถจัดการตนเองโดยการ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับทักษะการเข้าถึงทักษะความเข้าใจทักษะการโต้ตอบ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคฟันผุ

ความสามารถ/ทักษะรายข้อ	คำตอบ			
	ทำไม่ได้-ทำได้ยาก		ทำได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึง	67	28.3	170	71.70
ทักษะความเข้าใจ	94	41.5	138	58.50
ทักษะการโต้ตอบ	105	44.55	132	55.45
ทักษะการตัดสินใจ	95	39.90	143	60.10
ทักษะการจัดการตนเอง	107	45.25	130	54.75

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ร้อยละ 66.70 และ ระดับต่ำ จำนวน 62 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรค ร้อยละ 26.20 รองลงมา ดังตารางที่ 4 ฟันผุอยู่ใน ระดับปานกลาง จำนวน 158 คน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ระดับ พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (12 - 20 คะแนน)	62	26.20
ระดับปานกลาง (21 - 29 คะแนน)	158	66.70
ระดับสูง (30 - 36 คะแนน)	17	7.10

$\bar{X} = 23.08, S.D = 3.79, (Min = 14, Max = 30)$

5. ร้อยละของนักเรียนที่มีจำนวนฟันแท้ซี่/คน ตามลำดับ จำนวนนักเรียนที่ปราศจากฟันผุสูงที่สุด ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2 มีค่า DMFT 2.36 ± 2.74 ซี่/คน นักเรียนชั้น ม.3 และ ม.1 มีค่า 1.96 ± 2.98 และ 1.94 ± 2.44 ซี่/คน ตามลำดับ จำนวนนักเรียนที่ปราศจากฟันผุสูงที่สุด คือนักเรียนชั้น ม.3 ร้อยละ 41 นักเรียนชั้น ม.1 และ ม.2 พบ ร้อยละ 32.50 และ 31.10 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของนักเรียนที่ปราศจากฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด แยกรายชั้นเรียน

ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)	ปราศจากฟันแท้ผุ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ซี่ต่อคน)			
			ฟันแท้ผุ (D)	ฟันแท้ถอน (M)	ฟันแท้อุด (F)	DMFT
			Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
ม.1	80	26 (32.50)	1.36 (1.95)	0.04 (0.19)	0.54 (0.90)	1.94 (2.44)
ม.2	74	23 (31.10)	1.59 (2.20)	0.08 (0.32)	0.69 (1.42)	2.36 (2.74)
ม.3	83	34 (41.00)	1.34 (2.23)	0.08 (0.36)	0.54 (1.49)	1.96 (2.98)
รวม	237		1.42 (2.12)	0.07 (0.30)	0.59 (1.29)	2.08 (2.73)

6. ความสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูล ปัจเจกบุคคลกับสภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.02) อายุและระดับชั้นการศึกษา

การพักอาศัย ค่าชนมเฉลี่ยต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุ p-value = 0.56, 0.85, 0.26, 0.19, 0.91 และ 0.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยบุคคลกับสถานะทันตสุขภาพของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้สถิติ Chi-square (X^2)

ตัวแปร	สถานะทันตสุขภาพของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น		X^2	p - value
	ปราศจากฟันผุ	ฟันผุ (DMFT)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)				
12-13	34 (33.00)	69 (67.00)	0.324	0.56
14-15	49 (36.60)	85 (63.40)		
เพศ				
ชาย	53 (40.46)	78 (59.54)	4.948	0.02*
หญิง	29 (27.40)	77 (72.60)		
ระดับการศึกษา				
ม.1	26 (32.50)	54 (67.50)	0.036	0.85
ม.2	23 (31.10)	51 (68.90)	1.255	0.26
ม.3	34 (41.00)	49 (59.00)	1.652	0.19
ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใคร				
บิดาและมารดา	42 (34.70)	79 (65.30)	0.010	0.91
อื่นๆ	41 (35.30)	75 (64.70)		
เงินค่าขนมเฉลี่ยต่อวัน				
0 - 40 บาท	33 (36.30)	58 (63.70)	0.100	0.75
มากกว่า 40 บาทขึ้นไป	50 (34.20)	96 (65.80)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P - value < 0.05

7. ความสัมพันธ์ของความรู้ ความเข้าใจ
เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแล
ทำความสะอาดช่องปากกับสถานะทันตสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแล
ทำความสะอาดช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับ
สถานะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p-value = 0.47) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแลทำความสะอาดช่องปากกับสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้สถิติ Chi-square (X^2)

ตัวแปร	สภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น		X^2	p-value
	ปราศจากฟันผุ	ฟันผุ(DMFT)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแลทำความสะอาดช่องปาก				
ระดับต่ำ-ปานกลาง	123 (66.10)	63 (33.90)	0.502	0.47
ระดับสูง	31 (60.80)	20 (39.20)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P - value < 0.05$

8. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการเข้าถึง ทักษะความเข้าใจทักษะการโต้ตอบ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.88, 0.96, 0.14, 0.79 และ 0.94 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการเข้าถึง ทักษะความเข้าใจทักษะการโต้ตอบ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนป้องกันโรคฟันผุกับสภาวะทันตสุขภาพโดยใช้สถิติ Chi-square (X^2)

ตัวแปร	สภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น		X^2	p-value
	ปราศจากฟันผุ	ฟันผุ(DMFT)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ทักษะการเข้าถึง				
ระดับต่ำ-ปานกลาง	23 (9.70)	44 (18.56)	1.113	0.88
ระดับสูง	60 (25.31)	110 (46.41)		
ทักษะความเข้าใจ				
ระดับต่ำ-ปานกลาง	38 (16.03)	71 (29.95)	0.02	0.96
ระดับสูง	45 (18.98)	83 (35.02)		

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการเข้าถึง ทักษะความเข้าใจทักษะการโต้ตอบ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนป้องกันโรคฟันผุกับสภาวะทันตสุขภาพโดยใช้สถิติ Chi-square (X^2) (ต่อ)

ตัวแปร	สภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน		X^2	p-value
	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น			
	ปราศจากฟันผุ จำนวน (ร้อยละ)	ฟันผุ (DMFT) จำนวน (ร้อยละ)		
ทักษะการโต้ตอบ				
ระดับต่ำ-ปานกลาง	22 (9.28)	55 (23.20)	2.085	0.14
ระดับสูง	61 (25.73)	99 (41.77)		
ทักษะการตัดสินใจ				
ระดับต่ำ-ปานกลาง	24 (10.12)	47 (19.83)	0.066	0.79
ระดับสูง	59 (24.89)	107 (45.14)		
ทักษะการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนป้องกันโรคฟันผุ				
ระดับต่ำ-ปานกลาง	30 (12.65)	55 (23.02)	0.004	0.94
ระดับสูง	53 (22.36)	99 (41.77)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P - value < 0.05$

9. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุกับสภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.75) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุกับสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้สถิติ Chi-square (X^2)

ตัวแปร	สภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน		X^2	p-value
	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น			
	ปราศจากฟันผุ จำนวน (ร้อยละ)	ฟันผุ (DMFT) จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ				
ระดับต่ำ-ปานกลาง	75 (66.30)	141 (33.70)	0.096	0.75
ระดับสูง	8 (61.30)	13 (38.70)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P - value < 0.05$

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาข้อมูลปัจเจกบุคคล พบว่า อายุและระดับชั้นการศึกษา การพักอาศัย ค่าขนมเฉลี่ยต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพ (p-value = 0.56, 0.85, 0.26, 0.19, 0.91 และ 0.75 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัชรพล วิวรรสน์ เถาว์พันธ์ พบว่า อายุ การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง และค่าขนม มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.15, 0.68)⁽⁹⁾ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน เช่น โรงเรียนเตรียมอาหารกลางวันให้นักเรียนทุกคน นโยบายของรัฐ และโครงการส่งเสริมสุขภาพฟัน ที่เป็นระบบเดียวกันทั้งโรงเรียน มีบทบาทสำคัญ ทำให้ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับชั้นการศึกษา การอาศัยกับผู้ปกครอง และค่าขนม ไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทันตสุขภาพมากพอ มีเฉพาะปัจจัยของเพศเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.02) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศนวัฒน์ ฉายชูวงศ์ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.00)⁽⁶⁾ เนื่องจากปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม คือ นักเรียนเพศหญิงจะใส่ใจแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวันมากกว่าเพศชาย ในขณะที่นักเรียนเพศชายมักเร่งรีบไปทำกิจกรรม เล่นกีฬาช่วงพักเที่ยง จึงส่งผลให้พบความแตกต่างของสภาวะทันตสุขภาพ

ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปากและการดูแลทำความสะอาด

สะอาดช่องปาก ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอน้ำพอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.47) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในตำบลดงมะไฟ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง⁽¹⁰⁾ เนื่องจากนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แต่การนำความรู้นั้นไปใช้ในชีวิตประจำวันอาจไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง เช่น การขาดการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการเข้าถึง ทักษะความเข้าใจ ทักษะการโต้ตอบ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฟันผุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.88, 0.96, 0.14, 0.79 และ 0.94 ตามลำดับ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตติยา ศรีมาฤทธิ์ ซึ่งศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีเฉพาะทักษะความรู้ความเข้าใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (p-value = 0.00)⁽²⁾ เนื่องจากนักเรียนมีความรอบรู้ ความเข้าใจ และเกิดการปฏิบัติจริง แต่ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง แม้นักเรียนส่วนใหญ่จะเลือกตอบทำได้ในหลายๆ ด้าน จากองค์

ประกอบของความรอบรู้ แต่อาจจะไม่ได้ปฏิบัติจริง จึงไม่สัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างชัดเจน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอโนนพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.75$) สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสภาวะทันตสุขภาพด้วยตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 พบว่า พฤติกรรมทางทันตสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.58$) ต่อการประเมินสภาวะทันตสุขภาพด้วยตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2⁽¹¹⁾ เนื่องจากบริบทที่คล้ายคลึงกันของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมคล้ายกัน จึงส่งผลต่อพฤติกรรมและสภาวะทันตสุขภาพในลักษณะเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงเรียนควรมีนโยบายควบคุมการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการศึกษาด้านสุขภาพช่องปากที่เน้นการปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก
2. ควรทำ การศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพช่องปากและผลกระทบในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะครู และนักเรียน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Niyomsilp K. et al. Thai National Oral Health Survey, the Ninth National Oral Health Survey in 2023. Thai Dental Public Health Journal. 2024; 404.
2. Srimarit K., Junnual N. Oral Health Literacy and Associated Factors of Dental Caries Prevention Behavior among Junior High School Students in Rural Areas Ubon Ratchathani Province, Thailand. TJPHS, 2022; 5(3):36-50.
3. Chirawatkul A. Statistics for health science research. Bangkok: Wittayapat; 2009.
4. Niyomsilp K. et al. Thai National Oral Health Survey, the Ninth National Oral Health Survey in 2017. Thai Dental Public Health Journal. 2018; 330.
5. Pengjuntr W., Tanasugarn C. Health Literacy Organization. Sustainable PP&P toward Innovation and Health literacy 4.0. 2561.

6. Ruanphet K., Khamanek S., Hiran-
witchayakun A., Theerasut S., Suwan-
nawong S. Health Literacy and Health
Behaviors 3E 2S of Nursing Students
from a Private University in Buriram
Province, Regional Health Promotion
Center 9 Journal 2023; 1(17): 1-12.
7. Cronbach LJ. Coefficient alpha
and the internal structure of tests.
Psychometrika. 1951;16:297-334.
8. McHugh ML. Interrater reliability:
the kappa statistic. Biochem Med
(Zagreb). 2012;22(3):276-82.
9. Wiwat Thaopan W. et al. Factors
Affecting Dental Caries among Junior
High School Students in Na Wa
District, Nakhon Phanom Province,
Thai Dental Nurse Journal
2024;35(1):13-24.
10. Attanay K. Associated Factors of
Oral Health Status among
Students Grade 4 - 6 in Dongmafai
Subdistrict, Sai Moon District, Yasothon
Province, TJPHE 2022;2(3):17-30.
11. Taewsuwan K. Factors Affecting
Self-Assessment of Dental Health
in Junior High School Students
Mattayom 2 Phayuha Khiri District
Nakhon Sawan Province, Region 3
Medical and Public Health Journal
2021:88.

การพัฒนาสูตรลาบหมูโดยใช้โปรตีนจากถั่วสำหรับผู้สูงอายุ

ชนิดา จุมพลา¹, รัฐพล ไกรกลาง²

(วันที่รับบทความ: 8 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 28 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับ 4 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของร่างกาย เสี่ยงต่อโรคและภาวะขาดโปรตีน ซึ่งจำเป็นต้องการเสริมสร้างกล้ามเนื้อ กระดูก และระบบภูมิคุ้มกัน แหล่งโปรตีนจากเนื้อสัตว์บางชนิดมีไขมันสูง มีความเหนียว และเคี้ยวยาก ทำให้ผู้สูงอายุได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ โปรตีนจากถั่วจึงเป็นทางเลือกที่ดีมีโปรตีนสูง ไขมันต่ำ กากใยสูง อุดมไปด้วยสารอาหารต่าง ๆ อีกทั้งยังมีลักษณะเนื้อสัมผัสเนียนนุ่ม เคี้ยวง่ายเหมาะกับการนำมาพัฒนาเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้เป็นรูปแบบกึ่งทดลองพัฒนาสูตรลาบหมูโดยใช้ถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำแทนเนื้อสัตว์ เพื่อศึกษาการยอมรับของผู้สูงอายุ 50 คน พบว่าสูตรถั่วดำได้รับความนิยมชอบมากที่สุด ขณะที่สูตรถั่วเหลืองให้โปรตีนสูงสุด (13.82 กรัม) ลาบหมูสูตรหมูล้วนมีปริมาณไขมันพบมากที่สุด (5.08 กรัม) และสูตรถั่วแดงหลวงมีใยอาหารมากที่สุด (1.32 กรัม) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าเมนูลาบหมูผสมถั่วทั้ง 3 สูตรประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยมีปริมาณโปรตีนที่ใกล้เคียงกับลาบหมูล้วน ในขณะที่มีปริมาณใยอาหารสูง และโดยเฉพาะสูตรถั่วแดงและถั่วดำนั้น พบว่ามีไขมันต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) แต่อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสารอาหารอื่น ๆ ที่พบในลาบหมูผสมถั่ว และผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพหากรับประทานในระยะเวลายาวนาน

คำสำคัญ: ลาบหมู, ถั่วแดง, ถั่วเหลือง, ถั่วดำ, ผู้สูงอายุ, โปรตีนจากถั่ว

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท กลุ่มสาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์กลุ่มสาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: ชนิดา จุมพลา, e-mail: Chanida.jo@kkumail.com

DEVELOPMENT OF LARB MOO RECIPE USING BEANS-BASED PROTEIN FOR THE ELDERLY

Chanida Joompla¹, Rattaphol Kraiklang²

(Received 8th May 2025; Revised : 28th May 2025; Accepted 4th June 2025)

ABSTRACT

Elderly individuals experience physiological deterioration, increasing their susceptibility to diseases and protein deficiency, which is crucial for muscle development, bone maintenance, and immune system function. Certain animal protein sources contain high fat content, exhibit toughness, and present mastication challenges, resulting in inadequate protein intake among elderly populations. Legume-derived proteins offer an alternative source for high protein content, low fat concentrations, high fiber levels and nutrients, while simultaneously providing a soft texture conducive to mastication, making them suitable for developing elderly-appropriate cuisines. This research quasi-experimental study aimed to develop Larb Moo (a traditional Thai minced meat salad) formulations utilizing kidney beans, soybeans, and black beans as meat substitutes, evaluating acceptance among 50 elderly participants. The black bean formulation received the highest preference ratings, while the soybean formulation demonstrated superior protein content (13.82 g). The conventional pork formulation contained the highest fat content (5.08 g), whereas the kidney bean formulation exhibited the greatest dietary fiber content (1.32 g), with statistically significant differences (p-value < 0.05). These findings indicate that all three legume-incorporated formulations offer health benefits, maintaining protein levels comparable to conventional Larb Moo while providing elevated dietary fiber content. Notably, both kidney bean and black bean formulations demonstrated significantly lower fat content (p-value < 0.05). Further research is warranted to investigate additional nutritional components present in legume-enhanced Larb Moo formulations and to evaluate potential long-term health impacts associated with sustained consumption.

Keywords: Larb Moo, kidney beans, soybeans, black beans, elderly, Beans-based protein

¹Master Degree Student of Nutrition for Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Nutrition for Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

1. บทนำ

ณ ปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีขึ้นทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้เกิดอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุต่อเนื่องขึ้นทั่วโลก โดยในกลุ่มของประเทศที่พัฒนาแล้วได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด สำหรับกลุ่มของประเทศที่กำลังพัฒนายังมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ในขณะที่ประชากรของทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มขึ้นช้าลงประชากรผู้สูงอายุกลับมีจำนวนและอัตราส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทยในปี 2567 มีจำนวน 14 ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 42.1 และผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 57.9⁽¹⁾

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ ของร่างกาย จะมีผลทำให้การทำงานของร่างกายลดลงและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ โรค กระดูกและข้อ เป็นต้น⁽²⁾ รวมถึงภาวะทุพโภชนาการจากการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีน ซึ่งโปรตีนเป็นหนึ่งในสารอาหารที่มีความจำเป็นและสำคัญกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก คือ มีความสำคัญต่อการสร้างภูมิคุ้มกัน การเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ กระดูก ผิว ผม และเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย ช่วยการเผาผลาญพลังงาน ทำให้มีความกระฉับกระเฉง ช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในร่างกาย และช่วยให้กลไกการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เป็นปกติ⁽³⁾ ร่างกายของผู้สูงอายุจึงควรได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน

โดยปกติแล้วแหล่งของโปรตีนจะพบในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อไก่ ไข่ และนม เป็นต้น ซึ่งจัดเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดี⁽⁴⁾ เนื้อสัตว์บางชนิดมีปริมาณไขมันค่อนข้างสูง ไม่มีใยอาหาร มีความเหนียว เคี้ยวยาก อาจมีผลกับระบบการย่อยอาหารส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุบริโภคโปรตีนจากเนื้อสัตว์ได้ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แหล่งโปรตีนที่ได้จากพืช (plant-based protein) จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มคนรักสุขภาพ เนื่องจากพืชบางชนิดมีปริมาณโปรตีนอยู่สูง และให้แคลอรีต่ำ เช่น พืชตระกูลถั่ว⁽⁴⁾ อีกทั้งปัจจุบันโปรตีนจากพืชยังเป็นแหล่งทางเลือกสำหรับผู้ไม่รับประทานเนื้อสัตว์แต่รับประทานอาหารมังสวิรัตินั้น กลุ่มคนที่มีข้อห้ามหรือจำกัดในการบริโภคเนื้อสัตว์ ศาสนา รวมถึงผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ โปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์และโปรตีนที่ได้จากพืชให้สารอาหารและคุณค่าทางโภชนาการที่แตกต่างกัน จึงควรเลือกรับประทานให้หลากหลายทั้งจากพืชและจากสัตว์ในสัดส่วนที่เท่ากัน เพื่อให้ได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพดี⁽⁶⁾ โดยถั่วเป็นหนึ่งในพืชที่เป็นแหล่งของโปรตีนที่มีปริมาณค่อนข้างสูง มีทั้งกรดอะมิโนที่จำเป็นและกรดอะมิโนที่ไม่จำเป็น มีไขมันอิ่มตัวต่ำ มีกากใยอาหารสูง มีสารต้านอนุมูลอิสระ มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน วิตามินซี วิตามินบี กรดไขมันที่ไม่อิ่มตัวและเส้นใยอาหารช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) และมีสารพฤกษเคมี (phytochemical) สารเหล่านี้ล้วนมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งช่วยควบคุมน้ำหนัก รักษาระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ กระตุ้นการขับถ่าย ลดอาการท้องผูก

รวมทั้งป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้^(7,5) นอกจากนี้ถัวยังมีลักษณะอยู่ เคี้ยวง่าย ไม่เหนียวเหมือนเนื้อสัตว์ และประโยชน์ของถั่วที่อุดมไปด้วยสารอาหารต่าง ๆ และโปรตีนที่มีความสำคัญกับร่างกาย โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุจึงเหมาะกับการนำมาพัฒนาเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับปริมาณโปรตีนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน นอกจากนี้โปรตีนจากพืชโดยเฉพาะถัวยังอุดมด้วยประโยชน์ต่อสุขภาพหลายชนิด

จากการค้นคว้าข้อมูลทางโภชนาการ โดยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients V.4.0 พบว่าในถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำดิบ มีปริมาณโปรตีนค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหมูดิบในปริมาณเท่ากัน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดนำถั่วดังกล่าวมาพัฒนาใช้เป็นวัตถุดิบในการทำลาบหมูทดแทนโปรตีนและเพิ่มใยอาหารในลาบหมูเป็นหนึ่งในเมนูที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของอาหารอีสาน ทั้งจากเครื่องปรุงที่เป็นเอกลักษณ์ เช่น ข้าวคั่ว และการปรุงที่เน้นความสดใหม่ ทำง่าย ใช้เวลาน้อย เพียงแค่ผสมวัตถุดิบและปรุงรส ก็ได้อาหารที่อร่อยทันใจ มีรสชาติที่ครบถ้วนกลมกล่อม ใช้วัตถุดิบหลักที่หาได้ง่าย เช่น เนื้อหมูสับ หอมแดง ใบสะระแหน่ และผักสด ทำให้ต้นทุนไม่สูง ทำเองได้สะดวก ชอบรับประทานพร้อมกับข้าวเหนียวและผักสด พร้อมวิเคราะห์คุณค่าปริมาณสารอาหาร ทดสอบการยอมรับและความพึงพอใจของผู้บริโภค

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเมนูอาหารจากถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. เพื่อวิเคราะห์คุณค่าปริมาณสารอาหารเมนูลาบหมูจากถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำ

3. เพื่อทดสอบการยอมรับและความพึงพอใจในเมนูลาบหมูจากถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำ

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ถั่วสามารถเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการในเมนูลาบหมูได้

3.2 ผู้บริโภคยอมรับและมีความพึงพอใจต่อเมนูลาบหมูเสริมโปรตีนสูงจากถั่วแดงหลวงถั่วเหลือง และถั่วดำ

4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ทดสอบชิม (consumer panel) ที่ไม่ผ่านการฝึกฝนซึ่งเป็นประชากรที่ไม่แพ้อาหารประเภทถั่ว เป็นผู้สูงอายุ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์ดังนี้

1.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. กลุ่มผู้ทดสอบ คือ ผู้มีอายุ ≥ 60 ปีขึ้นไป

2. ไม่มีความบกพร่องทางด้านความสามารถในการสื่อสาร สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียนด้วยภาษาไทยได้

3. เป็นผู้ที่ไม่แพ้อาหารประเภทถั่ว

4. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

1.2 เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

(exclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ประเมินแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ หรือออกจากขั้นตอนการศึกษา การศึกษาระหว่างการเก็บข้อมูลกะทันหัน ด้วยเหตุผลส่วนตัว
2. เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางประสาทสัมผัส เช่น การรับรส และกลิ่น
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคไตเรื้อรังที่มีค่าการกรองของไต (eGFR) \leq 45 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. โดยพิจารณาจากผลตรวจเลือด

4.2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สูงสุด และ รายได้ต่อเดือน
2. แบบประเมินคุณภาพอาหารทางประสาทสัมผัส เพื่อประเมินคุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการทดลองสูตรแล้ว 5 คุณลักษณะ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสีปรากฏ กลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัสและความชอบรวมของผู้ประเมินที่มีต่อลาบหมูสูตรเสริมโปรตีนจากถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำ โดยใช้วิธีการให้คะแนนความชอบ 1 ถึง 9 (9-point hedonic scale)⁽⁸⁾
3. โปรแกรมคำนวณสารอาหาร INMUCAL-Nutrients V.4.0 (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล) เพื่อใช้คำนวณพลังงานและสารอาหารให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
4. การวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีกายภาพ โดยดำเนินการวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีกายภาพ ของตัวอย่างลาบหมูทั้ง 4 สูตร ด้วย

วิธี AOAC (2000) จากห้องปฏิบัติการวิเคราะห์อาหาร โรงงานต้นแบบสำหรับแปรรูป ผลผลิตทางการเกษตรและผลิตภัณฑ์อาหาร ศูนย์บริหารเทคโนโลยีและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปริมาณโปรตีน การวิเคราะห์ปริมาณไขมัน การวิเคราะห์ปริมาณใยอาหาร เพื่อประเมินคุณค่าทางโภชนาการของลาบหมูสูตรเสริมโปรตีนจากถั่วแต่ละสูตร

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มผู้ทดสอบเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยตัวผู้วิจัยไปพบและเชิญชวนด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 50 คน ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งผู้วิจัยให้เอกสารชี้แจง อธิบายรายละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ความเข้าใจอิสระในการตัดสินใจ และทำความเข้าใจถึงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กับผู้ทดสอบทราบก่อนการเก็บข้อมูล
2. นำอาหารลาบหมูสูตรเสริมโปรตีนจากถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำ ให้กลุ่มผู้ทดสอบชิมและให้คะแนนความชอบต่ออาหาร ด้วยแบบสอบถามทดสอบทางประสาทสัมผัส 9-point Hedonic scales ซึ่งจะมีคะแนน 9 ระดับ (1=ไม่ชอบมากที่สุด ถึง 9=ชอบมากที่สุด) โดยผู้ทดสอบแต่ละคนจะเป็นผู้ประเมินคุณลักษณะทั้งหมด 5 ด้าน ประกอบด้วย ลักษณะสีปรากฏ กลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และความชอบโดยรวม ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้อาสาสมัครด้วยตนเอง และหากอาสาสมัครตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ให้หย่อนลงในกล่องที่จัดเตรียมไว้ที่หน้าห้องประชุม แล้วผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรม STATA V.15 เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การวิเคราะห์ผลการทดสอบทางด้านประสาทสัมผัสของลาบหมุสูตรเสริมโปรตีนจากถั่วด้วยสถิติ Kruskal-wallis และสถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลการทดสอบทางด้านประสาทสัมผัสของลาบหมุสูตรเสริมโปรตีนจากถั่วเปรียบเทียบกับทีละคู่ด้วยสถิติ Mann-Whitney

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปริมาณโปรตีน ไขมัน และใยอาหารของลาบหมุทั้ง 4 สูตรทีละคู่ด้วยสถิติ t-test

4.5 จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในมนุษย์ซึ่งต้องขอขบด้วยมมมนุษย์ธรรมและ

จริยธรรมและไม่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE672155 ให้ไว้ ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2567 การวิจัยนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยคำนึงถึงสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

5. ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72 รองลงมาคือ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 24 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 26 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 74 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=50)

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	12	24
	หญิง	38	76
อายุ	60-69 ปี	35	72
	70-79 ปี	12	24
	80 ปี ขึ้นไป	2	4
การศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	29	58
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3	6
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	13	26
	ปริญญาตรี	3	6
	ปริญญาโท	2	4
	ปริญญาเอก	0	0

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=50) (ต่อ)

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน	ไม่เกิน 5,000 บาท	37	74
	5,001 - 10,000 บาท	9	18
	10,001 - 15,000 บาท	1	2
	15,001 - 20,000 บาท	0	0
	20,001 - 25,000 บาท	0	0
	25,001 บาทขึ้นไป	3	6

จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของการของลาบหมุสูตรหมูล้วน สูตรถั่วแดงหลวง สูตรถั่วดำ และสูตรถั่วเหลืองในปริมาณ 100 กรัม พบว่า สูตรลาบหมูที่พบปริมาณโปรตีนมากที่สุด คือ ลาบหมุสูตรถั่วเหลือง (13.82 กรัม) รองลงมาคือ ลาบหมุสูตรหมูล้วน (13.22 กรัม) ลาบหมุสูตรถั่วแดงหลวง (11.34 กรัม) และลาบหมุสูตรถั่วดำ (11.32 กรัม) ตามลำดับ ปริมาณไขมันพบมากที่สุดในลาบหมุสูตรหมูล้วน (5.08 กรัม) รองลงมาคือ ลาบหมุ

สูตรถั่วเหลือง (4.30 กรัม) ลาบหมุสูตรถั่วดำ (2.32 กรัม) และลาบหมุสูตรถั่วแดงหลวง (1.80 กรัม) ตามลำดับ ส่วนปริมาณใยอาหารหยาบ พบในลาบหมุสูตรถั่วแดงหลวงมากที่สุด (1.32 กรัม) ลาบหมุสูตรถั่วเหลือง (1.09 กรัม) ลาบหมุสูตรถั่วดำ (0.97 กรัม) และลาบหมุสูตรหมูล้วน (0.26 กรัม) ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญในลาบแต่ละสูตร (กรัม/100 กรัมน้ำหนักเปียก)

รายการทดสอบ	โปรตีน (g)	ไขมัน (g)	ใยอาหารหยาบ (g)
ลาบหมุสูตรถั่วแดงหลวง	11.34 ^C ± 0.06	1.80 ^D ± 0.16	1.32 ^A ± 0.01
ลาบหมุสูตรถั่วดำ	11.32 ^D ± 0.04	2.32 ^C ± 0.09	0.97 ^C ± 0.03
ลาบหมุสูตรถั่วเหลือง	13.82 ^A ± 0.06	4.30 ^B ± 0.02	1.09 ^B ± 0.01
ลาบหมุสูตรหมูล้วน	13.22 ^B ± 0.05	5.08 ^A ± 0.03	0.26 ^D ± 0.00

หมายเหตุ: A-D หมายถึง ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในแนวดิ่งที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p \leq 0.05$)

จากการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของลาบหมูสูตรหมูล้วน สูตรถั่วแดงหลวง ถั่วดำและถั่วเหลือง ในปริมาณ 100 กรัม ด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients V.4.0 พบว่าในด้านพลังงาน ลาบหมูสูตรถั่วเหลืองให้พลังงานสูงที่สุด (180.47 กิโลแคลอรี) ตามด้วยสูตรหมูล้วน (176.32 กิโลแคลอรี) ถั่วแดงหลวง (170.02 กิโลแคลอรี) และสูตรถั่วดำ (168.06 กิโลแคลอรี) โปรตีนพบในลาบหมูล้วนสูงที่สุด (30.39 กรัม)

รองลงมาคือสูตรถั่วเหลือง สูตรถั่วดำ และสูตรถั่วแดงหลวง (24.59, 21.54 และ 19.42 กรัม ตามลำดับ) ไขมันพบในสูตรถั่วเหลืองสูงที่สุด (5.48 กรัม) มากกว่าสูตรหมูล้วน สูตรถั่วแดงหลวงและถั่วดำ (4.48, 2.63 และ 2.58 กรัม ตามลำดับ) ในทางกลับกันสูตรถั่วแดงหลวงกลับมีปริมาณคาร์โบไฮเดรต และใยอาหารสูงกว่าลาบหมูสูตรอื่น (6.22 และ 17.18 กรัม ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณค่าทางโภชนาการของลาบแต่ละสูตร ด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients V.4.0 (ต่อ 100 กรัม น้ำหนักเปียก)

สารอาหาร	สูตรถั่วแดงหลวง	สูตรถั่วดำ	สูตรถั่วเหลือง	สูตรหมูล้วน
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	170.02	168.06	180.47	176.32
โปรตีน (กรัม)	19.42	21.54	24.59	30.39
ไขมัน (กรัม)	2.63	2.58	5.48	4.48
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	17.18	14.67	8.18	3.61
ใยอาหาร (กรัม)	6.22	2.75	3.84	0.69
ไขมันอิ่มตัว (กรัม)	1.05	1.02	1.47	1.77
เกลือ (กรัม)	4.39	4.26	4.53	4.43
วิตามินบี 2 (มิลลิกรัม)	0.53	0.30	0.35	0.48
วิตามินบี 3 (มิลลิกรัม)	3.66	3.79	4.37	6.26
วิตามินซี (มิลลิกรัม)	3.86	3.06	3.91	2.79
วิตามินเอ (มิลลิกรัม)	13.12	15.98	13.38	13.29
ฟอสฟอรัส (มิลลิกรัม)	255.22	275.37	293.08	329.89
โพแทสเซียม (มิลลิกรัม)	585.08	599.28	636.47	569.44
โซเดียม (มิลลิกรัม)	581.12	587.89	597.03	645.43
ทองแดง (มิลลิกรัม)	0.18	0.33	0.30	0.15
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	34.08	24.61	51.02	16.56
เหล็ก (มิลลิกรัม)	2.52	4.24	2.51	1.75

จากตารางพบว่าผู้บริโภคให้การยอมรับลาบหมูสูตรถั่วดำและถั่วแดงหลวงมากที่สุด ซึ่งมีคะแนน ความชอบโดยรวมเท่ากับ 8.52 และ 8.42 ตามลำดับ จากการใช้ถั่วต่างชนิดกันมาเป็นวัตถุดิบในการทำลาบหมูมีคะแนนความชอบในด้านสี อยู่ระหว่าง 8.16-8.26 คะแนน และมีค่าเฉลี่ย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ส่วนคะแนนความชอบด้านกลิ่นและเนื้อสัมผัส ลาบหมูสูตรถั่วดำกับลาบหมู

สูตรถั่วเหลืองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) แต่ลาบหมูสูตรถั่วแดงหลวงมีคะแนนความชอบไม่แตกต่างกับทั้งสองสูตร ($p \geq 0.05$) ในขณะที่ลาบหมูสูตรถั่วดำและสูตรถั่วแดงหลวงยังได้รับคะแนนด้านรสชาติและความชอบโดยรวมเท่ากัน แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ในขณะที่ลาบหมูสูตรถั่วเหลืองได้รับการยอมรับจากผู้บริโภคน้อยที่สุดในทุกๆด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความชอบเฉลี่ยต่อคุณลักษณะด้านต่าง ๆ ของลาบหมูสูตรถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำ (N=50)

คะแนน ความชอบ	คุณลักษณะ				
	ด้านสี ^{ns}	ด้านกลิ่น	ด้านรสชาติ	ด้าน เนื้อสัมผัส	ด้าน การยอมรับ โดยรวม
สูตรถั่วแดงหลวง	8.26 ± 0.69 ^{ns}	8.20 ^{AB} ± 0.78	8.42 ^A ± 0.73	8.20 ^{AB} ± 0.76	8.42 ^A ± 0.70
สูตรถั่วดำ	8.24 ± 0.72 ^{ns}	8.38 ^A ± 0.70	8.52 ^A ± 0.58	8.38 ^A ± 0.60	8.52 ^A ± 0.50
สูตรถั่วเหลือง	8.16 ± 0.65 ^{ns}	7.92 ^B ± 0.90	7.98 ^B ± 0.68	8.10 ^B ± 0.71	8.10 ^B ± 0.71

หมายเหตุ: A-B หมายถึง ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในแนวตั้งที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p \leq 0.05$)

ns หมายถึง ไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

โปรตีน เป็นสารอาหารจำเป็นที่ช่วยในการเจริญเติบโต การทำงานของร่างกาย เป็นแหล่งให้พลังงานช่วยในการสร้างและซ่อมแซมเซลล์ และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน⁽⁶⁾ ได้รับโปรตีนไม่เพียงพอจึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย และอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาในการได้รับปริมาณโปรตีนไม่เพียงพอ เนื่องจากความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะ

ที่ใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหาร⁽³⁾ การพัฒนาสูตรอาหารเพื่อเพิ่มโปรตีนจากแหล่งโปรตีนที่มีลักษณะเปื่อยยุ่ยจึงเป็นอีกทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้บริโภคโปรตีนในแต่ละวันเพิ่มขึ้น ซึ่งถั่วเป็นแหล่งโปรตีนทางเลือกที่มีปริมาณโปรตีนค่อนข้างสูง และเมื่อนำไปปรุงเป็นอาหารจะมีลักษณะเปื่อยยุ่ย เหมาะสมกับเป็นแหล่งโปรตีนเสริมกับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง⁽⁴⁾ ณ ปัจจุบันจึงมีการนำถั่วชนิดต่าง ๆ มาเป็นวัตถุดิบในการพัฒนาสูตรอาหารสำหรับผู้สูงอายุเช่นถั่วเหลือง

เป็นต้น⁽⁷⁾ ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ได้เลือก ถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และถั่วดำ เนื่องจากถั่วทั้ง 3 ชนิดนี้เป็นถั่วที่หาง่ายในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และยังคงอุดมไปด้วย โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ โยอาหารสูง และสารอาหารอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อร่างกาย⁽⁹⁾ จากการศึกษาพบว่าการทำลาบหมูในสูตรถั่วเหลืองมีปริมาณโปรตีนสูงสุด เนื่องจากถั่วเหลืองมีปริมาณโปรตีนสูงเมื่อเทียบกับถั่วชนิดอื่น⁽¹⁰⁾ โดยพบว่าถั่วเหลืองมีโปรตีนสูงถึง 42.3 กรัม/ถ้วยตวง แต่กลับมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ค่อนข้างต่ำ จึงเหมาะต่อการนำไปพัฒนาสูตรอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁽¹¹⁾ และคาร์โบไฮเดรตที่พบนั้นเป็นกลุ่มโอลิโกแซคคาไรด์ (oligosaccharides) ซึ่งไม่สามารถย่อยได้ด้วยเอนไซม์ในร่างกายมนุษย์ แต่กลับเป็นแหล่งอาหารที่สำคัญของแบคทีเรียกลุ่มโพรไบโอติกในลำไส้ใหญ่⁽¹²⁾ ในส่วนของไขมัน ซึ่งจากการวิเคราะห์จากสูตรลาบหมูผสมถั่วเหลืองนั้น มีปริมาณไขมันสูงที่สุด แต่จากการศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าไขมันจากถั่วเหลืองที่พบนั้นส่วนใหญ่เป็นกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวที่มีพันธะคู่หลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acid) ถึงร้อยละ 46-62 มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่มีพันธะหนึ่งตำแหน่ง (monounsaturated fatty acid) ร้อยละ 19-41 และมีกรดไขมันอิ่มตัว (saturated fatty acid) ร้อยละ 10-15⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังพบปริมาณธาตุเหล็กและแคลเซียมค่อนข้างสูง⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ยิ่งไปกว่านั้นยังพบสารไอโซฟลาโวน (isoflavone) ในถั่วเหลืองปริมาณมาก ซึ่งเป็นสารที่มีประโยชน์กับสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มของสตรี เนื่องจากมีโครงสร้างคล้ายกับฮอร์โมนเอสโตรเจน แต่กลับออกฤทธิ์ไปในทิศทางตรงกันข้าม

ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายของสตรี⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

ในขณะที่สูตรลาบหมูจากถั่วแดงหลวงมีปริมาณกากใยสูงสุด จึงเหมาะกับการนำไปทำอาหารที่ช่วยในเรื่องของการย่อยอาหาร การควบคุมน้ำหนัก ลดความเสี่ยงของอาการท้องผูก และริดสีดวงทวาร ซึ่งโยอาหารเป็นคาร์โบไฮเดรตจากพืชที่ทนต่อการย่อยและดูดซึมในระบบทางเดินอาหารช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ป้องกันและบรรเทาอาการท้องผูก ท้องเสีย ลดความเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน บำรุงเยื่อบุลำไส้ และส่งเสริมการทำงานของแบคทีเรียชนิดดีในลำไส้ใหญ่⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ในถั่วแดงหลวงยังพบกรดอะมิโนหลายชนิดในปริมาณที่สูง เช่น โลซีน ลิวซีน แอสปาร์เตต กลูตาเมต และอาร์จินีน เป็นต้น⁽¹⁹⁾

แต่อย่างไรก็ตาม ในการพัฒนาสูตรลาบหมูในครั้งนี้ พบว่าสูตรที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คือลาบหมูสูตรถั่วดำ ที่มีลักษณะเด่นคือด้านสี มีรสชาติเข้มข้น มัน และเนื้อสัมผัสแน่น ซึ่งจากการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พบว่าลาบหมูสูตรผสมถั่วดำมีปริมาณโปรตีนต่ำที่สุด และมีปริมาณไขมันสูงเป็นอันดับ 2 รองจากลาบหมูสูตรผสมถั่วเหลือง จากข้อมูลสารอาหารที่คนไทยควรได้รับในแต่ละวัน⁽⁶⁾ กำหนดปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับในแต่ละวันสำหรับผู้สูงอายุ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หากผู้สูงอายุมีน้ำหนัก 50 กิโลกรัม ควรได้รับปริมาณโปรตีน 50 กรัมต่อวัน ซึ่งหากบริโภคลาบหมูสูตรถั่วดำ 100 กรัม จะได้รับปริมาณโปรตีน 11.32 กรัม คิดเป็นร้อยละ 22.64

จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าถั่วดำมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อมนุษย์และยังมี

ประโยชน์การป้องกันโรค ต่าง ๆ เนื่องจากมีสารประกอบฟีนอลิก และ แอนโทไซยานินสูง⁽²⁰⁾ ต้านอนุมูลอิสระช่วยปรับปรุงความไวต่ออินซูลินหลังมื้ออาหารในกลุ่มที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและเบาหวานได้⁽²¹⁾ นอกจากนี้สารสำคัญที่พบในถั่วดำยังช่วยบำรุงหัวใจ บำรุงสายตา บำรุงไต ลดไขมันอุดตันในหลอดเลือด กระตุ้นการขับถ่าย เพิ่มประสิทธิภาพระบบภูมิคุ้มกัน⁽²²⁾

จากการศึกษานี้ ลาบหมูสูตรผสมถั่วดำ จะมีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและตอบโจทย์สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร ผู้ต้องการปริมาณโปรตีนสูง และอาจนำไปใช้เป็นโปรตีนทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการบริโภคโปรตีนจากเนื้อสัตว์ในปริมาณน้อย แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ ยังขาดปริมาณพลังงานและสารอาหารอื่นที่จำเป็น ซึ่งในอนาคตควรจะวิเคราะห์ถึง พลังงาน กรดอะมิโน และการต้านอนุมูลอิสระ รวมถึงผลกระทบหากมีการบริโภคในระยะยาวเพิ่มเติม

7. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

2.1 ควรพัฒนาสูตรลาบหมูให้หลากหลายขึ้น โดยปรับรสชาติ เนื้อสัมผัส และคุณลักษณะต่าง ๆ ให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการยอมรับและความพึงพอใจ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาการใช้ถั่วชนิดอื่นเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบผลด้านโภชนาการและรสชาติ

2.2 ใช้วัตถุดิบที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ผักหรือเครื่องปรุงที่ช่วยลดโซเดียม เสริมวิตามินหรือเกลือแร่ต่างๆ

2.3 เพิ่มปริมาณโปรตีนและใยอาหาร พร้อมลดไขมัน เพื่อให้เหมาะกับผู้สูงอายุ

2.4 ศึกษาความชอบในแต่ละภูมิภาคที่มีวัฒนธรรมการบริโภคแตกต่างกัน

2.5 พิจารณารูปแบบผลิตภัณฑ์ที่สะดวกต่อการบริโภค เช่น แบบพร้อมทานหรือบรรจุภัณฑ์ที่เหมาะสมกับแต่ละมื้อ

8. กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความเมตตากรุณาอย่างสูงยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.รัฐพล ไกรกลาง ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องและให้กำลังใจตลอดการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์เบญจามุกตพันธ์ รองศาสตราจารย์ พญ.ประณิธิ หงส ประภาส และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล ชูพานิช ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเป็นประธานและกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์เพื่อใช้ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับ ความรู้และการสนับสนุนตลอดระยะเวลาศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณบิดา - มารดา ที่เลี้ยงดูและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จการ

ศึกษาและขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 (The 2024 Survey of the Older Persons in Thailand). กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข, สหรัฐ เจตมโนรมย์. คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
3. ฉัตรภา หัตถโกศล. โปรตีนกับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/qol/detail/9580000048267>
4. ชาพิยะห์ สะอะ. มะรุม: โปรตีนพืชทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ: Moringa oleifera: Alternative protein for elderly. วารสารวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร. 2565;52(4):27-35.
5. นักสิทธิ์ ปัญโญใหญ่. โปรตีนจากพืช: คุณค่าโภชนาการ โครงสร้าง คุณสมบัติเชิงหน้าที่ และการประยุกต์ใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร. วารสารการเกษตรราชภัฏ. 2563;19(1):61-9.
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. ตารางปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/194515>
7. อุษาพร ภูค์สมาส. ถั่วแดงแหล่งโปรตีนจากพืช. วารสารอาหาร. 2561;48(1):59-62.
8. ปราณีย์ อ่านเปรื่อง. หลักการวิเคราะห์อาหารด้วยประสาทสัมผัส. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
9. เหมือนแพร รัตนศิริ. โภชนาการเพื่อผู้สูงอายุ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2561;11(2):221-8.
10. อัญชลี อุษณาสวรรณกุล, กัญญ์วรา ทองกระจ่าง. การใช้ประโยชน์จากกากถั่วเหลือง: Utilization of okara meal from soymilk production. วารสารวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร. 2565;52(1):24-36.
11. Feinman RD, Pogozelski WK, Astrup A, Bernstein RK, Fine EJ, Westman EC, et al. Dietary carbohydrate restriction as the first approach in diabetes management: Critical review and evidence base. Nutrition. 2015;31:1-13.
12. Messina M. Soy and health update: evaluation of the clinical and epidemiologic literature. Nutrients. 2016;8(12):754.
13. Slavin M, Kenworthy W, Yu LL. Antioxidant properties, phytochemical composition, and antiproliferative activity of Maryland-grown soybeans with colored seed coats. J Agric Food Chem. 2009;57:11174-85.

14. Rizzo NS, Jaceldo-Siegl K, Sabate J, Fraser GE. Nutrient profiles of vegetarian and nonvegetarian dietary patterns. *J Acad Nutr Diet.* 2013;113:1610-9.
15. Davey GK, Spencer EA, Appleby PN, Allen NE, Knox KH, Key TJ. EPIC-Oxford: Lifestyle characteristics and nutrient intakes in a cohort of 33,883 meat-eaters and 31,546 non meat-eaters in the UK. *Public Health Nutr.* 2003;6(3):259-65.
16. Kuiper GG, Carlsson B, Grandien K, Enmark E, Haggblad J, Nilsson S, et al. Comparison of the ligand binding specificity and transcript tissue distribution of estrogen receptors alpha and beta. *Endocrinology.* 1997;138:863-70.
17. Kuiper GG, Lemmen JG, Carlsson B, Corton JC, Safe SH, van der Saag PT, et al. Interaction of estrogenic chemicals and phytoestrogens with estrogen receptor beta. *Endocrinology.* 1998;139:4252-63.
18. จุฬาลักษณ์ เขมาชีวะกุล, เอนก หาลี, วรันธร จันทน์หมุด, สุวิมล บุญโกลม. โยอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระจากเปลือกถั่วและการประยุกต์ใช้ในผลิตภัณฑ์อาหาร. *วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร.* 2561;12(1):183-95.
19. Boye JI, Zare F, Pletch A. Pulse proteins: processing, characterization, functional properties and applications in food and feed. *Food Res Int.* 2010;43:414-31.
20. นิพัฒน์ ลิ้มสงวน, ประมวล ทรายทอง, สุภัคชนม์ คล่องดี. ความสามารถของถั่วชนิดต่างๆ ในการต้านอนุมูลอิสระและส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรียแลคโตบาซิลลัส. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.* 2561;26(5):777-89.
21. Reverri EJ, Randolph JM, Steinberg FM, Kappagoda CT, Edirisinghe I, Burton-Freeman BM. Black beans, fiber, and antioxidant capacity pilot study: examination of whole foods vs. functional components on postprandial metabolic, oxidative stress, and inflammation in adults with metabolic syndrome. *Nutrients.* 2015;7(8):6139-54.
22. สุวภาณี บุญเสน, ณัฐสิมา บุญใบ, สุนา พูลยิ้ม, อัญชิสร สิริทรัพย์เจริญ, พีรพงศ์ งามนิคม, ศิริลักษณ์ สุรินทร์. การพัฒนาผลิตภัณฑ์บราวนี่เพื่อสุขภาพจากถั่วสามสี. *JAppl Res Sci Technol (JARST).* 2564;20(1):30-9.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา
ในระดับอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น

ชนิษฐา สนเทห์¹, ช่อทิพย์ แดงพันธ์^{2*}, สุพัตรา เชาวไวย³

(วันที่รับบทความ: 12 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 30 มิถุนายน 2568, วันที่ตอบรับ 1 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ประชากร คือนักศึกษาชั้นปีที่ 1- 4 จำนวน 2,234 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 106 คน และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2567 - เดือนมกราคม 2568 โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนั้ปิม และแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และ 0.72 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบราวน์ เท่ากับ 0.92 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.24$, $p=0.02$) ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมให้นักศึกษามีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการ และน่าเชื่อถือ รวมถึงควรจัดกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าให้กับนักศึกษา

คำสำคัญ : บุหรี่ไฟฟ้า, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

^{1,2,3}อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Corresponding author: ช่อทิพย์ แดงพันธ์ e-mail : chotip.tan@neu.ac.th

The Relationship between Health Literacy and E-cigarette Use among University Students in Khon Kaen Province

Khanistha Sonthe¹, Chortip Tangpan^{2*}, Supatra Chaowai³

(Received 12th May 2025; Revised : 30th June 2025; Accepted 1st July 2025)

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between health literacy and e-cigarette smoking behavior among students in a higher education institution in Khon Kaen Province. The population in the study was 2,234 first- to fourth-year students. The sample size was 106 people, and Multi-stage random was used. Data were collected during December 2024 - January 2025 using the e-cigarette health literacy assessment form that applied Nutbeam's health literacy concept and the e-cigarette smoking behavior assessment form. The quality of the instruments was checked for content validity of 0.94 and 0.72, and the Cronbach alpha coefficient was 0.92 and 0.72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and analyzed for correlation using Pearson's correlation coefficient. This study found that only the information access skill was negatively associated with e-cigarette use ($r = -0.24$, $p = 0.02$). These findings suggest the need to improve access to reliable information and consider broader environmental factors influencing behavior, It is also recommended that activities be implemented to help develop students' creative communication skills related to e-cigarette issues.

Keywords: E-cigarettes, Health literacy, E-cigarette smoking behavior

^{1,2,3}Faculty of Nursing, Northeastern University

Corresponding author: Chortip Tangpan; e-mail : chotip.tan@neu.ac.th

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้ามียี่ห้อต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพเทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ทั่วไป โดยเฉพาะสารนิโคตินสามารถเข้าสู่ร่างกายผู้สูบได้มากกว่าบุหรี่ธรรมดา 5-9 เท่า ขึ้นอยู่กับปริมาณนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ไฟฟ้า⁽¹⁾ และเมื่อสูบบุหรี่สารนี้จะเข้าสู่ร่างกายไปยังสมองอย่างรวดเร็วเพียง 7 วินาทีเท่านั้น⁽²⁾ สารนิโคตินไม่เพียงส่งผลให้เกิดการเสพติด หากแต่ยังส่งผลต่อสุขภาพร่างกายด้านอื่น ๆ ดังนี้ ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น วิงเวียน ปวดศีรษะ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็ง และเพิ่มการเกาะเป็นก้อนในกระแสเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ ผันผวน ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด ระบบกล้ามเนื้อ เช่น การเสื่อมของกระดูกสันหลังและอาการปวดข้อ ระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ปากแห้ง กรดไหลย้อน นอกจากนี้ในบุหรี่ไฟฟ้ายังมีสารอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น นิกเกิล โครเมียม ที่มีพิษต่อปอด แคดเมียมมีพิษต่อไต เบนซีน อะเซทัลดีไฮด์ ที่เป็นสารก่อมะเร็ง⁽³⁾ ในประเทศไทยผลสำรวจการสูบบุหรี่ ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) เยาวชนไทยที่เริ่มสูบบุหรี่ในครั้งแรกในภาพรวมของทั้งประเทศ คือ 18.5 ปี⁽⁴⁾ ในส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน คือ เพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การที่เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย การขาดความเคร่งครัดบังคับใช้กฎหมายห้ามขายบุหรี่ สภาพแวดล้อมที่เอื้อ ในการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งกลยุทธ์การโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าของ

บริษัทผู้ผลิตผ่านสื่อต่าง ๆ⁽⁵⁾ และจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี2564 พบประชากรไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 78,742 คน เป็นคนที่สูบบุหรี่ทุกวัน 38,018 คน โดยผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน มีอายุระหว่าง 15-24 ปี⁽⁶⁾ และจากผลการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อ้นมอยและคณะ⁽⁷⁾ พบอายุเฉลี่ยของผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า ครั้งแรกคือ 18.28 ปี และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ เพศ สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา คนในครอบครัวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้า การพบเห็นสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคิดที่ดีกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงการศึกษาของช่างและคณะ⁽⁸⁾ และการศึกษาของคิลิฟฟอร์ดและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในประเทศไทยมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น การศึกษาของธนะวัฒน์ รวมสุขและคณะ⁽¹⁰⁾ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

แม้ว่าจะมีข้อมูลและหลักฐานมากมายที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพของบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งรวมถึงสารพิษและนิโคตินที่มีความเข้มข้นสูงกว่าในบุหรี่ทั่วไป อีกทั้งยังพบว่าเยาวชนและวัยรุ่นสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เพื่อนและสื่อโฆษณา อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาระดับ อุดมศึกษายังมีจำนวนจำกัด แต่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษา

ระดับอุดมศึกษานั้น พบว่ายังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประยุกต์ ใช้แนวคิด องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ เช่น ของเบเกอร์ และนัทปิม ซึ่งครอบคลุมทั้งการ เข้าถึงข้อมูล การเข้าใจเนื้อหา การสื่อสาร และ การรู้เท่าทันสื่อ กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้บุหรี่ ไฟฟ้าในกลุ่มเป้าหมายนี้ ยังไม่เป็นที่ศึกษาอย่าง แพร่หลายนอกจากนี้ แม้จะมีงานวิจัยที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทาง ลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั่วไป แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างลึกซึ้งว่าองค์ประกอบเฉพาะของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรู้เท่าทันสื่อ หรือ ทักษะการตัดสินใจ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัย ในประเทศไทยอย่างไร ประกอบการสถานการณ์ การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอัตราที่เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน นักศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการวางแผนแก้ไขปัญหานักศึกษาระดับ อุดมศึกษาต่อไป ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ มีนักวิชาการอธิบายไว้หลายแนวคิด เช่น แนวคิด ของ เบเกอร์ อธิบายว่า บุคคลที่สามารถอ่าน ได้อย่างคล่องแคล่ว ค้นหาข้อมูลและใช้ข้อมูล ในเอกสารให้เป็นประโยชน์อ่านเอกสารหรือ คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือ ศัพท์ทางการแพทย์และเข้าใจได้ง่ายขึ้น เมื่อบุคคลมีความ รอบรู้ทางสุขภาพด้านการอ่านเอกสารที่เกี่ยว กับสุขภาพ (Health-related print literacy) และมีความเข้าใจ ข้อมูลนั้นๆ (Ability to understand written health information) รวมทั้งมีความฉลาดรอบรู้ทางการสื่อสาร ด้วย

การพูด (Health-related oral literacy) และ มีความ สามารถสื่อสารด้วยวาจาเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพ (Ability to orally communication about health) ย่อมส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้ ใหม่ (New knowledge) เกิดทัศนคติทางบวก (Positive attitudes) เกิดการรับรู้ความสามารถ ในตนเองเพิ่มมากขึ้น (Greater self-efficacy) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ไปในทางที่ดีขึ้น (Behavior change)⁽¹¹⁾ ส่วน แนวคิดของ นัทปิม อธิบายองค์ประกอบความ รอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ ความ เข้าใจ(Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4) การจัดการตนเอง (Self management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) โดยนัทปิม ได้จำแนกความรู้ ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับ วิจัยญาณ ทั้งนี้ นัทปิม ได้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวมาจาก สองประเด็นที่ต่างกันระหว่างการดูแลรักษาทาง คลินิก (Clinical Care) และการพัฒนาสุขภาพ ของประชาชน (Public Health) ที่สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยง ต่อการเกิดโรค กล่าวคือ หาก พบบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะพบว่าบุคคลนั้นจะมีการปฏิบัติตัว และการจัดการ ตนเองด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ นักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัด

ขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

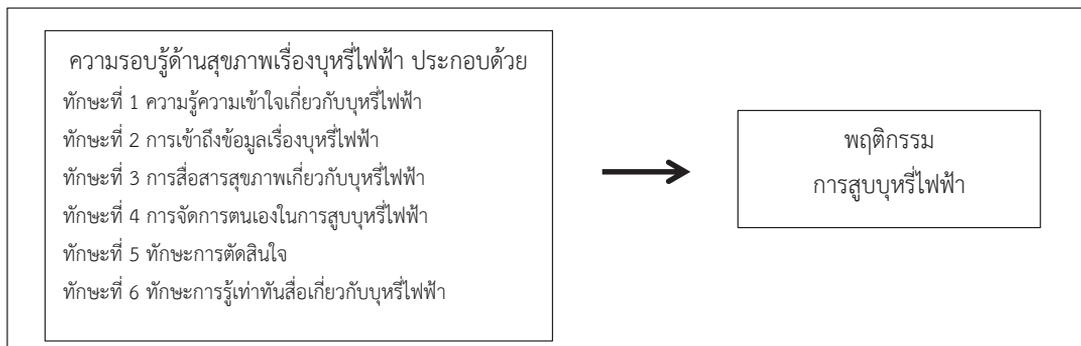
สมมติฐานในการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy conceptual framework) ของ นัทปิม⁽¹²⁾ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยจำแนกความ

รอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ โดยหากพบบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะพบว่าบุคคลนั้นจะมีการปฏิบัติตัว และการจัดการตนเองด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง ในแต่ละระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ทักษะ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้กับการศึกษาเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 2) การเข้าถึงข้อมูลเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า 3) การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 4) การจัดการตนเองในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาทั้ง 6 ทักษะกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดของ นัทปิม⁽¹²⁾

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้ากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1- 4 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีบริบูรณ์ สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 2,234 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2. กำหนดระดับอิทธิพล (Effect size) ที่อ้างอิงจากการศึกษาของ ธนะวัฒน์ รวมสุขและคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ 0.34 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$) อำนาจทดสอบ ($1 - \beta = 0.95$) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 คน เลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1 - 4 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่ยินดีตอบแบบสอบถามออนไลน์

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินของ อูไร จักซ์ตรีมิงคัล⁽¹³⁾ ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้

ทักษะที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ

ทักษะที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 5 ข้อ

ทักษะที่ 3 แบบประเมินการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ทักษะที่ 4 ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ทักษะที่ 5 ด้านทักษะการตัดสินใจ

จำนวน 5 ข้อ

ทักษะที่ 6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ

โดยในแต่ละทักษะมีตัวเลือกแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คิดเป็นค่าคะแนนดังนี้
คะแนน >80% หมายถึง ดีมาก
คะแนน 71-80% หมายถึง ดี
คะแนน 60-70% หมายถึง พอใช้
คะแนน <60% หมายถึง ไม่ดี
เครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เท่ากับ 0.94 ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินการติดนิโคตินของแฟรกสตรอมและสโนเดอร์⁽¹⁴⁾ มีจำนวน 6 ข้อคำถาม แบบเลือกตอบ ข้อ 1-2 มี 4 ตัวเลือก และ ข้อ 3-6 มี 2 ตัวเลือก ในแต่ละตัวเลือกแปรผลเป็นค่าคะแนน เมื่อรวมค่าคะแนนทั้งหมด คิดเป็นระดับการติดนิโคติน ดังนี้ 0-2 คะแนน คือ ติดน้อยมาก

3-4 คะแนน คือ ติดน้อย

5-6 คะแนน คือ ติดปานกลาง

7 คะแนน คือ ติดมาก

8-10 คะแนน คือ ติดมากที่สุด

เครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เท่ากับ 0.72 ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - เดือน

มกราคม 2568 หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์จากคณะบดีจำนวน 5 คณะ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสุ่มเลือกสาขาของคณะนั้น ๆ เมื่อสุ่มได้สาขาแล้ว ทำการสุ่มเลือกชั้นปี เมื่อได้ชั้นปีตามที่กำหนดผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างในชั้นปีนั้น หลังจากนั้นส่ง คิวอาร์ โค้ด (QR code) เพื่อให้ผู้ที่สมัครใจตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผ่านแพลตฟอร์ม Google form จนครบจำนวน 106 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) โดยจะทำการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับหนังสือรับรองเลขที่ 067/2567 ลงวันที่ 21 กันยายน 2567 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล การรักษาความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยจะเป็นผลการวิจัยในภาพรวม ไม่ระบุรายบุคคล เมื่อสิ้นสุดการวิจัยและนำเสนอผลเรียบร้อยแล้ว เอกสารจะถูกทำลายเมื่อครบกำหนดเวลาของการเก็บหลักฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา

สถานภาพทั่วไปของนักศึกษา		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	75.47
	หญิง	26	24.53

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา (ต่อ)

	สถานภาพทั่วไปของนักศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	18 - 22	89	83.96
	23 - 27	13	12.27
	28 - 32	4	3.77

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า เพศชายสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศหญิง โดยมีเพศชาย 80 คน (ร้อยละ 75.47) อายุส่วนใหญ่ อยู่ใน ช่วง 18 -22 ปี มีจำนวน 89 คน (ร้อยละ 83.96)

2. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าค่าคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	\bar{X}	S.D.	ค่าเฉลี่ยของคะแนน/คะแนนเต็ม	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจ	10	8.55	1.69	>80%	ดีมาก
การเข้าถึงข้อมูล	10	7.08	2.22	71-80%	ดี
การสื่อสารสุขภาพ	10	5.79	1.47	<60%	ไม่ดี
การจัดการตนเอง	10	8.05	2.89	>80%	ดีมาก
การตัดสินใจ	10	7.78	2.00	71-80%	ดี
การรู้เท่าทันสื่อ	10	8.24	2.72	>80%	ดีมาก
รวม	60	45.49	10.05	71-80%	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า ทักษะที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.55 (S.D.= 8.55) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ

ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 5.79 (S.D. = 1.47) อยู่ในระดับไม่ดี และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 45.49 (S.D. = 10.05) อยู่ในระดับ ดี

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	ระดับการติดนิโคติน
จำนวนครั้งของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อวัน	0.72	1.22	
ช่วงเวลาของการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าหลังตื่นนอน	0.46	0.97	
ความถี่ของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหลังตื่นนอน	0.23	0.42	
ช่วงเวลาของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่คิดว่าเลวที่สุด	0.80	0.40	
ความรู้สึกอึดอัดกระวนกระวายเมื่อต้องอยู่ในพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่	0.36	0.48	
คิดว่ายังต้องสูบบุหรี่แม้ว่าต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	0.23	0.42	
ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม	2.79	2.32	ติน้อย

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ โดยแต่ละพฤติกรรมปรับเป็นค่าคะแนน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เท่ากับ 2.79 (S.D. = 2.32) แปลผลตามแบบประเมินการติดนิโคติน เท่ากับ ติน้อย

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ความรู้ด้านสุขภาพแต่ละทักษะกับพฤติกรรมโดยรวมของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
ความรู้ความเข้าใจ	0.07	0.50
การเข้าถึงข้อมูล	-0.24	0.02*
การสื่อสารสุขภาพ	0.02	0.84
การจัดการตนเอง	0.09	0.36
การตัดสินใจ	0.05	0.62
การรู้เท่าทันสื่อ	-0.01	0.89
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.07	0.47

*p<0.05

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $(-0.24, 0.02)$ ส่วน ทักษะอื่นๆ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 18 - 22 ปี จากการ ประเมินความรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ดี อธิบายได้ว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับทราบ ข้อมูลเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าทั้งจากการสนทนากับเพื่อน จากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ทางสื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ คลิฟฟอร์ดและคณะ⁽⁹⁾ ที่ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ ทั้งบุหรี่ปริมาณและบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน สุขภาพในระดับดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความ เข้าใจ และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดีมาก อันเนื่องมาจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างแพร่หลาย ทั้งจากภาครัฐ สื่อออนไลน์ และสื่อมวลชน ผลกระทบต่อปอด ระบบหัวใจ และการเสพติด สารนิโคติน ซึ่งทำให้นักศึกษามีความรู้มากขึ้น เห็นได้จากผลจากการศึกษาของเมธชนนท์ ประจวบลาภ, ชนกนารถ บุญวัฒน์กุล, เจษฎากร อังกุลพัฒนาสุข และฐาณิษา

สุขเกษม⁽¹⁵⁾ โดยพบสื่อที่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ใน การศึกษาในระบบเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่าน สื่อออนไลน์ ถึงร้อยละ 81.50 เมื่อเปรียบเทียบกับสื่ออื่น ๆ ทั้งหมดเช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ หรือสื่อบุคคล ที่เข้าถึงเพียงร้อยละ 3.20, 0.60 และ 3.40 ตามลำดับ และเมื่อมีความรู้ความ เข้าใจ และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดีมาก ย่อมส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการ ตนเองอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทักษะการสื่อสาร เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับไม่ดี อาจ เนื่องจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาเป็นเรื่อง ปกติ ทำให้การพูดถึงเรื่องโทษของบุหรี่ไฟฟ้า ถูกมองว่าแตกต่างหรือขัดแย้ง ส่งผลให้เกิด ความลังเลในการสื่อสารสุขภาพ ดังปรากฏใน การศึกษาของ กมลภู ญนอมสัตย์, พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม และพุทธพร อ่อนคำสี⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า นักศึกษา มหาวิทยาลัยมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ 68.38 เมื่อเปรียบเทียบกับทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยที่มีเพียง ร้อยละ 45.55

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในการ คิดคะแนนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ไม่ว่าจะ เป็นจำนวนครั้งของการสูบ ช่วงเวลา ที่สูบ ความถี่ของการสูบ ช่วงเวลาการสูบที่คิดว่า เลิกยาก ความรู้สึกอัดอั้นเมื่ออยู่ในพื้นที่ห้ามสูบ หรือแม้กระทั่งคิดว่ายังสูบเมื่อต้องรับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล หากค่าคะแนนพฤติกรรมการสูบในข้อนั้น ๆ ไม่ถึงเกณฑ์ จะนับเป็นศูนย์ คะแนน หากถึงเกณฑ์จะนับเป็นหนึ่งหรือ สอง คะแนนและจากการศึกษาส่วนใหญ่คะแนน ไม่ถึงเกณฑ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมจึงพบว่า ระดับของการติดยาเสพติดอยู่ในระดับที่น้อย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีทักษะการเข้าถึงข้อมูล ที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ตดี ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูงกว่า มักจะมีแนวโน้มในการหลีกเลี่ยงหรือไม่แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ส่วนทักษะอื่น ๆ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าดีมาก โดยทราบถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อดีมาก มีความสามารถในการตัดสินใจดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ซางและคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาในประชาชนชนจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศจีน อายุ 15 - 65 ปี โดยพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการศึกษาของคลิฟฟอร์ดและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารที่มากมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับอัตราการสูบบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ค⁽¹⁷⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าทักษะการเข้าถึงข้อมูลเรื่องบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ดังนั้น สถาบันการศึกษา กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมให้มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะแหล่งข้อมูลในสื่อออนไลน์ที่มีความใกล้ชิดกับเยาวชนอย่างมาก

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับ ไม่ดี ดังนั้นสถาบันการศึกษา กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ ควรมีการจัดกิจกรรมที่พัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าให้กับนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. กรมควบคุมโรคควรส่งเสริมและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เช่นทัศนคติ ค่านิยมทางสังคม อิทธิพลของสื่อออนไลน์ และการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2. กรมควบคุมโรคควรส่งเสริมและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ ควรพัฒนามาตรการที่ไม่เน้นเพียงการให้ข้อมูลแต่ควรคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยและนักศึกษาในมหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมเด็จ ภิมายกุล และกนกวรรณ คชสิทธิ์. ทศนคติและพฤติกรรมกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ากับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(3):30-43.
2. ทิพรรัตน์ บุญมา, บุญวัฒน์ สว่างวงศ์ และวันจักร์ น้อยจันทร์. ทศนคติของนักศึกษาต่อการสูบบุหรี่หรือเลิกทอริกส์ และบุหรีมวน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา. 2564;9(1) :202-15.
3. ฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ, วศิน พิพัฒน์ฉัตร และ Stephen Harmann. ภัยร้าย ซ่อนเร้น บุหรีไฟฟ้า (Hidden Dangers of E-cigarette). กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคังการพิมพ์; 2562.
4. กัลยรัตน์ เมธาธิวสุกุล, สุชาติ คำปลิว, สุปรานี ธรฤทธิ์ และอัญชลีพร ศิริ (บรรณาธิการ). รายงานประจำปี 2566. กลุ่มสื่อสารและพัฒนาองค์กร กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรมควบคุมโรค.
5. วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา, พิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียน, พัชรนันท์ รัตนภาค, ชุตินา ปัญญาพินิจนูกร, ทรงพร จันทร์พัฒน์ และสัมพันธ์ มณีรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรีในสถานศึกษาของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;8(1):109-18.
6. มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี. รวมพลังภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบ 20 จังหวัดภาคอีสาน ร่วมประกาศเจตนารมณ์ “คนอีสานไม่เอาบุหรีไฟฟ้า”. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2567]; เข้าถึงได้จาก [http://www. as hthailand .or.th](http://www.as hthailand .or.th).
7. พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, อาทิตยา บัวเรือง, ชนดา พาโพนงาม, ธิดา จันทร์รุ่งเรือง, นฤมล ลาวน้อย และอัมพวัน บุญรอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรีไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31 (2):s197-s205.
8. Zhang X, Zhang X, Zhang S, Ge L, Xu Y, Yao D, et al. The association between health literacy and e-cigarette use: evidence from Zhejiang, China. Front. Public Health. 2024; 11:1321457. doi: 10.3389/fpubh.2023.1321457.
9. Clifford J.S., Lu J., Blondino C.T., Do E.K., Prom-Wormley E.C. . The association between health literacy and tobacco use: results from a nationally reopresentative survey. Journal of community health. 2022;47:63-70.
10. ธนะวัฒน์ รวมสุข, สุรินธร กลัมพากร, ทศนีย์ รวีวรกุล, ทศนีย์ อรรถารส, อารยา ทิพย์วงศ์, นภิสสรฯ อีระเนตร และ จิราภรณ์ อนุชา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมกาสูบบุหรีของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษากรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(2):357-63.

11. สุพัตรา เชาวไวย, กิตติพงษ์ พลทิพย์, วิราพร สีสุนทร, จีรวรรณ ชาประดิษฐ์, ชุมศรี ตันเกตุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):11-20.
12. รัฐชญา ล่องแข่ง, เสาวรส ยิ่งวรรณ และวัลลยา ธรรมอภิบาล อินทนิล. การพัฒนาเครื่องวัดวัดความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารครุพิบูล. 2560;4(2):93-111.
13. อุไร จักษ์ตรีมงคล. การพัฒนาแบบประเมินออนไลน์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่สำหรับเยาวชน. The Thai Journal of Public Health. 2565;52(1):44-56.
14. Fagerstrom K-O, & Schneider NG, Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine. 1989;12(2):159-82.
15. เมธชนนท์ ประจวบลาภ, ชนกนารถ บุญวัฒน์กุล, เจษฎากร อังกุลพัฒนาสุข, ฐาณิษา สุขเกษม. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: แนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ. กรุงเทพฯ: สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย; 2566.
16. กมลภุ ถนอมสัตย์, พนิดนันท์ แซ่ลิ้มและพุทธร อ่อนคำสี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567; 16(1):81-90.
17. Marx JM, Miller A, Locke J, & Frazier E. Perception of cigarettes and e- cigarettes: Does health literacy matter? Journal of American College Health. Advance online publication. 2021;https://doi.org/10.1080/07448481. 2021.1979008.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิวัฒน์ ขอบดี

(วันที่รับบทความ: 6 มิถุนายน 2568, วันที่แก้ไข: 2 กรกฎาคม 2568, วันที่ตอบรับ 3 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ศึกษาปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากบุคลากรในกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 95 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยและประสิทธิผลของการควบคุมภายใน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการควบคุมภายในใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.42 อายุเฉลี่ย 40.75 ± 8.06 ปี โดยส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 30–39 ปี ร้อยละ 43.16 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 56.84 ส่วนใหญ่ตำแหน่งงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 63.16 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.07 ± 7.11 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6–10 ปี ร้อยละ 35.79 ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการภาพรวมอยู่ในระดับสูง ประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยการควบคุมภายใน ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และ ด้านการติดต่อสื่อสาร มีผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายได้ ร้อยละ 76.9 ($R^2 = 0.769$) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การจัดระบบระเบียบที่ชัดเจน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจสำคัญของระบบควบคุมภายในที่ดี และหากหน่วยงานสามารถยกระดับสองด้านนี้ได้อย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้การควบคุมภายในมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นในระยะยาว

คำสำคัญ : ประสิทธิผลการควบคุมภายใน, ปัจจัยการควบคุมภายใน, กองตรวจราชการ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author, e-mail: wichmm@gmail.com

**Factors Affecting the Effectiveness of Internal Control of the Inspection
Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health**

Wiwat Chobdee

(Received 6th June 2025; Revised : 2nd July 2025; Accepted 3rd July 2025)

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive study aiming to examine (1) the effectiveness of internal control of the Inspection Division, (2) the internal control factors, and (3) the factors affecting the effectiveness of internal control within the Inspection Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Data were collected using questionnaires from 95 personnel within the Inspection Division. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to describe respondents' general information and their levels of opinion toward internal control factors and control effectiveness. Inferential statistics, specifically multiple regression analysis, were employed to analyze the factors affecting internal control effectiveness.

The findings revealed that most respondents were female (88.42%) with an average age of 40.75 ± 8.06 years. The majority were aged between 30–39 years (43.16%), held a bachelor's degree (56.84%), worked as civil servants (63.16%), and had an average length of service of 10.07 ± 7.11 years. Overall, internal control factors and the effectiveness of internal control within the Inspection Division were rated at a high level. Among the internal control factors, “Rules, Regulations, and Compliance” and “Communication” had a statistically significant effect on internal control effectiveness (p -value < 0.05), The model explained 76.9% of the variance ($R^2 = 0.769$). The results indicate that having clear, well-structured rules and efficient communication mechanisms are key contributors to effective internal control systems. Continuous improvement in these two areas can significantly enhance the overall internal control performance in the long run.

Keywords: Internal Control Effectiveness, Internal Control Factors, Inspection Division

Policy and Planning Specialist Inspection Division, Ministry of Public Health

Corresponding author, e-mail: wichmm@gmail.com

บทนำ

การควบคุมภายใน (Internal Control) เป็นกระบวนการที่สำคัญในการบริหารจัดการภาครัฐที่มุ่งเน้นความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การมีระบบควบคุมภายในที่ดีและเข้มแข็งจะช่วยให้หน่วยงานภาครัฐสามารถดำเนินงานได้อย่างรัดกุม บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร และสามารถจัดการกับความเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽¹⁾ ระบบควบคุมภายในไม่ได้ครอบคลุมเพียงแค่เรื่องของการเงินเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการควบคุมการดำเนินงาน การปฏิบัติตามระเบียบกฎหมาย และการรายงานข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำอีกด้วย องค์ประกอบสำคัญของระบบควบคุมภายในตามแนวทาง Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission : COSO) ได้แก่ สภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ระบบควบคุมภายในจะมีประสิทธิภาพได้ก็ต่อเมื่อมีการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องจากผู้บริหารระดับสูงลงไปถึงบุคลากรระดับปฏิบัติการ⁽²⁾

งานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลในหน่วยงานภาครัฐขึ้นอยู่กับการบูรณาการของหลายปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) การจัดโครงสร้างองค์กร ซึ่งต้องมีความชัดเจนในด้านอำนาจหน้าที่ การแบ่งงาน และสายบังคับบัญชาอย่างเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและตรวจสอบได้ 2) การพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะด้านทักษะวิชาชีพ ความ

รู้ด้านกฎระเบียบ และจริยธรรม ที่ช่วยเสริมความแม่นยำในการปฏิบัติงาน 3) กฎ ระเบียบ และข้อบังคับ ที่มีความชัดเจน ครบคลุม และทันสมัย ช่วยกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและโปร่งใส 4) การติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพทั้งในแนวตั้งและแนวนอน ช่วยให้บุคลากรเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ลดความคลาดเคลื่อนในการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร และ 5) การติดตามประเมินผล ซึ่งช่วยตรวจสอบและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สะท้อนความพร้อมในการบริหารความเสี่ยง⁽³⁾ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านทรัพยากร เช่น งบประมาณ เทคโนโลยี และระบบข้อมูลที่ทันสมัย ซึ่งเป็นตัวช่วยในการเสริมสร้างระบบควบคุมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การศึกษาปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบควบคุมภายในได้อย่างตรงจุด และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในระบบการบริหารจัดการของกระทรวง โดยมีหน้าที่หลักในการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานเหล่านั้นเป็นไปตามนโยบายยุทธศาสตร์ และแผนงานของกระทรวงฯ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินการตรวจราชการในปัจจุบันไม่ได้เป็นเพียงการประเมินผลเท่านั้น แต่ยังเน้นการให้คำแนะนำเชิงระบบ และการพัฒนาองค์ความรู้

แก่หน่วยงานในสังกัดเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น ระบบควบคุมภายในของกองตรวจราชการเองจึงต้องมีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถบริหารจัดการ ตรวจสอบ และสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา กองตรวจราชการได้มีการปรับปรุงแผนการดำเนินงานและวิธีการตรวจราชการให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสารสนเทศ และความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้นต่อคุณภาพของบริการสาธารณสุข⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษารายงานการตรวจสอบภายในของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผลการติดตามของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พบว่า ระบบควบคุมภายในของหลายหน่วยงานยังมีจุดอ่อนและข้อจำกัดที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่ การขาดบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านการควบคุมภายใน การไม่มีระบบติดตามและประเมินผลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง การจัดเก็บเอกสารหรือข้อมูลที่ไม่เป็นระเบียบ รวมถึงการขาดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในทุกระดับ สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลให้การควบคุมภายในไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการดำเนินงาน ความล่าช้าในการบรรลุวัตถุประสงค์ หรือแม้แต่การเกิดความเสียหายทางการเงินและภาพลักษณ์ขององค์กร การควบคุมภายในที่ดีจึงไม่ใช่เพียงแค่การมีนโยบายหรือระเบียบที่ชัดเจนเท่านั้น แต่ต้องนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีระบบติดตามผล และมีการปรับปรุง

อย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระบบควบคุมภายในของกองตรวจราชการ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น ทั้งในแง่ของการบริหารจัดการภายใน การกำกับดูแล และการตรวจสอบงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายในการวางระบบควบคุมภายในของกองตรวจราชการ และขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีภารกิจคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ยังสามารถเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของกระทรวงฯ ในสายตาของประชาชน และยกระดับคุณภาพการบริหารงานภาครัฐให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และทันสมัยสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยในปัจจุบันและอนาคต

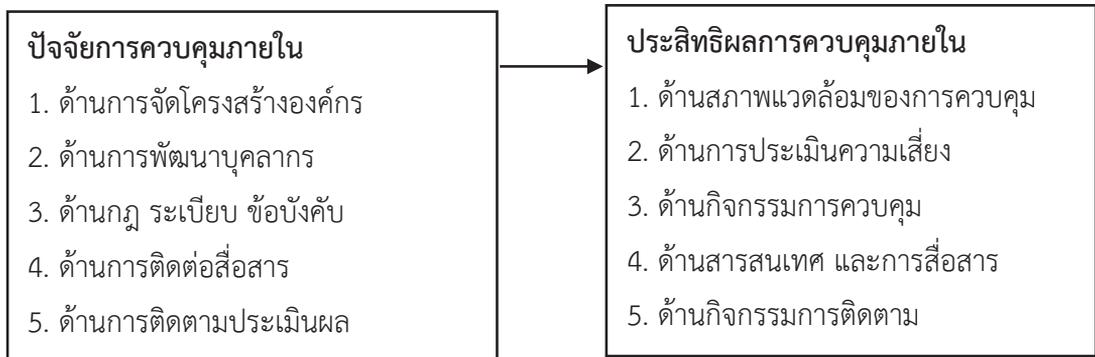
วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้อาศัยแนวคิดจากการรอบ การควบคุมภายในของ COSO และแนวทางการ ประเมินระบบควบคุมภายในของกระทรวงการ คลังเป็นแนวทางการศึกษาโดยกำหนดตัวแปร ต้นคือปัจจัยการควบคุมภายใน ได้แก่ การ จัดโครงสร้างองค์กร การพัฒนาบุคลากร กฎ

ระเบียบ ข้อบังคับ การติดต่อสื่อสาร และการ ติดตามประเมินผล ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพ การควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของการควบคุม การประเมิน ความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศ และ การสื่อสาร และกิจกรรมการติดตาม กำหนด กรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิง พรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม จากบุคลากรในกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรในกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงาน ในกลุ่มงานยุทธศาสตร์ กลุ่มงานอำนวยการ กลุ่มงานประเมินผล กลุ่มงานรับเรื่อง ร้องเรียน กลุ่มงานพัฒนาระบบราชการ กลุ่ม งานตรวจราชการ (เขตสุขภาพที่ 1-13) และ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล รวมทั้งสิ้น

117 คน⁽⁴⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้จาก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan⁽⁵⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 86 คน เนื่องจาก การศึกษาที่ใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง จะได้รับแบบสอบถามคืนประมาณ ร้อยละ 90⁽⁶⁾ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 (จำนวน 9 คน) เพื่อทดแทนใน กรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบไม่ครบถ้วนหรือ ไม่ส่งแบบสอบถามกลับ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง ที่เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ 95 คน โดย ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามเป็นแบบตัวเลือกและเติมข้อความ ประกอบไปด้วยได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการควบคุมภายใน จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร จำนวน 5 ข้อ ด้านการพัฒนาบุคลากร จำนวน 5 ข้อ ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ จำนวน 5 ข้อ ด้านการติดต่อสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ และด้านการติดตามประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามปลายปิดมีมาตราส่วนการประมาณค่า Rating scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 5-1 ตามลำดับ การแปลความหมายปัจจัยการควบคุมภายใน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best และ Kahn⁽⁷⁾ คือค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึงระดับต่ำ 2.34-3.66 หมายถึงระดับปานกลาง 3.67-5.00 หมายถึงระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิผลของการควบคุมภายใน จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบของ COSO ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม จำนวน 5 ข้อ ด้านการประเมินความเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ ด้านกิจกรรมการควบคุม จำนวน 5 ข้อ ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ และด้านกิจกรรมการติดตามผล

จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามปลายปิดมีมาตราส่วนการประมาณค่า Rating scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 5-1 ตามลำดับ การแปลความหมายปัจจัยการควบคุมภายใน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best และ Kahn⁽⁷⁾ คือค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึงระดับต่ำ 2.34-3.66 หมายถึงระดับปานกลาง 3.67-5.00 หมายถึงระดับสูง

การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือ (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษาของแบบสอบถาม เพื่อให้แบบสอบถามมีความชัดเจนด้านภาษา ความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Consistency Index : IOC)⁽⁸⁾ แบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ มีค่า IOC 0.67-1 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับสำนักงานเขตสุภาพที่ 13 ซึ่งมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม⁽⁸⁾ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามประสิทธิผลการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามปัจจัยการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยและประสิทธิผลของการควบคุมภายในใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Backward

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่โครงการ 127 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2568 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ และได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และการให้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา โดยแบบสอบถาม มีการ

ระบุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน ได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างว่ายินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ใช้วิธีการบังคับ ชูเชื้อ หลอกหลวง และเก็บข้อมูลเป็นความลับนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบเชิงลบกับกลุ่มตัวอย่างที่อาสาเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป จากการรวบรวมข้อมูลมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 95 คน ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.42 อายุเฉลี่ย 40.75 ± 8.06 ปี โดยส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 43.16 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 56.84 ส่วนใหญ่ตำแหน่งงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 63.16 รองลงมาคือพนักงานราชการ ร้อยละ 28.42 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.07 ± 7.11 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี ร้อยละ 35.79 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=95)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		11	11.58
หญิง		84	88.42
อายุ			
20-29 ปี		5	5.27
30-39 ปี		41	43.16

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=95) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
40-49 ปี	36	37.89
50 ปี ขึ้นไป	13	13.68
$\bar{X} \pm S.D.$	40.75 \pm 8.06	
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา/ปวส.	4	4.21
ปริญญาตรี	54	56.84
ปริญญาโท	37	38.95
ตำแหน่งงาน		
ข้าราชการ	60	63.16
พนักงานราชการ	27	28.42
ลูกจ้างประจำ	8	8.42
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	33	34.74
6-10 ปี	34	35.79
11-20 ปี	12	12.63
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	16	16.84
$\bar{X} \pm S.D.$	10.07 \pm 7.11	

ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างองค์กรด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการติดตามประเมินผล ผลการประเมินปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ พบว่าปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.05$) เมื่อ

พิจารณาแต่ละด้านโดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยพบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.14$) รองลงมาคือด้านการจัดโครงสร้างองค์กรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.05$) ด้านการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.03$) ด้านการพัฒนาบุคลากรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.02$) และด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ภาพรวม (n=95)

ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ภาพรวม	\bar{X}	S.D.	แปรผล
ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร	4.05	0.58	ระดับสูง
ด้านการพัฒนาบุคลากร	4.02	0.58	ระดับสูง
ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ	4.01	0.56	ระดับสูง
ด้านการติดต่อสื่อสาร	4.14	0.60	ระดับสูง
ด้านการติดตามประเมินผล	4.03	0.59	ระดับสูง
ภาพรวม	4.05	0.54	ระดับสูง

ประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านกิจกรรมการควบคุม ด้านสารสนเทศ และการสื่อสาร และด้านกิจกรรมการติดตาม ผลการศึกษาประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ พบว่า ประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.03$) เมื่อ

พิจารณาแต่ละด้านโดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านกิจกรรมการติดตาม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.08$) รองลงมาคือ ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.04$) ถัดมาคือ ด้านการประเมินความเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.02$) และด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.01$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านกิจกรรมการควบคุม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.99$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ภาพรวม (n=95)

ประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ภาพรวม	\bar{X}	S.D.	แปรผล
ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม	4.01	0.59	ระดับสูง
ด้านการประเมินความเสี่ยง	4.02	0.59	ระดับสูง
ด้านกิจกรรมการควบคุม	3.99	0.58	ระดับสูง
ด้านสารสนเทศ และการสื่อสาร	4.04	0.60	ระดับสูง
ด้านกิจกรรมการติดตาม	4.08	0.60	ระดับสูง
ภาพรวม	4.03	0.57	ระดับสูง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างองค์กรด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการติดตามประเมินผล กับประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการติดตาม

ประเมินผล ซึ่งมี 2 ตัวแปร จากทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ (X_3) และด้านการติดต่อสื่อสาร (X_4) มีผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปร $R=0.877$ และ $R^2=0.769$

โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยพหุคูณสามารถเขียนสมการคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$\widehat{ZY} = 0.500 (ZX_3) + 0.280 (ZX_4)$$

$\widehat{ZY} = 0.500$ (ปัจจัยการควบคุมภายใน ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ) + 0.280 (ปัจจัยการควบคุมภายใน ด้านการติดต่อสื่อสาร) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0.267	0.226		1.182	0.240
(X_1) ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร	-0.262	0.192	-0.265	-1.361	0.177
(X_2) ด้านการพัฒนาบุคลากร	0.244	0.240	0.246	1.016	0.312
(X_3) ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ	0.514	0.183	0.500	2.815	0.006*
(X_4) ด้านการติดต่อสื่อสาร	0.267	0.071	0.280	3.747	0.000*
(X_5) ด้านการติดตามประเมินผล	0.167	0.171	0.172	0.976	0.332

$R=0.877$ $R^2=0.769$ Adjusted R Square=0.756 Std. Error of the Estimate=0.282

อภิปรายผลการศึกษา

ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการควบคุมภายในของกองตรวจราชการในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากองตรวจราชการมีระบบการควบคุมภายในที่เข้มแข็งในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านการสื่อสารภายในองค์กร การจัดโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบการติดตามประเมินผลที่เป็นระบบ การส่งเสริมบุคลากร รวมถึงระเบียบข้อบังคับที่ชัดเจน แม้จะมีลำดับความโดดเด่นแตกต่างกันไปตามค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน แต่ทุกองค์ประกอบยังคงอยู่ในระดับที่ดีมาก และสามารถเป็นกลไกที่ช่วยให้การดำเนินงานของหน่วยงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนะ อินโซ และ มัตธิมา กรงเด็น⁽⁹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยการควบคุมภายในอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสารสนเทศและการสื่อสารซึ่งเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด นอกจากนี้ ยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนศักดิ์ กุศลสร้าง และ พรทิวา แสงเขียว⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยการควบคุมภายใน ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม การติดตามประเมินผล และการสื่อสาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ถูกประเมินอยู่ในระดับสูงเช่นกัน อีกทั้งยังสะท้อนแนวคิดตามกรอบการควบคุมภายในของ COSO⁽²⁾ ซึ่งระบุว่าระบบควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมควบคุมสารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามผล ผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน สะท้อนถึงความเป็นองค์กรร่วมที่ส่งเสริม

ประสิทธิภาพองค์กรในเชิงระบบ อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบกับงานของอมรรัตน์ โคบุตร⁽¹¹⁾ ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยปัจจัยควบคุมภายในอยู่ในระดับเพียงปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าความเข้มแข็งของระบบควบคุมภายในนี้อาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน โดยเฉพาะในเรื่องของการจัดโครงสร้าง การบังคับบัญชา หรือวัฒนธรรมองค์กร โดยสรุปผลการประเมินในภาพรวมของงานวิจัยนี้แสดงถึงความสำเร็จของกองตรวจราชการในการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่เป็นระบบ มีความครอบคลุม และสามารถสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรให้เป็นไปตามเป้าหมายและหลักธรรมาภิบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ จากผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของการควบคุมภายในของกองตรวจราชการในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมการติดตาม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานให้ความสำคัญกับกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเชิงระบบและเอกสาร ซึ่งช่วยให้สามารถปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงานได้อย่างทันเวลาและเป็นระบบ รองลงมาคือด้านสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งแสดงถึงความสามารถขององค์กรในการใช้เทคโนโลยีและการบริหารข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจและการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานของ วัฒนะ อินโซ และ มัตธิมา กรงเด็น⁽⁹⁾ พบว่าปัจจัยด้านกิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับ

สูง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงบทบาทของกิจกรรมติดตามและสารสนเทศในการยกระดับประสิทธิผลขององค์กรอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนศักดิ์ กุศลสร้าง และ พรทิวา แสงเขียว⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยด้านการติดตามและประเมินผล รวมถึงด้านสารสนเทศและการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งสนับสนุนว่าการควบคุมภายในที่เน้นระบบติดตามที่เข้มแข็งจะช่วยเสริมประสิทธิภาพขององค์กรโดยรวมได้ในขณะเดียวกันด้านกิจกรรมการควบคุมแม้จะได้รับการประเมินในระดับสูง แต่กลับมีค่าน้อยที่สุด ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการควบคุมเฉพาะกิจ เช่น การควบคุมงบประมาณ การวางแผนปฏิบัติงานในระดับล่าง หรือการกำหนดมาตรการควบคุมภายในบางประเด็นที่ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติให้มีความต่อเนื่องและเข้มงวดมากขึ้น ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับแนวคิด COSO⁽²⁾ ที่กำหนดว่าประสิทธิผลของการควบคุมภายในควรเกิดจากการดำเนินงานตามองค์ประกอบหลักทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมควบคุม สารสนเทศ และการสื่อสาร และการติดตาม ซึ่งทุกด้านในผลการศึกษานี้ อยู่ในระดับสูง แสดงถึงระบบการบริหารที่มีกลไกการควบคุมรอบด้าน และสามารถขับเคลื่อนเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมภายในของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัด

กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และด้านการติดต่อสื่อสาร โดยทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของระบบการควบคุมภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการควบคุมภายในได้ถึงร้อยละ 76.9 ($R^2 = 0.769$) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่าเมื่อหน่วยงานมีการบริหารจัดการด้านระเบียบข้อบังคับที่ชัดเจนและระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของระบบควบคุมภายในในภาพรวม ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานของ วัฒนะ อินไช และ มัตติมา กรงเด็น⁽⁹⁾ พบว่าด้านสารสนเทศและการสื่อสาร รวมถึงกิจกรรมควบคุม เป็นตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารงบประมาณขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่ยืนยันว่าด้านการติดต่อสื่อสารเป็นตัวแปรสำคัญต่อความสำเร็จของการควบคุมภายใน เช่นเดียวกับงานของ ธนศักดิ์ กุศลสร้าง และ พรทิวา แสงเขียว⁽¹⁰⁾ ที่ชี้ว่าด้านกฎ ระเบียบ และข้อบังคับ รวมถึงการสื่อสาร มีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการดำเนินงานขององค์กรและคุณภาพของการควบคุมภายใน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการวิเคราะห์ของกองตรวจราชการในครั้งนี้ ในส่วนของด้านอื่น ๆ ที่ไม่พบว่าเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร ด้านการพัฒนาบุคลากร และด้านการติดตามประเมินผล แม้จะได้รับการประเมินอยู่ในระดับสูง แต่ไม่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของระบบการควบคุมภายในในทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนว่า ปัจจัยเหล่านี้มีผลในเชิงสนับสนุน หรืออาจส่งผลในทางอ้อม

ผ่านการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานมากกว่าจะมีผลต่อผลลัพธ์โดยตรง ผลการวิจัยนี้ยัง สอดคล้องกับแนวคิดของ COSO⁽²⁾ ที่ระบุว่า "สารสนเทศและการสื่อสาร" เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการควบคุมภายในที่ช่วยเชื่อมโยงวัตถุประสงค์ กระบวนการ และผลลัพธ์ขององค์กรเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ "กฎ ระเบียบ และข้อบังคับ" ถือเป็นพื้นฐานของการดำเนินงานที่รัดกุมและตรวจสอบได้ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดและการทุจริตได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การจัดระบบระเบียบที่ชัดเจน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญของระบบควบคุมภายในที่ดี และหากหน่วยงานสามารถยกระดับสองด้านนี้ได้อย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้การควบคุมภายในมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะในกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสรุปอ้างอิงไปยังหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ได้อย่างจำกัด

2) ข้อจำกัดของเครื่องมือแบบสอบถามแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจมีข้อจำกัดด้านการตีความของผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากความเข้าใจในถ้อยคำหรือระดับคะแนนอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรเสริมสร้างระบบการติดต่อสื่อสารภายในองค์กร ให้มีความทันสมัย เข้าถึงง่าย และรองรับการสื่อสารได้ทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถรับรู้แนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจนและทันเวลา

2) ควรปรับปรุงและทบทวนกฎระเบียบ และข้อบังคับภายใน ให้มีความชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน และสอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานที่ถูกต้องและตรวจสอบได้

3) จัดให้มีระบบติดตามและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ พร้อมรายงานผลต่อผู้บริหารในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เพื่อการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันการณ์

4) ส่งเสริมให้มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการควบคุมภายในเฉพาะด้าน ที่สามารถนำไปใช้จริงในแต่ละหน่วยย่อย เพื่อให้บุคลากรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการควบคุมความเสี่ยงต่างๆ

5) ควรมีจัดสรรงบประมาณสนับสนุนสำหรับการดำเนินงานด้านการควบคุมภายในอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะงบประมาณที่ใช้ในการฝึกอบรมบุคลากร การจัดทำระบบตรวจสอบภายใน และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การควบคุมภายในมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรขยายการศึกษาปัจจัยการควบคุมภายในไปยังหน่วยงานอื่นในกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานรัฐประเภทต่าง ๆ

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย

2) ควรศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยภายในองค์กรกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยเน้นการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม

3) ควรพิจารณาเก็บข้อมูลจากทั้งฝ่ายปฏิบัติการและฝ่ายบริหารในระดับสูง เพื่อให้การประเมินมีความหลากหลายของมุมมอง และครอบคลุมทั้งนโยบายและการปฏิบัติจริงหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการตรวจราชการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการคลัง. มาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: <https://office.dpt.go.th/stdpt/th/standard>
- Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO). Internal control - integrated framework. New York: COSO; 2013.
- สุพัตรา บุญโญปกรณ์, จุฑามน สิทธิผลวนิชกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมภายในที่ดีในหน่วยงานของรัฐ: กรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. วารสารธรรมศาสตร์. 2562;38(2):126-48.
- กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://inspection.moph.go.th/about.php?page_id=10c866920d6df91f528e3881dddb321 https://inspection.moph.go.th/about.php?page_id=10c866920d6df91f528e3881dddb321
- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
- Memon AA, Adil SE e R, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K. Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study. BMC Res Notes. 2012 Feb 1;5(1):84.
- Best JW, Kahn JV. Educational research. 5th ed. New York: Prentice Hall; 1981.
- วนิดา วาตีเจริญ, รังสรรค์ เลิศในสัตย์, สมบัติร ที่ชทรัพย์. ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัดมหาชน; 2560.
- วิวัฒน์ อินไข, มัตติมา กรงเต็น. การควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากระทรวงศึกษาธิการ. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2567;4(3):803-18.

10. ธนศักดิ์ กุศลสร้าง, พรทิวา แสงเขียว. ปัจจัยการควบคุมภายในที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของนักบัญชีและผลการดำเนินงานขององค์กรในภาคตะวันตกของประเทศไทย. *Journal of Modern Learning Development*. 2565;7(11):195-211.
11. อมรรัตน์ โคบุตร. ปัจจัยการควบคุมภายในที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการควบคุมภายในของสำนักงานสรรพากรภาค 1 ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*. 2564;6(1):396-411.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย
กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ยุภาวดี พิมพโมทย์

(วันที่รับบทความ: 7 มิถุนายน 2568, วันที่แก้ไข: 4 กรกฎาคม 2568, วันที่ตอบรับ 7 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การหมดอายุของยาเป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการสุขภาพของไทย โดยกลุ่มยาเฉพาะราย ก็มีแนวโน้มการหมดอายุสูง เนื่องจากปริมาณการใช้ที่ไม่เหมาะสมและการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 32 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการในเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.75 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 46.88 จบปริญญาตรี ร้อยละ 87.50 และทำงานมากกว่า 11 ปี ร้อยละ 68.76 โดยปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ร้อยละ 46.88 โดยมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยา ร้อยละ 90.63 และการเฝ้าระวังยาหมดอายุ ร้อยละ 71.88 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean = 9.28, S.D.=0.73) ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean = 4.33, S.D.=0.38) ระดับการรับรู้ประโยชน์ (mean = 4.32, S.D.=0.42) การมีส่วนร่วม (mean = 3.87, S.D.=0.37) และความพึงพอใจ (mean = 4.28, S.D. = 0.38) ของบุคลากรอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ ไคสแควร์พบว่า ตำแหน่งงานและบทบาทในกระบวนการจัดเก็บยาในคลังมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการยาเฉพาะรายที่มีระบบความรู้ การเฝ้าระวัง และบทบาทของบุคลากรที่ชัดเจน มีส่วนสำคัญในการลดปัญหายาหมดอายุในโรงพยาบาลภาครัฐ

คำสำคัญ: ยาหมดอายุ, การจัดการยาเฉพาะราย, บุคลากรเภสัชกรรม, โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, การประเมินประสิทธิภาพ

เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Corresponding author: ยุภาวดี พิมพโมทย์, e-mail: yupawadee4435@gmail.com

Factors Associated with the Effectiveness of Personalized Medication Management : A Case Study of Kalasin Hospital

Yupawadee Pimpamote, B.Pharm.

(Received 7th June 2025; Revised : 4th July 2025; Accepted 7th July 2025)

Abstract

The expiration of medications represents a critical challenge within Thailand's healthcare system, particularly among personalized or patient-specific medications, which tend to have a higher risk of expiration. This issue is often attributed to inappropriate usage patterns and inefficiencies in medication management processes. The present study aims to investigate the factors associated with the effectiveness of personalized medication management at Kalasin Hospital. A cross-sectional descriptive research design was employed. The study population comprised 32 pharmacy personnel working at Kalasin Hospital, selected through purposive sampling. Data were collected using a structured questionnaire during the period of April to May 2025.

The research findings revealed that the majority were female (93.75%), aged 31-40 years (46.88%), held a bachelor's degree (87.50%), and had more than 11 years of work experience (68.76%). They primarily worked in inpatient pharmacy (46.88%), with responsibilities related to medication dispensing (90.63%) and monitoring expired medications (71.88%). Most had a high level of knowledge regarding specific patient medication management (mean = 9.28, S.D. = 0.73). The personnel also exhibited high levels of individual medication management efficiency (mean = 4.33, S.D. = 0.38), perceived benefits (mean = 4.32, S.D. = 0.42), participation (mean = 3.87, S.D. = 0.37), and satisfaction (mean = 4.28, S.D. = 0.38). The analysis of the relationship using chi-square statistics found that job positions and roles in managing drug inventory were significantly related to the effectiveness of the individual drug management model (p -value < 0.05). This research shows that individualized medication management with a knowledge system, monitoring, and clear roles for personnel plays a significant role in reducing the problem of expired medications in public hospitals.

Keywords: Medication expiration, personalized medication management,

Pharmacist Specialist, Pharmacy Division, Kalasin Hospital

Corresponding author, Yupawadee Pimpamote, e-mail: yupawadee4435@gmail.com

บทนำ

การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการสูญเสียทรัพยากรทางยาอันเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อมิติทางเศรษฐศาสตร์ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม รายงานขององค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าปริมาณยาที่หมดอายุในระดับโลกมีมูลค่าสูงถึงหลายพันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี⁽¹⁾ นอกจากนี้ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจแล้ว การกำจัดยาหมดอายุอย่างไม่ถูกวิธียังส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว โดยปัญหาหมดยาในประเทศไทย ได้รับการจัดให้เป็นประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลภาครัฐซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งบุคลากร งบประมาณ และระบบสารสนเทศสนับสนุนงานคลังยา รายงานจากสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากจากยาที่หมดอายุ ซึ่งไม่สามารถนำกลับมาใช้งานได้และยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการกำจัดตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อม⁽²⁾ ยาเฉพาะรายที่ถูกส่งจ่ายตามความจำเป็นเฉพาะบุคคลและส่วนใหญ่ไม่อยู่ในบัญชียาหลัก จึงมีแนวโน้มการหมดอายุสูงเนื่องจากปริมาณการใช้ไม่แน่นอน การหมุนเวียนต่ำ และขาดระบบติดตามแบบเรียลไทม์ แม้ว่ายาเฉพาะรายจะถูกยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการแพทย์แม่นยำ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบข้อจำกัดหลายประการ อาทิ การไม่มีระบบสารสนเทศเฉพาะสำหรับการติดตามยา การขาดระบบแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนยาภายในเครือข่ายโรงพยาบาล และความยากลำบากในการประเมินความต้องการล่วงหน้า⁽³⁾ การศึกษา วิจัยในอดีตแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเวชภัณฑ์ ซึ่งสามารถลดปริมาณยาที่หมดอายุ เพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บ และลดเวลาทำงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾ รวมทั้งเป็นเครื่องมือสำคัญในการตัดสินใจของผู้บริหารองค์กรสุขภาพ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบแจ้งเตือนยาหมดอายุในเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสามารถช่วยลดความสูญเสียจากการหมดอายุของยาได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁾ และการนำโปรแกรม Google Application มาจัดการคลังยาช่วยลดเวลาบริหารยาและเพิ่มความแม่นยำในการติดตามยาใกล้หมดอายุได้อย่างเด่นชัด⁽⁷⁾

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบเฉพาะที่ออกแบบมาสำหรับการจัดการยาเฉพาะรายในโรงพยาบาลระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ การศึกษาวิจัยนี้ จึงมีความสำคัญในการระบุปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อป้องกันการหมดอายุของยาในโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบจัดการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระดับจังหวัด ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน⁽⁸⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย ในกลุ่มบุคลากรทางเภสัชกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมีตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะราย ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย การรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2568

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive research) โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อป้องกันการหมดอายุของยาของบุคลากรทางเภสัชกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะราย ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย การรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ

จัดการยาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้แก่ เภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่รับผิดชอบคลังเวชภัณฑ์ ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวนรวม 32 คน

เครื่องมือวิจัย การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางเภสัชกรรม 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะราย 3) ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย 4) ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย 5) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ และ 6) ความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมผู้รับผิดชอบงานคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย ด้วยสถิติทดสอบไคส์แควร์

(Chi-Square test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง COA No. 011-2025 รหัสโครงการ KLSH REC No.008/2025 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.75 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 46.88 เป็นเภสัชกร ร้อยละ 87.50 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.50 มีประสบการณ์การทำงาน 11-15 ปี และตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.38 ปฏิบัติงานประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ร้อยละ 46.88 และห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ร้อยละ 40.63 มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยา ร้อยละ 90.63 และการเฝ้าระวังยาหมดอายุ ร้อยละ 71.88 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบจัดการยาเฉพาะราย ร้อยละ 71.88 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป (n=32)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	2	6.25
- หญิง	30	93.75
อายุ		
- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	2	6.25
- 31-40 ปี	15	46.88
- 41-50 ปี	14	43.75
- 51 ปีขึ้นไป	1	3.13
ตำแหน่งงาน		
- เภสัชกร	28	87.50
- เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมที่ดูแลคลังเวชภัณฑ์	4	12.50
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	9.38
- ปริญญาตรี	28	87.50
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.13

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป (n=32) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงาน		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	3	9.38
- 6-10 ปี	7	21.88
- 16 ปีขึ้นไป	11	34.38
หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่		
- งานจัดซื้อยา	1	3.13
- คลังยา	3	9.38
- ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก	13	40.63
- ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน	15	46.88
ส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการยา		
- การสั่งซื้อยา	1	3.13
- การจัดเก็บยาในคลัง	4	12.50
- การจ่ายยาให้ผู้ป่วย	29	90.63
- การเฝ้าระวังยาหมดอายุ	23	71.88
- อื่น ๆ	1	3.13
การอบรมเกี่ยวกับระบบจัดการยาเฉพาะราย		
- เคย	23	71.88
- ไม่เคย	9	28.13

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean=9.28, S.D.=0.73) ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean=4.33, S.D.=0.38) การรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะ

รายระดับสูง (mean=4.32, S.D. = 0.42) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ระดับสูง (mean=3.87, S.D.=0.37) และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean=4.28, S.D.=0.38) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ประสิทธิภาพ การรับรู้ประโยชน์ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย (n=32)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	max	min
ด้านความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (0-5 คะแนน)	0	0.00				
ปานกลาง (6-8 คะแนน)	5	15.63	9.28	0.73	10.00	8.00
สูง (9-10 คะแนน)	27	84.38				
ด้านประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00				
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	1	3.13	4.33	0.38	5.00	3.60
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	31	96.88				
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00				
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	1	3.13	4.32	0.42	5.00	3.60
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	31	96.88				
ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00				
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	10	31.25	3.87	0.37	4.70	3.20
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	22	68.75				
ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00				
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	1	3.13	4.28	0.38	4.38	4.00
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	31	96.88				

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย โดยใช้สถิติไคสแควร์พบว่า ตำแหน่งงาน ($X^2= 7.226$, p-value = 0.007) และส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการยา (การจัดเก็บ

ยาในคลัง) ($X^2= 7.226$, p-value = 0.008) มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปกับประสิทธิภาพของการจัดการยาเฉพาะราย

ตัวแปร	ระดับประสิทธิภาพ			Chi-square	p-value
	ของการจัดการยาเฉพาะราย				
	ต่ำ n(%)	สูง n(%)	รวม n(%)		
เพศ					
- ชาย	0 (0.00)	2 (6.25)	2 (6.25)	0.069	0.793
- หญิง	1 (3.13)	29 (90.63)	30 (93.75)		
อายุ					
- ต่ำกว่า 40 ปี	1 (3.13)	16 (50.00)	17 (53.13)	0.911	0.340
- ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	0 (0.00)	15 (46.88)	15 (46.88)		
ตำแหน่งงาน					
- เกสซ์กร	0 (0.00)	28 (87.50)	28 (87.50)	7.226	0.007**
- เจ้าพนักงานเกสซ์กรรม	1 (3.13)	3 (9.38)	4 (12.50)		
ระดับการศึกษา					
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	3 (9.38)	3 (9.38)	0.107	0.744
- ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (3.13)	28 (87.50)	29 (90.63)		
ประสบการณ์ในการทำงาน					
- น้อยกว่า 11 ปี	0 (0.00)	10 (31.25)	10 (31.25)	0.469	0.493
- ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป	1 (3.13)	21 (65.63)	22 (68.75)		
ส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการยา (การส่งชื้อยา)					
- ไม่เกี่ยวข้อง	1 (3.13)	30 (93.75)	31 (96.88)	0.033	0.855
- เกี่ยวข้อง	0 (0.00)	1 (3.13)	1 (3.13)		
ส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการยา (การจัดเก็บยาในคลัง)					
- ไม่เกี่ยวข้อง	0 (0.00)	28 (87.50)	28 (87.50)	7.226	0.008**
- เกี่ยวข้อง	1 (3.13)	3 (9.38)	4 (12.50)		
ส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการยา (การจ่ายยาให้ผู้ป่วย)					
- ไม่เกี่ยวข้อง	0 (0.00)	3 (9.38)	3 (9.38)	0.107	0.744
- เกี่ยวข้อง	1 (3.13)	28 (87.50)	29 (90.63)		

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปกับประสิทธิภาพของการจัดการยาเฉพาะราย (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับประสิทธิภาพ			Chi-square	p-value
	ของการจัดการยาเฉพาะราย				
	ต่ำ n(%)	สูง n(%)	รวม n(%)		
ส่วนเกี่ยวข้องกับ					
กระบวนการจัดการยา					
(การเฝ้าระวังยามตอายุ)					
- ไม่เกี่ยวข้อง	0 (0.00)	9 (28.13)	9 (28.13)	0.404	0.525
- เกี่ยวข้อง	1 (3.13)	22 (68.75)	23 (71.88)		
การอบรมเกี่ยวกับระบบ					
จัดการยาเฉพาะราย					
- เคย	1 (3.13)	22 (68.75)	23 (71.88)	0.404	0.525
- ไม่เคย	0 (0.00)	9 (28.13)	9 (28.13)		
ระดับความรู้เกี่ยวกับรูปแบบ					
การจัดการยาเฉพาะราย					
- ดี	0 (0.00)	5 (15.63)	5 (15.63)	0.191	0.662
- ไม่ดี	1 (3.13)	26 (81.25)	27 (84.38)		
ระดับการรับรู้ประโยชน์					
ของรูปแบบการจัดการยา					
เฉพาะราย					
- ต่ำ	0 (0.00)	1 (3.13)	1 (3.13)	0.033	0.855
- สูง	1 (3.13)	30 (93.75)	31 (96.88)		
ระดับการมีส่วนร่วมในการ					
พัฒนารูปแบบการจัดการยา					
- ต่ำ	0 (0.00)	10 (31.25)	10 (31.25)	0.469	0.493
- สูง	1 (3.13)	21 (65.63)	22 (68.75)		

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.01

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าบุคลากรทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะรายในระดับสูงและมีประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Maslow⁽⁹⁾ ที่ระบุถึงการบรรลุศักยภาพสูงสุดในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นเมื่อบุคลากรได้รับองค์ความรู้และการสนับสนุนที่เพียงพอ โดยการที่บุคลากรเภสัชกรรมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและติดตามยาหมดอายุในระดับสูง ช่วยลดความสูญเสียจากยาหมดอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สวัสดิ์ มาลา⁽⁶⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังยาหมดอายุโดยการมีส่วนร่วมสามารถลดความสูญเสียจากการหมดอายุของยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าปัญหาการหมดอายุของยาในระบบการจัดการยาเฉพาะรายของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพของการจัดการ ประกอบด้วย ตำแหน่งงานและบทบาทในการจัดเก็บยาในคลัง ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ มัตติกา ประพุดดี⁽¹⁰⁾ ที่ระบุว่า การมีบทบาทที่ชัดเจนของบุคลากรในการจัดการยาและเวชภัณฑ์มีส่วนช่วยลดความสูญเสียจากยาหมดอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะรายของบุคลากรในการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kiel et al.⁽⁵⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดการสารสนเทศที่

มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการลดการสูญเสียทางคลังเวชภัณฑ์อย่างชัดเจน นอกจากนี้ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังไม่มีระบบการคาดการณ์การใช้ยาเฉพาะรายอย่างแม่นยำ และขาดการเชื่อมโยงกันของข้อมูลระหว่างหน่วยงานภายใน เช่น ห้องจ่ายยา งานคลังยา และแพทย์ผู้สั่งยา อันอาจจะเป็นอีกปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการสะสมของยาที่หมดอายุในคลัง โดยอิติรัตน์ ว่องทวีเจริญพร⁽¹¹⁾ ระบุว่าหน่วยบริการที่ไม่มีการปรับอัตราคลังตามข้อมูลการใช้จริง มีโอกาสสูงที่จะเกิดปัญหาขาดอายุและยาคลังล้นระบบ และการศึกษาของ วิริยา วรลลยางกูร และพีรยศ ภมรศิลป์ธรรม⁽⁷⁾ ชี้ให้เห็นว่า การใช้ระบบจัดการคลังยาอย่างผ่านระบบแอปพลิเคชัน สามารถช่วยลดระยะเวลาในการบริหารยาและลดค่ายาหมดอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการเทคโนโลยีเพื่อป้องกันปัญหาขาดอายุดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ระบบจัดการยาที่ไม่มีการปรับปรุงหรือพัฒนาให้ทันกับบริบทของการใช้ยาเฉพาะราย ย่อมเผชิญกับปัญหาขาดอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสนับสนุนข้อเสนอแนะในรายงานฉบับนี้ที่เน้นให้มีการปรับใช้เทคโนโลยีใหม่เพื่อแจ้งเตือนวันหมดอายุของยาแบบเรียลไทม์ และติดตามการใช้ยาเฉพาะรายอย่างแม่นยำ⁽¹²⁾

แม้ว่าผลการวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพทำงานกับประสิทธิภาพของการจัดการยาเฉพาะราย แต่ข้อเท็จจริงที่ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 11 ปี อาจบ่งชี้ถึงการที่ประสบการณ์สะสมมีส่วนเสริมสร้าง

ทักษะในการตัดสินใจและการบริหารจัดการในทางปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากษมา แก้วบำรุง⁽⁸⁾ ที่พบว่าความชำนาญของบุคลากรด้านการคลังเวชภัณฑ์มีส่วนลดความเสี่ยงของยาหมดอายุในโรงพยาบาลขนาดเล็กและระดับชุมชนได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายในระดับสูง อันเป็นผลมาจากการมีระบบความรู้ การเฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ได้เสนอแนะให้ประเทศต่าง ๆ กำหนดมาตรการควบคุมยาใกล้หมดอายุและจัดการของเสียทางการแพทย์อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ งานวิจัยของ สวัสดิ์⁽⁶⁾ ได้ชี้ให้เห็นถึงความ สำเร็จของระบบแจ้งเตือนยาหมดอายุในระดับเครือข่ายโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ว่า การบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ากับงานจัดการยาเฉพาะรายจะเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษานกต์ ยงกุลวณิชนันท์⁽¹³⁾ ที่พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมของบุคลากรและกระบวนการปฏิบัติการเชิงวนซ้ำ ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ลดลง และความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 72.30

ดังนั้น ข้อค้นพบในการศึกษานี้จึงตอกย้ำถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้เภสัชกรและบุคลากรทางเภสัชกรรมมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการจัดการยาเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพิจารณาใช้

ระบบสารสนเทศหรือโปรแกรมเตือนอัตโนมัติให้ครอบคลุมและเป็นระบบ เพื่อเพิ่มโอกาสในการหมุนเวียนยา ลดอัตราการหมดอายุ และลดภาระงบประมาณด้านการกำจัดเวชภัณฑ์หมดอายุให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ให้คำแนะนำ องค์กรความรู้ และการสนับสนุนทางวิชาการอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยนี้ ขอขอบคุณเภสัชกรตฤณภัทร จำนงศรี โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ได้อำนวยความสะดวกประสานงาน และให้ข้อมูลที่สำคัญอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณจากใจมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global analysis of healthcare waste in the context of COVID-19: status, impacts and recommendations. World Health Organization, 2022.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ยาหมดอายุในโรงพยาบาลของรัฐ. นนทบุรี: กลุ่มงานเภสัชกรรม; 2565.
3. LOPREATO, Joseph. General System Theory: Foundations, Development, Applications. 1970.

4. TOH, Ming Ren; CHEW, Lita. Turning waste medicines to cost savings: a pilot study on the feasibility of medication recycling as a solution to drug wastage. *Palliative medicine*, 2017, 31.1: 35-41.
5. KIEL, Joan M.; KIM, George R.; BALL, Marion J. (ed.). *Healthcare information management systems: cases, strategies, and solutions*. Springer Nature, 2022.
6. สวัสดิ์ มาลา. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 2024, 9.6: 962-73.
7. วีรียา วรลยางกูร และพีรยศ ภมรศิลป์ธรรม. การพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการคลังยาย่อยด้วยกูเกิลแอปพลิเคชัน: กรณีศึกษาในห้องยาย่อยคลินิกเอชไอวี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 13(1), 431-42. 2566.
8. กษมา แก้วบำรุง, วรินทร์มาศ เกษทองมา และวุฒิพงษ์ ภักดีกุล. วิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *RDHSJ [อินเทอร์เน็ต]*. 1 กันยายน 2021 [อ้างถึง 6 มิถุนายน 2025]; 14(2): 95-102.
9. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological review*. 1943 Jul; 50(4): 370.
10. มัตติกา ประพฤติดี. การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2021, 1.2: 16-29.
11. จิตารัตน์ ว่องทวีเจริญพร. การพัฒนาคั่งยาของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *Journal of Health Science of Thailand*, 2023, 32.5: 876-83.
12. LEWIN, Kurt. Action research and minority problems. *Journal of social issues*, 1946, 2.4: 34-46.
13. ชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนันท์, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 2023, 9.02: 9-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา

จุฬามาศ แก้วจันดี¹, กุสุมา มีศิลป์², สุภาภรณ์ ทศนพงศ์³, กฤตภาส สีหะวงษ์⁴,
วัชรภรณ์ จันดาสุข⁵, วรรณญา เจริญจิตร⁶, ศรินทรา บุตรกัณฑ์⁷, สิริยากร สระทอง⁸

(วันที่รับบทความ: 7 กรกฎาคม 2568, วันที่แก้ไข: 14 กรกฎาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 15 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรอบรู้ พฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา คณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 367 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในภาพรวม อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=125.24;SD=11.21$) พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=21.80;SD=4.36$) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า สาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ($OR=1.61, 95\%CI=1.06-2.46$) อาชีพของบิดามารดาที่รับราชการและรัฐวิสาหกิจ ($OR=2.45, 95\%CI=1.30-4.65$) ($OR=5.10, 95\%CI=3.12-8.32$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($OR=2.10, 95\%CI=1.36-3.26$) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ($OR=1.65, 95\%CI=1.06-2.56$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($OR=3.06, 95\%CI=1.92-4.86$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ($OR=2.41, 95\%CI=1.55-3.77$) มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ ดังนั้นในสถานศึกษาจึงควรเสริมสร้างให้นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือในหลักสูตรการเรียนหรือจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ให้กับนักศึกษาหรือวัยรุ่น

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์, นักศึกษา, ปัจจัย, การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาสาธารณสุขชุมชน, ²⁻⁴อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน, ⁵⁻⁸นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน)

¹⁻⁸สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

Factors associated with pregnancy prevention behaviors among undergraduate students

Chuthamat Kaewchandee¹, Kusuma Meesin², Supaporn Thasanapong³,
Krittapart Sihawong⁴, Watcharapor Jandasuk⁵, Warunya Charernjit⁶,
Sirintra Butkanh⁷, Siriyakorn Sathong⁸

(Received 7th July 2025; Revised : 14th July 2025; Accepted 15th July 2025)

ABSTRACT

This study was a cross-sectional analytical study aimed at examining the knowledge, behaviors and factors associated with pregnancy prevention behaviors among undergraduate students at the Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University. A total of 367 students participated in the study. Data were collected using a questionnaire between December 2024 to February 2025. Data analysis employed descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as binary logistic regression analysis. A statistical significance level was set at P-value < 0.05. The results showed that the participants' overall health literacy regarding pregnancy prevention was at a low level (\bar{X} =125.24; SD = 11.21), and their pregnancy prevention behaviors were also at a low level (\bar{X} =21.80; SD = 4.36). The analysis of factors associated with pregnancy prevention behaviors revealed that students in health science programs (OR = 1.61, 95%CI = 1.06-2.46), students whose parents were government officers or state enterprise employees (OR = 2.45, 95%CI = 1.30-4.65), those with high levels of health knowledge (OR = 5.10, 95%CI = 3.12-8.32), good access to health information and services (OR = 2.10, 95%CI = 1.36-3.26), effective self-management of personal health conditions (OR = 1.65, 95%CI = 1.06-2.56), media and information literacy (OR = 3.06, 95%CI = 1.92-4.86), and sound decision-making ability (OR = 2.41, 95%CI = 1.55-3.77) were significantly more likely to engage in pregnancy prevention behaviors at the statistical significance level of P-value < 0.05. Therefore, educational institutions should promote health literacy among students through curriculum integration or the development of health literacy promotion programs, particularly in the context of pregnancy prevention among students and adolescents.

Keywords : Health literacy, Pregnancy prevention behavior, Undergraduate students, Factors, A cross-sectional analytical study

¹Assistant Professor of Department of Community Health, ²⁻⁴lecturer of Department of Community Health, ⁵⁻⁸Students of Bachelor of Science (Community Health)

¹⁻⁸Department of Community Health, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University, Sisaket Province

Corresponding author, e-mail: Kusuma Meesin, kusuma.m@sskru.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเครียดต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย หากไม่มีความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรรภ์ที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพ การเรียน และสังคมตามมา⁽¹⁾ ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2566 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 23.8 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ซึ่งแม้จะลดลงจากปีก่อนหน้า แต่ยังคงถือว่าอยู่ในระดับที่สูงเมื่อเทียบกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น⁽²⁾ ปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นและวัยรุ่นเรียนยังคงเป็นปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมทางสังคม ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หากขาดทักษะ ความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรรภ์ที่เหมาะสม⁽³⁾ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเยาวชนในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และมักจะใช้ชีวิตอย่างอิสระจากครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจทางเพศ⁽⁴⁾

นักศึกษา คณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายในด้านพื้นฐานทางครอบครัว เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางสังคม และการเข้าถึงข้อมูลด้านเพศศึกษา การศึกษาพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรรภ์ ในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศอย่างยั่งยืน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด Health Literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง⁽⁵⁾ โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ ออกแบบขึ้นตามแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 3 มิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ (Functional Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy)⁽⁶⁾ ซึ่งเชื่อมโยงกับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรรภ์อย่างมีนัยสำคัญในงานวิจัยก่อนหน้า⁽⁷⁾ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรรภ์ของนักศึกษา กลุ่มนี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนและพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศอย่างปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรรภ์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะ ความเชื่อส่วนบุคคล อิทธิพลของเพื่อน การเข้าถึงสื่อและบริการด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้สามารถ

กำหนดกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(8,9) งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ และเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนานโยบายหรือแนวทางการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับอุดมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

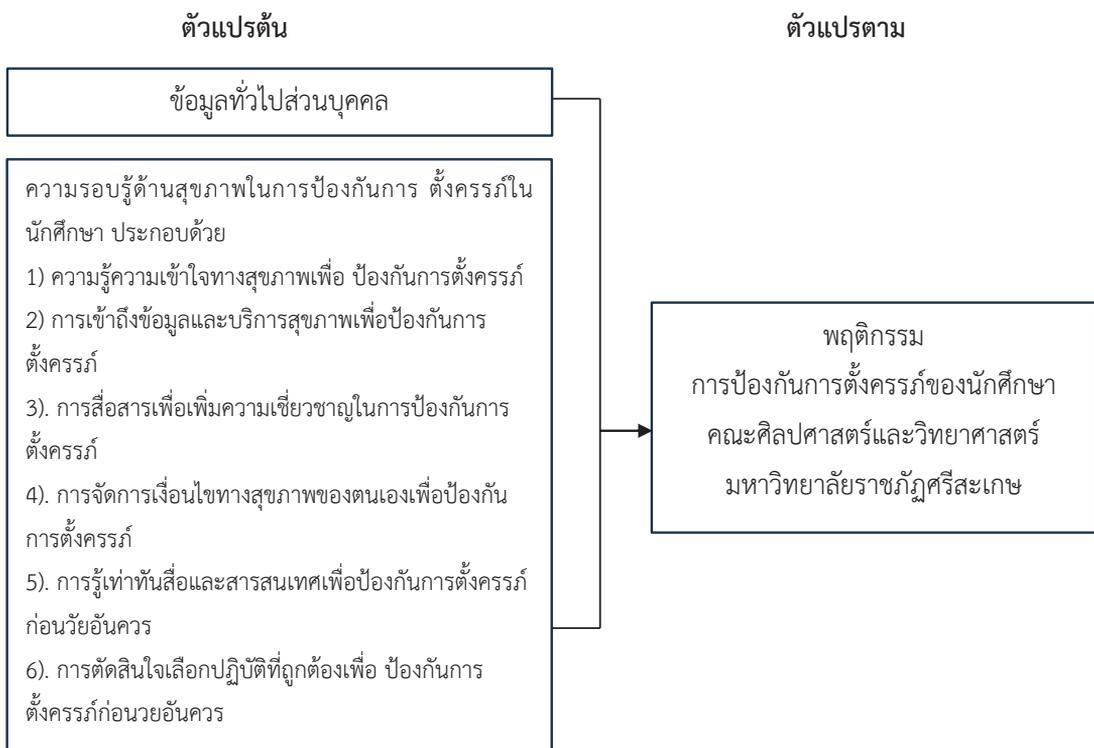
เพื่อศึกษาความรอบรู้ พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา คณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษที่มีการลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2/2567 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam⁽⁶⁾ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 1,218 คน⁽¹⁰⁾

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 367 คน ได้มาโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Wayne⁽¹¹⁾ ทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified

Random Sampling) โดยแบ่งสัดส่วนตามสาขาวิชา และสุ่มตัวอย่างนักศึกษาภายในแต่ละสาขาตามสัดส่วนที่กำหนด ดังตารางที่ 1 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นนักศึกษา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ที่มีการลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2/2567 และ 2) เป็นนักศึกษาทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน 2) นักศึกษาที่ลาพักการศึกษาหรือลาออก และ 3) ไม่มาในวันนัดหมาย โดยใช้สูตรการคำนวณ คือ

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\alpha/2}^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร เท่ากับ 1,218 คน

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

z = ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือ Alpha (α) เท่ากับ 0.05 มีค่า Z 0.975 ดังนั้น เท่ากับ 1.96

p = ค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ 45.9% ดังนั้น p เท่ากับ 0.46⁽¹²⁾ แทนค่าในสมการ

$$n = \frac{1,218(0.46)(1-0.46)(1.96)^2}{(0.05)^2(1,165-1) + (0.46)(1-0.51)(1.96)^2}$$

$n = 367$ ตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัดส่วนประชากรแยกตามสาขา

สาขา	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง
สาขาวิชาเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และดิจิทัล	73	6	22
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน	235	19.3	71
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา	309	25.4	93

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัดส่วนประชากรแยกตามสาขา (ต่อ)

สาขา	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง
สาขาวิชาเทคโนโลยีการเกษตร	65	5.3	20
สาขาวิชาเทคโนโลยีและนวัตกรรมอาหาร	27	2.2	8
สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	157	12.9	47
สาขาวิชาวิศวกรรมซอฟต์แวร์	51	4.2	15
สาขาวิชาวิศวกรรมโลจิสติกส์	64	5.2	19
สาขาวิชาวิศวกรรมการจัดการอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อม	28	2.3	8
สาขาวิชาเทคโนโลยีโยธาและสถาปัตยกรรม	85	7	26
สาขาวิชาการออกแบบผลิตภัณฑ์และนวัตกรรมวัสดุ	18	1.5	6
สาขาวิชาวิทยาการคอมพิวเตอร์	106	8.7	32
รวม	1,218	100	367

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบประเมินซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี สาขาวิชา ที่พักอาศัย อาชีพบิดามารดา จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกัน

การตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ การแปลผลคะแนนภาพรวมในแต่ละด้านโดยการแบ่งกลุ่มเป็นระดับ คือ ระดับสูง และระดับต่ำ จากค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้าน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตาม

คำแนะนำผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้มากกว่า 0.60 ขึ้นไป

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามในส่วนของปัจจัยด้านการเรียนที่สัมพันธ์กับความเครียดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach⁽¹³⁾ ได้เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยแบ่งผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้ 1). สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2). สถิติอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ

วิจัยในมนุษย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ COE No. 018/2567 วันที่รับรอง 18 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับคณบดี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้านักศึกษาในแต่ละสาขาวิชา หัวหน้าแต่ละชั้นปีและนักศึกษาแต่ละสาขาวิชา เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าตามสัดส่วนระดับชั้นปีที่ศึกษา โดยทำแบบสอบถามบริเวณคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 10 นาที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 307 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 มีอายุ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.8 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 50.4 เนื่องจากนักศึกษาชั้นอื่น ๆ ออกฝึกประสบการณ์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา ร้อยละ 24.3

พักอาศัยที่หอพักนอคมหาวิทยาลัย ร้อยละ 69.5
 บิดามารดาทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.6 และ
 จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน 5,000-10,000 บาท
 ร้อยละ 55.0

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันการตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 ในการป้องกันการตั้งครรภ์ภาพรวม อยู่ในระดับ
 ต่ำ ($\bar{X}=125.24;SD=11.21$) โดยรายด้าน ได้แก่
 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกัน
 การอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=7.91;SD=2.34$) ด้าน
 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่ม
 ตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
 ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=30.31;SD=2.35$)
 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ พบว่า กลุ่ม
 ตัวอย่างมีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ
 ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=30.90;SD=3.50$)
 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง
 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการเงื่อนไขทาง
 สุขภาพของตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับ
 ต่ำ ($\bar{X}=18.70;SD=2.53$) การรู้เท่าทันสื่อและ
 สารสนเทศพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทัน
 สื่อและสารสนเทศในระดับสูงในภาพรวมอยู่ใน
 ระดับต่ำ ($\bar{X}=18.58;SD=2.32$) การตัดสินใจเลือก
 ปฏิบัติที่ถูกต้องพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจ
 เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ
 ($\bar{X}=18.83;SD=2.70$)

3. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกัน
 การตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการ
 ป้องกันการตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ
 ($\bar{X}=21.80;SD=4.36$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของ นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ผลการวิเคราะห์กับปัจจัยที่มีความ
 สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์
 ของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ พบว่า สาขา
 วิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีโอกาส มีพฤติกรรมการ
 ป้องกันตั้งครรภ์ของนักศึกษามากกว่าสาขา
 วิทยาศาสตร์ทั่วไป อยู่ 1.61 เท่า ($OR=1.61,$
 $95\%CI=1.06-2.46$) อาชีพของบิดามารดาที่รับ
 ราชการและรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสมีพฤติกรรมการ
 ป้องกันตั้งครรภ์ของนักศึกษามากกว่าสาขา
 วิทยาศาสตร์ทั่วไป อยู่ 2.46 เท่า ($OR=2.45,$
 $95\%CI=1.30-4.65$) ความรู้ความเข้าใจทาง
 สุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ระดับสูง มี
 โอกาส มีพฤติกรรมการป้องกันตั้งครรภ์ของ
 นักศึกษามากกว่า ระดับต่ำ อยู่ 5.10 เท่า
 ($OR=5.10, 95\%CI=3.12-8.32$) เป็นต้น ใน
 ส่วนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่มีโอกาสในการ
 มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ระดับ
 สูง มีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันตั้งครรภ์
 ของนักศึกษามากกว่า ระดับต่ำ อยู่ 2.41 เท่า
 ($OR=2.41, 95\%CI=1.55-3.77$) อย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนตัวแปร
 ด้าน เพศ อายุ ชั้นปี ที่พักในมหาวิทยาลัย ราย
 ได้ต่อเดือน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ
 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
 การตั้งครรภ์ของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์และ
 วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏศรีสะเกษ
 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาคณะศิลปศาสตรและวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ (n=367)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์		P-value	OR	95%CI
	ระดับสูง	ระดับต่ำ			
	(n=149) n(%)	(n=218) n(%)			
สาขาวิชา					
สาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ	90(60.4)	106(60.4)	0.026*	1.61	1.06-2.46
สาขาวิทยาศาสตร์ทั่วไป	59(39.6)	112(51.4)			
อาชีพของบิดามารดา					
รับราชการ-รัฐวิสาหกิจ	27(18.1)	18(8.3)	0.005*	2.46	1.30-4.65
เกษตรกรกรรม-รับจ้างทั่วไป-ค้าขาย-อื่นๆ	122(81.9)	200(91.7)			
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์					
ระดับสูง	121(81.2)	100(45.9)	0.001*	5.10	3.12-8.32
ระดับต่ำ	28(18.8)	118(54.1)			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ระดับสูง	67(45.0)	61(28.0)	0.001*	2.10	1.36-3.26
ระดับต่ำ	82(55.0)	157(72.0)			
การจัดการเงินนอกทางสุขภาพของตนเอง					
ระดับสูง	59(39.60)	62(28.44)	0.026*	1.65	1.06-2.56
ระดับต่ำ	90(60.40)	156(71.56)			
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ					
ระดับสูง	65(43.63)	44(20.18)	0.001*	3.06	1.92-4.86
ระดับต่ำ	84(56.37)	174(79.82)			

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาคณะศิลปศาสตรและวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ (n=367) (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์		P-value	OR	95%CI
	ระดับสูง	ระดับต่ำ			
	(n=149) n(%)	(n=218) n(%)			
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง					
ระดับสูง	66(44.3)	54 (24.8)	0.001*	2.41	1.55-3.77
ระดับต่ำ	83(55.7)	164(75.2)			
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวม					
ระดับสูง	66(44.3)	45(20.6)	0.001*	3.05	1.92-4.84
ระดับต่ำ	83(55.7)	173(79.4)			

*P-value<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา แสดงให้เห็นถึงประเด็นสำคัญหลายประการที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยเฉพาะในมิติสำคัญ เช่น ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ($\bar{X}=21.80$, $SD = 4.36$) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 21 ปีขึ้นไป และอยู่ในชั้นปีที่ 3 ซึ่งสะท้อนถึงช่วงวัยที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

และมีโอกาสในการมีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ ที่พัก และชั้นปี ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเป็นเพราะการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศมีความซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากความรู้ทัศนคติ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากกว่าปัจจัยพื้นฐาน⁽¹⁴⁾ การที่นักศึกษามีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำในทุกด้าน (ยกเว้นการรู้เท่าทันสื่อที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย) สะท้อนถึงช่องว่างด้านองค์ความรู้ทักษะ และพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพทางเพศอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในประเด็นการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การรู้จักบริการอนามัยเจริญ

พันธ์ การตั้งคำถามและวิเคราะห์ข้อมูลจากสื่อ ตลอดจนการประเมินความเสี่ยงของตนเอง โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nutbeam⁽⁶⁾ ที่ระบุว่า “Health Literacy” ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้เชิงหน้าที่ (Functional Literacy) การโต้ตอบกับผู้อื่น (Interactive Literacy) และการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Literacy)

อย่างไรก็ตาม พบว่าด้าน “การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ” แม้จะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ แต่กลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาที่มีทักษะในการคัดกรองและวิเคราะห์ข้อมูลจากสื่อ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ มีแนวโน้มที่จะเลือกปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมมากขึ้น⁽⁷⁾ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาโดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} =21.80, SD = 4.36) ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดกับบุคลากรสาธารณสุข หรือการเข้ารับบริการอนามัยเจริญพันธุ์⁽²⁾ อีกทั้งยังอาจเกิดจากรู้สึกอาย กลัวการถูกตัดสินจากสังคม หรือได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นและวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีแนวโน้มปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีกว่าสาขาอื่น

(OR=1.61, 95%CI=1.06-2.46) ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาและสุขภาพที่มากกว่าสาขาอื่นได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาโดยตรงในหลักสูตร ขณะที่อาชีพของบิดามารดาที่เป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ (OR=2.45, 95%CI=1.30-4.65) ซึ่งอาจสะท้อนถึงสถานะทางเศรษฐกิจและการสนับสนุนด้านการเรียนรู้ที่ดีกว่า และชี้ให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสร้างพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย⁽⁸⁾ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมมากที่สุด (OR=5.10, 95%CI=3.12-8.32) รองลงมาได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ (OR=3.06, 95%CI=1.92-4.86) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (OR=2.41, 95%CI=1.55-3.77) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (OR=2.10, 95%CI=1.36-3.26) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽⁶⁾ และ Sørensen⁽⁵⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะประเมินและเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองได้มากกว่า ส่วนปัจจัยด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม อาจเนื่องจากนักศึกษาไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือเรียนรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง หรือยังขาดแหล่งการเรียนรู้เชิงโต้ตอบที่มีคุณภาพ และอาจเกิดจากความไม่มั่นใจของนักศึกษาในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องเพศในกลุ่มเพื่อน หรือขาดโอกาสในการพูดคุยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่ถูกตัดสิน อันเป็นข้อจำกัดที่พบในกลุ่มวัยรุ่นไทยทั่วไป

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การที่นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำในทุกมิติ นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่เพียงพอ การพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสร้างทักษะการคิดเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับข้อมูลทางเพศ การปรับหลักสูตรในระดับอุดมศึกษาให้ครอบคลุมประเด็นสุขภาวะทางเพศ และการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงข้อมูลและการพูดคุยเรื่องเพศ จึงควรได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมหาวิทยาลัย ควรเน้นการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการเข้าถึงบริการ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ 1) ควรบูรณาการเนื้อหาเพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์ เข้าไว้ในหลักสูตรของนักศึกษาทุกสาขาวิชา ไม่เฉพาะในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้ความรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างรอบด้าน ทั้งในเรื่องการคุมกำเนิด การวางแผนชีวิต และความรับผิดชอบต่อผลของพฤติกรรมทางเพศ 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เน้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเองในประเด็นสุขภาพทางเพศ โดยใช้

วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมกลุ่ม การเวิร์กชอปหรือการใช้สื่อเทคโนโลยีแบบอินเตอร์แอคทีฟ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต 1) ควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงลึกในแต่ละมิติ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ อาจต้องพัฒนาเครื่องมือให้ครอบคลุมเชิงคุณภาพมากขึ้น 2) ควรทำการศึกษาแบบเปรียบเทียบระหว่างมหาวิทยาลัยต่างพื้นที่ เพื่อเปรียบเทียบผลของบริบททางสังคม วัฒนธรรม และนโยบายภายในมหาวิทยาลัยที่แตกต่างกัน ว่ามีผลต่อความรอบรู้และพฤติกรรมอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์ และการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ขอขอบคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการประเมินงานวิจัยทุกท่าน ขอขอบพระคุณนักศึกษาผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ ครอบครัว เพื่อน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา และเป็นแนวทางให้กับผู้ที่สนใจในการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี 2566. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
2. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2567.
3. United Nations Population Fund (UNFPA). Adolescent pregnancy: A review of the evidence. Bangkok: UNFPA Thailand; 2022.
4. United Nations Population Fund (UNFPA). Adolescent pregnancy in Thailand: Situation and policy response. Bangkok: UNFPA Thailand; 2022.
5. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
7. พัชรินทร์ จงใจธรรม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2565;18(2): 15-28.
8. Kirby D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2007.
9. พัชรินทร์ ศรีจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิคแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(3):45-57.
10. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. จำนวนนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.oass.sskru.ac.th/OASS.html>
11. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1995. p.180.
12. ขวัญ วิณิชยพันธ์, ปรีชา วิจิตรธรรมรส. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นหญิง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2560;23(2):102-14.
13. Cronbach LJ. Essential of psychology testing. New York: Harper; 1984.
14. ศิริพร วุฒิพันธุ์. พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย: แนวโน้มและความเสี่ยง. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน. 2562;13(1):45-57.

**ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**

ญาดา นามเหลา¹ ปิยนุช ภิญโย² ณัฐชยา ชันผง¹ ปานระพี สิวันแก้ว¹
พรรณนิสา ประทุมวัน¹ เพ็ญญา นาทุตนอก¹ วรรษญา มาเพชร¹

(วันที่รับบทความ: 31 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 15 กรกฎาคม 2568, วันที่ตอบรับ 16 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ที่เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเครื่องมือแบบวัดความเชื่อมีค่าความเชื่อมั่น 0.78 และแบบวัดพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 65.1 ปี (SD.= 11.47) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 43.33 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 46.66 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.66 ดัชนีมวลกาย อ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 40.00 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 46.66 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000 - 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับโปรแกรม และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม สรุปการวิจัย โปรแกรมฯ สามารถสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพได้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคได้

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

¹นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต ชั้นปีที่ 3, ²ผู้ช่วยศาสตราจารย์

^{1,2}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

Corresponding author: ปิยนุช ภิญโย, e-mail: piyanuch.p@bcnkk.ac.th

The Effectiveness of a Health Belief Program on Health Beliefs Perception and Stroke Prevention Behaviors Among Patients with Hypertension in Ban Ped Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province.

Yadar Namhlow¹, Piyanuch Phinyo², Natchaya Khanphong¹, Panraphee Siwankaew¹,
Phannisa Prathumwan¹, Phennapa Nakutnok¹, Waranya Maphet¹.

(Received 31st May 2025; Revised : 15th July 2025; Accepted 16th July 2025)

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of using a health belief program on health belief perception and stroke prevention behaviors among patients with hypertension. This was a quasi-experimental study. The sample consisted of 30 patients with hypertension who were selected by purposive sampling. The instrument used in the experiment was a health belief program for enhancing health perception and the Stroke Prevention Behaviors. The Health Belief Measurement tool had a reliability value of 0.78 and the Stroke Prevention behavior measurement tool had a reliability value of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that the sample group mainly consisted of female patients (70.0%), with an average age of 65.1 years SD.=11.47. Most were married (43.33%), unemployed (46.66%), had a primary education level (86.66%), were classified as obese level 1 (40.00%), had hypertension for 5-10 years (46.66%), and had a monthly income between 1,000-5,000 baht (40.00%).

The mean scores for perceived susceptibility to stroke, perceived severity of stroke, perceived benefits of stroke prevention after receiving the program, and behaviors to prevent stroke were significantly higher than before receiving the program ($p < 0.05$). However, the mean score for perceived barriers to stroke prevention after receiving the program was not significantly different from before. Research Summary: The program can create health belief and change disease prevention behaviors.

Keywords: Hypertension, Stroke, Health Belief Model

¹Bachelor of Nursing Science 3 level, ²Assistant Professor

^{1,2}Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

Corresponding author : Piyanuch Phinyo, e-mail: piyanuch.p@bcnkk.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง โดยมีผู้ป่วยกว่า 101 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย⁽²⁾ ในจังหวัดขอนแก่นพบผู้ป่วย 1,069 รายและในตำบลบ้านเป็ด 318 ราย⁽³⁾ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁾ มีปัจจัยสนับสนุนที่หลายปัจจัยทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร ไม่ถูกสัดส่วน รสเค็ม รสหวาน และรสมันสูง มีการรับประทานผักผลไม้ น้อย การเคลื่อนไหวร่างกาย น้อย เครียดเป็นประจำ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ จากรายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2561-2565 จำนวน 20,698 ราย ปี 2566 จำนวน 1,317 ราย ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้จำนวน 330 ราย และป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ตาม 4E Model ประกอบด้วย 1) Empower เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำชุมชน 2) Encourage กระตุ้นองค์การบริหารส่วนตำบลให้มีส่วนร่วม 3) Engage สร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลหลักและเครือข่ายสุขภาพ 4) Enhance แนวทางการป้องกันความเสี่ยง พบว่าแนวทางการป้องกันความดันโลหิตสูง อาศัยการปรับพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ เพิ่มการรับรู้ของผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคในเรื้อรังอันตรายและผลเสียของภาวะความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁵⁾ การศึกษาของ สุเทพ แก้วสีชา⁽⁶⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวประกอบด้วย 4 กิจกรรมคือ 1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) การพยาบาล และ 4) ครอบครัวร่วมตัดสินใจแผนการดูแล เน้นกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำ หลังการทดลองการควบคุมระดับความดันโลหิตผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ และจากการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีพฤติกรรมป้องกันโรคคือ 1) ลดเค็ม เพิ่มผัก 2) ออกกำลังกาย 3) รับประทานยาและ 4) ร่วมกิจกรรมกับชุมชน หลังดำเนินการผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ของโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ของ ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง⁽⁷⁾ และกรรณิการ์ เงินดี และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่า การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ⁽⁹⁾ ซึ่งในตำบลบ้านเป็ดยังไม่มีโปรแกรมและกิจกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ จะสามารถเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง เพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค และเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้หรือไม่

2. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพจะสามารถลดการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่

3. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ จะสามารถปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

3. เพื่อเปรียบเทียบการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

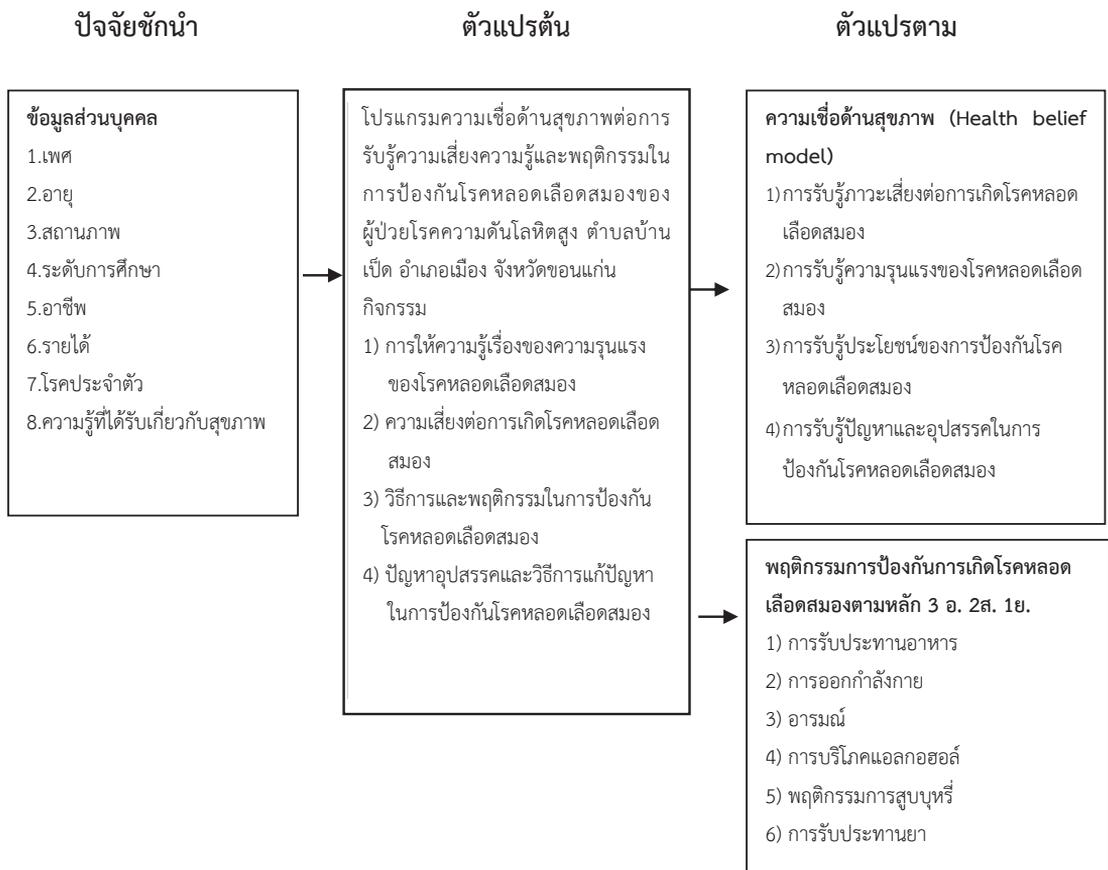
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนใช้ และหลังใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ เป็นการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้น

ทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker)⁽⁹⁾

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. ประชากร ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1, หมู่ที่ 2, หมู่ที่ 3, และหมู่ที่ 18 ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดัน

โลหิตสูง จำนวน 135 ราย

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนบ้านเป็ด ตำบลบ้านเป็ด อำเภอ

เมือง จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุระหว่าง 35 ปีขึ้นไป และมีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าจากเครื่องมือ Thai CVD Risk Score ที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง 20 - <30 % ขึ้นไป จำนวน 30 ราย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการให้ความรู้ประกอบสื่อ แผ่นพับ และคลิปวิดีโอ 4 กิจกรรม ใช้เวลา 40 นาทีต่อครั้งต่อคน ดังนี้

1) การให้ความรู้เรื่องสาเหตุอาการ การป้องกัน และความรุนแรงของโรคหลอดเลือด

2) การให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นโรคความดันโลหิตสูง

3) การให้ความรู้วิธีการและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4) การถามตอบเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ปัญหาในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้เวลาในการศึกษา จำนวน 12 สัปดาห์

1.2 เครื่องมือเก็บรวบรวม

ข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล

ส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ภาระหนี้สิน โรคประจำตัวและสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความ

เชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ เบกเกอร์ และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จำนวน 5 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ เชิงลบ 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก เห็นด้วย มากที่สุด ให้คะแนน 5 มาก ให้ 4 ปานกลาง 3 น้อย 2 น้อยที่สุด 1

คำถามเชิงลบ เห็นด้วย มากที่สุด ให้คะแนน 1 มาก ให้ 2 ปานกลาง 3 น้อย 4 น้อยที่สุด 5 การแปลความหมายของระดับคะแนนเฉลี่ย ตามแนวคิดของ Likert Rating Scale ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50 ถึง 5.00 หมายความว่า เห็นด้วยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50 ถึง 4.49 หมายความว่า เห็นด้วยมาก ค่าเฉลี่ย 2.50 ถึง 3.49 หมายความว่า เห็นด้วยปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 ถึง 2.49 หมายความว่า เห็นด้วยน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 1.49 หมายความว่า เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ตามหลัก 3 อ. = อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 2 ส. = สูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และคำถามเชิงลบ 9 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) ให้คะแนน 5 บ่อยครั้ง(สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง) 4 บางครั้ง(สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) 3 นาน ๆ(สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) 2 ไม่ปฏิบัติ 1 คำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) ให้คะแนน 1 มาก บ่อยครั้ง(สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง) 2 บางครั้ง(สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) 3 นาน ๆ (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) 4 ไม่ปฏิบัติ 5 การแปลความหมายของระดับคะแนนเฉลี่ย ตามแนวคิดของ Likert Rating Scale ดังนี้ : ค่าเฉลี่ย 4.50 ถึง 5.00 หมายความว่า ปฏิบัติเป็นประจำ ค่าเฉลี่ย 3.50 ถึง 4.49 หมายความว่า ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ค่าเฉลี่ย 2.50 ถึง 3.49 หมายความว่า ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 1.50 ถึง 2.49 หมายความว่า ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 1.49 หมายความว่า ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินโอกาส

เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Thai CV Risk Score⁽¹⁰⁾ เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี สำหรับคนไทย ของโรงพยาบาลรามาริบัติ คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งใช้แบบไม่ใช้ผลเลือด มีจำนวน 7 ข้อได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตตัวบน วัตรอบเอว และส่วนสูง การแปลผล จะบอกความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ออกเป็น 5 ระดับคือ

ความเสี่ยงต่ำ (<10%) ถือว่ามีความเสี่ยงน้อยในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

ความเสี่ยงปานกลาง (10-<20%) ควรได้รับการติดตามและประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ความเสี่ยงสูง (20-<30%) ควรได้รับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง

ความเสี่ยงสูงมาก (30-<40%) ควรได้รับการดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ ความเสี่ยงสูงอันตราย ($\geq 40\%$) ถือว่ามีความเสี่ยงสูงมากในการเกิดโรค ควรได้รับการรักษาและจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเร่งด่วน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 2 คน และด้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 คน ตรวจสอบให้คำแนะนำและการปรับปรุงแก้ไข ค่า CVI รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นของ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.78 และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ ค่าคะแนน 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง 4) พฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้การทดสอบทางสถิติ Paired t-test โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มเดียวกันวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัส IRB-BCNKK-15-2024 วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยได้ยึดหลักจริยธรรมสำหรับการวิจัยในคน ซึ่งประกอบด้วย 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักผลประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย และ 3) หลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 65.1 ปี (SD.=11.47) โดยอายุน้อยที่สุด 38 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 43.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 46.66 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.66 ดัชนีมวลกายสมส่วน (18.5-22.9) ร้อยละ 20.00 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 46.66 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000 - 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 40.00 ไม่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 80.00 สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 70.00

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.1 (S.D.= 1.58) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.96 (S.D.= 4.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.36 (S.D.= 1.21) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.96 (S.D.= 4.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.36 (S.D.= 1.4) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.83 (S.D.= 4.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปร	N	Mean	S.D.	t-test	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ก่อนใช้โปรแกรม	30	19.96	4.74	4.74	0.00005*
หลังใช้โปรแกรม	30	24.10	1.58		
การรับรู้ความรุนแรง					
ก่อนใช้โปรแกรม	30	20.96	4.07	4.58	0.00008*
หลังใช้โปรแกรม	30	24.36	1.21		
การรับรู้ประโยชน์					
ก่อนใช้โปรแกรม	30	20.83	4.14	4.69	0.00005*
หลังใช้โปรแกรม	30	24.36	1.4		

* p-value < .05

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม หลังการใช้โปรแกรมเท่ากับ 88.07 (S.D.= 4.57) ขณะที่ก่อนการใช้โปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 77.53 (S.D.= 4.95) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปร	N	Mean	S.D.	t-test	p-value
การปรับพฤติกรรม					
ก่อนใช้โปรแกรม	30	77.53	4.95	-7.423	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	30	88.07	4.47		

* p-value < .05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อ ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.13 (S.D.= 6.18) สูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.26 (S.D.= 5.71) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อ ด้านสุขภาพระหว่างก่อนการใช้โปรแกรม และหลังการใช้โปรแกรม

ตัวแปร	N	Mean	S.D.	t-test	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	30	12.26	5.71	1.2	0.23*
หลังใช้โปรแกรม	30	13.13	6.18		

* p-value > .05

อภิปรายผล

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับ

ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ การป้องกัน และภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตัวเอง รวมถึงเกิดการรับรู้ความรุนแรง และประโยชน์ของการป้องกันโรค และเกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยของชินกมล สิทธิยอดยิ่ง⁽⁷⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และงานวิจัยของรัตติยากร ถิววันและกิตติพงษ์ สอนล้อม⁽¹¹⁾ ที่พบว่า คะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมองในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้

2. การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้โปรแกรม แตกต่างกันแบบไม่มีนัยสำคัญ ($p = 0.23$) โดยพบว่าก่อนการใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 13.13 หลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 12.26 ซึ่งการที่คะแนนหลังให้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กิจกรรมในโปรแกรมมีเพียงการให้ความรู้ประกอบสื่อซึ่งอาจจะยังไม่เพียงพอให้เกิดความแตกต่างของการรับรู้ปัญหา โดยเฉพาะปัญหาในการบริโภคอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธนิยา ชูแสงศรี⁽¹²⁾ พบว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากผู้ป่วยมักไม่สามารถควบคุมเมนูอาหารได้ เนื่องจากต้องรับประทานอาหารที่เตรียมสำหรับทั้งครอบครัว ซึ่งอาจไม่ได้คำนึงถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล เช่น อาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงหรืออาหารทอด ซึ่งมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต และธัญย์สิตา ยอดอ่อน และมุกดา หนูยศศรี⁽¹³⁾ พบว่าไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพตามความต้องการมาบริโภค ในแต่ละวันจึงมีการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปที่มีขายในท้องตลาดมารับประทาน จึงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต⁽¹⁴⁾

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของเบคเกอร์ (Becker)⁽⁹⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง ส่วนการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมที่ทำการให้ความรู้ประกอบสื่อเพียงอย่างเดียวซึ่งอาจจะไม่ทำให้เห็นความแตกต่าง จึงควรมีกิจกรรมในการสร้างการรับรู้ที่หลากหลายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขควรนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำและติดตามผลการใช้โปรแกรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลและปรับปรุงการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน จึงควรมีกิจกรรมในโปรแกรมที่หลากหลาย และควรมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ
2. การประเมินผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพในระยะยาวหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อดูการคงอยู่ของพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้โปรแกรมการพยาบาลเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณะพงศ์ พันธุ์ศรี ดร.สุทิน ชนะบุญ ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการพัฒนาคุณภาพงาน วิจัยให้ดียิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันนิษฐา มาเห็ม อาจารย์รุ่งทิพย์ พรหมบุตร และอาจารย์ณรงค์ คำอ่อน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่นผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้สละเวลาในการสอบตรวจคุณภาพ

งานวิจัยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุง แก้ไขให้เครื่องมืองานวิจัยที่มีคุณภาพ ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด ที่ให้ความอนุเคราะห์ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022. [Internet]. 2022 [cited 2025 May 11] Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>.
2. กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราผู้ป่วยปี 2565-2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. 2568.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด. ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. 2567.
4. วุฒิชัย แป้นทอง และรัตนา สายยศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีณรงค์. วารสารศุนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(1), 196-207.
5. วิยะดา รัตนสุวรรณ และคณะ. การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2564; 2(2), 111-24.
6. สุเทพ แก้วสีขาว. การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดัน

- โลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในตำบลบ้านแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำ นักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567; 8(16), 320-29.
7. ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2565; 2(2), 46-60.
 8. กรรณิการ์ เงินดี และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขภาพศึกษา. 2564; 44(2), 171-85.
 9. Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974; 2: 324-508.
 10. https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
 11. รัตติยากร ถีอวันและกิตติพงษ์ สอนล้อม. รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567; 16(1), 139-59.
 12. พังนียา ชูแสงศร. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม Journal of Organizational Management Excellence. 2566; 1(1), 1-15.
 13. ธันย์ลีดา ยอดอ่อนและมุกดา หนูยศรี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ. 2563; 13(2), 388-99.
 14. Carol R. O., Neha K., Spencer J., Ya Y., Vivien W., Timothy B. P., et al. Ultra-Processed Food Consumption and Hypertension Risk in the REGARDS Cohort. AHAIASA Journals Hypertension. 2024; 81(12), 2520-28. doi: 0.1161/HYPERTENSIONA-HA.123.22341. Epub 2024 Oct 17.



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-235-904 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136
Email: anamai.plan7@gmail.com