

Volume 18 No.3 September - December 2025
ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568

R&D Health
System Journal



วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



THAIJO



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>



E-ISSN 2697-4673 (Online)

ISSN 1906-2605 (Print)

บทบรรณาธิการ

ทางกองบรรณาธิการวารสาร ขอถือโอกาสในการส่งมอบปีใหม่ และขออำนาจแห่งคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ พร้อมด้วยพระบารมีแห่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว จงปกป้องคุ้มครอง ให้ทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญ และความเป็นมงคล ปราศจากโรคภัยทั้งปวง ตลอดปีพุทธศักราช 2569 นี้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 3 ประจำปี 2568 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 27 เรื่อง กองบรรณาธิการวารสาร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามี้ง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.ทวีรัชต์ ศรีกุลวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลนมน จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ผศ.ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิตภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา ภูริบุญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.อุ๋นใจ เครือสิดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกัล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุตกรยุทธ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิฎา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญ์ สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภาณุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินทร์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ คลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม

บทความวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความนี้จะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องขออนุมัติประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณี บุญชรหัตถกิจ

รศ.ดร.จิรา กองปราม

ผศ.ดร.เอี่ยมพร สุ่มมาดย์

ผศ.ดร.ทัฬหพร ชูศักดิ์

ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์

ผศ.ดร.อรรถสิทธิ์ ไชยณรงค์

ผศ.ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี

ผศ.ดร.ผดุงสิทธิ์ ชำนาญบริรักษ์

ผศ.ดร.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดิ์

ผศ.ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

ดร.นพ.สราวุฒิ บุญสุข

นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล

ดร.จารุวรรณ หมนันมี

ดร.ศุภศิลป์ ศิริรักษา

ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์

ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

ดร.สุภาภักย์ เบญจธนวัฒน์

ดร.สุนิศา แสงจันทร์

ดร.สุพัตรา บุญเยี่ยม

ดร.ณัฐยากร มอญขันธ์

ดร.ณัฐพล โยธา

ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์

ดร.นวลปรารถน์ ดวงสว่าง

ดร.เอกชัย ภูผาใจ

ดร.วรรณภา นิตมณฑลชัย

ดร.อรนิฎา ชารเจริญ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์

ดร.พัชรินทร์ ภูวเลิศ

ดร.เมทินี เมทนีดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลราชวิถี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาลยางตลาด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์..... วัชร เลิศแก้ว, ธวัชชัย ยืนยาว	1
ผลของโปรแกรมประยุกต์แนวความคิดมิฟิเคชั่นต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ..... จารุจินดา คำวิลานนท์, เอมอัชฌา วัฒนบุรณนท์, นิภา มหารัษฎพงศ์, ปาจริย์ อับดุลลาการิม	15
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในวัยเรียน และวัยผู้ใหญ่ กับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่: เขตสุขภาพที่ 7..... กัญญา จันทร์พล	26
คู่มือการออกกำลังกายผู้สูงอายุแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย : เทศบาลเมืองเขาสามขยด จังหวัดลพบุรี..... พงษ์ธร ไพจิตร	41
การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2..... พรรศณีย์ บุญมั่น, ธัญญารัตน์ สิทธิวงศ์	54
ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี..... โสฬส พิรักษา, ศักดิ์มงคล เชื้อทอง, ปาริชาติ ทาเผือก, เปรมฤทัย คำสวัสดิ์, จินห์จุฑา ภู่อพร, ชนาภานต์ ไชยยิ่ง, ชมพูนุช ดีเจย	69
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม..... สุริยะ เครือจันทร์, ชญานันท์ นันทเพชร	82
ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พืชกระท่อมในเกษตรกร ตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช..... จิรรัตน์ อุ่นเพ็ญ, อัญญาภา ไขยาสุภาพ, สิริยาพร จันทบุรี, วิสา สง่าพาโชค, อาทิตยา เหลืองประเสริฐ, ลักษมี บัวสัมฤทธิ์	96
ผลของโปรแกรม 3Rs ต่อความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนตำบลโลกสี อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร..... วิรัชจันทก พงษ์นิล, สรญา แสนมาโนช, ปิยพร แก้วชำนาญ	111
การพัฒนาดำรงอาหารพื้นถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครพนม..... จริพร โคตรม, พันธ์ สมกำลัง, นาฏนภา อารยะศิลป์	125
ประสิทธิผลของการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต อำเภอภูซำ จังหวัดอุดรธานี..... หทัย ธาตุทำเล	139
ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลคอนนิมพิล อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา..... ดวงภา ปงกา, กิระพล กาสะดี, วรางคณา จันทร์คง	154
ประสิทธิผลของระบบ และกลไกการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู..... ณัฐฎากร มอญขันธ์	168



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของการรับสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	181
อภิรักษ์ ตรีวง, สิริยาพร นิตคุณเกษม	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วย Taxane.....	195
กัมพล อินทรทะกุล, ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์, รัชมีสุนันท์ จันทระภักดิ์, อนุชา ดวงแก้ว, นภัสสร ยอดทองดี	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด..	209
เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, สัจจวรรณ พวงศรีเคน, ปาริชาติ อาษาธง, วาริรัตน์ วรรณโพธิ์, รัชสุดา ชูศรีทอง	
ความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด.....	223
รัชลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์, อติญา โพธิ์ศรี, วิวิธ ปุณณะ, ลัดดา พลพุดธา, ปาริชาติ อาษาธง, สุริพร ศรีโพธิ์อ่อน	
ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกรรมการตรวจเฝ้าระวังด้วยตนเอง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.....	237
จิรัชญา เหล่าคมพุดชาจารย์, สิริกร ถนอมธรรม, ธิดิรัตน์ เหล่าคมพุดชาจารย์, เคือนเพ็ญ ไชยโสตา, กนกทิพย์ สีทวง	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน.....	252
ศุคติ ภูห่องไธย, กัญญา จันทร์พล	
การพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์.....	266
อรนิภา ธารเจริญ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง.....	281
บุญดา วงศ์พิมล, รัชลักษณ์ หวังมวนกลาง, ศตวรรษ อุดรศาสตร์, ลัดดา พลพุดธา	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี.....	295
ประสาทร แก้วทอง, รัฐพล ศิลปะศรี, ทศพร ชุศักดิ์	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี.....	309
รัชฎาภรณ์ บุญขาว, รัฐพล ศิลปะศรี, พรรณี บัญชรหัตถกิจ	
การประเมินและการจัดการผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน.....	322
ลัดดา พลพุดธา, บุญดา วงศ์พิมล	
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารจัดการสุขภาพจิต โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต (คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต) ระดับจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564-2567.....	336
นวลปรางค์ ดวงสว่าง, วัฒนะ ศรีวัฒนา	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน.....	350
กมลสิพร ตรีสอน, ปกัญญา คำรินทร์, ศตวรรษ อุดรศาสตร์, อรทัย พงษ์แก้ว, ปลมา โสบุตร, โชติระวี อินจำปา	



สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการมองเห็นดีขึ้นในผู้ป่วยกระจกตาติดเชื้อที่รักษาแบบผู้ป่วยในใน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.....	364
จิรากรณ์ บุคดาวงศ์	



ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

EFFECTS OF THE PROGRAM DEVELOPMENT OF COMPETENCY IN EMERGENCY
PATIENT CARE AT THE SCENE OF AN INCIDENT FOR EMERGENCY MEDICAL
RESPONDER CHUMPHON BURI DISTRICT, SURIN PROVINCE

Received: May 16, 2025

Revised: August 21, 2025

Accepted: September 03, 2025

วัชรรา เลิศแก้ว¹, ธวัชชัย ยืนยาว^{2*}

Watchara Lerdkeaw¹, Thawatchai Yeunyow^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ประชากรในการศึกษา จำนวน 40 คน ตัวอย่างเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 34 คน โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน โดยเข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้ง (6 สัปดาห์) ได้แก่ ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม ครั้งที่ 2 การฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนสมรรถนะ (4 สัปดาห์) และครั้งที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุหลังโปรแกรม ($M = 28.13$, $S.D. = 0.47$) สูงวก่อก่อนโปรแกรม ($M = 22.38$, $S.D. = 3.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ และด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนสมรรถนะเฉลี่ยหลังโปรแกรม ($M = 227.93$, $S.D. = 8.11$) สูงวก่อก่อนโปรแกรม ($M = 187.34$, $S.D. = 22.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

ข้อเสนอแนะ ควรมีนำไปใช้ในเครือข่ายหน่วยบริการอื่นๆ และพัฒนาสมรรถนะด้านการประเมินและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast Track เพื่อให้ได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนและป้องกันภาวะฉุกเฉินต่อชีวิต

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ, อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

Registered Nurse, Senior Professional Level. Chumphon Buri Hospital, Surin Province

² อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: thawatchai.yeun@gmail.com



Abstract

This research is a Quasi-Experimental Research. (One Group Pretest-Posttest Design). This research aimed to study the Effects of program development on competency in emergency patient care at the scene of an incident for Emergency Medical Responders in Chumphon Buri District, Surin Province. The study population consisted of 40 individuals. The study samples comprised 34 volunteers for emergency medical care. The questionnaire was used in 3 parts. Participated in the program 3 times (6 weeks): 1. preparation, 2. Experience training (4 weeks), and 3. evaluation and reflection. Data analysis using descriptive statistics and paired t-test statistics.

The results showed that knowledge score after the program ($M = 28.13$, $S.D. = 0.47$) was statistically significantly higher than before the program ($M = 22.38$, $S.D. = 3.95$) at $p\text{-value} < 0.001$ and the emergency patient care performance score at the scene of the accident for emergency medical volunteers before and after the program ($M = 227.93$, $S.D. = 8.11$) was statistically significantly higher than before the program ($M = 187.34$, $S.D. = 22.18$) at $p\text{-value} < 0.001$.

Suggestion: It should be used in other service unit networks. Develop the capacity to assess and care for emergency patients through the Fast Track program. To receive urgent treatment and prevent life-threatening conditions.

Keywords: Emergency care at the scene, Emergency Medical Responder



บทนำ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services: EMS) คือ ระบบการบริหารจัดการทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีก่อนถึงโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและป้องกันความพิการที่เกิดจากโรค โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงาน ได้แก่ การพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene care) การลำเลียงขนย้ายและให้การดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)^(1,2) ซึ่งการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือความพิการ หากมีอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินได้เข้าถึงปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและการรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดการสูญเสียชีวิตและความพิการ รวมทั้งลดอาการบาดเจ็บหรืออาการป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและในภาวะสาธารณสุขภัย⁽³⁾ ซึ่งข้อมูลจำนวนผู้ปฏิบัติการในระบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้จำแนกดังนี้ 1) กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1,674 คน, แพทย์อนุสาขาเวชศาสตร์นอกโรงพยาบาล จำนวน 77 คน, พยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2,956 คน, พยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (ขึ้นทะเบียนสภาการพยาบาล) จำนวน 497 คน และนักฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) จำนวน 1,554 คน 2) กลุ่มผู้ช่วยฉุกเฉินการแพทย์ (ได้รับประกาศนียบัตรตามข้อบังคับเดิม) ได้แก่ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จกพ.) จำนวน 3,363 คน, พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พคพ.) จำนวน 15,143 คน และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อคพ.) จำนวน 92,920 คน⁽⁴⁾

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อคพ.) หรือ Emergency medical responder (EMR) เป็นผู้มีความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการปฐมพยาบาล การช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และการช่วยชีวิตเบื้องต้น โดยปฏิบัติงานเป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลทางการแพทย์สามารถปฐมพยาบาล และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้ โดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์น้อยที่สุดตามขอบเขต อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบและข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ตามคำสั่งการแพทย์และการอำนวยการ⁽⁵⁾ ทั้งนี้อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ออกเหตุในขั้นแรก และถึงจุดเกิดเหตุก่อนทีมปฏิบัติการอื่นๆ



ข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2567 พบว่า จำนวนปฏิบัติการทั้งหมด 2,235,324 ครั้ง โดยแยกการปฏิบัติการตามช่องทาง ดังนี้ 1) ทางบก จำนวน 2,232,184 ครั้ง 2) ทางน้ำ จำนวน 2,866 ครั้ง และ 3) ทางอากาศ จำนวน 188 ครั้ง โดยมีผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 2,193,414 คน โดยเป็นการเจ็บป่วยเป็นกลุ่ม (Criteria Based Dispatch) CBD 25 อุบัติเหตุยานยนต์มากที่สุด จำนวน 536,081 ครั้ง รองลงมา คือ กลุ่ม CBD 17 คือ กลุ่มป่วย/อ่อนเพลีย/อัมพาตเรื้อรัง/ไม่ทราบ จำนวน 460,290 ครั้ง, กลุ่ม CBD 1 ปวดท้อง หลัง เชิงกรานและขาหนีบ จำนวน 199,541 ครั้ง, กลุ่ม CBD 5 หายใจลำบาก/ติดขัด จำนวน 198,840 ครั้ง และกลุ่ม CBD 24 พลัดตกหกล้ม/ อุบัติเหตุ/ เจ็บปวด จำนวน 193,968 ครั้ง และข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที จำนวน 189,313 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.49⁽⁴⁾ และข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2567 ของจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีจำนวนการออกปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวน 64,309 ครั้ง ซึ่งได้ออกเหตุตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุพบว่า ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance life Support unit : ALS) จำนวน 8,606 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น(Basic Life Support : BLS) จำนวน 17,437 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Response Unit: FR) จำนวน 38,239 ครั้ง และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support Unit: ILS) จำนวน 27 ครั้ง⁽⁶⁾ ซึ่งจะเห็นว่า ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Response Unit: FR) เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในด้านการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพลบุรี รวมถึงการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินให้กับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตชุมพลบุรี และสถิติข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีการปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 2,816 ครั้ง ซึ่งได้ออกเหตุตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุพบว่า ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance life Support unit : ALS) จำนวน 659 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support : BLS) จำนวน 879 ครั้ง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Response Unit: FR) จำนวน 1,048 ครั้ง และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support Unit: ILS) จำนวน 230 ครั้ง⁽⁴⁾ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะการแพทย์ฉุกเฉินแก่อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์โดยตรง และยังจะเกิดประโยชน์แก่ผู้บาดเจ็บตลอดจนป้องกันความพิการและลดอัตราการตายได้⁽⁷⁾ ซึ่งแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน แต่การศึกษาที่ใช้โปรแกรมเฉพาะสำหรับพื้นที่ชนบทยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่วัดผลทั้งความรู้และสมรรถนะพร้อมกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยพัฒนา



โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเพิ่มขีดความสามารถสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุให้กับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

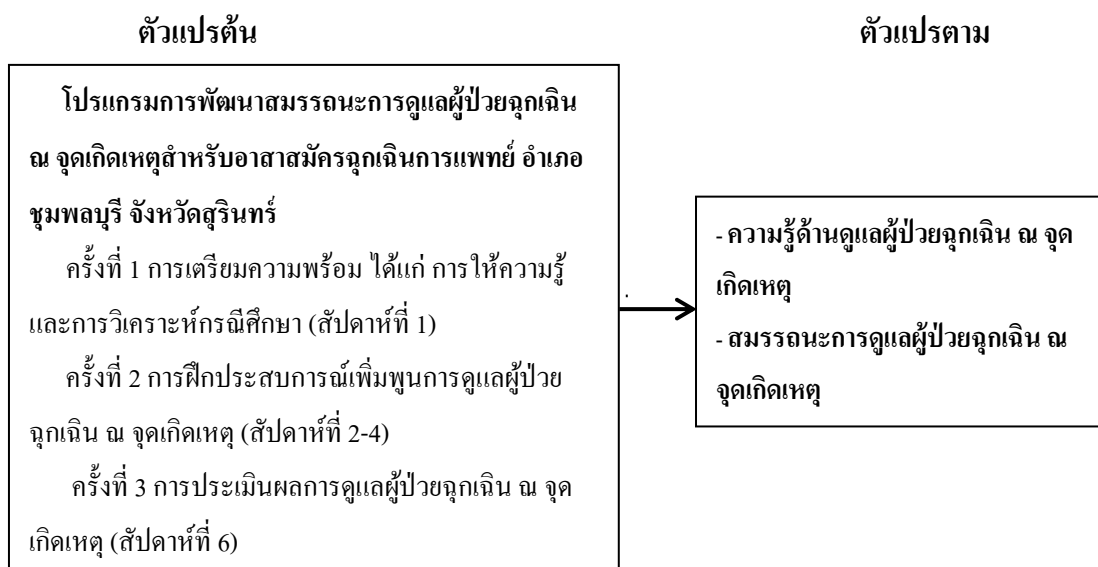
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ก่อนและหลังโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ก่อนและหลังโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) คัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ 2) การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และ 3) การนำส่งเพื่อรักษาต่อ⁽⁸⁾ ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ประชากร คือ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ที่มีรายชื่อปฏิบัติงานจริง จำนวน 40 คน ตัวอย่างในการศึกษาเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 34 คน โดยดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลชุมพลบุรี อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือน 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ที่มีรายชื่อปฏิบัติงานจริง จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 34 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เพศชายหรือหญิง อายุ 20-60 ปี 2) มีรายชื่อขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ตำแหน่งอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน 3) มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาถิ่นได้ และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงหรือโรคทางจิตและการรับรู้ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้วินิจฉัย และ 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power 3.1 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ระดับอำนาจการ ทดสอบ (level of power) ที่ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.35 จากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁹⁾ ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 31 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เท่ากับ 3 คน รวมทั้งสิ้น 34 คน และการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมี 7 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน



2. แบบสอบถามด้านความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ โดยเลือกตอบ แบบถูก-ผิด มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3. แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 50 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 42 ข้อ 3) ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ทำได้ดี คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ทำได้ คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจคะแนน 2 คะแนน หมายถึง น่าจะทำได้ และคะแนน 1 คะแนน หมายถึง ทำไม่ได้เลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลเวช ปฏิบัติฉุกเฉิน 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรของคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) และหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา จากการ Try Out ในกลุ่ม ตัวอย่างอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอท่าตูม จำนวน 30 คน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) แบบสอบถามด้านความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ได้หาความเชื่อมั่นโดยการทดสอบว่า แบบทดสอบหรือแบบสอบถามแต่ละข้อมี ความสัมพันธ์กับข้ออื่นๆ ในฉบับเดียวกันด้วยสูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.91 และ 2) แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ได้หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนทำโปรแกรม คือ กิจกรรมครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม ได้แก่ การให้ ความรู้และการวิเคราะห์กรณีศึกษา (สัปดาห์ที่ 1) โดยใช้เวลารั้งละประมาณ 30-45 นาทีต่อราย เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย และผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังทำโปรแกรม คือ กิจกรรมครั้งที่ 3 การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (สัปดาห์ที่ 6) โดยใช้เวลารั้งละประมาณ 30-45 นาทีต่อราย เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ไปอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) คะแนนความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย



ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติทดสอบที (Paired t-test) ได้แก่ คะแนนความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้หนังสือรับรองเลขที่ COA No. 3/2568 เลขที่โครงการวิจัย 8/2568 ลงวันที่ 17 มกราคม 2568 นอกจากนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล 3) หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยดำเนินขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุรินทร์ โดยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.30 มีอายุเฉลี่ย 46.44 ปี (อายุระหว่าง 27-60 ปี, S.D. = 8.01) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.60 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 79.40 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 41.20 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9561.76 บาท (ระหว่าง 5,000-20,000 บาท, S.D. = 2487.27) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.14 ปี (ระหว่าง 1-30 ปี, S.D. = 5.87)

2. ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยโดยรวมหลังโปรแกรม ($M = 28.13$, $S.D. = 0.47$) สูงวก่อนโปรแกรม ($M = 22.38$, $S.D. = 3.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ซึ่งความรู้รายด้าน พบว่า 1) ด้านการคัดแยกผู้ป่วย หลังโปรแกรม ($M = 8.91$, $S.D. = 0.21$) สูงวก่อนโปรแกรม ($M = 7.54$, $S.D. = 0.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ 2) ด้านการปฏิบัติการ หลังโปรแกรม ($M = 9.84$, $S.D. = 0.36$) สูงวก่อนโปรแกรม ($M = 8.76$, $S.D. = 1.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ 3) ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา หลังโปรแกรม ($M = 8.98$, $S.D. = 0.57$) สูงวก่อนโปรแกรม ($M = 8.67$, $S.D. = 2.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนและหลังโปรแกรม (n = 34)

คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	Mean	S.D.	t	df	p-value
ด้านการคัดแยกผู้ป่วย					
ก่อนโปรแกรม	7.54	0.41	-4.681	33	0.000*
หลังโปรแกรม	8.91	0.21			
ด้านการปฏิบัติการ					
ก่อนโปรแกรม	8.76	1.63	-4.998	33	0.000*
หลังโปรแกรม	9.84	0.36			
การนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา					
ก่อนโปรแกรม	8.67	2.29	-4.470	33	0.000*
หลังโปรแกรม	8.98	0.57			
คะแนนความรู้โดยภาพรวม					
ก่อนโปรแกรม	22.38	3.95	-4.741	33	0.000*
หลังโปรแกรม	28.13	.47			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001

3. ด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า คะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังโปรแกรม (M = 227.93, S.D. = 8.11) สูงวก่่าก่อนโปรแกรม (M = 187.34, S.D. = 22.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 ซึ่งสมรรถนะรายด้าน พบว่า 1) ด้านการคัดแยกผู้ป่วย หลังโปรแกรม (M = 23.61, S.D. = 0.83) สูงวก่่าก่อนโปรแกรม (M = 18.02, S.D. = 3.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 2) ด้านการปฏิบัติการ หลังโปรแกรม (M = 57.19, S.D. = 3.70) สูงวก่่าก่อนโปรแกรม (M = 45.81, S.D. = 11.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 และ 3) ด้านการนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา หลังโปรแกรม (M = 13.98, S.D. = 0.29) สูงวก่่าก่อนโปรแกรม (M = 11.450, S.D. = 3.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับ
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ก่อนและหลังโปรแกรม (n = 34)

คะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	Mean	S.D.	t	df	p-value
ด้านการคัดแยกผู้ป่วย					
ก่อนโปรแกรม	18.02	3.43	-10.804	33	0.000*
หลังโปรแกรม	23.61	0.83			
ด้านการปฏิบัติการ					
ก่อนโปรแกรม	45.81	11.61	-9.452	33	0.000*
หลังโปรแกรม	57.19	3.70			
การนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษา					
ก่อนโปรแกรม	11.45	3.78	-8.547	33	0.000*
หลังโปรแกรม	13.98	0.29			
สมรรถนะโดยภาพรวม					
ก่อนโปรแกรม	187.34	22.18	-9.428	33	0.000*
หลังโปรแกรม	227.93	8.11			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพิ่มขึ้นโดยรวมหลังโปรแกรม (M = 28.13, S.D. = 0.47) สูงกว่าก่อนโปรแกรม (M = 22.38, S.D. = 3.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 ซึ่งสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของ จิรนนท์ วรรณชัย⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การเปรียบเทียบทักษะความรู้ภายหลังการอบรม (Mean = 25.11, S.D. = 4.02) อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าก่อนการอบรม (Mean = 17.09, S.D. = 4.5) อย่างมีนัยทางสถิติ (p-value < 0.01) แต่ไม่สอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ พรหมคำ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ ทักษะ และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ด้านความรู้ก่อนทดลองและหลังทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.07) ซึ่งอาจจะอธิบายจากทฤษฎีการเรียนรู้ที่ให้ความหมายของความรู้ คือ สิ่งที่พิสูจน์ให้เห็นว่า เป็นการเพิ่มขีดความสามารถที่จะนำมาซึ่งประสิทธิภาพที่ดีกว่า ความรู้เป็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงระหว่าง



ความเข้าใจตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ความรู้ คือ กรอบของการประสมประสานระหว่างสถานการณ์ ค่านิยม ความรู้ในบริบทและความรู้แจ้งอย่างชัดเจนซึ่งโดยทั่วไปความรู้จะอยู่ใกล้ชิดกับกิจกรรมมากกว่าข้อมูลและสารสนเทศ ทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ ความรู้ คือ ข้อเท็จจริง ประสบการณ์ค่านิยม ความเชื่อ กระบวนการและข้อมูลสารสนเทศที่ผนวกด้วยความเข้าใจ อันเกิดจากการเปรียบเทียบ การตีความ การวินิจฉัยและการตรวจสอบผลกระทบซึ่งทำให้เกิดคุณค่าสูง และพร้อมที่จะนำไปประยุกต์สู่การตัดสินใจและการปฏิบัติ⁽¹¹⁾ ซึ่งจากกิจกรรมในโปรแกรมฯ 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม ได้แก่ การให้ความรู้และการวิเคราะห์กรณีศึกษา (สัปดาห์ที่ 1) ครั้งที่ 2 การฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (สัปดาห์ที่ 2-4) และครั้งที่ 3 การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (สัปดาห์ที่ 6) จะเห็นได้ว่า เป็นกระบวนการทำให้เกิดความรู้ในด้านการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ 7 ขั้นตอน⁽¹²⁾ คือ 1) ขั้นตรวจสอบความรู้เดิม (elicitation phase) 2) ขั้นสร้างความสนใจ (engagement phase) 3) ขั้นสำรวจค้นหา (exploration phase) 4) ขั้นอธิบาย (explanation phase) 5) ขั้นขยายความรู้ (elaboration phase) 6) ขั้นประเมินผล (evaluation phase) และ 7) ขั้นนำความรู้ไปใช้ (extension phase) จึงอาจจะสรุปได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมนั้นทำให้ตัวอย่างมีความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แล้วการประเมินการรับรู้สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินและปัญหาอุปสรรค และได้รับการพัฒนาและสนับสนุน เพื่อให้สามารถจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้น⁽¹³⁾

ด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุก่อนและหลังโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังโปรแกรม ($M = 227.93$, $S.D. = 8.11$) สูงกว่าก่อนโปรแกรม ($M = 187.34$, $S.D. = 22.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของ อีฮาม อาแว, เนตรนภา คู่พันธ์วิ และจินตนา คำเกลี้ยง⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และในระหว่างการนำส่งของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้บาดเจ็บสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.39$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติสูงขึ้นทุกด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การยึดตรึงกระดูกและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ วรรณชัย⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การเปรียบเทียบทักษะความรู้ภายหลังการอบรม ($Mean = 25.11$, $S.D. = 4.02$) อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าก่อนการอบรม ($Mean = 17.09$, $S.D. = 4.5$) อย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิรกฤต ธนกฤตสนนท์, ภาสกร ดอกจันทร์ และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ



การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิจิตร ที่พบว่า ด้านทักษะความรู้ในการออกปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งจาก กิจกรรมในโปรแกรมฯ 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม ได้แก่ การให้ความรู้และการวิเคราะห์กรณีศึกษา (สัปดาห์ที่ 1) ครั้งที่ 2 การฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (สัปดาห์ที่ 2-4) และครั้งที่ 3 การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (สัปดาห์ที่ 6) จะเห็นได้ว่า เป็นกระบวนการทำให้เกิดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)⁽¹⁶⁾ ซึ่งอธิบายไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การตัดสินใจว่า สามารถของตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใดๆ ที่กำหนดไว้ได้ และการมีสมรรถนะที่เพิ่มขึ้น มีความมั่นใจ และทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้อง และเป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่าการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเป็นผลมาจากการมีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งสอดคล้องซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี KAP model⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วย ความรู้(Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรม (Practices) พฤติกรรมจะมีพื้นฐานมาจากความรู้และทัศนคติที่คอยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมซึ่งแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมแตกต่างกัน เนื่องจากการได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ ที่ไม่เท่ากัน รวมถึงการตีความหมายของสารและนำความรู้ที่ได้มาสร้างทัศนคติส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจจะสรุปได้ว่า สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากโปรแกรมฯ ของการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งหากจะเกิดความยั่งยืนของโปรแกรมฯ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ นั้น จะต้องมีการดำเนินตามโปรแกรมในทุกๆ ปี และขยายผลของโปรแกรมในเครือข่ายหน่วยบริการอื่นๆ ต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หน่วยรับผิดชอบของอำเภอยศพลบุรี เป็นการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จำเป็นต้องศึกษาในกลุ่มเดียว ไม่สามารถแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้
2. การศึกษาครั้งนี้มีการฝึกภาคปฏิบัติซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับประสบการณ์ที่หลากหลาย และมีความแตกต่างกัน จึงอาจจะมีผลต่อความรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ควรมีการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุก่อนให้อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ให้มืออยู่ในระดับสูง เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป ควรมีนำไปใช้ในเครือข่ายหน่วยบริการอื่นๆ และพัฒนาสมรรถนะด้านการประเมินและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast Track เพื่อให้ได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน และป้องกันภาวะคุกคามต่อชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Kauppila, J., Iirola, T. & Nordquist, H. Perceived competency requirements for emergency medical services field supervisors in managing chemical and explosive incidents-qualitative interview study. BMC Emerg Med 2024; 24: 239. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01157-w>
2. Putri, S. T., Salasa, S., Sumartini, S. Situation and Competency of First Responder in Preparedness on Facing Emergency To Improve Public Safety in the University. Jurnal Keperawatan 2020; 9 (2): 102-110.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับที่ 4 พ.ศ. 2566-2570 (แผนปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2565.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2567 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2568.
5. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง เกณฑ์มาตรฐานคุณวุฒิฉุกเฉินการแพทย์ (มคจ.1) พ.ศ.2565. (2565, 11 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 106 ง. หน้า 5.
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ระบบคลังข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน (Data Warehouse). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://report.niems.go.th/niemsdwh/index.html>
7. จิรนนท์ วรรณชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(3): 208-218.
8. The National Association of Emergency Medical Technicians. 2018 National EMS Scope of Practice Model. New Jersey Ave SE, Washington; 2018.



9. ธวัชชัย ยืนยาว, ราณี ศิริคำ, บุญโฮม บุญโต. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอตำบอง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2567; 4(2): 170-179.
10. จุฬาลักษณ์ พรหมคำ. ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติ และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2568; 5(1): 58-69.
11. สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา. สารานุกรมวิชาชีพครู เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพฯ: สกสศ. ลาตพรว้า; 2550.
12. Eisenkraft, Arthur. Expanding the 5E Model: A Proposed 7E Model Emphasizes Transferring Learning and the Importance of Eliciting Prior Understanding. The Science Teacher 2003; 70(6): 56-59.
13. สิริพงษ์ วัฒนศรีทานัง, ระพีพรรณ นันทะนา, ชินกร สุจิมงคล, เข้าวรวัจน์ ราชพัฒน์. การพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(3): 183-197.
14. อิชาม อาแว, เนตรนภา คู่พันธ์วี และจินตนา คำเกลี้ยง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และในระหว่างการนำส่งของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563; 40(3): 15-25.
15. จิรกฤต ธนกฤตสนนท์, ภาสกร ดอกจันทร์ และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์. การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิจิตร. Journal of Roi Kaensarn Academi 2567; 9(7): 981-994.
16. Bandura, Albert. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
17. Schwartz, S. The justice of need and the activation of humanitarian norms. Journal of Social Issues 1975; 31(3): 111-136.



ผลของโปรแกรมประยุกต์แนวคิดเกมมิฟิเคชันต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของ นักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ

EFFECTS OF PROGRAM APPLYING GAMIFICATION CONCEPT ON EXERCISE BEHAVIOR AMONG PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN SAMUT PRAKAN PROVINCE

จารุจินดา คำวิลานนท์¹, เอ็มอัชฌา วัฒนบุรณนท์²,

นิภา มหารัชพงษ์², ปาจริย์ อับดุลลาซิม^{2*}

Jarujinda Kumvilanon¹, Aim-utcha Wattanaburanon²,

Nipa Maharachpong², Pajaree Abdullakasim^{2*}

Received: May 21, 2025

Revised: July 22, 2025

Accepted: September 03, 2025

บทคัดย่อ

การไม่ออกกำลังกายในเด็กประถมศึกษายังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว แม้ว่า
การใช้แนวคิดเกมมิฟิเคชันจะได้รับการศึกษาต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังขาดงานวิจัยที่
ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้กับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กอย่างชัดเจน

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์แนวคิดเกมมิฟิเคชันต่อพฤติกรรมการ
ออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 60 คน
แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 และเพศชาย
ร้อยละ 46.66 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.66 และเพศหญิง ร้อยละ 43.33 ทั้งสองกลุ่ม
มีอายุเฉลี่ย 11 ปี กลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัว ขณะที่กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.33

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 9.97 ± 3.17
เป็น 23.24 ± 1.30 ($t = 21.92$, $p\text{-value} < 0.001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย
เพิ่มขึ้นจาก 34.13 ± 4.62 เป็น 39.53 ± 0.68 ($t = 6.23$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม
เกมมิฟิเคชันสามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายในเด็กประถมศึกษาได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เกมมิฟิเคชัน, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, เด็กวัยเรียน, ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author E-mail: pajaree@go.buu.ac.th



Abstract

Physical inactivity among primary school children remains a significant issue affecting long-term health. Although gamification has been widely studied in other countries, there is still a lack of research in Thailand applying gamification to promote health behaviors in children.

To examine the effects of a gamification-based program on exercise behavior among primary school students. The sample consisted of 60 grade 5 students from two schools in Samut Prakan province, divided into an experimental group and a control group (30 students each). In the experimental group, 53.33% were female and 46.66% were male. In the control group, 56.66% were male and 43.33% were female. The majority of participants were 11 years old. None of the experimental group had chronic diseases, while 13.33% of the control group reported health conditions.

The results After participating in the program, the experimental group showed a significant increase in exercise knowledge from 9.97 ± 3.17 to 23.24 ± 1.30 ($t = 21.92$, $p\text{-value} < 0.001$) and in exercise behavior from 34.13 ± 4.62 to 39.53 ± 0.68 ($t = 6.23$, $p\text{-value} < 0.001$). The results suggest that a gamification-based program can effectively enhance exercise knowledge and promote exercise behavior in primary school students.

Keywords: Gamification, Exercise Behavior, Primary school students, knowledge regarding physical activity



บทนำ

ปัญหาการไม่มีกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ระบุว่า เด็กและวัยรุ่นทั่วโลกกว่าร้อยละ 81 มีกิจกรรมทางกายไม่ถึงเกณฑ์ที่แนะนำ สำหรับประเทศไทย รายงานของกรมอนามัย⁽²⁾ และ Thailand Report Card 2022⁽³⁾ พบว่า เด็กและเยาวชนไทยที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมีเพียงร้อยละ 17.1 และ 27 ตามลำดับ โดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ช่วงเวลาในห้องเรียน และวันหยุด เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างไปกับการเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ แทนการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ เช่น น้ำหนักเกิน สมรรถภาพทางกายต่ำ รวมถึงปัญหาด้านสมาธิ การส่งเสริมการออกกำลังกายแบบดั้งเดิมที่เน้นการแข่งขันมักไม่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กบางกลุ่มที่รู้สึกเบื่อหน่ายหรือขาดแรงจูงใจ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางใหม่ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยแนวคิดเกมมิฟิเคชัน (Gamification) ได้รับความสนใจในฐานะเครื่องมือสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยการนำองค์ประกอบของเกม ของ Kapp⁽⁴⁾ เช่น เป้าหมาย การสะสมคะแนน การเลื่อนระดับ การให้รางวัล และการให้ผลย้อนกลับ มาใช้ในการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยของ Chen⁽⁵⁾ พบว่า การใช้เกมมิฟิเคชันช่วยเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกาย ลดความเบื่อหน่าย และเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายในเด็กประถมศึกษา นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมโดยอ้างอิงทฤษฎีแรงจูงใจภายในตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) ของ Deci⁽⁶⁾ และ Ryan⁽⁷⁾ ซึ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการด้านอิสระ ความสามารถ และความสัมพันธ์ทางสังคม จะช่วยกระตุ้นแรงจูงใจภายในให้เกิดพฤติกรรมอย่างยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมประยุกต์แนวคิดเกมมิฟิเคชันในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจากเด็กเล็กสู่เด็กโต อันเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางรากฐานพฤติกรรมสุขภาพ หากสามารถสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมการออกกำลังกายได้ตั้งแต่วัยนี้ จะช่วยลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

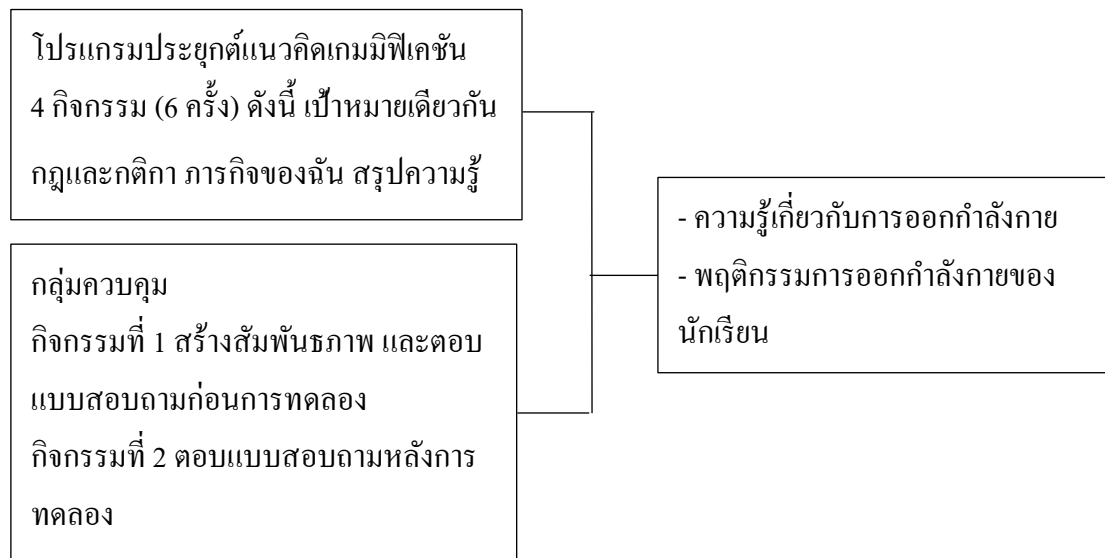
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม รวมระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดราษฎร์บำรุง และโรงเรียนคลองบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ปีการศึกษา 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power⁽⁹⁾ โดยกำหนด $\alpha = 0.05$, Power = 0.70 และ Effect size = 0.80 การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling)⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการจับคู่กลุ่ม (Matching) ควบคุมเพศ อายุ (11 ปี) และสุขภาพเบื้องต้น เนื่องจากไม่ได้ใช้การสุ่มตัวอย่าง จึงวิเคราะห์ด้วย ANCOVA⁽¹¹⁾ ควบคู่กับ t-test เพื่อลดปัญหา bias จาก baseline differences.



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมประยุกต์แนวคิดเกมมิฟิเคชัน ออกแบบตามแนวคิดของ Kapp⁽⁴⁾ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.80 ประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามอ้างอิงจากแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ และปรับให้เหมาะสมกับบริบทไทย ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (25 ข้อ) และพฤติกรรม การออกกำลังกาย (10 ข้อ แบบ Likert 5 ระดับ) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 และ 0.84

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมและแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC โปรแกรม 0.80 และแบบสอบถาม 0.89 ส่วนค่าความเชื่อมั่นวัดด้วย Cronbach's Alpha ได้ 0.87 สำหรับความรู้ และ 0.84 สำหรับพฤติกรรม อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ครบถ้วน ไม่มีข้อมูลสูญหาย เนื่องจากมีการตรวจสอบแบบสอบถาม ทุกครั้งหลังการเก็บข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Pearson's correlation coefficient⁽¹²⁾ พร้อมรายงาน 95% Confidence Interval

2. การวิเคราะห์ผลการทดลอง โดยใช้ ANCOVA⁽¹¹⁾ เพื่อควบคุมค่าพื้นฐาน ร่วมกับ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และ Paired t-test สำหรับการเปรียบเทียบ ภายในกลุ่ม พร้อมรายงาน Mean Difference, 95% CI และค่า p-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS113/2567 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2567 พร้อมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมาย



ผลการวิจัย

การเก็บข้อมูลทำได้ครบถ้วน ไม่มี Missing data กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่า ร้อยละ 53.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีเพศชายมากกว่า ร้อยละ 56.66 ทั้งสองกลุ่มอายุเฉลี่ย 11 ปี กลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัว ขณะที่กลุ่มควบคุมพบโรคประจำตัวร้อยละ 10 พฤติกรรมก่อนทดลอง พบว่า ร้อยละ 43.33 ไม่ได้ออกกำลังกาย และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เลือกวิ่งหรือเดินน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 76.66 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กประถมศึกษาปีที่ 5

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	46.66	17	56.66
หญิง	16	53.33	13	43.33
อายุ				
11 ปี	30	100	30	100
(ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้ถือเป็น 1 ปี)				
โรคประจำตัว (ถ้ามี)	1	3.33	3	10
ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์				
ไม่ได้ออกกำลังกายเลย	13	43.33	13	43.33
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	11	36.66	10	33.33
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	4	13.33	4	13.33
5 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	2	6.66	3	10
ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง				
น้อยกว่า 30 นาที	23	76.66	27	90
30-60 นาที	7	23.33	3	10
ประเภทของการออกกำลังกายที่ทำ				
เป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
วิ่ง/เดิน	16	53.33	17	56.66
ว่ายน้ำ	5	16.66	5	16.66
ปั่นจักรยาน	9	30	8	26.66
เดินแอโรบิก				



ผลการวิเคราะห์ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($p\text{-value} > 0.05$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 8.60$, $p\text{-value} < 0.001$, Mean Difference = 14.16, 95%CI [10.31, 16.09]) และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน ($t = 3.27$, $p\text{-value} < 0.001$, Mean Difference = 5.30, 95%CI [2.03, 8.57]) แสดงว่า โปรแกรมเกมมิฟิเคชันมีผลต่อการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การออกกำลังกายของเด็กประถมศึกษา

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	n	Mean	S.D.	t	df	p-value	Mean Difference	95%
ก่อนการทดลอง				0.340	58	0.734	0.77	-1.37
กลุ่มทดลอง	30	9.83	3.19					
กลุ่มควบคุม	30	9.06	2.98					
หลังการทดลอง				8.601	58	< 0.001*	14.16	10.31
กลุ่มทดลอง	30	23.13	1.40					
กลุ่มควบคุม	30	8.97	2.14					
ก่อนการทดลอง				-0.44	58	0.65	-0.43	-2.46
กลุ่มทดลอง	30	34.13	4.62					
กลุ่มควบคุม	30	34.56	2.71					
หลังการทดลอง				3.27	58	< 0.001*	5.30	2.03
กลุ่มทดลอง	30	39.53	0.68					
กลุ่มควบคุม	30	34.23	8.86					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลง แสดงว่าโปรแกรมเกมมิฟิเคชันมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กประถมศึกษา ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ภายในกลุ่ม

กลุ่มตัวแปร	ก่อนการทดลอง (Mean $\pm$ S.D.)	หลังการทดลอง (Mean $\pm$ S.D.)	Paired- t-test	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย				
กลุ่มทดลอง	9.97 $\pm$ 3.17	23.24 $\pm$ 1.30	t = 21.92	< 0.001
กลุ่มควบคุม	9.07 $\pm$ 2.98	8.97 $\pm$ 2.14	t = 0.13	0.901
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
กลุ่มทดลอง	34.13 $\pm$ 4.62	39.53 $\pm$ 0.68	t = 6.23	< 0.001
กลุ่มควบคุม	34.57 $\pm$ 2.71	32.90 $\pm$ 4.42	t = 1.73	0.094

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียนอายุ 11 ปี โดยกลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 53.33 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ทั้งสองกลุ่มมีสุขภาพโดยรวมดี และไม่มีโรคประจำตัวสำคัญ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value > 0.05) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 9.97 เป็น 23.24 คะแนน (p-value < 0.001) และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 34.13 เป็น 39.53 คะแนน (p-value < 0.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Mean Difference = 14.16, 95% CI [10.31, 16.09]) และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Difference = 5.30, 95% CI [2.03, 8.57])

ทั้งนี้กลไกของเกมมิฟิเคชันที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ เป้าหมาย การสะสมคะแนน การเลื่อนระดับ การให้รางวัล และการให้ผลย้อนกลับ ซึ่งช่วยกระตุ้นแรงจูงใจภายใน ทำให้เด็กเกิดความสุขในการออกกำลังกาย และสามารถคงพฤติกรรมต่อเนื่องได้ ในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) แม้จะพบค่าทางสถิติที่มีนัยสำคัญ แต่ขนาดของผลที่ได้ยังมีความหมายต่อสุขภาพเด็กวัยเรียน การเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรม 5.30 คะแนน สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จับต้องได้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างนิสัยการออกกำลังกาย

จากผลการวิจัยนี้เสนอให้สถานศึกษาในระดับประถมศึกษานำแนวทางเกมมิฟิเคชันไปประยุกต์ใช้กับกิจกรรมสุขภาพ เช่น การสะสมคะแนนรายสัปดาห์ การให้รางวัล หรือกิจกรรมแบบ



กลุ่มที่มีการเลื่อนระดับความท้าทาย เพื่อเพิ่มความสุข และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของเด็ก นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลระยะยาวและขยายการประยุกต์ใช้ในกลุ่มอายุที่หลากหลาย เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็กและเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) อาจจำกัดการสรุปผลไปสู่ประชากรในวงกว้าง และมีระยะเวลาติดตามเพียง 6 สัปดาห์ จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินผลระยะยาวและทดสอบในบริบทที่หลากหลายยิ่งขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมประยุกต์แนวความคิดเกมมิฟิเคชันช่วยเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรม การออกกำลังกายในเด็กประถมศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกของเกม เช่น การตั้งเป้าหมาย การสะสมคะแนน การเลื่อนระดับ และการให้รางวัล มีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic Motivation) ทำให้เด็กมีส่วนร่วมและสนุกกับการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura⁽⁸⁾ ที่เน้นการเสริมแรง และการเห็นผลของการกระทำ รวมถึงแนวคิด Gamification ของ Kapp⁽⁴⁾ ที่เน้นองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ เป้าหมาย กฎ เวลา ระดับ ผลย้อนกลับ และรางวัล การออกแบบกิจกรรมให้มีลำดับความยาก และการสะท้อนผลในช่วงท้ายช่วยส่งเสริมการจดจำและการนำพฤติกรรมไปใช้จริง แม้ผลการวิจัยจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงมีความหมายในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) โดยคะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้จริง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างนิสัยออกกำลังกายในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะในเขตบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ขนาดตัวอย่างค่อนข้างเล็ก และระยะเวลาติดตามเพียง 6 สัปดาห์ จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะ 3-6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ ควรบูรณาการแนวทางเกมมิฟิเคชัน ในกิจกรรมสุขภาพของโรงเรียน เช่น การสะสมคะแนนประจำสัปดาห์ การให้รางวัลย่อย และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน พร้อมอบรมครูให้สามารถออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบท นอกจากนี้ ควรมีการวิจัยต่อเนื่องในกลุ่มวัยอื่นหรือเปรียบเทียบระหว่างโรงเรียนในเขตเมืองและชนบท รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการติดตามในระยะยาว กระบวนการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรม โดยได้รับการขอความยินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียนผ่านแบบฟอร์ม Informed Consent ที่ระบุวัตถุประสงค์ สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล ข้อมูลที่ได้ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือตัวตนของผู้เข้าร่วม



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยเสนอให้โรงเรียนบูรณาการแนวคิดเกมมิฟิเคชันร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสะสมคะแนน การให้รางวัล และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อกระตุ้นให้เด็กออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมในระยะยาว รวมถึงขยายการศึกษาสู่กลุ่มวัยและบริบทอื่นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความเมตตากรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาริย์ อับดุลลาฮาซิม ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย ประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์ กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขให้วิจัยฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนวัดราษฎร์บำรุง โรงเรียนคลองบางปู นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 และท่านประเทือง กรโกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปู ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงขอขอบคุณ คุณวราภรณ์ ปราบก ที่ให้การประสานงานและช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์กิจกรรมทางกายของคนไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. Active Healthy Kids Thailand. Thailand Report Card 2022 on Physical Activity for Children and Youth. Bangkok: Thailand Physical Activity Research Centre; 2022.
4. Kapp KM. The gamification of learning and instruction: Game-based methods and strategies for training and education. San Francisco: Pfeiffer; 2012.
5. Chen CH, Wang KC, Lin YH. The effects of gamified learning system on motivation and engagement. Interact Learn Environ 2015; 23(3): 315–27.
6. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum; 1985.
7. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Press; 2017.



8. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39(2): 175-91.
10. Etikan I, Musa SA, Alkassim RS. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *Am J Theor Appl Stat* 2016; 5(1): 1-4.
11. Dimitrov DM, Rumrill PD. Pretest–posttest designs and measurement of change. *Work* 2003; 20(2): 159-65.
12. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 5th ed. London: Sage; 2018.



ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในวัยเรียน และวัยผู้ใหญ่ กับภาวะความดันโลหิตสูง ในวัยผู้ใหญ่: เขตสุขภาพที่ 7

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD AND ADULT OBESITY AND HYPERTENSION ADULTHOOD: REGIONAL HEALTH 7, THAILAND

Received: April 27, 2025

Revised: July 19, 2025

Accepted: August 17, 2025

กัญญา จันทร์พล

Kanya Janpol

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะอ้วนในวัยเด็กต่อความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยยังมีจำกัด การวิจัยแบบ retrospective cohort ครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในวัยเด็กกับความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ ดำเนินการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 โดยเก็บข้อมูลจากผู้ใหญ่อายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 5,110 คน ที่สามารถระลึกถึงรูปร่างในวัยประถมศึกษา และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลส่วนตัว ร่ากาย พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต วิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 54.3% อายุเฉลี่ย 53.1 ± 11.9 ปี อ้วนในวัยเด็ก 6% และอ้วนในปัจจุบัน 29.9% ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่อ้วนทั้งวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง 2.44 เท่า (95%CI:1.55-3.86) กลุ่มอ้วนเฉพาะวัยเด็ก 2.43 เท่า (95%CI:1.51-3.92) และกลุ่มอ้วนเฉพาะวัยผู้ใหญ่ 1.74 เท่า (95%CI:1.41-2.16) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยอ้วน นอกจากนี้ การบริโภคผักไม่เพียงพอ และการดื่มแอลกอฮอล์ยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะอ้วนในวัยเด็กส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว การป้องกันโรคอ้วนตั้งแต่วัยเด็กจึงควรเป็นยุทธศาสตร์หลักของระบบสาธารณสุข พร้อมทั้งพัฒนาระบบติดตามสุขภาพระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะอ้วนในวัยเรียน, ภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่, ความดันโลหิตสูง

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

Corresponding author E-mail: kanyajanpol@gmail.com



Abstract

Overweight and obesity are major contributors to chronic diseases, especially hypertension, which is a leading cause of death from cardiovascular and cerebrovascular conditions globally. In Thailand, evidence linking childhood obesity to adult hypertension is limited. This retrospective cohort study in Regional Health 7 involved 5,110 adults aged ≥ 30 years without a prior hypertension diagnosis, who could recall their childhood weight status. Data on nutrition and health behaviors were obtained through questionnaires, while current anthropometric and blood pressure measurements were recorded. Multiple logistic regression was used to examine factors associated with adult hypertension, with statistical significance set at $p\text{-value} < 0.05$.

Of the participants, 54.3% were female, with a mean age of 53.1 ± 11.89 years. Childhood obesity was reported by 307 (6%) individuals, and 1,530 (29.9%) were currently obese. Participants who were obese in both childhood and adulthood had a 2.44-fold increased risk of hypertension (95% CI: 1.55–3.86). Those obese only in childhood had risk (2.43 times; 95% CI: 1.51–3.92), while those who became obese in adulthood had a 1.74-fold higher risk (95% CI: 1.41–2.16), compared to individuals never obese. Insufficient vegetable intake and alcohol consumption were also significantly associated with hypertension.

These findings emphasize the cumulative impact of health risk behaviors over the life course. Childhood obesity, in particular, is associated with long-term health risks such as hypertension. Public health strategies should prioritize early obesity prevention and health promotion from childhood, supported by the development of lifelong personal health records for effective long-term monitoring.

Keywords: Childhood obesity, Adult obesity, Hypertension



บทนำ

ภาวะอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองทั่วโลก⁽¹⁾ ความชุกของภาวะอ้วนทั้งในเด็กและผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽²⁾ ขณะที่การเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงก็อยู่ในระดับสูงต่อเนื่องส่งผลให้ภาระโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อย 24.7 ในปีงบประมาณ 2558 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25.4 ในปีงบประมาณ 2563 เมื่อพิจารณาสถานการณ์ภาวะอ้วนในประเทศไทยนั้น พบว่า ความชุกของภาวะอ้วน (BMI 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 42.2 ในปีงบประมาณ 2558 เป็นร้อยละ 42.4 ในปีงบประมาณ 2563 และในเขตสุขภาพที่ 7 ข้อมูลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบความชุกของภาวะอ้วน เพิ่มจากร้อยละ 24.4 ในปี 2565 เพิ่มเป็นร้อยละ 26.3 ในปี 2568 นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยพบว่า คนอ้วนมีความเสี่ยง ที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6 เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ⁽⁴⁾

ข้อมูลสถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี ในปี 2567 พบว่า ภาพรวมประเทศอยู่ที่ร้อยละ 13.2 และในเขตสุขภาพที่ 7 อยู่ที่ร้อยละ 10.6 จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยในช่วงปี 2545-2567 พบว่า ภาวะอ้วนในวัยเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 13.2⁽⁴⁻⁵⁾ แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบอาหาร และวิถีชีวิตไปสู่การบริโภคอาหารพลังงานสูง และกิจกรรมทางกายต่ำ⁽⁶⁾

งานวิจัยต่างประเทศ พบว่า เด็กที่มีภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียนมีแนวโน้มจะกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วน และเผชิญความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ภาวะอ้วนตั้งแต่วัยเด็กที่คงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ และการศึกษาเชิงติดตามไปข้างหน้า พบว่า เด็กอ้วนจะเป็นผู้ใหญ่อ้วน ร้อยละ 50-70 ซึ่งสัมพันธ์กับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต⁽⁸⁻⁹⁾

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงมีอยู่จำนวนมาก แต่ในส่วนของการศึกษาปัจจัยในอดีตเรื่องภาวะอ้วนในสมัยเป็นเด็กวัยเรียนกับภาวะความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ หรือการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ของภาวะอ้วนในช่วงเด็กวัยเรียนต่อโรคความดันโลหิตสูงยังมีน้อย โดยเฉพาะในแต่ละเขตสุขภาพที่อาจมีปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมโภชนาการแตกต่างกัน⁽¹⁰⁾ แนวทางการป้องกันและจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่ WHO แนะนำ ได้แก่ การปรับพฤติกรรมโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการเฝ้าระวังความดันโลหิตในประชากรทั่วไป⁽¹¹⁾ ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในวัยเรียน และวัยผู้ใหญ่กับภาวะความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 ในครั้งนี้ จึงมีความสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูล



เพื่อประกอบการวางแผนเชิงนโยบายในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยการคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะในช่วงเด็กวัยเรียนที่มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในการกำกับดูแล โดยเฉพาะโรงเรียนซึ่งเป็นหน่วยงานที่สามารถกำหนด และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและการควบคุมภาวน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของเด็กวัยนี้ได้ หากเราสามารถป้องกันภาวะอ้วนในช่วงเด็กวัยนี้ได้ก็จะเท่ากับเป็นการป้องกันภาวะโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ เป็นการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายประเทศต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียน และภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort โดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถระลึกถึงภาวะโภชนาการของตนเองในช่วงเด็กวัยเรียนได้ ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอ้วนในช่วงเด็กวัยเรียน และไม่อ้วน และหลังจากนั้นทำการประเมินภาวะโภชนาการ และตรวจวัดภาวะความดันโลหิตในช่วงเวลาปัจจุบัน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียน หมายถึง ภาวะที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าตนเองมีลักษณะรูปร่าง “อ้วน” ขณะเป็นนักเรียนระดับประถม โดยอาศัยการประเมินตนเองย้อนหลังผ่านแบบสอบถาม
2. ภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ (ปัจจุบัน) หมายถึง การมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
3. ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง การมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และหรือค่าความดันไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ที่ได้จากการวัดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมการคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ 4 ตำบล ใน 4 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7



ขนาดตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาแบบ Cohort⁽¹²⁾ โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ Ximena Urrutia-Rojas, Christie U Egbuchunam, Sejong Bae, Et al.⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่า กลุ่มเด็กปกติ และเด็กอ้วนมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.8 และ 38.3 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดหากเด็กอ้วนมีความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเด็กปกติ 2 เท่าจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 90 คำนวณได้กลุ่มละ 213 คน (กลุ่มอ้วน และไม่อ้วน) และเนื่องจากความชุกของภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียนข้อมูลปี 2545 อยู่ที่ร้อยละ 4.2 ดังนั้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียน จำนวน 213 คน ต้องเก็บ จำนวน $213/0.042 = 5,071$ คน เพื่อข้อมูลขาดหายอีกเล็กน้อย ดังนั้น จะใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5,100 คน โดยการเก็บข้อมูลครั้งนี้ จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ 4 ตำบลต้นแบบทุกรายที่เข้าได้กับเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) : เป็นคนไทยอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีผลประเมินภาวะโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย) และมีผลการวัดความดันโลหิต จำนวน 2 ครั้ง

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) : ไม่สามารถจดจำรูปร่างตนเองได้ว่า สมัยเป็นเด็กนักเรียนประถมศึกษา (วัยเรียน) อ้วนหรือไม่ ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ความดันโลหิต และภาวะสุขภาพในอดีตคือประเมินรูปร่างตนเองสมัยเด็กนักเรียนประถมศึกษาว่าอ้วนหรือไม่

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมมาตรฐานกรมอนามัย

2. เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต

การชั่งน้ำหนัก ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล Calibrate โดยใช้ค้อนน้ำหนักมาตรฐาน 5 กิโลกรัม ก่อนการชั่งทุกครั้ง การวัดส่วนสูง ใช้ไม้วัดส่วนสูงชนิดมีฐาน ซึ่งเป็นมาตรฐานและวัดโดยคนคนเดียวกันตามวิธีมาตรฐาน การวัดความดันโลหิต ผู้ทำการวัดผ่านการอบรมเครื่องวัดความดันผ่าน



การสอบเทียบโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัดความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมแล้ว โดยทำการนัดหมายกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านทุกราย เพื่อทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรูปร่าง สมัยเป็นเด็กนักเรียนประถมศึกษา (วัยเรียน) อ้วนหรือไม่ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งทำการชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต ในช่วงเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การมีประวัติเคยอ้วนสมัยวัยเรียน กับภาวะโภชนาการ และภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติไคสแควร์ วิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression โดยทำการทดสอบกำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าฯ วันที่ 31 สิงหาคม 2564 ถึง 30 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ จำนวน 5,110 คน อายุเฉลี่ย 53.12 ± 11.89 ปี (30-84 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 6.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77 จบประถมศึกษา ร้อยละ 62 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ในด้านภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียนพบร้อยละ 6 และอ้วนในปัจจุบันพบร้อยละ 29.9 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการจากวัยเรียนถึงวัยผู้ใหญ่ พบว่า ในกลุ่มที่ไม่อ้วนในวัยเรียน ส่วนใหญ่ยังคงมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 67.2 ขณะที่ในกลุ่มที่อ้วนในวัยเรียน ยังคงมีภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 53.1 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 452 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า เพศชายมีภาวะความดันโลหิตสูงสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 10.7 vs. ร้อยละ 7.3, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี (p-value < 0.001) ผู้ที่เคยอ้วนในวัยเรียนมีความชุกของความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่อ้วน (ร้อยละ 15.0 vs. ร้อยละ 8.5, p-value < 0.001) ภาวะอ้วนใน



วัยผู้ใหญ่ พบภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามระดับความอ้วน โดยกลุ่มที่อ้วนระดับ 2 มีความชุกสูงสุด ร้อยละ 14.8 ในด้านการเปลี่ยนแปลงของภาวะอ้วน กลุ่มที่อ้วนตั้งแต่เด็กจนปัจจุบัน มีความชุกของความดันโลหิตมากที่สุด ร้อยละ 14.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่อ้วนทั้งสองช่วงมีความชุกต่ำที่สุด ร้อยละ 7.3 ดังตารางที่ 2 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การบริโภคผักไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 5 ทัพพี/วัน) และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า โดยมีค่า p-value = 0.006 และ 0.005 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความดันโลหิตสูงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงกว่าเพศหญิง Adjusted Odds Ratio (AOR (95% CI)) เท่ากับ 1.02 (1.01-1.02) p-value < 0.001 อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีความเสี่ยง AOR = 1.48 (1.20-1.83), p-value < 0.001 ภาวะอ้วนตั้งแต่วัยเรียนจนถึงปัจจุบัน พบว่าทั้งผู้ที่อ้วนในวัยเรียนและยังคงอ้วนในวัยผู้ใหญ่ และผู้ที่อ้วนในวัยเรียนแต่กลับมามีน้ำหนักปกติในวัยผู้ใหญ่ ต่างก็มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยอ้วนเลย โดยกลุ่มที่อ้วนในวัยเรียนและยังคงอ้วนในปัจจุบันมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2.44 เท่า (95% CI: 1.55-3.86 , p-value < 0.001) ขณะที่กลุ่มที่อ้วนในวัยเรียนแต่กลับมามีน้ำหนักปกติมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.43 เท่า (95% CI: 1.51-3.92, p-value < 0.001) และผู้ที่ไม่อ้วนในวัยเรียนแต่เปลี่ยนมาอ้วนในวัยผู้ใหญ่ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเช่นกัน (AOR = 1.74, 95% CI: 1.41-2.16, p-value < 0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยอ้วนเลย ในด้านพฤติกรรมการบริโภคผัก โดยผู้ที่กินผักไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่บริโภคผักเพียงพอ (AOR = 1.33, 95% CI: 1.07-1.65, p-value = 0.009) ในขณะที่การดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเสี่ยงของความดันโลหิตสูง แต่เมื่อพิจารณาพร้อมกับตัวแปรอื่นๆ แล้ว ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่นับสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.23, 95% CI: 0.98-1.53, p-value = 0.071) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียน ภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเรียนถึงปัจจุบัน (n = 5,110 คน)

	จำนวน	ร้อยละ
รูปร่างสมวัยเป็นเด็กนักเรียนประถม		
ไม่อ้วน	4,803	94.0
อ้วน	307	6.0
ดัชนีมวลกาย (ปัจจุบัน)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.50 กก./ม ²)	253	5.0
ปกติ (18.50-22.99 กก./ม ²)	2,119	41.5
เกินเกณฑ์ (23.00-24.99 กก./ม ²)	1,208	23.6
อ้วนระดับ 1 (25.00-29.99 กก./ม ²)	1,225	24.0



	จำนวน	ร้อยละ
อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (30 กก./ม ² ขึ้นไป)	305	5.9
ภาวะอ้วนในปัจจุบัน		
ไม่อ้วน	3,580	70.1
อ้วน	1,530	29.9
การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเรียนถึงปัจจุบัน		
กลุ่มไม่อ้วนในวัยเรียน (n = 4,803)		
ยังคง ไม่อ้วน	3,436	67.2
เปลี่ยนเป็นอ้วน	1,367	26.8
กลุ่มอ้วนในวัยเรียน (n = 307)		
เปลี่ยนเป็นไม่อ้วน	144	46.9
ยังคง อ้วน	163	53.1

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่จากการวิเคราะห์ 2 ตัวแปร

		ความดันโลหิตสูง (>140/90 มม.ปรอท)				p-value
		ไม่ใช้ (n = 4,658)		ใช้ (n = 452)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ						< 0.001*
	ชาย	2,084	89.3	249	10.7	
	หญิง	2,574	92.7	203	7.3	
อายุ (ปี)	Mean ± SD	52.94 ± 11.90		54.90 ± 11.61		< 0.001*
ภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียน						< 0.001*
	ไม่อ้วน	4,397	91.5	406	8.5	
	อ้วน	261	85.0	46	15.0	
ดัชนีมวลกายปัจจุบัน						< 0.001*
	ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.50)	234	92.5	19	7.5	
	ปกติ (18.50-22.99)	1,977	93.3	142	6.7	
	เกินเกณฑ์ (23.00-24.99)	1,095	90.6	113	9.4	
	อ้วนระดับ 1 (25.00-29.99)	1,092	89.1	133	10.9	
	อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (30+)	260	85.2	45	14.8	
ภาวะอ้วนในปัจจุบัน						< 0.001*
	ไม่อ้วน	3,306	92.3	274	7.7	
	อ้วน	1,352	88.4	178	11.6	
การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเรียนถึงปัจจุบัน						< 0.001*
	ไม่อ้วนยังคงไม่อ้วน	3,184	92.7	252	7.3	
	ไม่อ้วนเปลี่ยนเป็นอ้วน	1,213	88.7	154	11.3	
	อ้วนเปลี่ยนเป็นไม่อ้วน	122	84.7	22	15.3	
	อ้วนยังคงอ้วน	139	85.3	24	14.7	



ตารางที่ 3 พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่จากการวิเคราะห์ 2 ตัวแปร

	ความดันโลหิตสูง (>140/90 มม.ปรอท)				p-value
	ไม่ใช้ (n = 4,658)		ใช่ (n = 452)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. กินผักวันละ 5 ทับพี เป็นประจำ					0.006*
ไม่ใช้	2,055	90.8	209	9.2	
ใช่	2,603	91.5	243	8.5	
2. ปรงน้ำปลา ซิอิ้ว ซอส เกลือ หรือกินน้ำปลาพริก เมื่อกินถ้วยเดียวหรือกินข้าวเป็นประจำ					0.386
ไม่ใช้	3,519	90.9	351	9.1	
ใช่	1,139	91.9	101	8.1	
3. กินเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก หมูยอ แฮม ปลาส้ม กะปิ ปลาจ่อม ปลาแจ่วเป็นประจำ					0.318
ไม่ใช้	3,901	90.9	392	9.1	
ใช่	757	92.7	60	7.3	
4. กินอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป หรืออาหารกล่องแช่แข็งเป็นประจำ					0.099
ไม่ใช้	3,764	91.0	373	9.0	
ใช่	894	91.9	79	8.1	
5. กินอาหารเนื้อสัตว์ติดหนัง ติดมัน มีไขมันแทรกเป็นประจำ					0.375
ไม่ใช้	3,712	91.0	366	9.0	
ใช่	946	91.7	86	8.3	
6. กินอาหารทอด/ฟาสฟู้ด/อาหารผัดน้ำมัน/อาหารหรือขนมที่ใช้กะทิ เป็นประจำ					0.517
ไม่ใช้	3,621	91.6	334	8.4	
ใช่	1,037	89.8	118	10.2	
7. ดื่มเครื่องดื่มที่ใส่นมข้น ครีมเทียม หรือวิปปิ้งครีมเป็นประจำ					0.062
ไม่ใช้	3,341	91.9	296	8.1	
ใช่	1,317	89.4	156	10.6	
8. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.005*
ไม่ใช้	4,194	91.5	388	8.5	
ใช่	464	87.9	64	12.1	
9. สูบบุหรี่ หรือยาเส้น					0.299
ไม่ใช้	4,047	91.7	365	8.3	
ใช่	611	87.5	87	12.5	
10. ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที					0.157
ไม่ใช้	2,342	90.6	243	9.4	
ใช่	2,316	91.7	209	8.3	
11. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา นอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืนและหลับไม่สนิท					0.235
ไม่ใช้	4,289	91.3	409	8.7	
ใช่	369	89.6	43	10.4	
12. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความกังวลหรือรู้สึกไม่สบายใจ					0.468
ไม่ใช้	4,388	91.2	422	8.8	
ใช่	270	90.0	30	10.0	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05



ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ จากการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multiple Logistic Regression)

	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศชาย	1.52 (1.25-1.84)	< 0.001*	1.02 (1.01-1.02)	< 0.001*
อายุ	1.01 (1.01-1.02)	0.001*	1.48 (1.20-1.83)	< 0.001*
การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเรียนถึงปัจจุบัน		< 0.001*		< 0.001*
วัยเรียนไม่อ้วนปัจจุบันยังคงไม่อ้วน	Reference (1)		Reference (1)	
วัยเรียนไม่อ้วนเปลี่ยนเป็นปัจจุบันอ้วน	1.60 (1.30-1.98)	< 0.001*	1.74 (1.41-2.16)	< 0.001*
วัยเรียนอ้วนเปลี่ยนเป็นไม่อ้วน	2.28 (1.42-3.65)	0.001*	2.43 (1.51-3.92)	< 0.001*
วัยเรียนอ้วนยังคงอ้วน	2.18 (1.39-3.43)	0.001*	2.44 (1.55-3.86)	< 0.001*
กินผักไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 5 ทัพพี/วัน)ประจำ	1.35 (1.09-1.67)	0.007*	1.33 (1.07-1.65)	0.009*
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.34 (1.09-1.64)	0.005	1.23 (0.98-1.53)	0.071

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ความชุกภาวะอ้วนในวัยเรียน และภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ อยู่ที่ร้อยละ 6.0 และ ร้อยละ 29.9
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 8.8 กลุ่มอ้วนตั้งแต่วัยเรียนจนวัยผู้ใหญ่มีค่า AOR 2.44; 95% CI 1.55-3.86, p-value < 0.001) กลุ่มอ้วนในวัยเรียนแต่ปัจจุบันปกติ AOR 2.43; 95% CI 1.51-3.92) และไม่อ้วนในวัยเรียนแต่ปัจจุบันอ้วน AOR 1.74; 95% CI 1.41-2.16) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยอ้วนเลย
3. ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ การบริโภคผักไม่เพียงพอ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีความเสี่ยง AOR = 1.48, 95% CI: 1.20-1.83, p-value < 0.001 การบริโภคผักไม่เพียงพอ มีความเสี่ยง AOR = 1.33, 95% CI: 1.07-1.65, p-value = 0.009 และการดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเสี่ยงของความดันโลหิตสูง

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกภาวะอ้วนในวัยเรียน และภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่

ภาวะอ้วนในช่วงเป็นเด็กวัยเรียน จากการศึกษาพบ ร้อยละ 6.0 โดยในกลุ่มที่อ้วนในวัยเรียนพบว่า กว่าครึ่งยังคงมีภาวะอ้วนต่อเนื่องมาจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “การติดตามของพฤติกรรมสุขภาพ” ที่ระบุว่าภาวะอ้วนในวัยเด็กมีแนวโน้มต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสำรวจภาวะโภชนาการ



เด็กไทยโดยกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2567 ที่พบว่า เด็กนักเรียนประถมศึกษาเขตสุขภาพที่ 7 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 10.6 ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 6.0 ที่พบในการศึกษานี้⁽¹⁴⁾ การที่ผู้ที่มีภาวะอ้วนในวัยเรียนมีแนวโน้มจะอ้วนในวัยผู้ใหญ่มากกว่าครึ่งหนึ่ง ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กช่วงวัยเรียน ไม่เพียงแต่จะลดภาวะอ้วนในระยะสั้น แต่ยังช่วยป้องกันโรค NCDs ในระยะยาว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และระบบสุขภาพโดยรวม ความชุกภาวะอ้วนที่พบแม้จะต่ำกว่าอัตราปัจจุบัน แต่ร้อยละ 6.0 (ข้อมูลย้อนหลัง) ชี้ให้เห็นว่า แม้ในยุคที่ภาวะอ้วนเด็กยังไม่แพร่หลาย แต่ภาวะอ้วนในเด็กช่วงนั้นก็เป็นสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการกินและใช้ชีวิตที่เกิดขึ้น ภาวะอ้วนในวัยเรียนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แนวทางด้านสาธารณสุขที่มีอาจไม่จ้ะทันตั้งรับกับปัญหา⁽⁵⁻⁶⁾

สำหรับภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่พบร้อยละ 29.9 ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562 ระบุว่า ผู้ใหญ่อายุ 30 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนคิดเป็น 37.5 ซึ่งก็สูงกว่าค่าที่พบในการศึกษานี้⁽¹⁹⁾ และจากข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบความชุกของภาวะอ้วนในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 26.3⁽⁴⁾ สัดส่วนภาวะอ้วนในการศึกษานี้จะต่ำกว่าสถิติโดยรวมของประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ ประชากร หรือระเบียบวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่เป็นพื้นที่ชนบท

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในช่วงวัยเรียน และภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7

ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression ชี้ให้เห็นว่า ระยะเวลา และช่วงวัยที่เกิดภาวะอ้วนมีผลต่างกันต่อความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง ดังนี้

- อ้วนตั้งแต่วัยเรียนจนวัยผู้ใหญ่ (OR 2.44; 95% CI 1.55-3.86, p-value < 0.001) กลุ่มตัวอย่างที่อ้วนต่อเนื่อง เพิ่มความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงกว่า 2 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Juonala et al. ที่พบว่า ความอ้วนในวัยเด็กที่ยึดถือเป็นความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ และการศึกษาของ Sing et al. ซึ่งพบว่า ผู้ที่อ้วนตั้งแต่เด็กจนถึงผู้ใหญ่มีแนวโน้มต่อการเป็นโรคเมตาบอลิกซินโดรม และความดันโลหิตสูง⁽⁸⁾ กลไกหนึ่งที่อธิบายได้ คือ การสะสมของไขมัน และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างหลอดเลือด ที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังและการดื้อต่ออินซูลิน สะสม⁽⁹⁾

- อ้วนในวัยเรียนแต่ปัจจุบันปกติ (OR 2.43; 95% CI 1.51-3.92) แม้จะมีการเปลี่ยนจากอ้วนมาน้ำหนักปกติในวัยผู้ใหญ่ ยังพบว่า มีความเสี่ยงเกือบเท่ากับกลุ่มอ้วนต่อเนื่องตั้งแต่วัยเรียนจนวัยผู้ใหญ่ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Singh et al. ที่แสดงว่า การกลับมามีน้ำหนักตัวปกติก่อนวัยรุ่นช่วยลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁸⁾ ความแตกต่างอาจมาจากระยะเวลาติดตามที่ต่างกัน หรือไขมันในช่องท้องซึ่งอาจยังสูงแม้ BMI จะปกติ Morrison et al. อธิบายว่า ภาวะอ้วนในช่วงวัยเด็ก



สร้างการปรับเปลี่ยนในการทำงานของเซลล์ไขมันและการทำงานของผนังหลอดเลือดระยะยาวจึงยังคงส่งผลต่อความดันโลหิต⁽⁹⁾

- ไม่อ้วนในวัยเรียนแต่ปัจจุบันอ้วน (OR 1.74; 95% CI 1.41-2.16) ผู้ที่เริ่มมีภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่แม้ไม่เคยอ้วนในวัยเรียน ก็มีความเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของผู้ใหญ่ และไขมันในร่างกายปัจจุบันเป็นตัวทำนายสำคัญของภาวะความดันโลหิตสูง^(3,16)

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงภาวะอ้วนในช่วงต่างๆ ของชีวิต ส่งผลต่อความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง การป้องกันภาวะอ้วนตั้งแต่เด็กและติดตาม น้ำหนักตลอดชีวิต จึงเป็นกลยุทธ์หลักในการลดภาระโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว

อิทธิพลของอายุและเพศ

อายุที่มากขึ้นสะท้อนการแข็งของหลอดเลือดแดง และการดื้อต่ออินซูลินทำให้หลอดเลือดตอบสนองลดลง จึงพบความดันโลหิตสูงมากขึ้นตามวัย⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากขาดฤทธิ์การป้องกันภาวะหลอดเลือดขยายของเอสโตรเจน ในผู้หญิงก่อนวัยหมดประจำเดือน รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่

การบริโภคผักไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง 1.3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่บริโภคเพียงพอ การบริโภคผักให้ได้ตั้งแต่ 5 ทัพพี/วันขึ้นไป ลดความเสี่ยงความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ (DASH trial)⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al. (2021)⁽²⁰⁾ ที่รายงานว่า การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Aune et al. (2017)⁽²¹⁾ ที่พบว่า การบริโภคผักผลไม้เพียงพอช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูง ในส่วนของการบริโภคแอลกอฮอล์ประจำ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง 1.25 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มเลยหรือดื่มเฉพาะโอกาสพิเศษ แม้ความสัมพันธ์ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Briasoulis et al. (2012)⁽²²⁾ ที่แสดงให้เห็นว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะการดื่มในปริมาณมากและต่อเนื่อง นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรค NCDs รวมถึงโรคความดันโลหิตสูงด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา Retrospective Cohort Study แบบนี้อาจเกิด Recall Bias โดยเฉพาะการประเมินภาวะอ้วนในวัยเรียนจากความทรงจำย้อนหลังที่ไม่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้การจำแนกอาจคลาดเคลื่อน ดังนั้น ควรดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปด้วย Prospective Cohort Study เพื่อ



เก็บข้อมูลจากการชั่ง วัด และบันทึกจริงในช่วงเวลานั้น จะช่วยเพิ่มความแม่นยำ ความน่าเชื่อถือ และสามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผลการวิจัย พบว่า ภาวะอ้วนทั้งในวัยเรียนและวัยผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ดังนั้น ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน โดยเน้นการบริโภคผักผลไม้ ถั่ว อาหารแปรรูปและอาหารหวาน มัน เค็ม พร้อมจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการกับการเรียนการสอน สำหรับวัยผู้ใหญ่ ควรมีโปรแกรมควบคุมน้ำหนักเพื่อลดความเสี่ยงโรค เช่น การนักรับประทานอาหาร การสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และกิจกรรม หุ่นดี สุขภาพดี

3. ควรมีการสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองและครู เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน และสร้างความตระหนักให้กับผู้ปกครองและเด็กเองถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วนในช่วงเด็กวัยเรียนผลกระทบต่างๆ ในวัยผู้ใหญ่โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง

4. ส่งเสริมการจัดเก็บสมุดสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (Health Book) บันทึกข้อมูลสุขภาพตลอดช่วงชีวิตเพื่อให้สามารถติดตามและประเมินความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาติ เมธาราชธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ดร.ศุภดิ ภูทองไสย อาจารย์ชัยชาญ ปานนิล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 7 ภาควิชาและอาสาสมัครทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน คำแนะนำ และความร่วมมือในการเก็บข้อมูล งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2020.
2. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis. Lancet 2014; 384(9945): 766-81.
3. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol 2020; 16(4): 223-37.
4. กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย รายงานประจำปี 2567. 2568.



5. Phulkerd S, Vongmongkol V, Chamratrithirong A. Trends in overweight and obesity among Thai children: National Health Examination Survey 2008-2018. *J Public Health (Bangkok)* 2021; 51(2): 265-72.
6. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr* 2001; 131(3): 871S-3S.
7. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med* 2011; 365(20): 1876-85.
8. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2008; 9(5): 474-88.
9. Morrison JA, Friedman LA, Wang P, Glueck CJ. Metabolic syndrome in childhood predicts adult metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus 25-30 years later. *J Pediatr* 2008; 152(2): 201-6.
10. Putwatana P, Aekplakorn W, Pasuwat K, et al. Health behaviour and its association with hypertension among Thai adults: NHES V analysis. *Public Health* 2019; 174: 1-8.
11. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 1997; 336(16): 1117-24.
12. Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics* (5th ed.). Duxbery: Thomson learning; 384-85.
13. Ximena Urrutia-Rojas, Christie U Egbuchunam, Sejong Bae, Et al. High blood pressure in school children: prevalence and risk factors. *BMC Pediatrics* 2006; 6:32 doi:10.1186/1471-2431-6-32.
14. กรมอนามัย. รายงานภาวะโภชนาการของเด็กไทย ปี 2565. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2566.
15. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สวรส.; 2564.
16. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and management of hypertension in primary health care. Geneva: WHO; 2021.
17. Franklin SS, Gustin W 4th, Wong ND, et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure. *Circulation* 1997; 96(1): 308-15.
18. Pinto E. Blood pressure and ageing. *Postgrad Med J.* 2007; 83(976): 109-14.
19. Reckelhoff JF. Gender differences in the regulation of blood pressure. *Hypertension* 2001; 37(5): 1199-208.



20. Wang Y, Wang L, Xue H, Qu W. A review of the growth of the fast food industry in China and its potential impact on obesity. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2): 509.
21. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum N, Norat T, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol* 2017; 46(3): 1029-56.
22. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2012; 14(11): 792-8.



**คู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย :
เทศบาลเมืองเขาสامยออด จังหวัดลพบุรี**

**EXERCISE FOR THE ELDERLY WITH APPLIED EXERCISE HANDBOOK TO PROMOTE
PHYSICAL FITNESS AT KHAO SAM YOD MUNICIPALITY, LOPBURI PROVINCE**

Received: June 03, 2025

Revised: August 15, 2025

Accepted: September 03, 2025

พงศธร ไพจิตร

Pongsathorn Phaijit

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย 2) เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมตามคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 20 คน เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และแบบประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยค่าที

ผลการวิจัย 1) ได้คู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของรายการทดสอบก่อนการทดลองที่มีความแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ ควรมีจัดกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย, ผู้สูงอายุ, สมรรถภาพทางกาย



Abstract

This study aimed to 1) design and develop an exercise manual for the elderly using an adapted exercise approach to promote physical fitness, and 2) examine the effects of implementing exercise activities based on the manual on the physical fitness of elderly individuals. The sample consisted of 20 elderly participants who engaged in a structured physical activity program for eight weeks, three sessions per week, with each session lasting one hour.

The research instruments included 1) an exercise manual for the elderly incorporating adapted exercises to enhance physical fitness, and 2) a physical fitness assessment form designed by the Department of Health to evaluate fall risk in the elderly. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-tests to determine the statistical significance of differences in physical fitness scores before and after the intervention.

The findings revealed that: (1) The developed exercise manual demonstrated strong content validity, with a Content Validity Index (CVI) of 0.94, and high reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.84. (2) There were statistically significant improvements ($p\text{-value} < 0.05$) in the average scores of all physical fitness components after the intervention, compared to the pre-intervention scores.

Recommendation: It is recommended that similar physical activity promotion programs for the elderly be extended to other communities in order to enhance health and reduce the risk of falls among the aging population.

Keywords: Exercise, Elderly, Physical fitness



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 65.957 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งมีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.26 จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 14,027,411 คน มีรายละเอียดสำคัญโดยเรียงลำดับจากจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ อุบลราชธานี ขอนแก่น และ สมุทรปราการ หากเปรียบเทียบดัชนีการสูงอายุของรายจังหวัด ระหว่างปี 2557-2567 พบว่า ดัชนีการสูงอายุของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2557 และ 2560 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง กระจุกตัวในบางจังหวัดของภาคเหนือและภาคกลาง ต่อมาในปี 2564 มีการขยายตัวของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับปี 2567 พื้นที่ในภาคเหนือเกือบทุกจังหวัดมีดัชนีการสูงอายุมากกว่า 172.0 หรือมีประชากรสูงอายุมากกว่า 172 คน ต่อเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี 100 คน⁽²⁾

ข้อมูลจากกรมอนามัย⁽³⁾ พบว่า จากสถานการณ์ปัจจุบันเรียกได้ว่าประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ซึ่งสังเกตได้จากแนวโน้มดัชนีการสูงอายุของประชากรผู้สูงอายุแต่ละจังหวัดที่มีจำนวนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการคาดการณ์ว่า ในปี 2574 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 28 ของประชากรจำนวนทั้งประเทศ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรก่อให้เกิดความเสี่ยงและประเด็นท้าทายใหม่ที่สังคมไทยต้องเผชิญหลายด้าน เช่น เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทุกช่วงวัย⁽⁴⁾ เพื่อเป็นการเตรียมตัวรับมือสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐจึงควรมีนโยบายสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งในเรื่องการสร้างความฐานข้อมูลและพัฒนาระบบการสร้างฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เช่น มีการลงทะเบียนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะด้าน เพื่อใช้สำหรับการวางแผน และจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน รวมถึงการให้ความรู้แก่ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลชุมชน จึงควรมีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มบุคคลดังกล่าว เพื่อจะได้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในเรื่องต่างๆ เช่น การป้องกันการล้ม การดูแลสุขภาพกายและจิตใจ การส่งเสริมและป้องกันโรคภัยต่างๆ เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเรื่องเร่งด่วน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมช่วยให้ปรับตัวเข้ากับบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม กรอบแนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุเน้นองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองสุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจที่ลดลง รวมถึงความยืดหยุ่นที่เสื่อมถอย โดยอัตราการเสื่อมสมรรถภาพเพิ่มตามวัย แต่การออกกำลังกายสม่ำเสมอด้วยความเข้มข้นที่เหมาะสม พบว่าสามารถลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน รวมถึงช่วยบรรเทา



อาการซึมเศร้า วิตกกังวล และส่งเสริมสุขภาพสมองและความเป็นอยู่โดยรวม (WHO, 2024)⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ลดความเสี่ยงการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการพัฒนาสมองอย่างเป็นลำดับขั้นตอน โดยมุ่งสู่การฝึกปฏิบัติการรับรู้ การตอบสนอง และการประสานสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหวในมือและเท้า ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ ควรออกแบบให้สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองที่บ้าน และปรับระดับความหนักของกิจกรรมให้เหมาะสมกับช่วงอายุ จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบกิจกรรมและฝึกฝนนักศึกษา พบว่า สามารถปรับใช้กิจกรรมออกกำลังกายประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้ในครัวเรือนได้ เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและพัฒนาสมองควบคู่กัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความแข็งแรง ป้องกันโรค และลดความเสี่ยงการหกล้ม โดยควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองและหลีกเลี่ยงความหักโหมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการองค์ความรู้ทางสุขภาพ และพลศึกษาเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์พัฒนาท้องถิ่น เพื่อออกแบบกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยร่วมมือกับเทศบาลเมืองเขาสองยอด เพื่อพัฒนาอย่างยั่งยืน ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรง สามารถดูแลตนเอง และลดผลกระทบจากการเสื่อมสภาพของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย
2. เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมตามคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ สมรรถภาพทางกาย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสามารถนำไปฝึกฝนได้ด้วยตนเอง เห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้หรือวัสดุที่มีใช้ในครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และเพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมตามคู่มือการออกกำลังกาย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลเขาสามยอด หมู่บ้านดงสวอง อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 868 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อาศัยอยู่ในตำบลเขาสามยอด หมู่บ้านดงสวอง ทำการคัดเลือกอาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วม ด้วยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest Design) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างสาเหตุที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 20 คน คือ ด้วยเหตุผลด้านทรัพยากรและขีดจำกัดทางพื้นที่ อีกทั้งการวิจัยนี้เป็นการทดลองเชิงนำร่อง (pilot) เพื่อขยายผลต่อไปยังชุมชนอื่นๆ ต่อไป

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีโรคภัยในระยะร้ายแรง สามารถสื่อสารได้ปกติ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบเฉียบพลัน หรือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การควบคุมภาวะทางโภชนาการ การนอนหลับพักผ่อน และสภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในชุมชน เพื่อให้ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุของกรมอนามัย⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐาน



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความถูกต้องตามจุดประสงค์และความเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้หรือวัสดุที่มีใช้ในครัวเรือนสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ผลการพิจารณาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.94 จากนั้นนำคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุฯ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาที่จะนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม แล้วมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 จากนั้นนำไปปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐาน รายการทดสอบประกอบไปด้วย 1) การชั่งน้ำหนัก 2) วัดส่วนสูง 3) วัดชีพจรขณะพัก 4) ดัชนีมวลกาย (BMI) 5) แตะมือด้านหลัง (Back Scratch Test) 6) นั่งเก้าอี้ขึ้นแขนแต่ละปลายเท้า (Sit and Reach Test) 7) ลูกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (30 Second Chair Stand) 8) ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที และ 9) ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (Timed Up and Go Test : TUG)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบค่าที (t-test) ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่าที (T-test Dependent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. วิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการทดลอง จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ผ่านการพิจารณาโดยมีรหัสโครงการวิจัยเลขที่ TRU-EC/031/67 เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แสดงผลวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

รายการ	ก่อนการทดลอง (n = 20)	
	$\bar{X}$	S.D.
อายุ (ปี)	65.50	2.74
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	157.20	2.90
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	61.30	8.93

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดกิจกรรมตามคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย เทศบาลเมืองเขาสามขยด จังหวัดลพบุรี จำนวน 20 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุ เท่ากับ 65.50 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.74 ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง เท่ากับ 157.2 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.90 และ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว เท่ากับ 61.30 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.93

ตอนที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยการทดสอบค่าที (T-test Dependent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง โดยการทดสอบค่าที (T-test Dependent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

รายการทดสอบ	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1) ชีพจรขณะพัก (Resting HR)	76.25	2.90	75.15	2.06	3.40	0.003*
2) น้ำหนักตัว (Weight)	61.30	8.92	60.71	8.59	4.33	0.000*
3) ดัชนีมวลกาย (BMI)	24.84	3.74	24.61	3.64	4.38	0.000*
4) แตะมือด้านหลัง (Back Scratch Test)	1.25	0.44	2.10	0.64	-10.376	0.000*
5) นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า (Sit and Reach Test)	2.00	0.64	2.55	0.51	-4.819	0.000*



รายการทดสอบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	(n = 20)		(n = 20)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
6) ลูกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (30 Second Chair Stand)	2.80	0.52	2.90	0.31	-1.453	0.163
7) ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที (2 Minutes Step Up Down)	2.65	0.59	2.90	0.31	-2.517	0.021*
8) ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (Timed Up and Go Test : TUG)	2.85	0.37	2.95	0.22	-1.453	0.163

จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ทดสอบก่อนการทดลอง และทดสอบหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของรายการทดสอบก่อนการทดลองที่มีความแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น 6 จาก 8 รายการ (75%) โดยมีผลการปรับปรุงที่สำคัญ คือ รายการทดสอบที่ 4) แตะมือด้านหลัง ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 โดยมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น 68% (Back Scratch Test: 1.25-2.10) รายการทดสอบที่ 5) นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 ความอ่อนตัวเพิ่มขึ้น 27.5% (Sit and Reach: 2.00-2.55) รายการทดสอบที่ 7) ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้น 9.4% (Step test: 2.65-2.90)

ส่วนค่าเฉลี่ยของรายการทดสอบก่อนการทดลองที่ไม่มีความแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ รายการทดสอบที่ 6) ลูกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 และ รายการทดสอบที่ 8) ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95

การศึกษานี้จะเห็นได้ว่า จากการฝึก 8 สัปดาห์ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่น ความอ่อนตัว และความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงการหกล้ม และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหรือทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การเอื้อมหยิบของ การแต่งตัว และการเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ด้วยตนเอง



อภิปรายผลการวิจัย

การออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้หรือวัสดุที่มีใช้ในครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย พบว่า การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้คู่มือการออกกำลังกายที่สร้างขึ้นได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุในชุมชน จะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เห็นถึงความตั้งใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ และการทดสอบสมรรถภาพทางกายเป็นอย่างดี จากผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนวัดคงสวองที่เข้าร่วมกิจกรรม คือ อาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วม ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 คน โดยทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest Design) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลโดยแยกตามองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายแต่ละด้านได้ดังนี้

1. ด้านองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition) จากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลอง แต่ละคนมีสมรรถภาพทางกายที่แตกต่างกัน ทั้งทางด้านอายุระหว่าง 60-69 ปี เมื่อนำน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.84 ซึ่งมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (23.0-24.9) ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์น้ำหนักตัวปกติ (18.5-22.9) ซึ่งค่าดัชนีมวลกายสามารถบ่งชี้ได้ว่า เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะมีภาวะน้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย หากในผู้สูงอายุแล้วค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นอาจจะต้องพิจารณาในมุมมองที่แตกต่างออกไป เช่น เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะร่างกายเบื่ออาหาร ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพใจ ปัญหาสุขภาพฟัน รวมถึงโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และมีภาวะของมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง หากวิเคราะห์ในมุมมองนี้การที่ผู้สูงอายุมีภาวะร่างกายที่น้ำหนักตัวเกินเพียงเล็กน้อย อาจจะส่งผลดีต่อร่างกายก็เป็นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ เนตรนภา ปะวะกัง⁽⁸⁾ กล่าวว่า จากการศึกษางานวิจัยหลายชิ้น พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่ใช้กันอยู่ อาจไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือที่เรียกว่าผู้สูงอายุเท่าใดนัก มีผลการศึกษาในผู้สูงอายุวัย 70 ปี เป็นเวลานาน 10 ปี ขึ้นหนึ่งจากประเทศออสเตรเลียว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาวัยที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เสียชีวิตช้ากว่าผู้เข้าร่วมที่มีค่าดัชนีปกติถึง 10 ปี ค่าดัชนีมวลกายในระดับที่เรียกว่า น้ำหนักเกินเกณฑ์สำหรับคนทั่วไป อาจเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากกว่าดัชนีมวลกายในระดับปกติ

2. ด้านความอ่อนตัวและความยืดหยุ่น (Flexibility) จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดสอบรายการทดสอบที่ 4 ตะแมือด้านหลัง (Back Scratch Test) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 อยู่ในเกณฑ์ที่เสี่ยง เพราะปลายนิ้วมือทั้งสองข้างไม่สามารถสัมผัสกันได้ แสดงว่า มีความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนบนและแขนอยู่ในระดับต่ำ มีความเสี่ยงต่อข้อต่อบริเวณหัวไหล่ติด แต่หลังจากได้ฝึกออกกำลังกายทำให้



หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี คือ ปลายนิ้วมือสามารถสัมผัสกันได้พอดี แสดงว่า มีความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนบนและแขนอยู่ในระดับดีขึ้น และรายการทดสอบที่ 5 นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า (Sit and Reach Test) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความอ่อนตัวสามารถพัฒนาได้จากการฝึกความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ การพัฒนาความอ่อนตัวเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวได้เต็มช่วงของการเคลื่อนไหว ลดอาการกล้ามเนื้อตึงหรือกล้ามเนื้ออักเสบได้ สอดคล้องกับ นิวัฒน์ บุญสม⁽⁹⁾ ได้ให้แนวทางในการพัฒนาความอ่อนตัวไว้ว่า การพัฒนาความอ่อนตัวมีลักษณะคล้ายคลึงกับการพัฒนาความสามารถด้านอื่นๆ คือ ต้องอาศัยการฝึกซ้อมหรือการปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอด้วยการเพิ่มระยะการเคลื่อนไหวของข้อต่อทีละน้อยอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ว่าจะเป็นการฝึกความอ่อนตัวแบบใดก็ตาม ต้องใช้ข้อต่อในการเคลื่อนไหวมากเกินกว่ามุมปกติทั้งสิ้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลเฉพาะส่วนของร่างกายตามที่ต้องการ ขณะเดียวกันจะส่งผลให้เนื้อเยื่อเกี่ยวพันและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอยู่โดยรอบข้อต่อส่วนนั้น มีความอ่อนตัวเพิ่มขึ้นด้วย

3. ด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscle Strength and Endurance) จากผลการวิจัย พบว่า รายการทดสอบที่ 6 ลูกยีน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (30 Second Chair Stand) ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับดีมาก เพราะสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์การประเมินสมรรถภาพทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ญัฐกิตต์ ปานทอง⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า กล้ามเนื้อขาามีบทบาทสำคัญในกิจวัตรประจำวันต่างๆ มากมาย เช่น การเดิน การขึ้นบันได หรือแม้แต่การนั่ง กล้ามเนื้อเหล่านี้จะถูกใช้ทำงานในการเคลื่อนไหวเล็กๆ น้อยๆ เช่น การลุกขึ้นจากที่นั่ง การรักษาความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเคลื่อนไหวที่ดี และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ดังนั้น การเข้าใจโครงสร้างและผสมผสานการออกกำลังกายที่เหมาะสม จะช่วยให้สามารถรักษาสุขภาพและความแข็งแรงของกลุ่มกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าได้

4. ด้านการทรงตัว (Balance) จากผลการวิจัย พบว่า รายการทดสอบที่ 8 ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (TUG) ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทรงตัวอยู่ในระดับดีมาก มีความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ และไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health (NIH)) โดยหน่วยงานสถาบันแห่งชาติเพื่อการสูงวัย (National Institutes on Aging)⁽¹¹⁾ ได้กล่าวถึงการทรงตัวที่มีต่อปัญหาการหกล้มไว้ว่า การออกกำลังกายที่ต้องเคลื่อนไหวศีรษะและร่างกายในลักษณะต่างๆ สามารถช่วยรักษาอาการ



ฝึกปฏิกิริยาการทรงตัวได้ การออกกำลังกายเฉพาะบุคคลจะได้รับการพัฒนาโดยนักกายภาพบำบัด หรือผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เข้าใจเรื่องการทรงตัวและความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ในร่างกาย

5. ด้านความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Endurance) จากผลการวิจัย พบว่า รายการทดสอบที่ 7 ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที (2 Minutes Step Up Down) ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อได้รับการฝึกการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะช่วยพัฒนาองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายด้านความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ Lynn B. Panton and Ashley L. Artese⁽¹²⁾ และองค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹³⁾ ได้กล่าวถึงการฝึกเพื่อพัฒนาความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ไว้ว่า การฝึกเพื่อพัฒนาความทนทานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ ซึ่งเรียกอีกอย่างว่า การฝึกแบบแอโรบิก หรือคาร์ดิโอ มีความสำคัญต่อการปรับปรุงการทำงานของหัวใจ ปอด และระบบหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังช่วยในการจัดการน้ำหนักตัว และลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด โรคเบาหวานประเภท 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ และภาวะสมองเสื่อม บุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงกว่าอาจมีระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงกว่า ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อหรือความรุนแรงของอาการจากโรคติดเชื้อได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางกายด้านหัวใจและหลอดเลือดที่ดีสามารถทำกิจกรรมทางกายที่ยากขึ้นได้ และออกกำลังกายได้เข้มข้นกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเป็นประจำ ขอแนะนำให้ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ควรสะสมกิจกรรมแบบแอโรบิกที่มีความเข้มข้นปานกลางอย่างน้อย 150 นาที หรือกิจกรรมที่มีความเข้มข้นสูง 75 นาทีต่อสัปดาห์ ให้ผู้สูงอายุเริ่มต้นอย่างช้าๆ ด้วยการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกต่ำ เช่น การเดินกลางแจ้งหรือบนลู่วิ่งเป็นระยะเวลาสั้นๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มระดับขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ควรเน้นย้ำว่า สามารถออกกำลังกายเพื่อความทนทานเป็นช่วงสั้นๆ ได้ตลอดทั้งวัน เพื่อสะสมเวลาทั้งหมด 30 นาทีต่อวัน

นอกจากการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุจะสามารถเพิ่มระดับสมรรถภาพทางกายเท่านั้น ยังช่วยให้การปรับตัวของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuro-Muscular Adaptation) สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลของการออกกำลังกายโดยเฉพาะการฝึกความแข็งแรง (Strength Training) สามารถกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวทั้งทางโครงสร้างและการทำงานในระบบประสาท เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งงานกล้ามเนื้อ การเพิ่มอัตราการส่งสัญญาณของเซลล์ประสาทสั่งการ (motor neurons) และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกผสมระหว่าง ความแข็งแรง (strength Training) และความอดทน (Endurance Training) ส่งผลต่อการปรับตัวของระบบประสาทกล้ามเนื้อ โดยการจัดลำดับการฝึกที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการปรับตัว⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยต่างประเทศ พบว่า การฝึกความแข็งแรงก่อนการฝึกความอดทนในผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความ



แข็งแรงและประสิทธิภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuro-Muscular) ได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า การฝึกออกกำลังกายช่วยปรับปรุงการทรงตัว ลดความเสี่ยงการล้ม เพิ่มการประสานงานของกล้ามเนื้อ และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยประสาทสั่งการ (motor units) ที่เสื่อมสภาพ⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีจัดกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ต่อไป
2. .ควรมีการขยายผลไปยังชุมชนอื่นๆ และมีการปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยโดยการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยให้การวิจัยในอนาคตมีคุณภาพและความน่าเชื่อถือมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีต้องขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยวิจัย และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในครั้งนี ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2568. สารประชากร. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568: p. 1-2.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
3. กรมอนามัย. คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ประจำปีงบประมาณ 2567. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. ตรีนุช ไพชยนต์วิจิตร, พิระพงษ์ เตชะทัตตานนท์, บรรณาธิการ. จัปตาทิศทางสุขภาพคนไทย 2568. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2568.
5. กรมอนามัย. คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ประจำปีงบประมาณ 2568. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. WHO. Physical Activity [Internet] . 2024 [cited 2024 Jun 26] . Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>



7. ลดาวรรณ เต็มวรกุล. การออกกำลังกายลดเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2568]. Available from: <https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/exercise-reduces-the-risk-of-falls-in-the-elderly/>
8. กรมนามัย. การประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. เนตรนภา ปะวะคัง. ดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุ มากกว่า...อาจจะดีกว่า [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2568]. Available from: เพจ Hello Khunmor
10. ณัฐกิตต์ ปานทอง. Quadriceps คืออะไร? ทำความเข้าใจและความสำคัญของกล้ามเนื้อต้นขา [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2568]. Available from: <https://fitnesstool.in.th/%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD/quadriceps/>
11. National Institutes on Aging. Older Adults and Balance Problems [Internet]. 2022 Sep 12 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/falls-and-falls-prevention/older-adults-and-balance-problems>
12. Panton LB, Artese AL. Exercise for Aging Adults: A Guide for Practitioners. 2nd ed. Springer; 2024. DOI: 10.1007/978-3-031-52928-3.
13. WHO. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
14. Borzuola R, Giombini A, Torre G, Campi S, Albo E, Bravi M, et al. Central and Peripheral Neuromuscular Adaptations to Ageing. J Clin Med 2020 Mar 9; 9(3): 741.
15. Walker S. Evidence of resistance training- induced neural adaptation in older adults. Exp Gerontol. 2021; 151: 111408.
16. Aagaard P. Research Symposium: Neuromuscular adaptations to strength training in the elderly. Proc Physiol Soc 2009; 14: SA14.



Abstract

This study aimed to 1) design and develop an exercise manual for the elderly using an adapted exercise approach to promote physical fitness, and 2) examine the effects of implementing exercise activities based on the manual on the physical fitness of elderly individuals. The sample consisted of 20 elderly participants who engaged in a structured physical activity program for eight weeks, three sessions per week, with each session lasting one hour.

The research instruments included 1) an exercise manual for the elderly incorporating adapted exercises to enhance physical fitness, and 2) a physical fitness assessment form designed by the Department of Health to evaluate fall risk in the elderly. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-tests to determine the statistical significance of differences in physical fitness scores before and after the intervention.

The findings revealed that: (1) The developed exercise manual demonstrated strong content validity, with a Content Validity Index (CVI) of 0.94, and high reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.84. (2) There were statistically significant improvements ($p\text{-value} < 0.05$) in the average scores of all physical fitness components after the intervention, compared to the pre-intervention scores.

Recommendation: It is recommended that similar physical activity promotion programs for the elderly be extended to other communities in order to enhance health and reduce the risk of falls among the aging population.

Keywords: Exercise, Elderly, Physical fitness



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 65.957 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งมีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.26 จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 14,027,411 คน มีรายละเอียดสำคัญโดยเรียงลำดับจากจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ อุบลราชธานี ขอนแก่น และ สมุทรปราการ หากเปรียบเทียบดัชนีการสูงอายุของรายจังหวัด ระหว่างปี 2557-2567 พบว่า ดัชนีการสูงอายุของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2557 และ 2560 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง กระจุกตัวในบางจังหวัดของภาคเหนือและภาคกลาง ต่อมาในปี 2564 มีการขยายตัวของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับปี 2567 พื้นที่ในภาคเหนือเกือบทุกจังหวัดมีดัชนีการสูงอายุมากกว่า 172.0 หรือมีประชากรสูงอายุมากกว่า 172 คน ต่อเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี 100 คน⁽²⁾

ข้อมูลจากกรมอนามัย⁽³⁾ พบว่า จากสถานการณ์ปัจจุบันเรียกได้ว่าประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ซึ่งสังเกตได้จากแนวโน้มดัชนีการสูงอายุของประชากรผู้สูงอายุแต่ละจังหวัดที่มีจำนวนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการคาดการณ์ว่า ในปี 2574 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 28 ของประชากรจำนวนทั้งประเทศ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรก่อให้เกิดความเสี่ยงและประเด็นท้าทายใหม่ที่สังคมไทยต้องเผชิญหลายด้าน เช่น เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทุกช่วงวัย⁽⁴⁾ เพื่อเป็นการเตรียมตัวรับมือสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐจึงควรมีนโยบายสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งในเรื่องการสร้างฐานข้อมูลและพัฒนาระบบการสร้างฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เช่น มีการลงทะเบียนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะด้าน เพื่อใช้สำหรับการวางแผน และจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน รวมถึงการให้ความรู้แก่ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลชุมชน จึงควรมีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มบุคคลดังกล่าว เพื่อจะได้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในเรื่องต่างๆ เช่น การป้องกันการล้ม การดูแลสุขภาพกายและจิตใจ การส่งเสริมและป้องกันโรคภัยต่างๆ เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเรื่องเร่งด่วน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมช่วยให้ปรับตัวเข้ากับบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม กรอบแนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุเน้นองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองสุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจที่ลดลง รวมถึงความยืดหยุ่นที่เสื่อมถอย โดยอัตราการเสื่อมสมรรถภาพเพิ่มตามวัย แต่การออกกำลังกายสม่ำเสมอด้วยความเข้มข้นที่เหมาะสม พบว่าสามารถลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน รวมถึงช่วยบรรเทา



อาการซึมเศร้า วิตกกังวล และส่งเสริมสุขภาพสมองและความเป็นอยู่โดยรวม (WHO, 2024)⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ลดความเสี่ยงการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการพัฒนาสมองอย่างเป็นลำดับขั้นตอน โดยมุ่งสู่การฝึกปฏิบัติการรับรู้ การตอบสนอง และการประสานสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหวในมือและเท้า ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ ควรออกแบบให้สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองที่บ้าน และปรับระดับความหนักของกิจกรรมให้เหมาะสมกับช่วงอายุ จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบกิจกรรมและฝึกฝนนักศึกษา พบว่า สามารถปรับใช้กิจกรรมออกกำลังกายประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้ในครัวเรือนได้ เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและพัฒนาสมองควบคู่กัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความแข็งแรง ป้องกันโรค และลดความเสี่ยงการหกล้ม โดยควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองและหลีกเลี่ยงความหักโหมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการองค์ความรู้ทางสุขภาพ และพลศึกษาเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์พัฒนาท้องถิ่น เพื่อออกแบบกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยร่วมมือกับเทศบาลเมืองเขาสองยอด เพื่อพัฒนาอย่างยั่งยืน ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรง สามารถดูแลตนเอง และลดผลกระทบจากการเสื่อมสภาพของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย
2. เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมตามคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ สมรรถภาพทางกาย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสามารถนำไปฝึกฝนได้ด้วยตนเอง เห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้หรือวัสดุที่มีใช้ในครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และเพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมตามคู่มือการออกกำลังกาย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลเขาสามยอด หมู่บ้านดงสวอง อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 868 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อาศัยอยู่ในตำบลเขาสามยอด หมู่บ้านดงสวอง ทำการคัดเลือกอาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วม ด้วยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest Design) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างสาเหตุที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 20 คน คือ ด้วยเหตุผลด้านทรัพยากรและขีดจำกัดทางพื้นที่ อีกทั้งการวิจัยนี้เป็นการทดลองเชิงนำร่อง (pilot) เพื่อขยายผลต่อไปยังชุมชนอื่นๆ ต่อไป

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีโรคภัยในระยะร้ายแรง สามารถสื่อสารได้ปกติ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบเฉียบพลัน หรือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การควบคุมภาวะทางโภชนาการ การนอนหลับพักผ่อน และสภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในชุมชน เพื่อให้ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุของกรมอนามัย⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐาน



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความถูกต้องตามจุดประสงค์และความเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้หรือวัสดุที่มีใช้ในครัวเรือนสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ผลการพิจารณาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.94 จากนั้นนำคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุฯ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาที่จะนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม แล้วมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 จากนั้นนำไปปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐาน รายการทดสอบประกอบไปด้วย 1) การชั่งน้ำหนัก 2) วัดส่วนสูง 3) วัดชีพจรขณะพัก 4) ดัชนีมวลกาย (BMI) 5) แตะมือด้านหลัง (Back Scratch Test) 6) นั่งเก้าอี้ขึ้นแขนแต่ละปลายเท้า (Sit and Reach Test) 7) ลูกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (30 Second Chair Stand) 8) ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที และ 9) ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (Timed Up and Go Test : TUG)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบค่าที (t-test) ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่าที (T-test Dependent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. วิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการทดลอง จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ผ่านการพิจารณาโดยมีรหัสโครงการวิจัยเลขที่ TRU-EC/031/67 เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แสดงผลวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

รายการ	ก่อนการทดลอง	
	(n = 20)	
	$\bar{X}$	S.D.
อายุ (ปี)	65.50	2.74
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	157.20	2.90
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	61.30	8.93

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดกิจกรรมตามคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย เทศบาลเมืองเขาสามขยด จังหวัดลพบุรี จำนวน 20 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุ เท่ากับ 65.50 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.74 ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง เท่ากับ 157.2 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.90 และ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว เท่ากับ 61.30 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.93

ตอนที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยการทดสอบค่าที (T-test Dependent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่าที (T-test Dependent) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

รายการทดสอบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	(n = 20)		(n = 20)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1) ชีพจรขณะพัก (Resting HR)	76.25	2.90	75.15	2.06	3.40	0.003*
2) น้ำหนักตัว (Weight)	61.30	8.92	60.71	8.59	4.33	0.000*
3) ดัชนีมวลกาย (BMI)	24.84	3.74	24.61	3.64	4.38	0.000*
4) แตะมือด้านหลัง (Back Scratch Test)	1.25	0.44	2.10	0.64	-10.376	0.000*
5) นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า (Sit and Reach Test)	2.00	0.64	2.55	0.51	-4.819	0.000*



รายการทดสอบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	(n = 20)		(n = 20)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
6) ลูกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (30 Second Chair Stand)	2.80	0.52	2.90	0.31	-1.453	0.163
7) ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที (2 Minutes Step Up Down)	2.65	0.59	2.90	0.31	-2.517	0.021*
8) ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (Timed Up and Go Test : TUG)	2.85	0.37	2.95	0.22	-1.453	0.163

จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ทดสอบก่อนการทดลอง และทดสอบหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของรายการทดสอบก่อนการทดลองที่มีความแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น 6 จาก 8 รายการ (75%) โดยมีผลการปรับปรุงที่สำคัญ คือ รายการทดสอบที่ 4) แตะมือด้านหลัง ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 โดยมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น 68% (Back Scratch Test: 1.25-2.10) รายการทดสอบที่ 5) นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 ความอ่อนตัวเพิ่มขึ้น 27.5% (Sit and Reach: 2.00-2.55) รายการทดสอบที่ 7) ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 9.4% (Step test: 2.65-2.90)

ส่วนค่าเฉลี่ยของรายการทดสอบก่อนการทดลองที่ไม่มีความแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ รายการทดสอบที่ 6) ลูกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 และ รายการทดสอบที่ 8) ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95

การศึกษานี้จะเห็นได้ว่า จากการฝึก 8 สัปดาห์ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่น ความอ่อนตัว และความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงการหกล้ม และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหรือทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การเอื้อมหยิบของ การแต่งตัว และการเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ด้วยตนเอง



อภิปรายผลการวิจัย

การออกแบบและพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การออกกำลังกายแบบประยุกต์จากวัสดุเหลือใช้หรือวัสดุที่มีใช้ในครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย พบว่า การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้คู่มือการออกกำลังกายที่สร้างขึ้นได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุในชุมชน จะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เห็นถึงความตั้งใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ และการทดสอบสมรรถภาพทางกายเป็นอย่างดี จากผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนวัดคงสวองที่เข้าร่วมกิจกรรม คืออาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วม ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 คน โดยทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest Design) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลโดยแยกตามองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายแต่ละด้านได้ดังนี้

1. ด้านองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition) จากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลอง แต่ละคนมีสมรรถภาพทางกายที่แตกต่างกัน ทั้งทางด้านอายุระหว่าง 60-69 ปี เมื่อนำน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.84 ซึ่งมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (23.0-24.9) ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์น้ำหนักตัวปกติ (18.5-22.9) ซึ่งค่าดัชนีมวลกายสามารถบ่งชี้ได้ว่า เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะมีภาวะน้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย หากในผู้สูงอายุแล้วค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นอาจจะต้องพิจารณาในมุมมองที่แตกต่างออกไป เช่น เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะร่างกายเบื่ออาหาร ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพใจ ปัญหาสุขภาพฟัน รวมถึงโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และมีภาวะของมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง หากวิเคราะห์ในมุมมองนี้การที่ผู้สูงอายุมีภาวะร่างกายที่น้ำหนักตัวเกินเพียงเล็กน้อย อาจจะส่งผลดีต่อร่างกายก็เป็นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ เนตรนภา ปะวะกัง⁽⁸⁾ กล่าวว่า จากการศึกษางานวิจัยหลายชิ้น พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่ใช้กันอยู่ อาจไม่เหมาะสมกับผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือที่เรียกว่าผู้สูงอายุเท่าใดนัก มีผลการศึกษาในผู้สูงอายุวัย 70 ปี เป็นเวลานาน 10 ปี ขึ้นหนึ่งจากประเทศออสเตรเลียว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เสียชีวิตช้ากว่าผู้เข้าร่วมที่มีค่าดัชนีปกติถึง 10 ปี ค่าดัชนีมวลกายในระดับที่เรียกว่า น้ำหนักเกินเกณฑ์สำหรับคนทั่วไป อาจเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากกว่าดัชนีมวลกายในระดับปกติ

2. ด้านความอ่อนตัวและความยืดหยุ่น (Flexibility) จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง รายการทดสอบที่ 4 ตะแคงมือด้านหลัง (Back Scratch Test) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 อยู่ในเกณฑ์ที่เสี่ยง เพราะปลายนิ้วมือทั้งสองข้างไม่สามารถสัมผัสกันได้ แสดงว่า มีความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนบนและแขนอยู่ในระดับต่ำ มีความเสี่ยงต่อข้อต่อบริเวณหัวไหล่ติด แต่หลังจากได้ฝึกออกกำลังกายทำให้



หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี คือ ปลายนิ้วมือสามารถสัมผัสกันได้พอดี แสดงว่า มีความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนบนและแขนอยู่ในระดับดีขึ้น และรายการทดสอบที่ 5 นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า (Sit and Reach Test) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความอ่อนตัวสามารถพัฒนาได้จากการฝึกความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ การพัฒนาความอ่อนตัวเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวได้เต็มช่วงของการเคลื่อนไหว ลดอาการกล้ามเนื้อตึงหรือกล้ามเนื้ออักเสบได้ สอดคล้องกับ นิวัฒน์ บุญสม⁽⁹⁾ ได้ให้แนวทางในการพัฒนาความอ่อนตัวไว้ว่า การพัฒนาความอ่อนตัวมีลักษณะคล้ายคลึงกับการพัฒนาความสามารถด้านอื่นๆ คือ ต้องอาศัยการฝึกซ้อมหรือการปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอด้วยการเพิ่มระยะการเคลื่อนไหวของข้อต่อทีละน้อยอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ว่าจะเป็นการฝึกความอ่อนตัวแบบใดก็ตาม ต้องใช้ข้อต่อในการเคลื่อนไหวมากเกินกว่ามุมปกติทั้งสิ้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลเฉพาะส่วนของร่างกายตามที่ต้องการ ขณะเดียวกันจะส่งผลให้เนื้อเยื่อเกี่ยวพันและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอยู่โดยรอบข้อต่อส่วนนั้น มีความอ่อนตัวเพิ่มขึ้นด้วย

3. ด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscle Strength and Endurance) จากผลการวิจัย พบว่า รายการทดสอบที่ 6 ลูกยีน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (30 Second Chair Stand) ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับดีมาก เพราะสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์การประเมินสมรรถภาพทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ญัฐกิตต์ ปานทอง⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า กล้ามเนื้อขาามีบทบาทสำคัญในกิจวัตรประจำวันต่างๆ มากมาย เช่น การเดิน การขึ้นบันได หรือแม้แต่การนั่ง กล้ามเนื้อเหล่านี้จะถูกใช้งานในการเคลื่อนไหวเล็กๆ น้อยๆ เช่น การลุกขึ้นจากที่นั่ง การรักษาความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเคลื่อนไหวที่ดี และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ดังนั้น การเข้าใจโครงสร้างและผสมผสานการออกกำลังกายที่เหมาะสม จะช่วยให้สามารถรักษาสุขภาพและความแข็งแรงของกลุ่มกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าได้

4. ด้านการทรงตัว (Balance) จากผลการวิจัย พบว่า รายการทดสอบที่ 8 ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (TUG) ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทรงตัวอยู่ในระดับดีมาก มีความสามารถในการเคลื่อนไหว และไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health (NIH)) โดยหน่วยงานสถาบันแห่งชาติเพื่อการสูงวัย (National Institutes on Aging)⁽¹¹⁾ ได้กล่าวถึงการทรงตัวที่มีต่อปัญหาการหกล้มไว้ว่า การออกกำลังกายที่ต้องเคลื่อนไหวศีรษะและร่างกายในลักษณะต่างๆ สามารถช่วยรักษาอาการ



ฝึกปฏิกิริยาการทรงตัวได้ การออกกำลังกายเฉพาะบุคคลจะได้รับการพัฒนาโดยนักกายภาพบำบัด หรือผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เข้าใจเรื่องการทรงตัวและความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ในร่างกาย

5. ด้านความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Endurance) จากผลการวิจัย พบว่า รายการทดสอบที่ 7 ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที (2 Minutes Step Up Down) ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อได้รับการฝึกการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะช่วยพัฒนาองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายด้านความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ Lynn B. Panton and Ashley L. Artese⁽¹²⁾ และองค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹³⁾ ได้กล่าวถึงการฝึกเพื่อพัฒนาความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ไว้ว่า การฝึกเพื่อพัฒนาความทนทานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ ซึ่งเรียกอีกอย่างว่า การฝึกแบบแอโรบิก หรือคาร์ดิโอ มีความสำคัญต่อการปรับปรุงการทำงานของหัวใจ ปอด และระบบหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังช่วยในการจัดการน้ำหนักตัว และลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด โรคเบาหวานประเภท 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ และภาวะสมองเสื่อม บุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงกว่าอาจมีระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงกว่า ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อหรือความรุนแรงของอาการจากโรคติดเชื้อได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางกายด้านหัวใจและหลอดเลือดที่ดีสามารถทำกิจกรรมทางกายที่ยากขึ้นได้ และออกกำลังกายได้เข้มข้นกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเป็นประจำ ขอแนะนำให้ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ควรสะสมกิจกรรมแบบแอโรบิกที่มีความเข้มข้นปานกลางอย่างน้อย 150 นาที หรือกิจกรรมที่มีความเข้มข้นสูง 75 นาทีต่อสัปดาห์ ให้ผู้สูงอายุเริ่มต้นอย่างช้าๆ ด้วยการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกต่ำ เช่น การเดินกลางแจ้งหรือบนลู่วิ่งเป็นระยะเวลาสั้นๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มระดับขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ควรเน้นย้ำว่า สามารถออกกำลังกายเพื่อความทนทานเป็นช่วงสั้นๆ ได้ตลอดทั้งวัน เพื่อสะสมเวลาทั้งหมด 30 นาทีต่อวัน

นอกจากการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุจะสามารถเพิ่มระดับสมรรถภาพทางกายเท่านั้น ยังช่วยให้การปรับตัวของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuro-Muscular Adaptation) สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลของการออกกำลังกายโดยเฉพาะการฝึกความแข็งแรง (Strength Training) สามารถกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวทั้งทางโครงสร้างและการทำงานในระบบประสาท เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งงานกล้ามเนื้อ การเพิ่มอัตราการส่งสัญญาณของเซลล์ประสาทสั่งการ (motor neurons) และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกผสมระหว่าง ความแข็งแรง (strength Training) และความอดทน (Endurance Training) ส่งผลต่อการปรับตัวของระบบประสาทกล้ามเนื้อ โดยการจัดลำดับการฝึกที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการปรับตัว⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยต่างประเทศ พบว่า การฝึกความแข็งแรงก่อนการฝึกความอดทนในผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความ



แข็งแรงและประสิทธิภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuro-Muscular) ได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า การฝึกออกกำลังกายช่วยปรับปรุงการทรงตัว ลดความเสี่ยงการล้ม เพิ่มการประสานงานของกล้ามเนื้อ และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยประสาทสั่งการ (motor units) ที่เสื่อมสภาพ⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีจัดกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ต่อไป
2. .ควรมีการขยายผลไปยังชุมชนอื่นๆ และมีการปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยโดยการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยให้การวิจัยในอนาคตมีคุณภาพและความน่าเชื่อถือมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีต้องขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยวิจัย และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในครั้งนี ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2568. สารประชากร. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568: p. 1-2.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
3. กรมอนามัย. คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ประจำปีงบประมาณ 2567. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. ตรีนุช ไพชยนต์วิจิตร, พิระพงษ์ เดชะทัตตานนท์, บรรณาธิการ. จัปตาศาสตรศึกษาสุขภาพคนไทย 2568. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2568.
5. กรมอนามัย. คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ประจำปีงบประมาณ 2568. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. WHO. Physical Activity [Internet] . 2024 [cited 2024 Jun 26] . Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>



7. ลดาวรรณ เต็มวรกุล. การออกกำลังกายลดเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2568]. Available from: <https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/exercise-reduces-the-risk-of-falls-in-the-elderly/>
8. กรมนามัย. การประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. เนตรนภา ปะวะคัง. ดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุ มากกว่า...อาจจะดีกว่า [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2568]. Available from: เพจ Hello Khunmor
10. ณัฐกิตต์ ปานทอง. Quadriceps คืออะไร? ทำความเข้าใจและความสำคัญของกล้ามเนื้อต้นขา [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2568]. Available from: <https://fitnesstool.in.th/%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD/quadriceps/>
11. National Institutes on Aging. Older Adults and Balance Problems [Internet]. 2022 Sep 12 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/falls-and-falls-prevention/older-adults-and-balance-problems>
12. Panton LB, Artese AL. Exercise for Aging Adults: A Guide for Practitioners. 2nd ed. Springer; 2024. DOI: 10.1007/978-3-031-52928-3.
13. WHO. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
14. Borzuola R, Giombini A, Torre G, Campi S, Albo E, Bravi M, et al. Central and Peripheral Neuromuscular Adaptations to Ageing. J Clin Med 2020 Mar 9; 9(3): 741.
15. Walker S. Evidence of resistance training- induced neural adaptation in older adults. Exp Gerontol. 2021; 151: 111408.
16. Aagaard P. Research Symposium: Neuromuscular adaptations to strength training in the elderly. Proc Physiol Soc 2009; 14: SA14.



การวิจัยและพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการ องค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

RESEARCH AND DEVELOPMENT OF A DIGITAL TRANSFORMATION MODEL TO ENHANCE HEALTH ORGANIZATION MANAGEMENT IN HEALTH REGION 2

Received: June10, 2025

Revised: August 07, 2025

Accepted: September 15, 2025

ทรรศนีย์ บุญมัน^{1*}, ธัญญารัตน์ ลิทธิวงศ์²

Tatsanee Boonmun^{1*}, Thanyarat Sitthiwong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบการประเมินผลหลายขั้นตอน ดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ โดยใช้แบบสอบถามกับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 416 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจากผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 คน โดยใช้แนวคิด M-PWR เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ SMART-DT ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบ One Group Pre-Post Test Design เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบกับบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การใช้ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ 2) การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการบริหารงานและให้บริการ 3) การพัฒนาทักษะดิจิทัลและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคลากร 4) การสร้างระบบแสดงผลข้อมูลแบบเรียลไทม์ และ 5) การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานด้วยเครื่องมือดิจิทัล และดำเนินงานผ่านแผนงานการนำไปปฏิบัติด้วยปัญญาประดิษฐ์จังหวัดสุโขทัย การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เวลาเฉลี่ยในการทำงานที่มีความซ้ำซ้อน ความพึงพอใจของบุคลากร ทักษะดิจิทัลของบุคลากรและทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การจัดการองค์กร, การวิจัยและพัฒนา, การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล, เขตสุขภาพที่ 2, องค์กรสาธารณสุข, ระบบสุขภาพดิจิทัล

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

Public Health Technical Officer, Digital Health Division, Sukhothai Provincial Public Health Office

² นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

Chief of Sukhothai Provincial Health Office, Sukhothai Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: tatsanee.skto@hotmail.com



Abstract

This research was a research and development study employing a multi-stage evaluation approach, conducted in three phases. Phase 1 examined the current situation and factors influencing digital technology adoption through questionnaires administered to 416 public health personnel. Phase 2 developed a digital transformation model through literature review and in-depth interviews with focus group discussions involving 10 administrators and experts, utilizing the M-PWR concept as a framework for developing the SMART-DT model. Phase 3 tested the model's effectiveness using a quasi-experimental One Group Pre-Post Test Design, comparing before and after implementation among 30 personnel from Sukhothai Provincial Public Health Office.

The research findings revealed that the digital transformation model for enhancing public health organization management comprised five main components: 1) Electronic document system implementation, 2) Artificial intelligence application in administration and service delivery, 3) Digital skills development and personnel attitude transformation, 4) Real-time data visualization system establishment, and 5) Digital tool-based workflow transformation, implemented through the Sukhothai AI-Driven Implementation Roadmap. The effectiveness testing of the model showed statistically significant differences between pre- and post-implementation in average time spent on redundant work, personnel satisfaction, personnel digital skills, and attitudes toward digital technology utilization.

Keywords: Organizational Management, Research and Development, Digital Transformation, Health Region 2, Public Health Organization, Digital Health System



บทนำ

การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล (Digital Transformation) ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่สำคัญในการปรับปรุงระบบการจัดการขององค์กรในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคสาธารณสุข ซึ่งเป็นภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ลดขั้นตอนที่ซับซ้อน และส่งเสริมการทำงานเชิงบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและรวดเร็ว ยุทธศาสตร์การนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีใช้ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากภาครัฐ ผ่านนโยบาย Thailand 4.0⁽¹⁾ และแผน Digital Health Strategy⁽²⁾ ที่มุ่งเน้นให้ประเทศไทยสามารถแข่งขันในเวทีเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลของภูมิภาคอาเซียนได้⁽³⁾ โดยประเทศไทย ต้องเร่งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค และการให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ทันทั่วถึง เช่น การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการวิเคราะห์และพยากรณ์โรค⁽⁴⁾

เขตสุขภาพที่ 2 เป็นองค์กรด้านการบริหารสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดตาก⁽⁵⁾ โดยกำลังดำเนินการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ก้าวสู่การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ โดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการองค์กรและการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวยังคงมีความท้าทายอยู่ในหลายด้าน ทั้งในแง่ของการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล การจัดการข้อมูลสุขภาพ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในภาคสาธารณสุข⁽⁶⁾ ความท้าทายเหล่านี้ส่งผลให้การนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีใช้ในเขตสุขภาพที่ 2 ยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ รวมถึงการกำหนดมาตรฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่ชัดเจนและสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล เนื่องจากเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การติดตามการรักษาผ่านระบบดิจิทัล การปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพนี้จะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลสามารถได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ลดภาระการเดินทางและการเสียเวลาในการรอรับบริการ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย⁽⁸⁾ ดังนั้น การวิจัยและพัฒนากระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ การศึกษาแนวทางและกลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของเขตสุขภาพที่ 2 จะเป็นการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมี

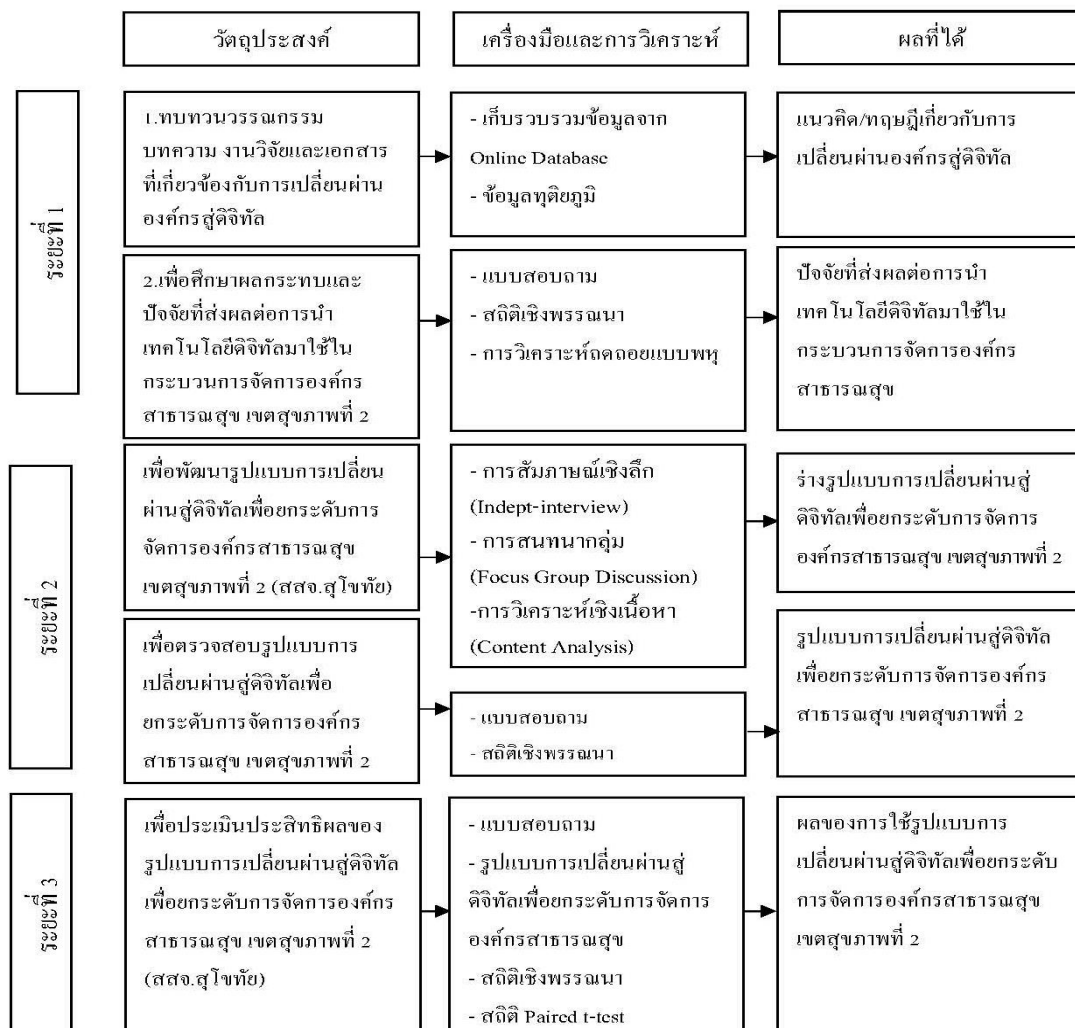


ประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรสุขภาพ และปรับปรุงคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลต่อการจัดการและการให้บริการในองค์กรสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการกระบวนการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) ดำเนินการวิจัย จำนวน 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลต่อการจัดการและการให้บริการในองค์กรสาธารณสุข และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข

1.1 ทบทวนวรรณกรรม บทความ งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านองค์กรสู่ดิจิทัล โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งข้อมูลที่น่าสนใจมาจากการศึกษาวิจัยนั้น มาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

1.2 การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลต่อการจัดการและการให้บริการ ในองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ บุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 13,204 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของเดเนียล⁽⁹⁾ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 374 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็นไม่ต่ำกว่า 416 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ทุกอำเภอ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร แต่ละจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้สูตรกำหนดสัดส่วน กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของบุคลากรสาธารณสุขแต่ละแห่งมาสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อ จนได้ตัวอย่างครบทุกรายจังหวัด รวมทั้งสิ้น 416 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2568 และปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากความเป็นบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลต่อการจัดการและการให้บริการในองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย การเปลี่ยนผ่านองค์กรสู่ดิจิทัล จำนวน 16 ข้อ การยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุขสู่ดิจิทัล จำนวน 8 ข้อ คุณลักษณะขององค์กรดิจิทัล จำนวน 15 ข้อ ปัจจัยด้านทรัพยากร จำนวน 14 ข้อ ผลลัพธ์จากการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล จำนวน 9 ข้อ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 13 ข้อ การยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุขสู่ดิจิทัล จำนวน 9 ข้อ วัฒนธรรมองค์กรดิจิทัล จำนวน 13 ข้อ ความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลต่อการจัดการและการให้บริการในองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) ใช้เพื่อค้นหาตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในองค์กร พร้อมทั้งนำตัวแปรไปพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

การพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 เป็นการนำผลการศึกษาระยะที่ 1 ผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลต่อการจัดการและการให้บริการในองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 และนำแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านองค์กรสู่ดิจิทัล (Digital Organization)⁽¹⁰⁾ ซึ่งประกอบด้วย 1) Digital Capability ความสามารถขององค์กรในการเลือกสรรเทคโนโลยีดิจิทัลต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการ



ปฏิบัติงานในองค์กร 2) Digital Dexterity ความสามารถขององค์กรในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เลือกและสรรหามาให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามแผนกลยุทธ์ขององค์กร หรือเพิ่มคุณค่าต่อกระบวนการปฏิบัติงานขององค์กร

การยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ใช้แนวคิด M-PWR Characteristics of a digital Organization⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 1) Mindset (M) เป็นความมุ่งมั่น ชัดเจน ขององค์กร มีแนวคิดแบบ "Digital-First" ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กรทุกภาคส่วนมีแนวคิดหรือความต้องการที่จะใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาเป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อน 2) Practices (P) องค์กรมีบรรทัดฐานในกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มคุณค่าและสร้างความแตกต่าง 3) Workforce (W) องค์กรดิจิทัลจะมีมุมมองต่อบุคลากรที่เป็นส่วนสำคัญในผลสำเร็จขององค์กร 4) Resources (R) ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีดิจิทัลและข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการ/ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงต่อประเด็นการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข ประชากรประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญการเปลี่ยนผ่านองค์กรสู่ดิจิทัลและผู้บริหาร เขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักจะทำการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัวจำนวน 10 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบาย ในระดับจังหวัด ระดับเขต และ ระดับประเทศ จำนวน 3 คน และนักวิชาการที่มีผลงานทางด้านการจัดการองค์กร/การเปลี่ยนผ่านองค์กรสู่ดิจิทัล จำนวน 3 คน

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) การสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านองค์กรสู่ดิจิทัล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 4-6 คน จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก ประมาณ 30 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ประธานและคณะกรรมการบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัย ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาเชิงคุณภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อเตรียมตัวในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi-structured in-depth interview) และสมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)



ระยะที่ 3: การศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups, pretest-posttest design) เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข ซึ่งได้จากการวิจัยระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 13,204 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มใช้รูปแบบ ได้แก่ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขสุโขทัย จำนวน 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย : รูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบประเมินด้านกระบวนการ ได้แก่ แบบบันทึกเวลาการทำงานที่มีความซ้ำซ้อน เป็นนาทีต่อวัน จำนวน 1 ข้อ เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบประเมินด้านบุคลากร ได้แก่ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 5) ทักษะดิจิทัลของบุคลากร จำนวน 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 10) และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 5) รูปแบบการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5), มาก (4), ปานกลาง (3), น้อย (2), และน้อยที่สุด (1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการองค์กรสาธารณสุขของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล ระหว่างก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 81/2024 IRB No.87/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลต่อการจัดการและการให้บริการในองค์กรสาธารณสุข และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข



การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลในองค์กรสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, S.D. = 0.72) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า คุณลักษณะขององค์กรดิจิทัลเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.72$, S.D. = 0.71) รองลงมา คือ ผลลัพธ์จากการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$, S.D. = 0.67) น้อยที่สุด คือ ความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Dexterity) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.10$, S.D. = 0.76)

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข (n = 416)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
คุณลักษณะขององค์กรดิจิทัล	0.717	0.420	9.559	< 0.001
วัฒนธรรมองค์กรดิจิทัล	0.423	0.373	4.838	< 0.001
ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีฯ	0.379	0.287	4.028	< 0.001
ปัจจัยด้านทรัพยากร	0.145	0.195	3.267	0.024

Constant (a) = 17.854 R Square = 0.543 Adjusted R Square = 0.487 0. F =5.110 p-value < 0.05

จากตาราง 1 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุข ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ คุณลักษณะขององค์กรดิจิทัล (p-value < 0.001, $\beta = 0.420$) วัฒนธรรมองค์กรดิจิทัล (p-value < 0.001, $\beta = 0.373$) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีฯ (p-value < 0.001, $\beta = 0.287$) และปัจจัยด้านทรัพยากร (p-value = 0.024, $\beta = 0.195$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการองค์กรสาธารณสุขได้ร้อยละ 54.3

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กรสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2

การศึกษาในระยะที่ 2 ได้ทำการวิเคราะห์ระบบสุขภาพตามกรอบของ WHO Health Systems Framework⁽⁶⁾ โดยแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ผลการวิเคราะห์ พบว่า องค์กรมีจุดแข็งที่สำคัญหลายประการ เช่น มีระบบฐานข้อมูลบุคลากรพื้นฐานที่สามารถพัฒนาต่อยอดสู่ระบบดิจิทัลได้ มีโครงสร้างการบริหารงานบุคคลที่ชัดเจน และผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ในการขับเคลื่อนองค์กรสู่ดิจิทัลอย่างไรก็ตาม การศึกษายังพบข้อจำกัดและโอกาสในการเปลี่ยนผ่านดิจิทัลที่สำคัญ ได้แก่ การใช้เอกสารกระดาษจำนวนมากในการให้บริการ การขาดระบบ



จัดการความรู้แบบดิจิทัล บุคลากรขาดทักษะดิจิทัลและความมั่นใจในการใช้ AI จากการวิเคราะห์ดังกล่าว การศึกษาได้พัฒนารูปแบบ SMART-DT Model ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ S (Streamline Paperless System) การปรับปรุงระบบเอกสารให้เป็นแบบไร้กระดาษ M (Management with AI Assistance) การจัดการด้วยความช่วยเหลือของ AI A (Agile Digital Mindset) การปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิดให้เป็นดิจิทัลแบบยืดหยุ่น R (Real-time Data Utilization) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลแบบเรียลไทม์ และ T (Transform Work Process) การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงาน

การศึกษายังได้เชื่อมโยงรูปแบบ SMART-DT กับ 6 Building Blocks ของ WHO⁽¹¹⁾ และนำเสนอแนวทางการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลที่ครอบคลุม เช่น การใช้ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ การประยุกต์ใช้ AI ในการช่วยเขียนรายงานและสรุปข้อมูล การฝึกอบรม การสร้างระบบ Dashboard แสดงข้อมูลบริการสุขภาพแบบเรียลไทม์ และการปรับเปลี่ยนงานเอกสารและงานประจำให้เป็นอัตโนมัติ นอกจากนี้ การศึกษายังได้นำเสนอรูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลตามหลักการจัดการองค์กรของ Peter F. Drucker⁽¹²⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 หน้าที่หลัก คือ การวางแผน การจัดองค์กร การนำ และการควบคุม โดยแต่ละหน้าที่ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับความสามารถดิจิทัล (Digital Capability) และความชำนาญดิจิทัล (Digital Dexterity) ผลการศึกษาในขณะนี้จึงเป็นการวางรากฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลขององค์กรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างเป็นระบบและครบวงจร



ภาพที่ 1 แสดงการแผนการดำเนินงานการนำ AI มาใช้ในองค์กรของจังหวัดสุโขทัย

จากภาพที่ 1 Sukhothai AI-Driven Implementation Roadmap เป็นแผนงานการนำ AI มาใช้ในองค์กรแบบครบวงจร 5 ขั้นตอน ระยะเวลาที่ 1 เริ่มจากการสร้างความตระหนักรู้และวิสัยทัศน์ ระยะเวลาที่ 2 การประเมินความพร้อมและกำหนดนโยบาย AI ตามด้วยการสร้างรากฐาน เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีและความปลอดภัยไซเบอร์ การเตรียมข้อมูลแพลตฟอร์ม AI ระยะเวลาที่ 3 คือ การทดลองใช้โครงการนำร่อง ด้วยการนำ มาใช้ในงาน โดยเน้นรูปแบบข้อมูลรายงาน โดยไม่มีความเกี่ยวข้องกับ



ข้อมูลส่วนบุคคลของคนไข้ ระยะที่ 4 ขยายผลสู่การนำไปใช้เต็มรูปแบบโดยการบูรณาการ AI เข้ากับกระบวนการทำงานหลักขององค์กร และระยะที่ 5 การพัฒนาอย่างต่อเนื่องผ่านการใช้ AI อย่างต่อเนื่อง และสร้างนวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์เพื่อรองรับความท้าทายใหม่ๆ อย่างยั่งยืน

ระยะที่ 3: การศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กร สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิผลของรูปแบบการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลเพื่อยกระดับการจัดการองค์กร สาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย) (n = 100)

ตัวแปร		$\bar{X}$	SD	Mean different	T-value	p-value
ด้านกระบวนการ						
เวลาเฉลี่ยในการ	ก่อนใช้รูปแบบ	78.5	12.4	-23.60	-7.83	< 0.001*
ทำงานที่มีความ						
ซ้ำซ้อน (นาที/วัน)	หลังใช้รูปแบบ	54.9	8.6			
ด้านบุคลากร						
คะแนนความพึง	ก่อนใช้รูปแบบ	3.25	0.41	1.30	12.67	< 0.001*
พอใจในการ	หลังใช้รูปแบบ	4.55	0.32			
ปฏิบัติงาน						
(คะแนนเต็ม 5)						
ทักษะดิจิทัลของ	ก่อนใช้รูปแบบ	5.82	1.25	2.13	6.94	< 0.001*
บุคลากร	หลังใช้รูปแบบ	7.95	0.98			
(คะแนนเต็ม 10)						
ทัศนคติต่อการใช้	ก่อนใช้รูปแบบ	3.18	0.76	1.14	5.89	< 0.001*
เทคโนโลยีดิจิทัล	หลังใช้รูปแบบ	4.32	0.58			
(คะแนนเต็ม 5)						

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 ภายหลังการพัฒนาปรับเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการองค์กรสาธารณสุข พบว่า ด้านกระบวนการ เวลาเฉลี่ยในการทำงานที่มีความซ้ำซ้อนลดลง ด้านบุคลากร มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทักษะดิจิทัลของบุคลากร ทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)



สรุปผลการวิจัย

รูปแบบ SMART-DT Model ภายหลังการพัฒนากระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการองค์กรสาธารณสุข พบว่า ด้านกระบวนการ เวลาเฉลี่ยในการทำงานที่มีความซ้ำซ้อน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทักษะดิจิทัลของบุคลากร ทักษะติดต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลในองค์กรสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายที่องค์กรสาธารณสุขยังคงเผชิญในการปรับตัวสู่ยุคดิจิทัล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญชัย กิจสนาโยธิน และคณะ⁽⁴⁾ ที่ระบุว่า การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลในระบบสาธารณสุขไทยยังประสบกับอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะในด้านโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาบุคลากร และการบูรณาการระบบข้อมูล ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ คุณลักษณะขององค์กรดิจิทัลเป็นปัจจัยเดียวที่อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของลักษณะที่องค์กรดิจิทัลควรมี อย่างไรก็ตาม ความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Dexterity) กลับอยู่ในระดับต่ำสุด ผลลัพธ์นี้สะท้อนช่วงว่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่พบในองค์กรหลายแห่งที่พยายามเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มี 4 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ได้ร้อยละ 54.3 ได้แก่ คุณลักษณะขององค์กรดิจิทัล ($\beta = 0.440$) วัฒนธรรมองค์กรดิจิทัล ($\beta = 0.373$) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ($\beta = 0.287$) และปัจจัยด้านทรัพยากร ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.195$) การค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิด M-PWR Characteristics ที่ใช้เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ที่เน้นย้ำความสำคัญของการมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และการสร้างร่วมมือระหว่างหน่วยงาน คุณลักษณะขององค์กรดิจิทัลที่มีค่า Beta สูงสุดแสดงให้เห็นว่าการมี Mindset แบบ "Digital-First" เป็นรากฐานสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงองค์กรของ Drucker⁽¹²⁾ ที่เน้นว่าการเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จต้องเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงความคิด วัฒนธรรมองค์กรดิจิทัลที่มีผลกระทบเป็นอันดับสองยืนยันความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการทดลองใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ

รูปแบบ SMART-DT ที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิด M-PWR⁽¹⁰⁾ กับหลักการจัดการขององค์กรสาธารณสุขสามารถสร้างผลลัพธ์ที่น่าประทับใจ การทดลองใช้รูปแบบนี้ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจนทั้งในด้านกระบวนการและบุคลากร เวลาเฉลี่ยในการทำงานที่มีความซ้ำซ้อนลดลง ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการใช้ระบบ



เอกสารอิเล็กทรอนิกส์และการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานด้วยเครื่องมือดิจิทัล ด้านบุคลากรพบ การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่สำคัญ คะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทักษะดิจิทัลของ บุคลากรเพิ่มขึ้น ทักษะคิดต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลดีขึ้น การปรับปรุงในมิติเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบ SMART-DT ไม่เพียงแต่เน้นที่การนำเทคโนโลยีมาใช้เท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับ การพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการสร้างทัศนคติที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ทฤษฎี Technology Acceptance Model (TAM) ของ Davis⁽¹³⁾ ที่เน้นความสำคัญของทัศนคติต่อ เทคโนโลยีในการยอมรับและใช้งาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Venkatesh และ Davis⁽¹⁴⁾ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีในองค์กร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers⁽¹⁵⁾ ในทฤษฎี Diffusion of Innovation ที่อธิบายถึงกระบวนการแพร่กระจายของนวัตกรรมใน องค์กร และการศึกษาของ Kotter⁽¹⁶⁾ เกี่ยวกับการจัดการการเปลี่ยนแปลงองค์กรที่เน้นความสำคัญของการ พัฒนาศักยภาพควบคู่กับการนำเทคโนโลยีมาใช้

รูปแบบนี้เชื่อมโยงกับ WHO Health Systems Framework⁽¹¹⁾ ทั้ง 6 Building Blocks เป็นกรอบ แนวคิดที่กำหนด 6 องค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ โดยองค์ประกอบ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านสุขภาพและภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับ Sukhothai AI-Driven Implementation Roadmap ที่เน้นการพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศด้วย AI และการมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในการขับเคลื่อนองค์กร ระบบข้อมูลข่าวสาร จะสนับสนุนการนำ AI มาใช้ในการจัดการข้อมูลและการตัดสินใจ ในขณะที่ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล จะช่วยให้การดำเนินงานตามแผนงาน 5 ขั้นตอน ของ Sukhothai AI-Driven Implementation Roadmap สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ การบูรณาการทั้งสององค์ประกอบนี้จะทำให้ การเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลในระบบสาธารณสุขเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติของการจัดการ องค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ พระมหาไถยน้อย ญาณเมธีและคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า มีความจำเป็นที่ จะต้องผลักดันและการขับเคลื่อน โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามนโยบายดิจิทัลได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การประยุกต์ใช้แบบบูรณาการและเป็นขั้นตอนควรนำรูปแบบ SMART-DT ไปประยุกต์ ใช้แบบบูรณาการทั้งระบบ โดยเริ่มจากการสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากผู้บริหารระดับสูง แล้วจึงขยายสู่ผู้ปฏิบัติงาน
2. การนำผลการวิจัยไปใช้ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรควบคู่ไปกับการ พัฒนาระบบดิจิทัล โดยจัดทำแผนพัฒนาทักษะดิจิทัล (Digital Literacy) ให้กับบุคลากรทุกระดับ อย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นทักษะด้าน AI และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ซึ่งเป็นที่ต้องการสูง



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร เขตสุขภาพที่ 2 คณะกรรมการบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง จังหวัดสุโขทัย ผู้เข้าร่วมการประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ จังหวัดสุโขทัย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้ความเมตตาและความร่วมมือในงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโฆษก สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. Thailand 4.0 ขับเคลื่อนอนาคตสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน. ไทยคู่ฟ้า. 2560; 33(มกราคม-มีนาคม). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://media.thaigov.go.th/uploads/document/66/2017/09/pdf/Thaikhufah03_2560.pdf
2. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO; 2021.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลแห่งชาติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. บุญชัย กิจสนาโยธิน, กมนต์กรณ์ สุวรรณทวีสุข, อนวัช รัชทร, เทียม อังสาชน. รูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล: ข้อเสนอสำหรับระบบสุขภาพไทย. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ 2566; 14(3): 45-60.
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2. ข้อมูลหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rh2.go.th/>
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ปัจจัยเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านองค์กรสู่ดิจิทัลในระบบสาธารณสุขประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8. สำนักสุขภาพดิจิทัล. การดำเนินงานนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ พ.ศ.2568. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
9. Daniel. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. John Wiley & Sons; 1995.
10. ชัยทวี เสนะวงศ์. คุณลักษณะของ "Digital Organization" Khon at Work. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.khonatwork.com/post/คุณลักษณะของ-digital-organization>.



11. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Press; 2010.
12. Drucker PF. Management challenges for the 21st century. Harper Business; 2000.
13. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Q 1989; 13(3): 319-40.
14. Venkatesh V, Davis FD. A theoretical extension of the Technology Acceptance Model: Four longitudinal field studies. Manag Sci. 2000; 46(2): 186-204.
15. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
16. Kotter JP. Leading Change. Boston (MA): Harvard Business Review Press; 2012.
17. พระมหาไถยน้อย ญาณเมธี (สลางสิงห์), ปุณยาพร วงศ์พรม, ภัทรวดี ไชยสิทธิ์, นฤมล จิตต์อารีย์. ความเป็นพลวัตรัฐราชการภายใต้อำนาจยุคสมัย คสช. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์ 2564; 4(3): 158-69.



ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-MANAGEMENT AND STRESS AMONG
CAREGIVERS OF STROKE PATIENT IN THE MUNICIPAL OF COMMUNITY
MUEANG DISTRICT, SARABURI PROVINCE

Received: July 31, 2025

Revised: September 15, 2025

Accepted: September 21, 2025

โสฬส พิรัชชา¹, ศักดิ์มงคล เชื้อทอง^{1*}, ปาริชาติ ทาเผือก¹,
เปรมฤทัย ด้านสวัสดิ์¹, จินห์จุฑา ภูแพร์¹, ชนกานต์ โตยิ่ง¹, ชมพูนุช ดีเฉย¹
Sorot Piraksa¹, Sakmongkon Chueatong^{1*}, Parichat Thaphueak¹,
Preamlupthai Dansawad¹, Jinjutha Phuprae¹, Chanakan toying¹, Chompoonuch Deechoei¹

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่อาจนำไปสู่ความพิการ ความเครียด และอัตราการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) ระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเทศบาลเมือง อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก และการจัดการตนเองของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.01$ ($r = -0.576$) โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อนำมาวางแผนในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ความเครียด, การจัดการตนเอง, ผู้ดูแลผู้ป่วย, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: Sakmongkon@bcns.ac.th



Abstract

Stroke is a major public health problem that can lead to disability, stress, and high mortality if not properly managed. This descriptive study aimed to study (1) The stress level of stroke caregivers, (2) The self-management level of stroke caregivers, and (3) The relationship between self-management and stress of stroke caregivers. The sample consisted of 94 caregivers of stroke patients in the municipal community, Mueang Saraburi District, Saraburi Province. The tools used for data collection included general information questionnaires, stress assessment forms, and self-management assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics and hypothesis analysis using Pearson's correlation coefficient.

The research results found that the stress level of caregivers of stroke patients was low, and the self-management level of caregivers was high. And caregiver self-management was significantly negatively correlated with stress levels at the $p\text{-value} < 0.01$ level ($r = -0.576$). It is recommended that qualitative research be conducted to identify the causes or risk factors that cause stress, as well as ways to address these problems, in order to plan self-management for caregivers of stroke patients.

Keywords: stress, self-management, caregivers, stroke



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ในปี พ.ศ. 2564 ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นมีผู้ป่วย Stroke รายใหม่ทั่วโลก 11.95 ล้านคน/ปี ผู้ที่เคยมี Stroke (Prevalent cases) 93 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจาก Stroke ประมาณ 7.25 ล้านคน/ปี⁽¹⁾ ในประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 349,126 ราย และมีผู้เสียชีวิตมากถึง 36,214 ราย โดยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี⁽²⁾ ผู้ป่วยระดับจังหวัดสระบุรี เท่ากับ 72.3, 80.59, 72.21, 67.14 และ 83.52 ตามลำดับ⁽³⁾ โรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากประสบกับภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งมักไม่มีประสบการณ์หรือความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย⁽³⁾ บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติด้านการสื่อสารและการพึ่งพาตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบในหลายๆ ด้าน อย่างองค์รวม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽⁴⁾ งานวิจัยที่ผ่านมาให้ความสนใจอย่างมากต่อภาวะความเครียดของผู้ดูแล แต่พบว่า ยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ (Research gap) ในการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง “การจัดการตนเองของผู้ดูแล” กับ “ระดับความเครียด” โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทชุมชนท้องถิ่นในประเทศไทย เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์หรือความรู้เฉพาะด้าน และจำเป็นต้องเผชิญกับภาระการดูแลอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์ระดับการจัดการตนเอง และความเครียดของผู้ดูแล ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองปัจจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางสนับสนุนผู้ดูแลที่มีภาระหนักจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืนต่อไป⁽⁵⁻⁹⁾

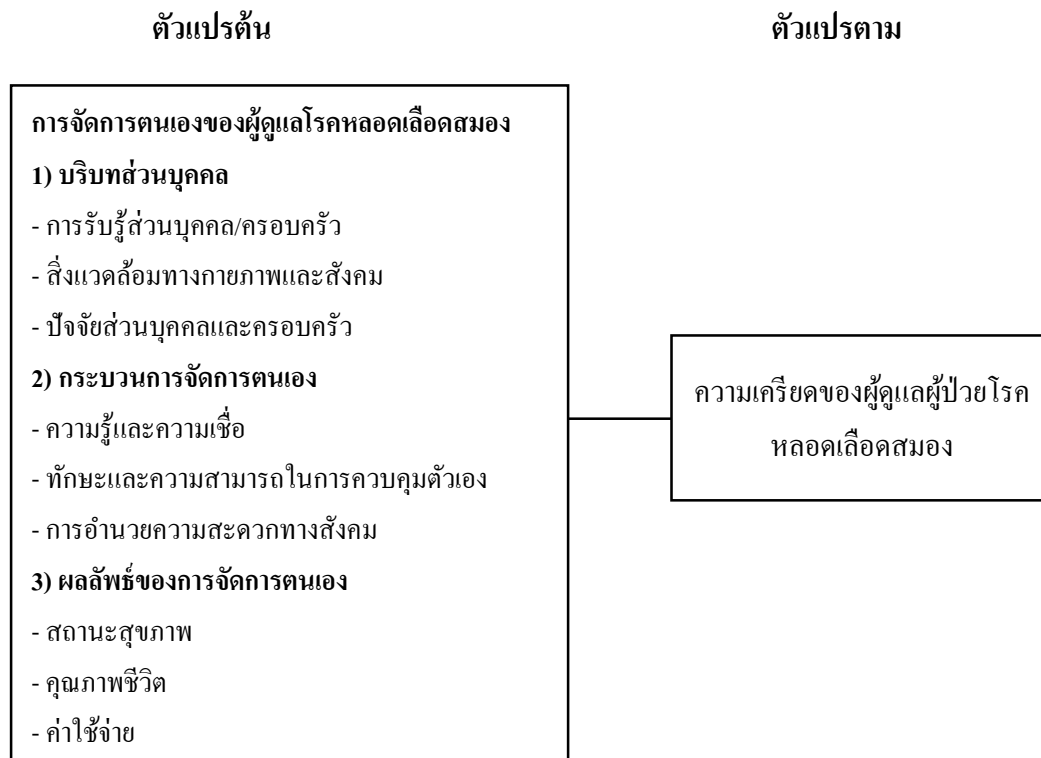
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเทศบาลเมืองอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเทศบาลเมืองอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด และการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลเมือง อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 แบบ Two tail test กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.30 ระดับนัยสำคัญ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.85 (Cohen,1992)⁽¹⁰⁾ ได้จำนวนตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษาเท่ากับ 96 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) อย่างไรก็ดีตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้าน



เวลา และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ในชุมชน จึงทำให้เก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 97.92 ของจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน รวมถึงต้องแสดงเจตจำนงยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการได้ยิน หรือมีปัญหาในการสื่อสาร เช่น การพูด การฟัง หรือการอ่านภาษาไทยไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้:

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อมูลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ การพักอาศัย สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และการมีโรคร่วมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) ซึ่งพัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 20 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (เครียดเล็กน้อย-เครียดรุนแรง)⁽¹¹⁾ ดังนี้

ค่าคะแนน	ความหมาย
0-23	เครียดเล็กน้อย
24-41	เครียดปานกลาง
42-61	เครียดสูง
62-100	เครียดรุนแรง

ส่วนที่ 3: แบบประเมินระดับการจัดการตนเอง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ ไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009)⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 28 ข้อ จำแนกตาม 3 มิติ ได้แก่ บริบทส่วนบุคคล กระบวนการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง

เกณฑ์ในการแปลผลตามหลักทางคณิตศาสตร์เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยค่า ระดับการจัดการตนเอง ตามแนวทางของ Best & Kahn (1993) เพื่อให้การสื่อสารมีความกระชับและเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

**ค่าเฉลี่ย**

1.00-1.80

1.81-2.60

2.61-3.40

3.41-4.20

4.21-5.00

ความหมาย

หมายถึง ต่ำกว่าปกติอย่างมาก

หมายถึง ต่ำกว่าปกติ

หมายถึง ปกติ

หมายถึง สูงกว่าปกติ

หมายถึง สูงกว่าปกติอย่างมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลอนามัยชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการจัดการตนเอง ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข (เลขที่อนุมัติ EC037/2567) ลงวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.1 และมีระดับการศึกษาต่ำสุดอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.8 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.8 ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52.1 และมีรายได้ส่วนบุคคลน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 71.3 ขณะที่ส่วนมากอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 61.7 และใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 69.1 ในด้านสุขภาพ พบว่า ทุกคนมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ 6-10 ปี ร้อยละ 31.9 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลมีโรคประจำตัวร่วมด้วยทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.9 รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 47.9 เบาหวาน ร้อยละ 22.3 และโรคหัวใจ ร้อยละ 6.4



ตารางที่ 1 แสดงระดับความเครียด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 94)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดเล็กน้อย	11	11.70
เครียดปานกลาง	46	48.94
เครียดสูง	27	28.72
เครียดรุนแรง	10	10.64
Mean (S.D.)	23 (16.90)	100

จากตารางที่ 1 สามารถอธิบายข้อมูลระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนี้ ระดับของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 23 (S.D. = 16.90) ระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 94)

ตัวแปร	M	S.D.	แปลผล
ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและคนในครอบครัว	4.69	0.82	
ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	4.47	0.91	
ท่านมีพื้นที่ภายในบ้านเพียงพอและเอื้ออำนวยต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.46	1.03	
ท่านปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการจัดการหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นของตนเอง	4.44	0.99	
ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	4.39	1.10	
โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่หรือโรคหัวใจ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.27	1.16	
โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจาก สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจาก หลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตกส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย	4.22	1.23	



ตัวแปร	M	S.D.	แปลผล
ท่านรู้วิธีการประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.14	1.28	
ท่านเข้าวัด ทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ บอนบานถึงศักดิ์สิทธิ์ เพื่อขอความช่วยเหลือ	4.12	1.35	
ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด	4.10	0.84	
ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	3.99	0.82	
ท่านมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.93	1.01	
ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.93	0.92	
ท่านเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัย หรือเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่	3.81	1.10	
ท่านปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย	3.69	1.17	
ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.47	0.91	
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.39	1.32	
การไม่มีความเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด	3.36	1.24	
ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่านมากน้อยเพียงใด	3.00	1.78	
ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด	3.21	1.28	
ท่านมีเครื่องมือสื่อสารในการประสานงานกับทีมแพทย์ที่คอยให้คำปรึกษา	2.86	1.81	
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.39	1.32	
ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	2.58	1.66	
ท่านมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.48	1.64	
ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	2.53	1.62	
ท่านมีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ท่านเป็นอย่างดี	2.60	1.69	
ท่านมีอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.46	1.63	
ภาพรวม	3.59	0.55	มาก



จากตารางที่ 2 อธิบายข้อมูลระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้ ระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.55) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ระดับการจัดการตนเองที่มากที่สุด คือ ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและคนในครอบครัว คะแนนเฉลี่ยที่ 4.69 (S.D. = 0.82) อยู่ในระดับการจัดการตนเองระดับมากที่สุด ส่วนระดับการจัดการตนเองที่ต่ำที่สุด คือ ท่านมีอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยที่ 2.46 (S.D. = 1.63) อยู่ในระดับการจัดการตนเองระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 94)

แปรการตัวจัดการตนเอง	ระดับความเครียด	p-value
ระดับการจัดการตนเองโดยภาพรวม	-0.576**	< 0.01

*p-value < 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ในภาพรวมความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดเชิงลบ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.576 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการจัดการตนเองที่มากจะมีระดับความเครียดที่น้อยอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี มีข้อค้นพบสำคัญดังนี้

ระดับความเครียดของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับ เล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.30, S.D. = 0.65) โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ อาการกล้ามเนื้อตึงหรือปวด ส่วนปัญหาที่พบต่ำที่สุด คือ ความรู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ

ระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีระดับการจัดการตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ย 3.59, S.D. = 0.55) โดยประเด็นที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ “การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว” ขณะที่คะแนนต่ำที่สุด คือ “การมีอุปกรณ์สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”



ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียด

พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.576$) หมายความว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการจัดการตนเองสูงจะมีระดับความเครียดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมืองมีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับที่ดี ส่งผลให้มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล อันจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยในระยะยาว

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับความเครียดของผู้ดูแลผลการศึกษากครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.30 (S.D. = 0.65) ระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, อภิญา วงศ์จารี, 2567⁽¹²⁾ ที่พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง เนื่องจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ไม่เป็นการระงับในการดูแล

ข้อมูลระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลระดับการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.55) อยู่ในระดับการจัดการตนเองระดับมาก เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ผลของการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของการวิจัยการสร้างสัมพันธภาพเชื่อมระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ : การพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบผสมผสานเพื่อการจัดการตนเองซึ่งกล่าวว่า ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลรายงานว่า มีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองที่ดี คะแนนเฉลี่ย 33.0 (S.D. = 3.6) และมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง⁽¹³⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในภาพรวมความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความเครียดเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.576 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการจัดการตนเองที่มากจะมีระดับความเครียดที่น้อยอย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากไม่มีวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



มีเพียงการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยติดเตียง พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($r=0.490$, $p\text{-value} < 0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดการจัดการด้านอารมณ์ ($r=0.834$, $p\text{-value} < 0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r=0.240$, $p\text{-value} < 0.01$)⁽¹⁴⁾

การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการเผชิญความเครียด เมื่อแยกการเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหาและความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดการจัดการด้านอารมณ์ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมา 1-5 ปี การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาระยะหนึ่งนั้น ทำให้มีแหล่งสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ยิ่งความเครียดมากการเผชิญความเครียดจะมากด้วย⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ และสะท้อนบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อนำมาวางแผนในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแล
3. ควรมีการติดตามและศึกษาความต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ และระดับความเครียดของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในลำดับต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิไลพร ขำวงษ์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ดร.สมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ ที่ปรึกษางานวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี คุณเพ็ญพรรณ จีรวงศา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลชุมชน ประธานชุมชน และอสม.ทุกท่านในเขตเทศบาลเมือง สระบุรี



เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization: global stroke fact sheet 2025. *Int J Stroke* 2025; 20: 132-44.
2. ธีรยุทธ เยาวอด. 29 ต.ค. วันหลอดเลือดสมองโลก ร่วมมือกันป้องกัน ลดเสี่ยงอัมพฤกษ์ อัมพาต. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน; 2566.
3. กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลสถิติการตาย/ป่วยโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
4. สราวุธ กรองสัตย์. “รพ.สระบุรี-อบจ.สระบุรี” เชื่อมเครือข่ายคลินิกกายภาพฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2024/05/30609>
5. สรารินทร์ พิทยะพงษ์. สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2561; 11: 26-32.
6. อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2559; 30: 48-59.
7. นันทกาญจน์ ปักขี, ทิฏฐิ ศรีวิสัย, เสน่ห์ ขุนแก้ว. การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์* 2564; 13: 47-50.
8. ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. ความเครียดและวิธีการแก้ความเครียด. ใน ชญานุตม์ นิรมรร, เรียบเรียง [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0047.pdf>
9. วิไลเลิศ คำตัน. การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารการสภาการพยาบาล* 2562; 34: 27-30.
10. จารุภา วงศ์ข่างหล่อ, พัชรี ดวงจันทร์, อังคินันท์ อินทรกำแหง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก. *วารสารเกื้อการุณย์* 2560; 24: 179-93.
11. วิสุณี จันทศรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.



12. อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, อภิญา วงศ์ชาวี. การศึกษาความเครียดและการะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2562; 2: 40-9.
13. Carla M. Family-centered stroke management: integrating caregivers in chronic phase. *Int J Stroke Care* 2024; 39: 45-52.
14. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009; 57: 217-25.
15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
16. Lee JY, Chang HK. Factors influencing family caregivers' self-management of acute stroke survivors. *Korean J Adult Nurs* 2018; 30: 669-80.



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

PREVALENCE OF DYSLIPIDEMIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG MEDICAL PERSONNEL IN MAHAVAJIRALONGKORN THANYABURI HOSPITAL

Received: June 26, 2025

Revised: September 08, 2025

Accepted: September 21, 2025

สุริยะ เครือจันทะ^{1*}, ชญานันท์ นันทเพชร์¹Suriya Khueachanta^{1*}, Chayanant Nantapech¹

บทคัดย่อ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยบุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงเป็นพิเศษจากลักษณะการทำงาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลจากการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2567 ของบุคลากร 210 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติก กำหนดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติตามเกณฑ์ NCEP ATP III

ผลการศึกษา พบ ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 66.7 โดย Total Cholesterol และ LDL-Cholesterol มีค่าผิดปกติ ร้อยละ 54.3 และ 58.1 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 39 ปีขึ้นไป (OR = 1.89, 95% CI: 1.05-3.40, p-value = 0.033) และตำแหน่งงานเทียบกับผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล (OR = 1.86, 95% CI: 1.13-3.12, p-value = 0.040) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด คั่งนี้มวลกาย และระดับเอนไซม์ตับ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

สรุปว่า ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ อายุ 39 ปีขึ้นไป และตำแหน่งงานประเภทคนงาน ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เป็นพิเศษเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำสำคัญ: ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, บุคลากรโรงพยาบาล, ปัจจัยเสี่ยง, ความชุก, โรคหัวใจและหลอดเลือด

¹ กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์

Clinical Pathology and Medical Technology Department, Mahavajiralongkorn Thanyaburi Hospital, Department of Medical Services

*Corresponding author E-mail: tawantop259@gmail.com



Abstract

Dyslipidemia is a significant risk factor for cardiovascular disease, with healthcare workers particularly vulnerable due to occupational characteristics. This study aimed to investigate the prevalence and factors associated with dyslipidemia among hospital staff at Mahavajiralongkorn Thanyaburi Hospital. A cross-sectional descriptive study was conducted using data from the annual health examination in 2024 of 210 hospital staff. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression. Dyslipidemia was defined according to NCEP ATP III criteria.

The study found a dyslipidemia prevalence of 66.7%. Total Cholesterol and LDL-Cholesterol abnormalities were 54.3% and 58.1%, respectively. Factors significantly associated with dyslipidemia included age ≥ 39 years (OR = 1.89, 95% CI: 1.05-3.40, p-value = 0.033) and manual workers compared to clinical staff (OR = 1.86, 95% CI: 1.13-3.12, p-value = 0.040). Other factors including gender, education level, blood pressure, blood glucose, body mass index, and liver enzymes showed no significant association (p-value > 0.05).

In conclusion, dyslipidemia prevalence was high among hospital staff. Key risk factors were age ≥ 39 years and manual worker positions. Targeted health promotion programs focusing on these high-risk groups should be developed for cardiovascular disease prevention.

Key words: Dyslipidemia, Hospital personnel, Risk factors, Prevalence, Cardiovascular disease



บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ของโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁾ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 56.8 โดยความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 59.5 และร้อยละ 53.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับ Total Cholesterol ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 210.1 มก./ดล. โดยค่าเฉลี่ยในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ระดับเฉลี่ยของ Total Cholesterol เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และสูงสุดในช่วงอายุ 30-44 ปี ในเพศชาย และในช่วงอายุ 45-59 ปี ในเพศหญิง⁽²⁾ ปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทย⁽³⁾

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นพิเศษ เนื่องจากลักษณะการทำงานที่มีความเฉพาะ ได้แก่ การทำงานเป็นกะ (shift work) ซึ่งรบกวนจังหวะการทำงานของร่างกาย (circadian rhythm) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด⁽⁴⁾ การทำงานภายใต้ความเครียดสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและเพิ่มการสะสมไขมันในช่องท้อง⁽⁵⁾ รวมถึงพฤติกรรมการทำงานแบบนั่งนานในบุคลากรบางกลุ่ม เช่น เจ้าหน้าที่ธุรการ พนักงานเวชระเบียน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ metabolic syndrome⁽⁶⁾

นอกจากนี้ บุคลากรโรงพยาบาลยังมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยง อาทิ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาเนื่องจากภาระงาน การพึ่งพาอาหารจานด่วนหรืออาหารสำเร็จรูป การขาดเวลาในการออกกำลังกาย และการนอนหลับไม่เพียงพอ⁽⁷⁾ การศึกษาในจีน พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความชุกของภาวะ dyslipidemia สูงกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานสูง⁽⁸⁾ การศึกษาในประเทศอื่นๆ ยังพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลบางกลุ่ม เช่น พยาบาลที่ทำงานกะกลางคืน มีระดับ triglycerides สูง และ HDL-C ต่ำกว่ากลุ่มที่ทำงานกะกลางวันอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่บุคลากรต้องเผชิญกับการะงานหนัก และสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเครียดสูง ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการวางแผนด้านอาชีวอนามัยเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากร ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพโดยรวม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์เป็นโรงพยาบาลรัฐที่มีบุคลากรหลากหลาย ตั้งแต่บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สำนักงาน ไปจนถึงคนงาน ซึ่งอาจมีความเสี่ยงแตกต่างกันตามลักษณะการทำงานและระดับการศึกษา การศึกษาในบริบทนี้จึงให้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลรัฐในลักษณะคล้ายคลึงกันได้



การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ บุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำนวน 320 ราย ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie และ Morgan (1970) โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

โดยใช้ค่าไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 3.841 สัดส่วนประชากร 0.5 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 175 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลและเพิ่มความแม่นยำ รวมได้ 210 คน

การคัดเลือกใช้วิธีเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ บุคลากรปฏิบัติงานเต็มเวลาที่มีข้อมูลประวัติ และผลตรวจครบถ้วน ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ตั้งครรภ์ ให้นมบุตร หรือเป็นพนักงานชั่วคราว

ข้อมูลมาจากรายชื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน (อายุ เพศ การศึกษา ตำแหน่งงาน) และผลตรวจสุขภาพ (ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ผลแลป) โดยตรวจเลือดหลังอดอาหาร 12 ชั่วโมง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจาก



ผลตรวจสุขภาพบุคลากร ได้แก่ การมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างน้อย 1 ค่า จากผลตรวจสุขภาพบุคลากร ได้แก่ Total Cholesterol ≥ 200 mg/dL หรือ LDL-Cholesterol ≥ 130 mg/dL หรือ HDL-Cholesterol < 40 mg/dL (ชาย) หรือ < 50 mg/dL (หญิง) หรือ Triglycerides ≥ 150 mg/dL⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติ ส่วนสถิติเชิงพรรณนาจะใช้การคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ สำหรับสถิติเชิงอนุมานจะใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบง่าย (Simple binary logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นำเสนอค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ MTH 2024-11 รับรองโครงการวันที่ 13 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลลักษณะทั่วไปของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี จำนวน 210 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.4 ± 10.4 ปี (ช่วง 19-60 ปี) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.6 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 59.5 ในด้านตำแหน่งงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 42.9 รองลงมา คือ คนงาน ร้อยละ 32.9 และบุคลากรสำนักงาน ร้อยละ 24.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มศึกษา (n = 210)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 39	107	51
39 ปีขึ้นไป	103	49
Mean $\pm$ S.D. = 39.4 ± 10.4 max = 60 ปี min = 19 ปี		
เพศ		
ชาย	47	22.4
หญิง	163	77.6



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	85	40.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	125	59.5
ตำแหน่งงาน		
คนงาน	69	32.9
ปฏิบัติงานที่สำนักงาน	51	24.3
ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล	90	42.9

ความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมและปกติ ร้อยละ 77.1 ค่าเฉลี่ย $119.4 \pm 15.7 / 72.8 \pm 10.6$ mmHg ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.7 ± 4.8 kg/m² พบน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 59.5 ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 71.4 ค่าเฉลี่ย 98.5 ± 4.8 mg/dL เอนไซม์ตับส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประวัติด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มศึกษา (n = 210)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิต (Systolic/Diastolic) (mmHg)		
เหมาะสม (< 120/< 80)	100	47.6
ปกติ (120-129 และ/หรือ 80-84)	62	29.5
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (130-139 และ/หรือ 85-89)	28	13.3
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 (140-159 และ/หรือ 90-99)	17	8.1
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2 (160-179 และ/หรือ 100-109)	3	1.4
Systolic : Mean±S.D. = 119.4 ± 15.7 max = 163.0 mmHg min = 67.0 mmHg		
Diastolic : Mean±S.D. = 72.8 ± 10.6 max = 108 mmHg min = 40 mmHg		
ระดับดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
น้ำหนักน้อย (< 18.5)	13	6.2
น้ำหนักปกติ (18.5-22.99)	72	34.3
น้ำหนักเกิน (23.0-24.99)	31	14.8
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.99)	70	33.3
อ้วนระดับ 2 (≥ 30)	24	11.4
Mean±S.D. = 24.7 ± 4.8 max = 45.9 kg/m ² min = 14.3 kg/m ²		



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ Glucose (mg/dL)		
น้ำตาลในเลือดปกติ (< 100)	150	71.4
เสี่ยงต่อน้ำตาลในเลือดสูง (100-125)	50	23.8
น้ำตาลในเลือดสูง (≥ 126)	10	4.8
Mean $\pm$ S.D. = 98.5 $\pm$ 4.8 max = 263 mg/dL min = 70 mg/dL		
ระดับ AST (U/L)		
ชาย		
ปกติ (Reference range 0-50)	45	95.7
ผิดปกติ	2	4.3
Mean $\pm$ S.D. = 29.0 $\pm$ 11.9 max = 77 U/L min = 15 U/L		
หญิง		
ปกติ (Reference range 0-35)	154	94.5
ผิดปกติ	9	5.5
Mean $\pm$ S.D. = 22.2 $\pm$ 8.2 max = 66 U/L min = 13 U/L		
ระดับ ALT (U/L)		
ชาย		
ปกติ (Reference range 0-50)	39	83.0
ผิดปกติ	8	17.0
Mean $\pm$ S.D. = 34.8 $\pm$ 22.4 max = 115 U/L min = 11 U/L		
หญิง		
ปกติ (Reference range 0-35)	146	89.6
ผิดปกติ	17	10.4
Mean $\pm$ S.D. = 20.1 $\pm$ 13.0 max = 101 U/L min = 5 U/L		
ระดับ ALP (U/L)		
ชาย		
ปกติ (Reference range 52-171)	47	100
ผิดปกติ	0	0
Mean $\pm$ S.D. = 74.2 $\pm$ 21.6 max = 125 U/L min = 31 U/L		
หญิง		
ปกติ (Reference range 47-119)	157	96.3
ผิดปกติ	6	3.7
Mean $\pm$ S.D. = 67.9 $\pm$ 22.9 max = 168 U/L min = 31 U/L		



ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติพบ ร้อยละ 66.7 เมื่อวิเคราะห์แต่ละประเภท พบ Total Cholesterol ค่าเฉลี่ย 205 ± 38.1 mg/dL ผิดปกติร้อยละ 54.3 LDL-Cholesterol ค่าเฉลี่ย 138.3 ± 32.1 mg/dL ผิดปกติ ร้อยละ 58.1 ทั้งสองประเภทมีสัดส่วนผิดปกติมากกว่าร้อยละ 50 ขณะที่ Triglyceride ค่าเฉลี่ย 111.0 ± 71.3 mg/dL ผิดปกติร้อยละ 19.0 และ HDL-Cholesterol ค่าเฉลี่ย 59.4 ± 13.3 mg/dL ผิดปกติ เพียงร้อยละ 2.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับไขมันในเลือดของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี (n = 210)

รายการตรวจ	n (คน)	ร้อยละ
ไขมันในเลือด		
ผิดปกติ (Total Cholesterol ≥ 200 mg/dL หรือ LDL-Cholesterol ≥ 130 mg/dL หรือ HDL-Cholesterol < 40 mg/dL (ชาย) หรือ < 50 mg/dL (หญิง) หรือ Triglycerides ≥ 150 mg/dL)	140	66.7
ปกติ	179	85.2
Total Cholesterol (mg/dL)		
ผิดปกติ (≥ 200)	114	54.3
ปกติ	96	45.7
Mean $\pm$ S.D. = 205 ± 38.1 max = 361 mg/dL min = 117 mg/dL		
Triglyceride (mg/dL)		
ผิดปกติ (≥ 150)	40	19.0
ปกติ	170	81.0
Mean $\pm$ S.D. = 111.0 ± 71.3 max = 552 mg/dL min = 36 mg/dL		
HDL-Cholesterol (mg/dL)		
ผิดปกติ (< 40)	5	2.4
ปกติ	205	97.6
Mean $\pm$ S.D. = 59.4 ± 13.3 max = 99 mg/dL min = 35 mg/dL		
LDL-Cholesterol (mg/dL)		
ผิดปกติ (≥ 130)	122	58.1
ปกติ	88	41.9
Mean $\pm$ S.D. = 138.3 ± 32.1 max = 274 mg/dL min = 74 mg/dL		



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 39 ปีขึ้นไป (OR = 1.89, 95% CI: 1.05-3.40, p-value = 0.033) และตำแหน่งงานเทียบกับผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล (OR = 1.86, 95% CI: 1.13-3.12, p-value = 0.040) ปัจจัยอื่นๆ (เพศ การศึกษา ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด เอ็นไซม์ตับ) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ
ธัญบุรี (n = 210)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไขมัน ในเลือดปกติ n (%)	ไขมัน ในเลือด ผิดปกติ n (%)	Odd Ratio (OR)	95%CI	p-value
เพศ					
ชาย	11 (23.4)	36 (76.6)	1		
หญิง	59 (36.2)	104 (63.8)	0.54	0.26-1.14	0.104
อายุ (ปี)					
< 39 ปี	43 (40.2)	64 (59.8)	1		
39 ปีขึ้นไป	27 (26.2)	76 (73.8)	1.89	1.05-3.40	0.033*
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	47 (37.6)	78 (62.4)	1		
ปริญญาตรี					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	23 (27.1)	62 (72.9)	1.62	0.89-2.96	0.113
ตำแหน่งงาน					
ปฏิบัติงานด้านการ รักษาพยาบาล					
พนักงาน	17 (24.6)	52 (75.4)	1.86	1.13-3.12	0.040*
ปฏิบัติงานที่สำนักงาน	19 (37.3)	32 (62.7)	1.02	0.50-2.08	0.951
ระดับความดันโลหิต (Systolic/Diastolic) (mmHg)					
เหมาะสม (< 120/< 80)	31 (31.0)	69 (69.0)	1		
ปกติ (120-129 และ/หรือ 80-84)	25 (40.3)	37 (59.7)	0.67	0.34-1.29	0.226



ข้อมูลส่วนบุคคล	ไขมัน ในเลือดปกติ n (%)	ไขมัน ในเลือด ผิดปกติ n (%)	Odd Ratio (OR)	95%CI	p-value
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (130-139 และ/หรือ 85-89)	9 (32.1)	19 (67.9)	0.95	0.39-2.33	0.908
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 (140-159 และ/หรือ 90-99)	4 (23.5)	13 (76.5)	1.46	0.44-4.84	0.539
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2 (160-179 และ/หรือ 100-109)	1 (33.3)	2 (66.7)	0.90	0.08-10.28	0.931
ระดับดัชนีมวลกาย (kg/m²)					
น้ำหนักน้อย (< 18.5)	7 (53.8)	6 (46.2)	1		
น้ำหนักปกติ (18.5-22.99)	22 (30.6)	50 (69.4)	2.65	0.80-8.80	0.111
น้ำหนักเกิน (23.0-24.99)	13 (41.9)	18 (58.1)	1.62	0.44-5.95	0.471
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.99)	20 (28.6)	50 (71.4)	2.92	0.87-9.76	0.082
อ้วนระดับ 2 (≥ 30)	8 (33.3)	16 (66.7)	2.33	0.59-9.29	0.229
ระดับ Glucose (mg/dL)					
ปกติ (< 100)	54 (36.0)	96 (64.0)	1		
สูง(100-125)	14 (28.0)	36 (72.0)	1.45	0.72-2.92	0.302
สูง (≥ 126)	2 (20.0)	8 (80.0)	2.25	0.46-10.98	0.316
ระดับ AST (U/L)					
ปกติ	65 (32.7)	134 (67.3)	1		
ผิดปกติ	5 (45.5)	6 (54.5)	0.58	0.17-1.98	0.386
ระดับ ALT (U/L)					
ปกติ	63 (34.1)	122 (65.9)	1		
ผิดปกติ	7 (28.0)	18 (72.0)	1.33	0.53-3.35	0.548
ระดับ ALP (U/L)					
ปกติ	68 (33.3)	136 (66.7)	1		
ผิดปกติ	2 (33.3)	4 (66.7)	1.00	0.18-5.60	1.000

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



อภิปรายผล

ความชุกภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 66.7 ใกล้เคียงการสำรวจประชาชนไทย ร้อยละ 66.5⁽¹¹⁾ บุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ร้อยละ 69.9⁽¹²⁾ และคณะแพทยศาสตร์ขอนแก่น 68.1 ต่อ 100 รายต่อปี⁽¹³⁾ แต่สูงกว่าการศึกษาในจีน พบในบุคลากรธุรการ ร้อยละ 29.10⁽⁶⁾ และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 59.0⁽⁵⁾ ความแตกต่างอาจเกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัย ลักษณะประชากร และสภาพแวดล้อมการทำงานที่แตกต่างกัน

Total Cholesterol และ LDL-Cholesterol มีสัดส่วนผิดปกติสูง ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 58.1 ขณะที่ Triglyceride และ HDL-Cholesterol มีสัดส่วนผิดปกติต่ำ ร้อยละ 19.0 และร้อยละ 2.4 สอดคล้องการศึกษาในจีนที่พบปัญหา LDL-Cholesterol สูงเป็นหลัก⁽⁸⁾ HDL-Cholesterol ต่ำพบน้อยกว่าการศึกษาอื่น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.6 ที่มีระดับ HDL-C สูงกว่าเพศชายโดยธรรมชาติจากฮอร์โมนเอสโตรเจน⁽⁹⁾ การทำงานกะกลางคืนมีผลต่อระดับไขมันในเลือดโดยเพิ่ม triglycerides และลด HDL-Cholesterol⁽¹⁴⁾

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในการศึกษานี้ พบว่า มีเพียง 2 ปัจจัยเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ และตำแหน่งงาน อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 39 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่อายุต่ำกว่า 39 ปี 1.89 เท่า (95% CI: 1.05-3.40, p-value = 0.033) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางสรีรวิทยาที่แสดงว่า การเพิ่มขึ้นของอายุ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญไขมัน และการลดลงของการทำงานของเอนไซม์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ปฏิบัติงานอายุ 45-65 ปี ในเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อ metabolic syndrome⁽¹⁵⁾

ในด้านตำแหน่งงาน การศึกษานี้ พบว่า คนงานมีความเสี่ยงสูงกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล 1.86 เท่า (95% CI: 1.13-3.12, p-value = 0.040) อาจเป็นเพราะบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลมีความรู้และความตระหนักด้านสุขภาพมากกว่า รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการดูแลตนเองได้ดีกว่า ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอาชีพที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในเยอรมนีที่เปรียบเทียบระหว่างนักดับเพลิงและพนักงานสำนักงาน พบว่า พนักงานสำนักงานที่ทำงานแบบนั่งนานมีความเสี่ยงต่อ metabolic syndrome สูงกว่า⁽¹⁶⁾ การศึกษาในบุคลากรอุตสาหกรรม พบว่า การทำงานกะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ⁽¹⁷⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของลักษณะงาน และสภาพแวดล้อมการทำงานต่อสุขภาพ

ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และระดับเอนไซม์ตับ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (p-value > 0.05) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาหลายชิ้นที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะระดับการศึกษาที่การศึกษาก่อนหน้า พบว่า



มีความสำคัญ^(3,18) และการศึกษาอื่นที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดกับ metabolic syndrome⁽⁶⁾

ความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด ($n = 210$) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.6 ซึ่งอาจมีปัจจัยป้องกันจากฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ศึกษา เช่น ความเครียดจากการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติผ่านแกนไฮโปทาลามิก-พิทูอิทารี-อะดรีนัล hypothalamic-pituitary-adrenal axis^(5,19)

สรุปผลการวิจัย

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดูมีความชุก ร้อยละ 66.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยหลายแห่ง โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ประกอบด้วย อายุ 39 ปีขึ้นไป การทำงานในตำแหน่งคนงาน ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพโดยรวมของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษามีข้อจำกัดในการออกแบบภาคตัดขวาง การใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียว และไม่ได้รวบรวมปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น ความเครียด รูปแบบการทำงานกะ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร^(7,20) แนะนำให้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มเสี่ยง อายุ 39 ปีขึ้นไป และคนงาน จัดการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽¹²⁾ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน การให้ความรู้ด้านโภชนาการ และสนับสนุนการออกกำลังกาย⁽¹⁶⁾ การศึกษาในอนาคตควรเป็นการศึกษาเชิงระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลต่างระดับ เพื่อเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Narindrarangkura P, Bosl W, Rangsin R, Hatthachote P. Prevalence of dyslipidemia associated with complications in diabetic patients: a nationwide study in Thailand. *Lipids Health Dis* 2019; 18: 90.
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: 2564.



3. Pootong A, Kittiteerasack P, Pattarapanitchai P, Choomean S. Prevalence and associated factors of dyslipidemia among university students in Central Thailand: a cross-sectional study. *Journal of Associated Medical Sciences* 2023; 57: 161-9.
4. Deng N, Kohn TP, Lipshultz LI, Pastuszak AW. The Relationship Between Shift Work and Men's Health. *Sex Med Rev* 2018; 6: 446-56.
5. Zhang H, Shao MM, Lin XD, Cheng LJ, Ovlyakulov B, Chen BB, et al. A cross-sectional survey on occupational stress and associated dyslipidemia among medical staff in tertiary public hospitals in Wenzhou, China. *Brain Behav* 2021; 11: e02014.
6. Gu D, Wang D, Zhu Q, Luo L, Zhang T. Prevalence of dyslipidemia and associated factors in sedentary occupational population from Shanghai: a cross-sectional study. *Archives of Public Health* 2024; 82: 21.
7. Vangelova K, Deyanov C, Ivanova M. Dyslipidemia in industrial workers in hot environments. *Cent Eur J Public Health* 2006; 14: 15-7.
8. Xu W, Hang J, Gao W, Zhao Y, Cao T, Guo L. Association between job stress and newly detected combined dyslipidemia among Chinese workers: findings from the SHISO study. *J Occup Health* 2011; 53: 334-42.
9. Newey C, Hood B. Determinants of shift-work adjustment for nursing staff: The critical experience of partners. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing* 2004; 20: 187-95.
10. Lipsy RJ. The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *J Manag Care Pharm* 2003; 9: 2-5.
11. Aekplakorn W, Taneepanichskul S, Kessomboon P, Chongsuvivatwong V, Putwatana P, Sritara P, et al. Prevalence of Dyslipidemia and Management in the Thai Population, National Health Examination Survey IV, 2009. *J Lipids* 2014; 2014: 249584.
12. Chaimanee OTaA. Prevalence of dyslipidemia and associated factors among medical personnel in Nopparat Rajchathani hospital. *Thammasat Medical Journal* 2017; 17.
13. Suwannabupha S, Kamsa-ard S. Incident and Associated factors of Dyslipidemia in Personnel of Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal* 2021; 36: 317-27.
14. Antunes LC, Levandovski R, Dantas G, Caumo W, Hidalgo MP. Obesity and shift work: chronobiological aspects. *Nutr Res Rev* 2010; 23: 155-68.



15. Runge K, van Zon SKR, Bültmann U, Henkens K. Metabolic syndrome incidence in an aging workforce: Occupational differences and the role of health behaviors. *SSM Popul Health* 2021; 15: 100881.
16. Strauß M, Foshag P, Przybylek B, Horlitz M, Lucia A, Sanchis-Gomar F, et al. Occupation and metabolic syndrome: is there correlation? A cross sectional study in different work activity occupations of German firefighters and office workers. *Diabetol Metab Syndr* 2016; 8: 57.
17. Rashnoudi P, Shirali GA, Amiri A, Mohipoor S, Shadian L, Shabgard Z. Dyslipidemia and its relationship with shift work in petrochemical workers. *Obesity Medicine* 2022; 33: 100426.
18. Choi BY, Lee DC, Chun EH, Lee JY. The Relationship between Metabolic Syndrome and Childhood Maternal Education Level, Job Status Findings from the Korean National Health and Nutrition Examination, 2007-2009. *Korean J Fam Med* 2014; 35: 207-15.
19. Rafiei S, Souri S, Nejatifar Z, Amerzadeh M. The moderating role of self-efficacy in the relationship between occupational stress and mental health issues among nurses. *Sci Rep* 2024; 14: 15913.
20. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest* 2016; 150: 17-26.



ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ พืชกระท่อม ในเกษตรกร ตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

EFFECTS OF A KNOWLEDGE AND ATTITUDE ENHANCEMENT PROGRAM TO MODIFY RISK BEHAVIORS RELATED TO KRATOM USE AMONG FARMERS IN KHAO PANG KRAI SUBDISTRICT, HUA SAI DISTRICT, NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

Received: May 26, 2025

Revised : August 15, 2025

Accepted: September 15, 2025

จิรารัตน์ อุ่นเพ็ญ¹, อัษฎาวุธ โยธาสุภาพ^{1*}, สิริยาพร จันทรัฐ¹,วริสา สง่าพาโชค¹, อาทิตยา เหลืองประเสริฐ¹, ลักษมี บัวสัมฤทธิ์¹Jeerarat Aunpen¹, Aussadawut Yothasupap^{1*}, Siriyaporn Janchoo¹,Warisa Sangaphachok¹, Artittaya Lernghasert¹, Laksami Buasamrit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พืชกระท่อมในเกษตรกร ตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกร 40 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนเข้าร่วม หลังเข้าร่วม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม และโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired-Samples T-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เป็นเพศชายร้อยละ 70.0 เมื่อเปรียบเทียบผลในแต่ละช่วง พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า หลัง 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.5 ร้อยละ 87.5 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า โปรแกรมมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ปรับทัศนคติ และลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยอาศัยการสร้างความรู้และความตระหนักผ่านกระบวนการสุศึกษา อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก มาจากพื้นที่เดียว และระยะติดตามสั้น

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริม, พืชกระท่อม, พฤติกรรมเสี่ยง

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage

*Corresponding author E-mail: aussadawut.yo@vru.ac.th



Abstract

This research employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest aimed at examining the effects of a knowledge and attitude enhancement program on modifying risky behaviors related to kratom use among farmers in Khao Pang Krai Sub-district, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 40 farmers from the aforementioned area, selected through purposive sampling. The study utilized a three-phase measurement approach: baseline (pre-program), 8 weeks post-intervention, and 12 weeks follow-up. Data collection instruments included structured questionnaires and the knowledge and attitude enhancement program intervention. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Paired-Samples t-test and repeated-measures ANOVA).

The results revealed that 70.0% of participants were male. Comparisons across the three time points indicated statistically significant differences ($p\text{-value} < 0.05$) in knowledge, attitudes, and risk behaviors. At 12 weeks, all participants (100.0%) demonstrated a high level of knowledge, while 92.5% and 87.5% exhibited moderate levels of attitudes and risk behaviors, respectively.

In conclusion, the intervention program effectively increased knowledge, improved attitudes, and reduced risky behaviors related to kratom use in a sustained manner by emphasizing knowledge development, awareness building, and health behavior modification through structured health education processes. Study limitations include the absence of a control group, a small sample size from a single geographic location, and a potentially insufficient follow-up duration for long-term assessment.

Keywords: Enhancement program, Kratom (*Mitragyna speciosa*), Risk behaviors



บทนำ

กระท่อม (*Mitragyna speciosa* Korth.) เป็นพืชพื้นบ้านในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในประเทศไทย มาเลเซีย และอินโดนีเซีย มีการใช้ประโยชน์ในทางแพทย์แผนพื้นบ้านเป็นเวลายาวนานร้อยปี ใบกระท่อมนิยมนำมาต้มน้ำดื่ม หรือชงดื่มในรูปชา เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดความเหนื่อยล้า และเพิ่มสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้ทำงานหนัก โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงาน เกษตร ประมง และก่อสร้าง⁽¹⁻²⁾ ต่อมาวันที่ 24 สิงหาคม 2564 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้ถอดพืชกระท่อม (*Mitragyna speciosa*) ออกจากบัญชียาเสพติดประเภทที่ 5⁽³⁾ ทำให้การใช้ การปลูก และการจำหน่ายพืชกระท่อมในประเทศถูกกฎหมาย ส่งผลให้การใช้กระท่อมแพร่หลายทั้งในเขตเมือง และชนบท สะท้อนทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และอุตสาหกรรมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ⁽⁴⁾ การใช้พืชกระท่อมอย่างไม่เหมาะสมได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะในชุมชนเกษตรกรรมในชนบท กระท่อมซึ่งเป็นพืชสมุนไพรที่ใช้ในตำรับยาพื้นบ้านได้รับการใช้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนที่ไม่ได้ใช้เพื่อการรักษาส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและการเสพติด จากรายงานสถานการณ์การใช้สารเสพติด พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการใช้กระท่อมในประเทศไทยอยู่ที่ 31.91 คนต่อประชากร 1,000 คน โดยพบมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร (34.47 คนต่อ 1,000 คน) รองลงมา คือ ภาคใต้ (21.4 คนต่อ 1,000 คน) และภาคกลาง (7.81 คนต่อ 1,000 คน) ตามลำดับ การใช้กระท่อมพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 4.57:1 โดยกลุ่มอายุที่มีการใช้สูงสุด คือ 45-65 ปี รองลงมา คือ ช่วงอายุ 20-24 ปี และ 25-44 ปี⁽⁵⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การใช้กระท่อมเป็นพฤติกรรมที่พบได้ทั้งในวัยทำงานและผู้สูงอายุ และกำลังขยายตัวในหลายพื้นที่ของประเทศ สำหรับจังหวัด นครศรีธรรมราชก็เป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ตอนใต้ของไทย และมีการใช้กระท่อมมาอย่างยาวนาน ซึ่งประชาชนมักนำกระท่อมมาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย เพิ่มพลังงานขณะทำงาน และดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันอย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนอำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีรูปแบบการใช้กระท่อมที่ ได้แก่ การเคี้ยวใบสดและดื่มน้ำดื่ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กระท่อม ได้แก่ เพศ (ผู้ชายใช้มากกว่า) อายุ (กลุ่มวัยทำงาน 31-40 ปี ใช้มาก) ระดับการศึกษา (มัธยมต้นใช้มาก) ประสบการณ์การใช้กระท่อม ปัจจัยด้านปัจจัยนำ เช่น ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ เช่น แหล่งที่ได้มาและค่าใช้จ่าย มีผลต่อการใช้กระท่อม⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามแม้ว่า กระท่อมจะมีคุณค่าทางสมุนไพรแต่การใช้โดยขาดความรู้ที่ถูกต้อง และทัศนคติที่เหมาะสม อาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ในปริมาณมากเกินไป การผสมกับสารอื่น หรือการใช้ในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้พืชกระท่อม ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการใช้ที่ไม่เหมาะสมรวมถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น⁽⁶⁾



ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระท่อมในชุมชนแต่ยังขาดการศึกษาที่มุ่งพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการใช้กระท่อมอย่างแพร่หลาย เช่น จังหวัดนครศรีธรรมราช

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้กระท่อม เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมและทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้กระท่อมในกลุ่มประชากรในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและประยุกต์ใช้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหการใช้กระท่อมที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พืชกระท่อมในเกษตรกร ตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พืชกระท่อม ประกอบด้วย

- สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 แนะนำตนเองและทำแบบคัดกรอง ASSIST วัดความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pretest)
- สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “ชวนพูดคุย ชุดคุย เรื่องกระท่อม”
- สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “กระท่อมไทย รู้ก่อนใช้ไม่ประมาท”
- สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 3 “เกมส์ชวนคิด สู่หนทางสุขภาพดี”
- สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 4 “ผลกระทบชวนคิด พิชิตสุขภาพดี”
- สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 5 “คุณอยากเห็นสังคมไทยเป็นอย่างไร”
- สัปดาห์ที่ 7 วัดความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Posttest)
- สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม Poster ให้ความรู้ เรื่อง ประเภทของพืชกระท่อม ผ่านกลุ่ม Line
- สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรม Poster ให้ความรู้ เรื่อง ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของพืชกระท่อม
- สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรม Poster ให้ความรู้ เรื่อง ประโยชน์-โทษจากการใช้พืชกระท่อม
- สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรม Poster ให้ความรู้ เรื่อง ผลกระทบจากการใช้พืชกระท่อม
- สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมวัดความรู้และสังเกตพฤติกรรม (Follow up)

ตัวแปรตาม

- ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม
- ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม
- พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research, one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พื้นที่กระท่อมในเกษตรกร ตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรในตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุ 20-59 ปี จากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนด Means : Difference from constant (one sample case) โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.50, err prop เท่ากับ 0.05, power เท่ากับ 0.90 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 36 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10 ดังนั้น จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เกษตรกรเพศชาย และเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุ 20-59 ปี 2) ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การตอบแบบคัดกรอง ASSIST V 3.1⁽⁷⁾ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้กระท่อมระดับปานกลางขึ้นไป และ 3) เข้าใจภาษาไทย สามารถตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้สม่ำเสมอ 2) ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง และ 3) ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช

การสุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ในตำบลเขาพังไกร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุ 20-59 ปี โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกร อายุระหว่าง 20-59 ปี และผ่านเกณฑ์การตอบแบบคัดกรอง ASSIST V 3.1 โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้กระท่อมในระดับปานกลางขึ้นไป ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยติดต่อผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจนครบจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พื้นที่กระท่อมในเกษตรกรฯ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “ชวนพูดคุย ชุคุ้ย เรื่องกระท่อม” กิจกรรมที่ 2 “กระท่อมไทย รู้ก่อนใช้ไม่ประมาท” กิจกรรมที่ 3 “เกมส์ชวนคิด สู้หนทางสุขภาพดี” กิจกรรมที่ 4 “ผลกระทบชวนคิด พิชิตสุขภาพดี” กิจกรรมที่ 5 “คุณอยากเห็นสังคมไทยเป็นอย่างไร” โปรแกรมดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการติดตามผลเพิ่มเติมอีก



4 สัปดาห์ ในช่วงการติดตาม ผู้วิจัยจัดส่งโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับการอบรม

2. แบบสอบถามโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และประยุกต์ใช้แนวข้อคำถามจากการทบทวนปัญหาแนวคิดทฤษฎี และงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และรูปแบบการบริโภคพืชกระท่อม ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมมีจำนวน 10 ข้อตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์แบ่งอันตรายภาคชั้น อิงกลุ่มของ Bloom (1975)⁽⁸⁾ การแปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ ความรู้อยู่ในระดับมาก ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 8-10 คะแนน) ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79.99 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 6-7 คะแนน) และ ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่า 60 (ช่วงคะแนน 0-5 คะแนน) ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นเชิงบวกทุกข้อ เป็นแบบมาตรประเมินรวมค่ามีมาตรวัด 5 ระดับ โดยการให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ ใช้เกณฑ์แบ่งอันตรายภาคชั้น อิงกลุ่มของ Best (1970)⁽⁹⁾ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง ทักษะอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง ทักษะอยู่ในระดับดี และส่วนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม จำนวน 10 ข้อเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่ามีมาตรวัด 5 ระดับ โดยการให้คะแนน 1-3 ตามลำดับ ใช้เกณฑ์แบ่งอันตรายภาคชั้น อิงกลุ่มของ Best (1970)⁽⁹⁾ คะแนนระหว่าง 1.00-1.67 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับเสี่ยงมาก คะแนนระหว่าง 1.68-2.35 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.36-3.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 1. โปรแกรมสร้างเสริมความรู้และทัศนคติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พืชกระท่อมในเกษตรกร ประกอบด้วย 1) จัดทำโครงร่างโปรแกรม 2) เสนอโครงร่างโปรแกรม ต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และ 3) ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม ก่อนนำไปใช้จริง และ 2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) สร้างเครื่องมือโดยครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย 2) นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และปรับปรุงผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00⁽¹⁰⁾ โดยพบว่า IOC มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 3) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมโดยใช้วิธี KR-20 พบว่า ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 การหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาค่า Cronbach's Alpha coefficient พบว่า แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 รวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89



การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired-t tests และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One Way Repeated Measures ANOVA) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No.0060/2567 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิออกจากวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 40 คน คิดเป็นอัตราการเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 100.0 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.0 และเพศหญิงร้อยละ 30.0 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 27.5 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 45.0 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 ร้อยละ 62.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.0 การใช้ฟิซกระท่อมส่วนใหญ่มีประวัติใช้ฟิซกระท่อมร้อยละ 100 ความถี่ในการใช้ทุกวันหรือเกือบทุกวันร้อยละ 75.0 รูปแบบการใช้น้ำต้มใบกระท่อมร้อยละ 75.0 เคี้ยวใบกระท่อมสดร้อยละ 75.0 การใช้ฟิซกระท่อมร่วมกับสิ่งอื่น ร้อยละ 87.5 โดยสิ่งที่ใช้ร่วมส่วนใหญ่เป็น น้ำอัดลมร้อยละ 30.0 และเครื่องดื่มชูกำลังร้อยละ 22.5

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคฟิซกระท่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 95.0 หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.5 และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคฟิซกระท่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.5 หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.5 และระยะติดตามมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.5 และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคฟิซกระท่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.5 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.0 และร้อยละ 87.5 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคฟิซกระท่อม ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคฟิซกระท่อม และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคฟิซกระท่อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรมและหลังใช้โปรแกรม 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภค



พืชกระท่อม ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อม ทักษะคิดต่อการบริโภคพืชกระท่อมและ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม				
ก่อน	2.17	1.48	-4.05	<0.001*
หลัง	6.22	2.41		
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม				
ก่อน	2.37	0.45	-0.31	0.002*
หลัง	2.69	0.27		
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม				
ก่อน	2.34	0.25	0.343	<0.001*
หลัง	2.03	0.21		

การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงเวลาระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ Repeated measure ANOVA โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงปกติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถือว่ามีความเหมาะสม ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า การทดสอบความแปรปรวน (Sphericity) ในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่เป็น Compound Symmetry จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยการอ่านการปรับค่า Degree of Freedom ของ Greenhouse-Geisser จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 3028.67$, $df = 1$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni พบว่า ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 6.22$, $S.D. = 2.41$) สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.17$, $S.D. = 1.48$) ความรู้ระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 12.67$, $S.D. = 2.41$) สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.17$, $S.D. = 1.48$) และความรู้ระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 12.67$, $S.D. = 2.41$) สูงกว่าหลังเข้า



ร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 6.22$, S.D. = 2.41) สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์และหลังระยะการติดตาม 12 สัปดาห์ ดีวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 8667.61$, $df = 1$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบทักษะคิดเป็นรายคู่ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ โดยวิธี Bonferroni พบว่า ทักษะคิดหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.27) สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.37$, S.D. = 0.45) ทักษะคิดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.37$, S.D. = 0.45) สูงวกะระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 2.05$, S.D. = 0.22) และทักษะคิดหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.27) สูงวกะระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 2.05$, S.D. = 0.22) สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ แต่จะน้อยลงเมื่อติดตาม 12 สัปดาห์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 9773.82$, $df = 1$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมเป็นรายคู่ ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ โดยวิธี Bonferroni พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 0.21) น้อยวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.34$, S.D. = 0.25) พฤติกรรมเสี่ยงระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = 0.18) ต่ำวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.34$, S.D. = 0.25) และพฤติกรรมเสี่ยงระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = 0.18) ต่ำวกะหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 0.21) สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้กระท่อม ทักษะคิดต่อการใช้กระท่อม และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้กระท่อมแต่ละช่วงเวลา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม ($n = 40$)

Variable	ss	df	ms	F	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม	2243.40	1.859	1206.99	244.89	< 0.001*
ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม	8.00	1.735	4.60	31.99	< 0.001*
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อม		1.68	2.35	42.87	< 0.001*

Greenhouse-Geisser *นัยสำคัญที่ระดับ 0.05



สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, Effect size (Cohen's d) = 1.25) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ โดยร้อยละของผู้ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 5.0 ก่อนการทดลองเป็นร้อยละ 100.0 ในระยะติดตาม ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p\text{-value} < 0.01$, Effect size (Cohen's d) = 0.68) แต่ลดลงเล็กน้อยในช่วงติดตาม แม้ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.5 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p\text{-value} < 0.001$, Effect size (Cohen's d) = 1.05) และคงอยู่ในระดับปานกลางในระยะติดตาม ร้อยละ 87.5 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้และลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผลต่อทัศนคติมีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติอาจต้องการการเสริมแรงเพิ่มเติมในระยะยาว ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการเชิงสุศึกษาและการสร้างความตระหนักรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและมาจากพื้นที่เดียวซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไป ทั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซงได้ การใช้แบบประเมินตนเองอาจมีอคติจากการตอบ และระยะติดตามเพียง 12 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอในการประเมินผลในระยะยาว จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและมีขนาดใหญ่ การออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลในระยะเวลานานขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนทดลอง ความรู้ระยะติดตามสูงกว่าก่อนทดลอง และยิ่งสูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับกระท่อมได้อย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมมีผลต่อเนื่องในระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับระยะติดตามกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมในระยะติดตามยังคงเพิ่มขึ้นและสูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม และผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จที่มีได้จำกัดอยู่เพียงระยะสั้น แต่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาความรู้ของกลุ่มตัวอย่างให้สามารถนำไปต่อยอดได้อย่างต่อเนื่อง โดยลักษณะเด่นของโปรแกรม คือ การออกแบบกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมอย่างเป็นระบบ รวมถึง



การติดตามผลในระยะยาวผ่านการกระตุ้นและทบทวนความรู้ โดยการจัดส่งสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์ เช่น กลุ่ม Line ซึ่งเอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลและการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพัฒน์ รักกุศล และคณะ (2568) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นในการปฏิเสธการใช้พืชกระท่อมในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยจังหวัดนครราชสีมา โดยกิจกรรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถส่งเสริมทั้งความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญาวุฒิ โยธาสุภาพ และคณะ (2567) ที่พบว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี จึงควรมีการดำเนินการลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้และปรับทัศนคติ เพื่อป้องกันการใช้พืชกระท่อมอย่างไม่เหมาะสม⁽¹²⁾ ขณะเดียวกันงานวิจัยของ นุชกร คงคา และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มน้ำกระท่อมของนักศึกษาชาย โดยพบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ สรุปได้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมให้ความรู้และมีการกระตุ้นโดยใช้สื่อความรู้ส่งผ่านทาง Line group อย่างสม่ำเสมอ

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ โดยทัศนคติหลัง 8 สัปดาห์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่าระยะติดตาม สะท้อนว่า โปรแกรมช่วยปรับทัศนคติในระยะสั้นได้ชัดเจน แต่หากไม่มีการติดตามหรือทบทวนเพิ่มเติม ทัศนคติอาจลดลงในระยะยาว เนื่องจากการใช้พืชกระท่อมอาจเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ฝังแน่น ทำให้ยากที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ ในระยะเวลาดังกล่าว การให้ความรู้เรื่องพืชกระท่อมอาจขัดแย้งกับความเชื่อและประสบการณ์ของเกษตรกร แม้จะได้รับความรู้จากโปรแกรม แต่กลุ่มเกษตรกรอาจยังคงมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อม เพราะเมื่อได้รับความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอก็จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี โดยเฉพาะการให้ความรู้เรื่องประเภทของพืชกระท่อม ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของพืชกระท่อม ประโยชน์-โทษจากการใช้พืชกระท่อม ผลกระทบจากการใช้พืชกระท่อม และกิจกรรมชวนคิด สู่หนทางสุขภาพดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นุปผา ใจมั่น และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น พบว่า โปรแกรมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการใช้กระท่อมในกลุ่มวัยรุ่น โดยวัดทัศนคติในหลายช่วงเวลา (ก่อนทดลอง-หลังทดลอง-ติดตาม 4 สัปดาห์) พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในทัศนคติของกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลชี้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้แบบมุ่งเป้าต่อเยาวชน การกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมแรงบวกสามารถปรับทัศนคติได้ในระยะสั้น แต่การติดตามระยะยาวยังจำเป็น⁽¹⁴⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญาวุฒิ โยธาสุภาพ และคณะ (2567)



ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี จึงควรมีการดำเนินการลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้และปรับทัศนคติ เพื่อป้องกันการใช้พืชกระท่อมอย่างไม่เหมาะสม⁽¹²⁾ สรุปได้ว่าทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคกระท่อมโดยมีการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวโดยหลังโปรแกรม 8 สัปดาห์มีทัศนคติที่ดีขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปในระยะติดตามคะแนนทัศนคติดลดลง แสดงให้เห็นถึง การส่งเสริมทัศนคดียังไม่ฝังลึกเท่ากับความรู้อย่างไรก็ตามจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลในบริบทของชุมชนไม่ว่าจะเป็นมิติทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และชุมชน เพราะฉะนั้นการเปลี่ยนทัศนคติต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารต่อเนื่องจากหลายแหล่ง ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน ครอบครัว ผู้นำชุมชน

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ โดยพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงหลัง 8 สัปดาห์ลดลงจากก่อนทดลอง พฤติกรรมระยะติดตาม 12 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนทดลอง และยังต่ำกว่าหลัง 8 สัปดาห์ด้วย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจากเดิมอยู่ในระดับเสี่ยงมาก ผู้ระดับที่ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและในระยะติดตาม อาจกล่าวได้ว่าถ้าได้รับความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอที่จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีและส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพัฒน์ รักกุศล และคณะ (2568) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นในการปฏิเสธการใช้พืชกระท่อมในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยจังหวัดนครราชสีมา โดยกิจกรรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถส่งเสริมทั้งความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กุสมาลย์ น้อยผา และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอนอม จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองระดับปานกลาง และผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องผ่านสื่อและบุคคลสามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมได้⁽¹⁵⁾ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคพืชกระท่อมลดลงอย่างต่อเนื่องสะท้อนว่า โปรแกรมมีผลต่อการปรับพฤติกรรมมากกว่าทัศนคติอาจเพราะเกิดจากการสร้างบรรทัดฐานใหม่ในกลุ่มตัวอย่างหรือชุมชนย่อย

โดยสรุป ความรู้ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมและเชิงอ้อมผ่านทัศนคติ ซึ่งทัศนคติดีมีบทบาทเป็นตัวกลาง แต่อาจถูกแรงต้านจากบริบทของสังคม วัฒนธรรม ทั้งนี้ ถ้าจะให้พฤติกรรมคงอยู่แม้ทัศนคติไม่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมและสิ่งแวดล้อม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านการออกแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาไม่มีกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการทดลอง ทำให้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็น



ผลจากโปรแกรมหรือจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ การมีกลุ่มเปรียบเทียบจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของการอ้างเหตุผลเชิงสาเหตุ และลดความเป็นไปได้ของการตีความผลในทิศทางที่ผิด 2) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดจำกัดและมาจากพื้นที่เดียว โดยพื้นที่ศึกษาอาจมีลักษณะเฉพาะด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น กลุ่มเกษตรกรในพื้นที่นี้อาจมีลักษณะเฉพาะที่ไม่สามารถเป็นตัวแทนของเกษตรกรในพื้นที่อื่นได้ 3) ข้อจำกัดด้านระยะเวลาและการติดตามการติดตามผลเพียง 12 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผลกระทบในระยะยาว โดยเฉพาะในด้านความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการสร้างความรู้ในสังคมเกี่ยวกับพืชกระท่อมและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้งานผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ
2. ควรพัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เปิดให้ประชาชนสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมได้ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง
3. ควรจัดโครงการประชาสัมพันธ์และสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับกระท่อมทั้งประโยชน์และโทษจากการใช้กระท่อม เพื่อให้สามารถตัดสินใจใช้ได้อย่างมีข้อมูลที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการบริโภคพืชกระท่อมในกลุ่มเกษตรกร เช่น สภาพแวดล้อมและสภาพครอบครัว เพื่อให้เข้าใจสาเหตุที่สนับสนุนการใช้พืชกระท่อมได้อย่างครอบคลุม
2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวและให้ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมอย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต้องใช้เวลา
3. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น การศึกษาในกลุ่มอายุ เพศ หรือภูมิภาคที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและแม่นยำยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Cinosi E, Martinotti G, Simonato P, Singh D, Demetrovics Z, Roman-Urrestarazu A, et al. Following "the Roots" of Kratom (*Mitragyna speciosa*): The Evolution of an Enhancer from a Traditional Use to Increase Work and Productivity in Southeast Asia to a Recreational Psychoactive Drug in Western Countries. (2314-6141 (Electronic)).



2. Singh D, Narayanan S, Vicknasingam B, Corazza O, Santacroce R, Roman-Urrestarazu A. Changing trends in the use of kratom (*Mitragyna speciosa*) in Southeast Asia. *Hum Psychopharmacol* 2017; 32(3).
3. พระราชบัญญัติพืชกระท่อม 2565. ราชกิจจานุเบกษา. 2565; 139(52 ก): 1-14.
4. กุศลมาลย์ น้อยผา, วิทวัส หมาดือ, สรายุทธ หวังเกตุ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารหมอไทยวิจัย*; 8(2): 81-98.
5. Manop Kanato, Kanittha Thaikla, Sawitri Assanangkornchai, Chitlada Areesantichai, Sayamol Charoenratana, Poonrut Leyatikul, et al. Report on the results of a household survey to estimate the population of drug users in Thailand in 2019; 2019.
6. A B. Social Learning Theory. Prentice Hall; 1977.
7. Assanangkornchai, S., Arunpongpaisal, S., & Kittirattanapaiboon, P. (2013). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. (2nd ed.). Nonthaburi, Thailand: Kunathai.(in Thai)
8. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1971.
9. Best JW. Research in Education. 3rd. Engle Wood Cliff: NJ Prentice Hall; 1977.
10. Turner R, Carlson L. Indexes of Item-Objective Congruence for Multidimensional Items. *International Journal of Testing* 2003; 3: 163-71.
11. รพีพัฒน์ รักกุลส, สายสุนีย์ เลิศกระโทก, พริ้งพลอย นันทพรศิริพงศ์, และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิเสธการใช้พืชกระท่อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*; 5(1): e270378.
12. อัญญาวุฒิ โยธาสุภาพ, แก้วกาญจนา บุญมาลีใส, ศิริรัตน์ คำเนียม, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*; 17(2): 269-283.
13. Ninbarun P, Buranakiti A, Thanchuman S, Wongsuntorn K, Sriwong T, Buayairuksa R, et al. Factors Related to Risky Behavior Related to Kratom Use among Male Students at a Public University. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong* 2024; 8(2): e270974.



14. บุญผา ใจมั่น, พิชญานิกา เชื้อกาญจน์, เกษราภรณ์ เกนบุญผา, และคณะ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น. วารสารสภาการพยาบาล 2025; 40(03): 427-47.
15. Mard-e KNW, Hwangket S, Damkra A. Factors Related to Self-treatment with Kratom of People in Khanom District, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Traditional Thai Medical Research 2022; 8(2).



ผลของโปรแกรม 3Rs ต่อความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ครัวเรือนของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

THE EFFECT OF 3Rs PROGRAM ON KNOWLEDGE, MOTIVATION, AND BEHAVIOR IN HOUSEHOLD WASTE MANAGEMENT OF PEOPLE IN KHOKSI SUBDISTRICT, SAWANG DAEN DIN DISTRICT, SAKON NAKHON PROVINCE

Received: June 15, 2025

Revised: September 26, 2025

Accepted: October 05, 2025

วิริญจน์ก พงษ์นิล^{1*}, สรญา แสนมานิช¹, ปิยพร แผ้วชำนาน¹

Virinchanok Phongnin^{1*}, Soraya Saenmanot¹, Piyabhorn Phawchamnan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม 3Rs ต่อความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน และปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือน ประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน ศึกษาช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2567 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 3Rs ที่ผู้วิจัยได้นำหลัก 3Rs มาออกแบบโดยใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent t-test และ Repeated-Measures ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3Rs กลุ่มทดลองมีความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3Rs และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ดังนั้น จึงควรประยุกต์ใช้หลักการดังกล่าวให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนและชุมชนในอนาคต

คำสำคัญ: หลัก 3Rs, การจัดการขยะมูลฝอย, ขยะมูลฝอยครัวเรือน

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Department of Public Health, Faculty of Science, UdonThani Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: virinchanok@hotmail.com



Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of 3Rs program on knowledge, motivation, and behavior in household waste management of people in Khoksi Subdistrict, Sawang Daen Din District, Sakon Nakhon Province. The study sample consisted of household representatives, assigned to an experimental group and a control group, with 50 participants in each group. This study in March to May 2024. The experimental group received the 3Rs program, which was designed based on the 3Rs principles and applied theories of The Information-Motivation-Behavioral Skill Model and Self-Efficacy Theory. Data collection tools included a questionnaire and household waste recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired-Samples T-Test, Independent-Samples T-Test, and Repeated-Measures ANOVA.

The research results found that after participating in the 3Rs program, the experimental group showed statistically significant improvements ($p\text{-value} < 0.001$) in knowledge, motivation, self-efficacy, and household solid waste management behavior based on the 3Rs principles, compared both to their baseline and to the control group. Furthermore, after the intervention and during the follow-up period, the amount of household solid waste in the experimental group significantly decreased ($p\text{-value} < 0.001$) compared to both before the intervention and to the control group.

Therefore, these principles should be appropriately applied in each area to reduce household and community waste in the future.

Keywords: 3Rs Principles, Waste management, Household waste



บทนำ

สถานการณ์ขยะมูลฝอยในประเทศไทย ในปี 2566 พบว่า ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 26.95 ล้านตัน หรือประมาณ 73,840 ตันต่อวัน เฉลี่ยเท่ากับ 1.12 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรปี 2566 ทั้งนี้เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ประมาณร้อยละ 5 ที่มีปริมาณขยะมูลฝอย 25.70 ล้านตัน สำหรับปริมาณขยะมูลฝอย ภาคกลางมีปริมาณขยะมูลฝอยสูงที่สุด 31,339 ตันต่อวัน ซึ่งเป็นขยะมูลฝอยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มากที่สุด 12,748 ตันต่อวัน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปริมาณขยะมูลฝอย 17,873 ตันต่อวัน ภาคใต้ 9,705 ตันต่อวัน ภาคตะวันออก 7,073 ตันต่อวัน ภาคเหนือ 4,582 ตันต่อวัน และภาคตะวันตก 3,268 ตันต่อวัน ซึ่งยังไม่แนบขยะที่ตกค้างในแต่ละปีที่มีจำนวนนับหมื่นตันต่อปี⁽¹⁾

จากสถานการณ์ขยะมูลฝอยในจังหวัดสกลนคร ปี 2566 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 872 ตันต่อวัน ขยะมูลฝอยที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ 510 ตันต่อวัน แต่มีขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้องเพียง 145 ตันต่อวัน ในขณะที่มีขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 217 ตันต่อวัน⁽²⁾ ในส่วนของตำบลโคกสี ประกอบด้วย 14 หมู่บ้าน โดยมีประชากร 11,483 คน 3,519 ครัวเรือน⁽³⁾ ปริมาณการเกิดขยะมูลฝอยประมาณ 13.09 ตันต่อวัน การผลิตขยะเฉลี่ย 1.14 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน⁽⁴⁾ เทศบาลตำบลโคกสีมีการจัดตั้งกองขนานการขยะชุมชนตำบลโคกสี แต่มีสมาชิกเข้าร่วมเพียง 1,753 ครัวเรือน⁽⁵⁾ ในส่วนของการจัดการขยะเปียก เทศบาลตำบลโคกสีติดตั้งถังขยะเปียกทุกครัวเรือน และถึงแม้ว่าจะมีการจัดตั้งกองขนานการขยะชุมชนตำบลโคกสีและมีการติดตั้งถังขยะเปียก แต่ยังคงมีปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลโคกสี เนื่องจากไม่มีการเก็บรวบรวม และขนส่งขยะมูลฝอยนำไปกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล มีเพียงจตุรรวบรวมขยะอันตรายในหมู่บ้านเท่านั้น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ส่งผลทำให้เกิดขยะมูลฝอยตกค้างจำนวนมาก⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs⁽⁷⁾ เป็นการจัดการขยะมูลฝอยโดยเน้นการลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ต้นทางหรือแหล่งกำเนิด ประกอบด้วย การใช้น้อยหรือลดการใช้ (Reduce) การใช้ซ้ำ (Reuse) การรีไซเคิลหรือการแปรรูปใช้ใหม่ (Recycle) งานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม และทฤษฎีแรงจูงใจ ในการออกแบบกิจกรรม โดย สุทธิ บุญโท และพิรญา อึ้งอุตรภักดี⁽⁸⁾ ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทัศนคติ หงส์ทอง⁽⁹⁾ ใช้ทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม และฉัตรนภา สอนบุญ และสร้อยญา ถีป้อม⁽¹⁰⁾ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ผลการวิจัยโดยสรุป พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีปริมาณขยะมูลฝอยลดลง ดังนั้นหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนต้องมีการให้ความรู้ การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม ซึ่งจะสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรมและส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยลดลงได้ และจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและประชาชนในตำบลโคกสี เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาขยะมูลฝอย และผลกระทบของขยะมูลฝอยต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะมูลฝอยโดยใช้หลัก 3Rs และการคัดแยกขยะมูลฝอยแต่ละประเภท และการนำขยะมูลฝอยมาทำสิ่งประดิษฐ์เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอย และสาเหตุที่ไม่เข้าร่วมโครงการธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี เนื่องจากไม่รู้วิธีการคัดแยกขยะมูลฝอยเพื่อนำไปขาย และไม่ทราบถึงประโยชน์และรายละเอียดของโครงการธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี ขาดแรงจูงใจ และขาดทักษะในการจัดการขยะมูลฝอย ทำให้ไม่สามารถจัดการขยะมูลฝอยได้อย่างถูกต้อง

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นและจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้นำหลัก 3Rs มาออกแบบงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information Motivation Behavioral Skills Model : IMB Model)⁽¹¹⁾ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)⁽¹²⁾ ซึ่งคาดว่าหากได้รับ 1) ข้อมูลข่าวสาร โดยการได้รับความรู้ที่ขาดเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เน้นการจำและการระลึกได้ถึงข้อมูล เกิดการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกวิธี 2) มีการสร้างแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคล และแรงจูงใจทางสังคม 3) มีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs และเสริมสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง จะช่วยให้ปริมาณขยะมูลฝอยลดลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม 3Rs ต่อความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน และปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง และระยะติดตามผล เก็บข้อมูล 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตัวแทนครัวเรือนในตำบลโคกสี อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ได้กลุ่มละ 33 ตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ



50 ตัวอย่าง สุ่มแบบเจาะจง 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1 บ้านโคกสี และ หมู่ที่ 7 บ้านบึงโนนออก เนื่องจากเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากร และจำนวนครัวเรือนใกล้เคียงกัน และมีระยะห่างกัน 9 กิโลเมตร จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีจับสลาก ได้กลุ่มทดลอง คือ หมู่ที่ 1 บ้านโคกสี กลุ่มควบคุม คือ หมู่ที่ 7 บ้านบึงโนนออก และใช้ตารางเลขสุ่มจากบ้านเลขที่ ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลโคกสี อายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน และเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ไม่เป็นสมาชิกกองทุนธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี มีมือถือสมาร์ทโฟน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรม 3Rs ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี IMB Model และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการทดลอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์	กิจกรรม
1	เก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม และจัดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน 1 สัปดาห์
2	กิจกรรม “รู้แล้วลด” ให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ขยะมูลฝอยในปัจจุบัน สาเหตุและผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม หลัก 3Rs และการคัดแยกขยะมูลฝอยแต่ละประเภท รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านทางแอปพลิเคชัน Line Official Account ชื่อโปรแกรม 3Rs เสริมสร้างแรงจูงใจโดยให้เพื่อนที่มีทักษะในการพูดนำเสนอวิธีการลดปริมาณขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนตนเอง ฝึกทักษะในการลดขยะมูลฝอยโดยใช้หลัก 3Rs โดยการถาม-ตอบ และการจำลองสถานการณ์
3	นำผลจากกิจกรรม “รู้แล้วลด” ไปจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของตนเอง
4	กิจกรรม “ขยะไม่ไร้ค่า” ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยแต่ละประเภท รวมถึงให้ความรู้ในการคัดแยกขยะมูลฝอยเพื่อนำไปขายสร้างรายได้ ชี้แจงรายละเอียดและประโยชน์ของโครงการธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี เสริมสร้างแรงจูงใจ โดยให้สมาชิกที่เข้าร่วมโครงการธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี บอกเล่าประสบการณ์การเข้าร่วมโครงการ ฝึกปฏิบัติการคัดแยกขยะมูลฝอยแต่ละประเภทและการคัดแยกขยะมูลฝอยเพื่อนำไปขายสร้างรายได้
5	นำผลจากกิจกรรม “ขยะไม่ไร้ค่า” ไปจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของตนเอง



สัปดาห์	กิจกรรม
6	กิจกรรม “ขยะไม่แย่ง” ให้ความรู้เกี่ยวกับการนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ และนำมาทำสิ่งประดิษฐ์ นำเสนอตัวอย่างในการทำ และเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการดูวีดิทัศน์ในการนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ และการนำขยะมูลฝอยมาทำสิ่งประดิษฐ์ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้แนวคิดในการปฏิบัติ
7	นำทักษะที่ได้จากกิจกรรม “ขยะไม่แย่ง” ไปจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของตนเอง และนำขยะมูลฝอยมาทำเป็นสิ่งประดิษฐ์ เพื่อส่งเข้าประกวด
8	เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม และจดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ จัดประกวดการนำขยะมูลฝอยมาทำเป็นสิ่งประดิษฐ์ และมอบรางวัล
9-11	ลงเยี่ยมบ้าน พร้อมติดตามผลการดำเนินงาน
12	เก็บข้อมูลระยะติดตามผลด้วยการจดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

2. สมุดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 12

3. สื่อวีดีโอ และ Power point

4. แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคาท์ (Line Official Account: LINE OA) ชื่อโปรแกรม 3Rs ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยศึกษาวิธีการใช้จาก Line for Business (Thailand) ซึ่งเป็นเว็บไซต์ทางการของ Line ประเทศไทยที่ให้ข้อมูลการใช้งานได้อย่างละเอียดทุกขั้นตอน⁽¹³⁾

5. แบบสอบถาม ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ รายได้ของครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร

2) ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบถูก และผิดเพียงคำตอบเดียว แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ

3) แรงจูงใจในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด



4) การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย มั่นใจน้อยที่สุด

5) พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ แบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามครั้งนี้ โดยพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of item-objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.93 และพิจารณาความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนตำบลตาลโกน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เนื่องจากเป็นตำบลที่ไม่มีการจัดเก็บขยะมูลฝอย และมีการจัดตั้งธนาคารขยะชุมชน โดยทำการทดสอบแบบสอบถาม จำนวน 30 ชุด วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความน่าเชื่อถือในส่วนของแบบสอบถามด้านความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs เท่ากับ 0.75, 0.88, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ เฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ภายในกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ Paired-Samples T-Test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent-Samples T-Test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณขยะมูลฝอย ระหว่างก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Repeated-Measures ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการ อว 0622.7/177 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2566



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.00 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 44.00 มีอายุเฉลี่ย 52 ปี มีอายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 64 ปี มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 58.00 อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 98.00 รายได้ของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ร้อยละ 84.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากหอกระจายข่าว ร้อยละ 78.60

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.00 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 44.00 มีอายุเฉลี่ย 53 ปี มีอายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 65 ปี มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 68.00 อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 100.00 รายได้ของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 72.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ร้อยละ 90.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากหอกระจายข่าว ร้อยละ 86.40

2. ความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	p-value
	n =50		n = 50			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้						
ก่อนทดลอง	10.80	2.19	10.74	1.95	0.06	0.885
หลังทดลอง	12.90	2.06	10.62	2.14	2.28	< 0.001*
ก่อนทดลอง	3.82	0.52	3.69	0.42	0.13	0.190
หลังทดลอง	4.27	0.40	3.67	0.47	0.60	< 0.001*



ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	p-value
	n=50		n = 50			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		

การรับรู้ความสามารถตนเอง						
ก่อนทดลอง	3.52	0.51	3.46	0.41	0.06	0.517
หลังทดลอง	4.19	0.45	3.41	0.42	0.77	< 0.001*
พฤติกรรม						
ก่อนทดลอง	2.53	0.51	2.57	0.50	-0.05	0.656
หลังทดลอง	3.36	0.45	2.55	0.51	0.80	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติ Independent-Samples T-Test

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรม การจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	n = 50		n = 50			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้						
กลุ่มทดลอง	10.80	2.19	12.90	2.06	-9.71	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	10.74	1.95	10.62	2.14	1.29	0.204
แรงจูงใจ						
กลุ่มทดลอง	3.82	0.52	4.27	0.40	-7.60	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	3.69	0.42	3.67	0.47	0.91	0.366



ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	n = 50		n = 50			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การรับรู้ความสามารถตนเอง						
กลุ่มทดลอง	3.52	0.51	4.19	0.45	-17.39	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	3.46	0.41	3.41	0.42	1.97	0.054
พฤติกรรม						
กลุ่มทดลอง	2.53	0.51	3.36	0.45	-15.46	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	2.57	0.50	2.55	0.51	1.12	0.266

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติ Paired-Samples T-Test

3. ปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (กิโลกรัมต่อคนต่อสัปดาห์)

ปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean	p-value
	n = 50		n = 50		difference	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	4.87	1.02	4.96	1.24	-0.09	0.694
หลังทดลอง	3.62	0.67	5.05	1.10	-1.43	< 0.001*
ระยะติดตามผล	3.52	0.66	5.17	0.96	-1.66	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติ Independent-Samples T-Test

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย



ปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน น้อยกว่าก่อนทดลอง ก่อนทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนน้อยกว่าก่อนทดลอง และหลังทดลองและระยะติดตามผล พบว่า มีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน ก่อนทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน มากกว่าก่อนทดลอง และหลังทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน มากกว่าหลังทดลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (กิโลกรัมต่อคนต่อสัปดาห์)

เปรียบเทียบ ขยะมูลฝอย ทั้งหมด 3 ครั้ง	กลุ่มทดลอง n = 50				กลุ่มควบคุม n = 50			
	Mean	Mean	Mean	P-value	Mean	Mean	Mean	p-value
	ก่อน	หลัง	difference		ก่อน	หลัง	difference	
ก่อนทดลอง -	4.87	3.62	1.25	<0.001*	4.96	5.05	-0.09	0.229
หลังทดลอง								
ก่อนทดลอง -	4.87	3.52	1.35	<0.001*	4.96	5.17	-0.21	0.042*
ระยะติดตามผล								
หลังทดลอง -	3.62	3.52	0.10	0.142	5.05	5.17	-0.12	0.036*
ระยะติดตามผล								

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติ Repeated-Measures ANOVA

สรุปผลการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3Rs กลุ่มทดลองมีความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3Rs และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)



อภิปรายผลการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3Rs กลุ่มทดลองมีความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม 3Rs ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎี IMB Model⁽¹¹⁾ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง⁽¹²⁾ โดยการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในส่วนที่กลุ่มทดลองขาดหายไปเกี่ยวกับสถานการณ์ขยะมูลฝอยในปัจจุบัน สาเหตุและผลกระทบของขยะมูลฝอยต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม หลัก 3Rs การคัดแยกขยะมูลฝอยแต่ละประเภท การคัดแยกขยะมูลฝอยเพื่อนำไปขายสร้างรายได้ การนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ และทำสิ่งประดิษฐ์ รวมถึงได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางแอปพลิเคชัน Line Official Account ชื่อโปรแกรม 3Rs มีการฝึกทักษะในการจัดการขยะมูลฝอย และมีการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายกลุ่มสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และเสริมสร้างแรงจูงใจภายนอกจากการให้เพื่อนที่มีทักษะการพูดนำเสนอวิธีการลดขยะมูลฝอย และการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนตนเอง ให้สมาชิกที่เข้าร่วมโครงการธนาคารขยะฯ บอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าร่วมโครงการธนาคารขยะฯ และแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน จัดประกวดการนำขยะมูลฝอยมาทำสิ่งประดิษฐ์และมอบรางวัล และมีกิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี IMB Model ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ขึ้นอยู่กับการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งต้องเป็นข้อมูลความรู้ในส่วนที่ขาดที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างแรงจูงใจ ทั้งในระดับบุคคลและสังคม เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดี จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละบุคคลนั้น พัฒนามาจากปัจจัย 4 ประการ ดังนี้ 1) ความสำเร็จจากการกระทำ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สภาพร่างกาย หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในระดับสูง และคาดหวังว่าการกระทำนั้นจะให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะกระทำต่อไป⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรนภา สอนบุญ และสร้อยญา ถีป้อม⁽¹⁰⁾ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนแรงจูงใจ และคะแนนพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนทดลอง และปริมาณขยะมูลฝอยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนทดลอง

หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3Rs และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม มีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังทดลองและระยะติดตามผลมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลง



กว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนไม่แตกต่างกัน ในระยะติดตามผลมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ระยะติดตามผลมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มทดลองมีการนำความรู้และทักษะที่ได้จากการเข้าร่วม โปรแกรม 3Rs ไปใช้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน จึงส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนไม่แตกต่างกัน ซึ่งให้เห็นว่า โปรแกรม 3Rs ยังคงมีความยั่งยืนแม้สิ้นสุดการวิจัยแล้ว เนื่องจากผู้เข้าร่วม โปรแกรม 3Rs ยังมีการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า หากมีการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ อบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี IMB Model ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ประสบปัญหา ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนได้รับการฝึกทักษะจนชำนาญจะเกิดความเชื่อมั่น จะทำให้นักคนมีพฤติกรรมเป็นไปตามที่มุ่งหวังได้⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิ บุญโท และพีรญา อึ้งอุครภักดี⁽⁸⁾ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 5Rs ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งในกิจกรรมมีการให้ความรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะในการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 5Rs พบว่า หลังทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยลดลง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรม 3Rs รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารผ่าน Line Official Account ชื่อโปรแกรม 3Rs ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามหลัก 3Rs ดีขึ้น และมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการวิจัย ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยปรับให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอย และลดภาระการจัดการขยะมูลฝอยของหน่วยงานในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีทุกท่าน ที่ให้ความรู้และข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2566.
2. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของจังหวัดสกลนคร ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_province.php?year=2566&province=35
3. กรมการปกครอง. สถิติประชากรและบ้าน ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2566. สกลนคร: กรมการปกครอง; 2566.
4. เทศบาลตำบลโคกสี. สถิติการเกิดขยะมูลฝอยในตำบลโคกสี ปีงบประมาณ 2567. สกลนคร: เทศบาลตำบลโคกสี; 2567.
5. กองทุนธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี. สถิติสมาชิกกองทุนธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี ณ วันที่ 31 มกราคม 2567. สกลนคร: กองทุนธนาคารขยะชุมชนตำบลโคกสี; 2567.
6. เทศบาลตำบลโคกสี. รายงานขยะมูลฝอยตำบลโคกสี ปีงบประมาณ 2566. สกลนคร: เทศบาลตำบลโคกสี; 2566.
7. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. การจัดการขยะมูลฝอยโดยชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม; 2553.
8. สุทธิ บุญโท และพิรญา อึ้งอุครภักดี. การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนโดยใช้หลัก 5 Rs กรณีศึกษา ตำบลทุ่งทราย จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
9. ภิญโญ หงษ์ทอง. ผลของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนตำบลพงษ์ประศาสตร์ อำเภอบางสะพาน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2560.
10. นัศรนาถ สนองบุญ, ศรีญาณี ถีป้อม. ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนตำบลเมืองบางขลัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
11. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior. Psychol Bull 1992; 111(3): 455-474.
12. Bandura A. Social cognitive theory. Ann Child Dev 1989; 6: 1-60.
13. LINE for Business. วิธีการใช้งานเบื้องต้น. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://lineforbusiness.com/th/service/line-ads/manual>



การพัฒนาตำรับอาหารพื้นถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครพนม

DEVELOPMENT OF HEALTH FOOD FOR DIABETES MELLITUS PATIENTS,
NAKHON PHANOM PROVINCE

Received: June 26, 2025

Revised: October 17, 2025

Accepted: October 26, 2025

จรินทร์ โคตพรม¹, พัทณี สมกำลัง¹, นาดนา อารยะศิลป์^{1*}Jarintorn Koteprom¹, Patchanee Somkumlung¹, Nadnapa Arayasinlapathon^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ความรู้และพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ระยะศึกษาสถานการณ์ คือ เจ้าหน้าที่วัฒนธรรมจังหวัดและปราชญ์ท้องถิ่น จำนวน 12 คน ระยะพัฒนาตำรับอาหาร คือ นักโภชนาการ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญอาหารถิ่น 12 คน พยาบาล 7 คน นักเทคโนโลยีและออกแบบสิ่งพิมพ์ จำนวน 1 คน ระยะประเมินผล คือ ผู้ป่วยเบาหวาน 20 คน และบุคลากรทางสุขภาพ 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสังเกตระหองค์ความรู้ แบบสรุปกิจกรรมสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า 1) องค์ความรู้ในการดูแลด้านอาหาร ได้แก่ การคำนวณสัดส่วนอาหาร การประเมินภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การสาธิตการจัดอาหารต่อมือ การค้นหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ตำรับอาหารสุขภาพ ประกอบด้วย ปลาจุ่ม ต้มส้มปลา ลาบปลาปาก แก้วฮ้อน หมกหม้อพวงไข่ นึ่งปลาเอือบ เมี่ยงไก่เนื้ กุ้งอ่อมฝักรวม หมกจ๊อ ข้าวไก่ นา ซุปมะเขือ และแกงอ่อมหอย 3) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบของตำรับอาหารในระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.78) และมีความพึงพอใจต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = 0.87) ความพึงพอใจโดยรวม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.83)

ตำรับอาหารนี้ เป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดนครพนม

คำสำคัญ: ตำรับอาหาร, อาหารพื้นถิ่น, เพื่อสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

*Corresponding author E-mail: nadnapa_a@npu.ac.th



Abstract

This research aims to study knowledge and develop healthy food recipes for diabetic patients, and assess user satisfaction, using a Participatory Action Research (PAR) approach. The situation study phase consists of 12 provincial cultural officials and local scholars. The recipe development phase consists of 2 nutritionists, 12 local food experts, 7 nurses, and 1 print technologist and designer. The evaluation period consisted of 20 diabetic patients and 10 health personnel. Purposive sampling, research instruments included knowledge synthesis forms, focus group summaries, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics, including means and standard deviations.

The research findings showed that 1) Knowledge of dietary care, such as portion calculation, nutritional status assessment, cooking demonstrations, individualized counseling, and motivational interviewing. 2) Health-oriented recipes were developed, including Fish Hotpot, Sour Fish Soup, Spicy Minced Fish Salad, Isaan-style Hotpot, Steamed Egg Sac Curry, Steamed Fermented fish, Steamed Chicken with Herbs, Herbal Mixed Vegetable Curry, Steamed Fish with Herbs Wraps, Isaan-style Local Chicken Soup, Isaan-style Eggplant Salad, and Calameae shoot Curry using local ingredients and traditional methods. 3) The overall satisfaction of participants toward the recipe format was at a high level ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.78), and their satisfaction with the practical application was at the highest level ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = 0.87). The overall satisfaction score was at the highest level ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.83).

The developed healthy recipes can serve as a guideline for health promotion and sustainable health tourism development in Nakhon Phanom Province.

Key words: Recipes, Local food, For health, Diabetic patients



บทนำ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต เสริมสร้างการเจริญเติบโต และช่วยรักษาสมดุลของร่างกายให้เป็นปกติ⁽¹⁾ มีความสำคัญต่อสุขภาพ และเป็นมรดกสำคัญทางวัฒนธรรมที่มีประวัติศาสตร์ยาวนานตั้งแต่สมัยสุโขทัยจนถึงสมัยรัตนโกสินทร์⁽²⁾ การท่องเที่ยวเชิงอาหารกลายเป็นรูปแบบของการท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เพราะเป็นการท่องเที่ยวที่ใช้ทรัพยากรทางวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ⁽³⁾

ปัจจุบันพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาหารมากมาย องค์การอนามัยโลก⁽⁴⁾ (World Health Organization: WHO) และองค์การเกษตรและอาหารแห่งสหประชาชาติ⁽⁵⁾ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) สรุปว่า อาหารเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วย เช่น อาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ และสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะ ทำให้อาการของโรคเพิ่มระดับความรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) ส่วนใหญ่เป็นผลจากวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคเหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด จากการสำรวจของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ⁽⁶⁾ พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีประชากรไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลก และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

จังหวัดนครพนมเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวนมาก จากรายงานจำนวน และอัตราการตายด้วย โรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ปี 2561-2564 จำแนกรายจังหวัดของกองโรคไม่ติดต่อ⁽⁶⁾ พบว่า จังหวัดนครพนมมีการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 จำนวน 280 และ 305 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ อาหารนับเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งต่อการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวาน แต่ยังขาดการรับอาหารเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง และเข้าถึงง่ายในบริบทของจังหวัดนครพนม ประกอบกับปัจจุบันการบริการอาหารในที่ต่างๆ เป็นการบริการอาหารทั่วไปที่ไม่ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ อาหารส่วนใหญ่เป็นแป้งขัดขาว แป้งโปรตีน และไขมันสัตว์ ที่ผ่านการทอดหรือผัดเป็นส่วนใหญ่ ผักและผลไม้ เป็นส่วนประกอบที่มีสัดส่วนน้อยมากในแต่ละเมนูปรุงรสด้วยสารเคมี ในปริมาณมาก

จังหวัดนครพนมมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และมีอาหารพื้นถิ่นที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ การศึกษาวิจัยนี้ จึงมุ่งเน้นการพัฒนาอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทพื้นที่ จังหวัดนครพนม โดยอาศัยการบูรณาการระหว่างศาสตร์ด้านพยาบาล โภชนาการ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอาหาร เพื่อให้ได้มารับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน



มีอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของจังหวัดนครพนม และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ความรู้ด้านโภชนาการอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทจังหวัดนครพนม
2. เพื่อพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน และบุคลากรสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 (ระยะเวลา 5 เดือน) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่วัฒนธรรมจังหวัดและปราชญ์ท้องถิ่นจำนวน 12 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย นักโภชนาการ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญอาหารถิ่น 12 คน พยาบาล 7 คน นักเทคโนโลยีและออกแบบสิ่งพิมพ์ 1 คน ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวาน 20 คน และบุคลากรทางสุขภาพ 10 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากประสบการณ์และบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านอาหารถิ่น และผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสังเคราะห์องค์ความรู้จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสรุปกิจกรรมสนทนากลุ่ม เพื่อคัดเลือกตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกภาคสนาม เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ผลที่ได้จากการศึกษา แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความเหมาะสมของคำถาม แบบประเมินความพึงพอใจโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (IOC = 1.0) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.75



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ศึกษาบริบทชุมชนเพื่อค้นหาอัตลักษณ์ด้านอาหารของชุมชน โดยศึกษาจากผลงานการวิจัยในระยะที่ผ่านมา สืบค้นจากแหล่งข้อมูลเอกสารอื่นๆ นำผลที่ได้จากการศึกษามาเสนอในกิจกรรมการสนทนากลุ่ม รวบรวมชนิดและองค์ความรู้เกี่ยวกับอาหาร เพื่อสุขภาพของแต่ละชุมชน ดำเนินการวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับชนิดของอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน บทบาทและองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทจังหวัดนครพนม และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเจาะลึก (In-depth interview) จากคนในชุมชนที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพตามชนิดอาหารที่ได้รับ การคัดเลือกจากการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 การพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พัฒนาคำรับอาหาร เพื่อสุขภาพและต้นแบบผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพ โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านผู้เชี่ยวชาญในแต่ละชนิดอาหาร จัดทำเป็นสูตรตำรับอาหารเพื่อสุขภาพ ศึกษาคุณค่าทางโภชนาการและอายุการเก็บรักษา และเผยแพร่เพื่อสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมในพื้นที่จัดทำคู่มือ สื่อที่ถ่ายทอดองค์ความรู้ ตำรับอาหาร 12 ชนิด ที่มาจาก 12 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดนครพนม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพ ตลอดจนรับฟังข้อเสนอแนะ ถอดบทเรียนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาตำรับอาหารต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และเขียนเชิงพรรณนาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบตามประเด็นเนื้อหาที่ศึกษา แบ่งแยกเป็นกลุ่มตามเนื้อหา ตัวแปร และประเด็นหลักที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และร้อยละ (Percentage) โดยแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งจะแปลผลตามค่าเฉลี่ยของคะแนน: มากที่สุด (4.51-5.00), มาก (3.51-4.50), ปานกลาง (2.51-3.50), น้อย (1.51-2.50), และน้อยที่สุด (1.00-1.50) ตามแนวคิดมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Likert Scale)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการชี้แจงสิทธิและจริยธรรมการวิจัยในคนพร้อมลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร และการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนครพนม รหัส HE10367 เมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2567



ผลการวิจัย

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม

1.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม เกิดจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านภูมิประเทศ จังหวัดนครพนมตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำโขง อาหารสุขภาพของชาวนครพนมจึงมีส่วนประกอบของปลาเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปลานิล ปลากระดี่ ปลาจุ่ม ปลาเผา เมี่ยงปลา หมกเงาะหรือหมกจ้อ 2) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม จังหวัดนครพนม มีลักษณะพหุวัฒนธรรมทางภาษา ศาสนา ชาติพันธุ์ อาหารสุขภาพที่มีชื่อเสียงจากวัฒนธรรมที่หลากหลาย เช่น แหนมเนืองของชาวเวียดนาม เมี่ยงตาสดของชนเผ่าไทแสก ซึ่งกรมส่งเสริมวัฒนธรรมได้คัดเลือกเป็น 1 จังหวัด 1 เมนู เชิดชูอาหารถิ่นประจำปี พ.ศ. 2566 เป็นต้น

1.2 องค์ความรู้ในการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทจังหวัดนครพนม จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้ในการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทจังหวัดนครพนม ไว้ดังนี้

1.2.1 การคำนวณสัดส่วนอาหารเบาหวานสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารแปรรูปที่อุดมไปด้วยแป้ง น้ำตาล และไขมันเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น การจัดอาหารให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย หรือการคำนวณรายการอาหารแลกเปลี่ยน (food exchange list) การกำหนดสัดส่วนอาหารตามความต้องการของแต่ละบุคคล แต่การคำนวณรายการอาหารแลกเปลี่ยน จำเป็นต้องใช้นักกำหนดอาหารหรือผู้มีความรู้ทางด้านโภชนาการ ตลอดจนใช้เวลาในการคำนวณนาน ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้เทคนิคการค้นหาคำตอบที่เหมาะสมได้ การให้ผู้ป่วยเข้าถึงตัวเลขที่แสดงสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นองค์ความรู้ที่จำเป็นอย่างยิ่ง

1.2.2 การประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเฉพาะราย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ บริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์ จากการเปรียบเทียบปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันกับปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับจากผลรวมของพลังงานทั้งหมดในแต่ละวัน (total energy expenditure: TEE) ในสัดส่วนอาหาร carbohydrate : fat : protein = 50 : 30 : 20 เป็นการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าที่ควรได้รับ โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าปริมาณที่ผู้ป่วยบริโภคนั้นเกินกว่าเกณฑ์ การสอนให้ผู้ป่วยใช้โปรแกรมการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเฉพาะรายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น NutriFacts ซึ่งเป็นโปรแกรมที่วิเคราะห์คุณค่าทางอาหาร⁽⁷⁾

1.2.3 การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับการตักอาหารต่อมือในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยพบว่า การให้สุขศึกษาในคลินิกโดยวิธีปกติทั่วไป ไม่สามารถสร้างความรู้และ



ทักษะที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดจานอาหารที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังนั้น การให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพจึงควรมุ่งเน้นการสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับการจัดจานอาหาร ต่อมือในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายนั้นๆ

1.2.4 การให้คำปรึกษาและค้นหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ของผู้ป่วยนั้น มาจาก 1) ขาดความรู้ที่ถูกต้อง 2) มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการควบคุมอาหาร รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื้อยารับประทานเอง ลดหรือหยุดยาเอง และ 3) ปฏิเสธการรักษา มีลักษณะหยุดรักษา ทั้งเกิดจากความตั้งใจ และความไม่ตั้งใจ หรือรักษาเป็น บางครั้ง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้และแรงจูงใจ ดังนั้น การให้คำปรึกษาและ ค้นหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย เบาหวานในบริบทจังหวัดนครพนม

2. ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม

จากการศึกษาและพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม ได้ตำรับอาหารจาก 12 อำเภอ ดังนี้ 1) ปลาจุ่ม น้ำซุปลสมุนไพร่ไทย ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด น้ำจิ้มทำจาก พริกสด กระเทียม ขิง เต้าเจี้ยว น้ำตาลปี๊บ น้ำปลา ส่วนประกอบที่ใช้จุ่มในหม้อไฟ ได้แก่ เนื้อปลา ผักบุ้ง โหระพา กะหล่ำ เห็ด ผักกาดขาว ขึ้นฉ่าย วุ้นเส้น และผักอื่นๆ 2) ต้มส้มปลา มีส่วนประกอบ ได้แก่ ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ต้นหอม ผักชี หอมเป ใบมะขาม ผักต้ว พริกสด ประุงรสด้วยปลาร้า น้ำปลา 3) ลาบปลาปาก ทำจาก เนื้อปลาปาก มดแดง ข้าวคั่ว พริกคั่ว น้ำปลาร้า ต้นหอม ผักชี หอมเป หากไม่ใช้ มดแดงให้ความเปรี้ยวก็ใช้มะนาวในการปรุงรส 4) แก้วฮ้อน น้ำซุปลจากการต้มเนื้อวัวหรือวัวพันธุ์พื้นเมืองกับสมุนไพร่ ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด หอมแดง ประุงรสด้วยพริกคั่ว ข้าวคั่ว น้ำปลา น้ำมันหอย ใบชะพลู 5) หมกหม้อพวงไข ทำมาจากเครื่องในไก่และพวงไขอ่อน ผสมกับพริกสดโคลกกับตะไคร้ หอมแดง คลุกเคล้าให้เข้ากัน ใส่ข่า ใบมะกรูด ผักชี ต้นหอม ผักชีลาว ใบแมงลัก ประุงรสด้วยน้ำปลาร้า 6) นึ่งปลาเอือบ เป็นปลาที่หมักข้ามคืนด้วย ข้าวเหนียว น้ำปลา ตะไคร้ กระเทียม หอมแดง แล้วค่อย นำมานึ่งพร้อมกับผักชนิดต่างๆ รับประทานคู่กับแจ่วมะเขือเทศ 7) เมี่ยงไก่อ้น เป็นไก่อ่นหมักด้วย ตะไคร้ ใบมะกรูด ก่อนนำไปนึ่ง รับประทานคู่กับน้ำจิ้มขิง ขนมหินและผักสด 8) แกงอ่อมผักรวม เป็น แกงที่นำเนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ มาแกง ประุงรสด้วยน้ำปลาร้า และใส่ผักชนิดต่างๆ 9) หมกจ๊อเป็นอาหารที่ นำพริกแกงโขลกกับเนื้อปลาทราย ประุงรสด้วยน้ำปลา นำมาห่อด้วยใบผักม้วนหมู ใบยอ หรือใบชะพลู นำไปนึ่งให้สุก 10) ข้าวไก่อ่น ทำจากไก่อ่นต้มให้สุกกับสมุนไพร่ นึ่งไก่อ่นเป็นชิ้นพอดีคำ ประุงรสด้วย น้ำปลา พริกคั่ว ข้าวคั่ว ต้นหอม ผักชี ผักแพว น้ำมะขามเปียก 11) ซุปมะเขือ เป็นการนำมะเขือ ถั่วแปบ เห็ด ไปต้มกับปลา น้ำปลาร้า แล้วนำส่วนผสมทั้งหมดมาตำ ประุงรสด้วยน้ำปลา พริกคั่ว ข้าวคั่ว



ต้นหอมผักชี สารระเหย 12) แอ่งอ้อมหายใจ เป็นแอ่งเนื้อสัตว์ ได้แก่ กระดูกหมู ไก่ นก กุ้ง นํ้ายํานาง พร้อมเครื่องแกง เต็มเห็ด ชะอม ผักต่างๆ และใส่หอยเป็นชั้นตอนสุดท้าย ประรสด้วยนํ้าปลา

3. ผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้ตำรับอาหาร จากการนำตำรับอาหารไปให้ผู้ป่วย เบาหวานและกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.34 อายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 60.00 การศึกษาค้นคว้าปริญญาตรี ร้อยละ 66.60 พบผลการประเมินความพึงพอใจดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้ตำรับอาหาร (n = 30)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านรูปแบบของตำรับอาหาร			
1. ความปลอดภัยต่อผู้บริโภค	4.43	0.82	มาก
2. ความถูกต้องตามหลักโภชนาการ	4.40	0.67	มาก
3. ความดึงดูดน่ารับประทาน	4.31	0.91	มาก
4. สะท้อนวัฒนธรรมของจังหวัดนครพนม	4.75	0.57	มากที่สุด
5. ความคิดสร้างสรรค์และส่งเสริมภาพลักษณ์ของจังหวัดนครพนม	4.61	0.84	มากที่สุด
รวม	4.50	0.78	มาก
ด้านการนำไปใช้ประโยชน์			
1. การนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ	4.78	0.65	มากที่สุด
2. นำไปเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อาหารของจังหวัด	4.65	0.54	มากที่สุด
3. การนำไปจัดจำหน่ายในร้านอาหารของจังหวัด	4.81	0.86	มากที่สุด
4. การนำไปใช้ในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	4.62	0.59	มากที่สุด
5. การนำไปใช้เป็นตำรับอาหารต้นแบบเพื่อสุขภาพของจังหวัด	4.59	0.89	มากที่สุด
รวม	4.69	0.87	มากที่สุด
โดยรวม	4.60	0.83	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบของตำรับอาหารในระดับมาก ($\bar{X}=4.50$, S.D. = 0.78) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสะท้อนวัฒนธรรมของจังหวัดนครพนม ($\bar{X}=4.75$, S.D. = 0.57) และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.69$, S.D. = 0.87) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การนำไปจัดจำหน่ายในร้านอาหารของจังหวัด ($\bar{X}=4.81$, S.D.= 0.86)



สรุปผลการวิจัย

ตำรับอาหารพื้นถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 12 เมนู จาก 12 อำเภอ ส่วนประกอบหลักเป็นโปรตีนจากเนื้อปลาธรรมชาติ ผักพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ใช้การแกง นึ่ง ต้มและยำ เมนูอาหารพื้นถิ่น การคำนวณปริมาณอาหารในรูปแบบตารางมาตรฐานช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานในบริบทจังหวัดนครพนมนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้จริง และมีความพึงพอใจต่อตำรับอาหารในระดับสูงมาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม

1.1 ผลการวิจัย พบว่า องค์ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม เกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านภูมิประเทศและปัจจัยด้านวัฒนธรรม ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำโขง มีแหล่งน้ำที่สำคัญหลายแห่ง ทำให้อาหารส่วนใหญ่มีส่วนประกอบของปลาเป็นหลัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Martinelli & Cavalli⁽⁸⁾ ที่พบว่า ภูมิประเทศและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่ออาหารท้องถิ่น นอกจากนี้ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ล้วนมีอัตลักษณ์ทางอาหารที่โดดเด่น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิปาติมะ ฮาเยฮามะ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า อาหารเป็นมรดกสำคัญทางวัฒนธรรมที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน และมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น

อาหารพื้นถิ่นของจังหวัดนครพนมใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ มีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเป็นส่วนประกอบ เช่น ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ผักต้ว ผักแพว ใบแมงลัก ซึ่งมีสรรพคุณทางยาช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธราภรณ์ พงษ์พานิช⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าอาหารสดใหม่จากธรรมชาติภายในท้องถิ่น ตามฤดูกาล ไม่ปรุงแต่งเกินจำเป็น สามารถช่วยส่งเสริมป้องกัน และรักษาสุขภาพได้ดียิ่ง

1.2 องค์ความรู้ในการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทจังหวัดนครพนม

1) การคำนวณสัดส่วนอาหารเบาหวานสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา คลวิทยาคุณ และจักรกฤษณ์ เกลือบวัง⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การจัดการด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้น ประกอบด้วย การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับต่อวันของผู้ป่วยแต่ละราย กระจายสัดส่วนของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน กำหนดส่วนอาหารตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน ซึ่งการกำหนดความต้องการพลังงานที่ควรได้รับประจำวันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับของกิจกรรมการใช้พลังงานของร่างกาย ซึ่งการกำหนดพลังงานตาม ระดับการใช้พลังงานของร่างกายได้จากการประมาณ ความต้องการพลังงาน (estimated energy requirement; EER)



โดยแบ่งกลุ่มเป็นระยะพักฟื้น ทำงานเบามาก ทำงานเบา ทำงานหนักปานกลาง และทำงานหนัก ตามสูตร For women: $EER = 354 - (6.91 \times \text{age}) + [PA \times (9.36 \times \text{weight}) + (726 \times \text{height})]$ PA = Physical Activity Factor ซึ่งนับเป็นความยากสำหรับผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากที่จะทำได้ ด้วยข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เรื่องโภชนาการเบาหวาน การคำนวณปริมาณและสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัว กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตลอดจนตัวอย่างอาหารที่ได้รับการสอนในคลินิกล้วนเป็นเมนูที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้กินเป็นประจำในชีวิตประจำวัน การพัฒนาสื่อการสอนที่ใช้เมนูอาหารถิ่นของจังหวัด และคลินิกโภชนาบำบัดที่ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้จริงผ่านตารางกำหนดปริมาณอาหารมาตรฐาน จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบคำรับอาหารได้บรรจุนาฬิกาพลังงานตามน้ำหนักตัวสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานซึ่งให้ค่าใกล้เคียงกับผลการคำนวณพลังงานตามสูตรรายบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนำสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพียงพอสำหรับการใช้คำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม

2) การประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเฉพาะราย จากการศึกษาของ สุธิณีฯ เขียวดี และบำเหน็จ แสงรัตน์⁽¹²⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ บริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 3 วัน เท่ากับ 252.02 ± 52.58 กรัม จากการเปรียบเทียบปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันกับปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับ จากผลรวมของพลังงานทั้งหมดในแต่ละวัน (total energy expenditure: TEE) ในสัดส่วนอาหาร carbohydrate : fat : protein = 50 : 30 : 20 เป็นการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าที่ควรได้รับ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลความถี่ในการบริโภค อาหารชนิดต่างๆ พบว่า อาหารประเภทข้าวและแป้ง กลุ่มตัวอย่างรับประทานข้าวสวยทุกวัน ร้อยละ 64.4 รับประทาน ข้าวเหนียวทุกวัน ร้อยละ 30.7 อาหารประเภทขนม/ขนมหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่บริโภคเลย มีเพียงร้อยละ 5.3-6.7 บริโภคทุกวัน อาหารประเภทเครื่องดื่ม กลุ่มตัวอย่างรับประทานกาแฟ ชาเย็นหวานธรรมดา และกาแฟ ชาเย็นหวานน้อยทุกวัน มากที่สุด (ร้อยละ 12.0 และ 10.7 ตามลำดับ) อาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากนม กลุ่มตัวอย่างบริโภคนมจืดทุกวัน มากที่สุด ร้อยละ 24.7 ส่วนอาหารประเภทผลไม้ที่มีรสหวานและผลไม้ที่รสเปรี้ยว พบบริโภคทุกวัน ร้อยละ 10.0 และ 5.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่บริโภค 2-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 67.3 และ 48.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอาหารประเภทผัก กลุ่มตัวอย่างรับประทานผักสด และผักต้มทุกวัน ร้อยละ 18.7 และ 19.3 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า การประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ออกแบบตารางการบันทึกอาหาร 3 มื้อ ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเฉพาะราย



3) การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับการจัดจานอาหารต่อมือในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภัสสร ไชยชนะ และจุฑามาศ กิตติศรี⁽¹³⁾ พบว่า โปรแกรมที่ออกแบบให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เช่น การสาธิต การสาธิตย้อนกลับจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ดังนั้นคู่มือหรือตำรับอาหารจึงต้องการใช้คู่ไปกับสุศึกษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้สาธิตการจัดหรือการตักอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง

4) การให้คำปรึกษาและค้นหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ อารยา ฉัตรชนะพานิช และโชติมณี เรืองกลิ่น⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีระดับของ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เป็นไปตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่ง เกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง

2. ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม การพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนม ได้ตำรับอาหารจาก 12 อำเภอ ซึ่งแต่ละตำรับมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีการใช้เนื้อปลาเป็นแหล่งโปรตีน และมีการใช้ผักพื้นบ้านเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งช่วยเพิ่มกากใยอาหารและวิตามินที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิดของ สุวิมล วงศ์ไพบุลย์ และพิชญา จันทร์รุ่งโรจน์⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่า การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการรับประทานอาหารแบบธรรมชาติ ให้ผักปลอดสารพิษ ไม่ใช้สารปรุงแต่งกลิ่นรสที่ผิดธรรมชาติ ตำรับอาหารที่พัฒนาขึ้นมีการปรับลดปริมาณน้ำตาล เกลือ และไขมัน เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับเทรนด์อาหารและเครื่องดื่มปี ค.ศ. 2020⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวถึง การลดน้ำตาลเพิ่มความหวานที่ดีต่อสุขภาพ และใช้วัตถุดิบและส่วนผสมจากท้องถิ่น ตำรับอาหารที่พัฒนาขึ้นเป็นอาหารพื้นถิ่น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานยังคงบริโภคอาหารที่คุ้นเคยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันนดา จันทรสุกรี และวสิน แก้วชาญคำ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า อาหารจัดเป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพทางกายของบุคคล จำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมสำหรับบุคคลแต่ละคน

3. ความพึงพอใจในการใช้ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบของตำรับอาหารในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากตำรับอาหารที่พัฒนาขึ้นเป็นอาหารที่กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคย มีการใช้วัตถุดิบที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น และมีการปรับสูตรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พิศา พิศาลบุตร⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ผู้บริโภคให้ความสำคัญกับคุณประโยชน์ต่อสุขภาพและความหลากหลายของอาหารเพื่อสุขภาพ

ด้านรูปแบบของตำรับอาหาร พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การสะท้อนวัฒนธรรมของจังหวัดนครพนม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ ชำนาญญา⁽³⁾ ที่พบว่า การท่องเที่ยวเชิงอาหาร



ได้รับความนิยมนิยมเพิ่มขึ้นจากนักท่องเที่ยวเพราะเป็นการท่องเที่ยวที่ใช้ทรัพยากรทางวัฒนธรรมของท้องถิ่น ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การนำไปจัดจำหน่ายในร้านอาหารของจังหวัด การศึกษาของ พรสิทธิ์ สิทธิรักษา⁽²⁰⁾ พบว่า มีความเป็นไปได้ด้านการตลาดในการเปิดธุรกิจร้านอาหารเพื่อสุขภาพในรูปแบบที่มุ่งเน้นส่วนประกอบที่มีคุณภาพและสะอาด ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรสนับสนุนให้มีร้านอาหารที่นำมารับอาหารไปประกอบเป็นเมนูสุขภาพ และจัดเซตตามปริมาณที่เหมาะสมตามสัดส่วน เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย ขยายผลการศึกษาไปยังสถานบริการสุขภาพต่างๆ อีกทั้งจัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน พัฒนารูปแบบการนำเสนอ เพื่อสะดวกต่อผู้ใช้งานมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลที่มีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต อัตราการกรองไต เป็นต้น และ ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อจำหน่ายเชิงพาณิชย์

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. อาหารกับชีวิต. กรุงเทพฯ: สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ; [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ป.]. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://saranukromthai.or.th/oldchild/2696>
2. ธนภัทร พิธีโยธินกุล. วัฒนธรรมอาหารในวรรณคดีไทยสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3171>
3. เบญจมาภรณ์ ชำนาญญา. (2561). การท่องเที่ยวเชิงอาหาร: อีกหนึ่งโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศไทย. วารสารการท่องเที่ยวไทยนานาชาติ 2561: 14(1): 25-40.
4. World Health Organization. Food safety. Geneva: WHO [Internet]. 2022 [cited 2025 May 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>
5. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food safety and quality: Overview Rome: FAO. [Internet]. 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.fao.org/food-safety/en/>
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จำนวนและอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (ปี 2560-2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>



7. ศูนย์วิจัยด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพประยุกต์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ป.]. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rihes.cmu.ac.th/CAR/?lang=en>
8. Martinelli, SS, Cavalli, SB. The Role of Local Seasonal Foods in Enhancing Sustainable Food Consumption: A Systematic Literature Review. *Foods*. [Internet]. 2021; 10(9): 2206. [Cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://doi.org/10.3390/foods10092206>
9. นิปาคิมะ ฮาเยฮามะ. แนวทางการอนุรักษ์และถ่ายทอดวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2568; 2(1): 41-52.
10. พัทธราภรณ์ พงษ์พานิช. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพรูปแบบอาหารคลีน (Clean Food). [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://searchlib.utcc.ac.th/library/online/thesis/301327.pdf>
11. อัจฉรา คลวิทยาคุณ, จักรกฤษณ์ เคลือบวัง. การออกแบบรายการอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับโรคเบาหวานโดยใช้เทคนิคการค้นหาแบบท้องถิ่นคัดแปร. *วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ* [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]; 11(1): 1-7.
12. สุรินีย์ เจียวดี, บำเหน็จ แสงรัตน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การจัดการเวลา การให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าวงรอบยามาตรฐาน หลังการให้ยาครั้งแรกทันที. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่* [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]; 21(2): 45-53.
13. ประภัสสร ไชยชนะ, จุฑามาศ กิตติศรี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองโดยใช้ระบบบัดดี้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ* [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]; 1(1): 1-12.
14. อารยา ฉัตรธนะพานิช, โชติมณี เรืองกลิ่น. ผลของการใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2567]; 3(3): 1-12.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. 4th ed. New York: Guilford Press. [Internet]. 2023 [Cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.guilford.com/books/Motivational-Interviewing/Miller-Rollnick/9781462552795>
16. สุวิมล วงศ์ไพบุลย์, พิษญา จันทรรุ่งโรจน์. ผลของการบริโภคผักปลอดสารพิษต่อสุขภาพและความพึงพอใจของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. *วารสารโภชนาการและอาหารสุขภาพ* [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2567]; 12(2): 45-53.



17. เทรนด์อาหารและเครื่องดื่ม ปี 2020. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.matichon.co.th/publicize/news_1644719
18. ปณันดา จันทรสุกรี, วสิน แก้วชาญคำ. สภาพแวดล้อมทางอาหารภายในมหาวิทยาลัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของนักศึกษาไทย. รายงานวิจัย. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://12rc.nida.ac.th/2019/images/12rc/home/research/6.pdf>
19. พิมพ์พิสา พิศาลบุตร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจซื้ออาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคชาวไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4958/1/TP%20MM.073%202565.pdf>
20. พรลิตธิ สัทธิราชา. การศึกษาความเป็นไปได้ของธุรกิจร้านอาหารคลีนเพื่อสุขภาพ Healthy Plus. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 16 ปี การศึกษา 2564. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยรังสิต. วันพฤหัสบดีที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2564. 1423-1436. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/rgrc/article/download/2439/2008/>



ประสิทธิผลของการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต อำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี

EFFECTIVENESS OF DIABETES PREVENTION IN HIGH-RISK GROUPS BASED ON LIFESTYLE MEDICINE CONCEPT IN KUTCHAP DISTRICT, UDON THANI PROVINCE

Received: July 22, 2025

Revised: August 17, 2025

Accepted: October 10, 2025

หทัย ธาตุทำเล

Hathai Thadtumlay

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 30 รายที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินดัชนีสภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.832 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และ paired t-test

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-60 ปี ศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่สูง มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.07) โดยการปฏิบัติตนด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ มีค่าสูงสุด อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.01) ส่วนการจัดการความเครียดมีค่าน้อยที่สุด อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.29) ประสิทธิผลของการพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยเปรียบเทียบค่าดัชนีสภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าดัชนีสภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, การป้องกัน, กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน, เวชศาสตร์วิถีชีวิต



Abstract

The objective of this research was to examine the effectiveness of diabetes prevention development among at-risk groups through the application of lifestyle medicine principles. The study involved 30 participants identified as being at risk of diabetes based on inclusion criteria, selected using simple random sampling. Data were collected using a health status index assessment form developed for this study, with instrument reliability verified by a Cronbach's alpha coefficient of 0.832. Data analysis was performed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that most participants were female, aged between 46 and 60 years, held a bachelor's degree or higher, worked in agriculture, and had relatively low monthly income. Overall, participants demonstrated correct lifestyle behaviors according to lifestyle medicine principles at the highest level ($\bar{X}=3.97$, S.D. = 0.07). The dimension with the highest score was quality sleep behavior, rated at the highest level ($\bar{X}=4.00$, S.D. = 0.01), while stress management had the lowest score, rated at a moderate level ($\bar{X}=3.92$, S.D. = 0.29). The effectiveness of diabetes prevention development among at-risk groups, as indicated by the comparison of health status index scores before and after participation, showed a statistically significant difference at the 0.05 level.

Keywords: Diabetes, Prevention, Risk of diabetes, Lifestyle medicine



บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยเชิงพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชากรกำลังกลายเป็นปัญหาท้าทายด้านสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งไทย รายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF)⁽¹⁾ พบว่า ในปีพ.ศ. 2568 มีประชากรทั่วโลกเป็นโรคเบาหวานประมาณ 643 ล้านคน คาดว่า ในปี พ.ศ. 2593 ผู้ใหญ่ 1 ใน 8 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 46 และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง รายงานของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 คนไทยป่วยเป็นเบาหวานสะสมประมาณ 6.5 ล้านคน เป็นผู้ป่วย รายใหม่ปีละ 300,000 คน ซึ่งร้อยละ 40 ไม่ทราบว่าตัวเองป่วยเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและอาการโรค และพบเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุด จากสาเหตุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ หากไม่ได้รับการตรวจรักษาและปรับพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดีก็นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงได้ ปัจจุบันนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคเบาหวานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปเป็นแบบองค์รวม มุ่งปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเป็นสำคัญ⁽³⁾ โดยนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ที่มี ประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงได้ บนหลักพื้นฐาน 6 เสาหลัก คือ โภชนาการที่เหมาะสม กิจกรรมทางกาย สม่าเสมอ การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในการส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุม เพื่อนำไปสู่ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาโรคได้⁽⁴⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดอุดรธานี ปี 2565-2567 พบผู้ป่วยจำนวน 8,754 ราย อัตรา 574.33 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วย 8,431 ราย อัตรา 539.39 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วย 9,362 ราย อัตรา 620.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภออุดจักษ์ ปี 2565-2567 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 616.82, 541.76 และ 593.33 ตามลำดับ ผลจากการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภออุดจักษ์ ปีงบประมาณ 2565-2567 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 3.42, 3.98 และ 3.13 ตามลำดับ ถือว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น และยังพบว่า มีผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมได้ มีเพียงร้อยละ 22.39 (เกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40) อยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์ รวมถึงพบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี โดยมีอายุน้อยสุด 23 ปี ที่มีประวัติเสี่ยงป่วยเป็น เบาหวานตั้งแต่ อายุ 18 ปี⁽⁵⁾ จากสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานดังกล่าว คณะกรรมการการดำเนินงาน ขับเคลื่อนนโยบายงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอ อุดจักษ์ จึงมีมติให้ดำเนินการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต กำหนด พื้นที่นำร่องในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิเมืองเพีย อำเภออุดจักษ์ จังหวัดอุดรธานี

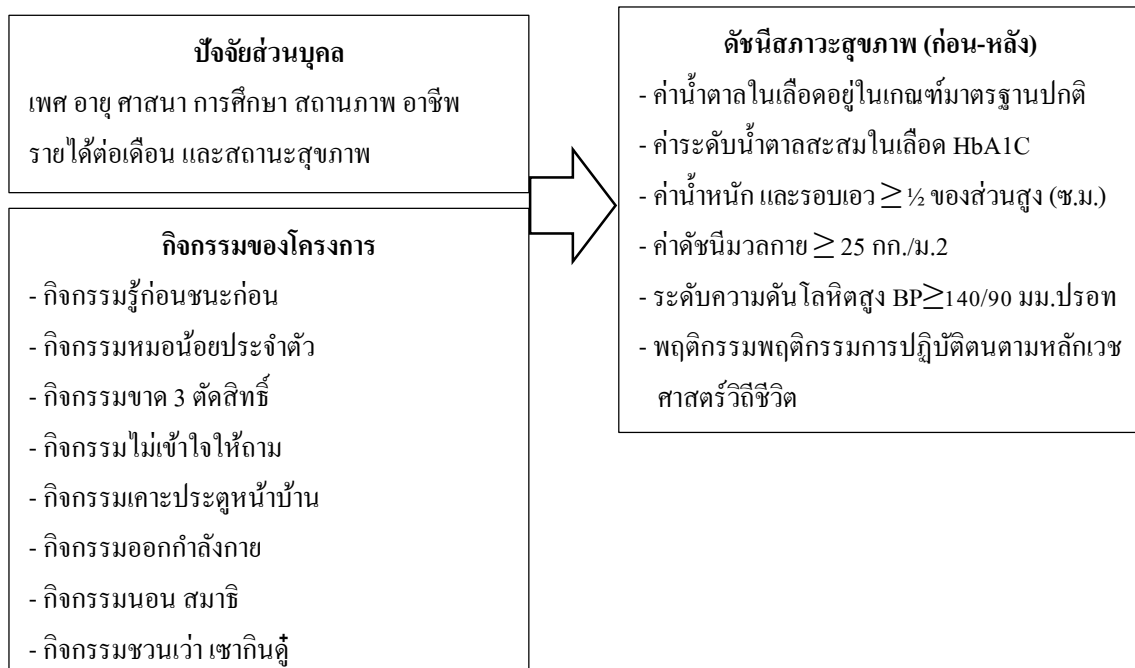


จึงจำเป็นต้องศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต อำเภอกุดจับ เพื่อนำข้อค้นพบมาประยุกต์ใช้ และขยายผลดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเปรียบเทียบดัชนีสถานะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต พื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM) มีความหมายครอบคลุมหลักการและหลักปฏิบัติในการรักษาและป้องกันโรค NDCs อยู่บนพื้นฐานการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ครอบคลุมอาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การให้การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยป้องกัน รักษาหรือช่วยให้ระยะของโรคเข้าสู่สภาวะปกติ⁽⁶⁾ และสื่อถึงหลักเวชปฏิบัติในสาขา



การแพทย์ที่ใช้วิถีชีวิตเป็นวิธีรักษาและป้องกันโรค NDCs มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงของโรคและ/หรือใช้เป็นการรักษาเพิ่มเติมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์⁽⁷⁾ ประกอบด้วยหลัก 6 ประการ ได้แก่ (1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Nutrition) (2) การออกกำลังกายเป็นประจำ (Exercise) (3) การนอนหลับที่เพียงพอ (Sleep) (4) การจัดการความเครียด (Stress) (5) การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ (Substance Abuse) และ (6) ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก (Relationships) การประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยจากการรับบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตดำเนินการโดยติดตามดัชนีสุขภาพผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงในทางคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยวัดค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย (Blood pressure monitor) วัดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยและติดตามการเปลี่ยนแปลง (Weight scale) วัดส่วนสูงของผู้ป่วย (Height measurement) สำหรับการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ประเมินเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายและมวลกล้ามเนื้อ (Body composition analyzer)⁽⁸⁾

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงเกิน 126 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิกรัม อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ตามสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิกรัม ร่วมกับมีอาการเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง⁽⁹⁾ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการคัดกรอง และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน โดยสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย⁽¹⁰⁾ เสนอแนวเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงของเบาหวาน ดังนี้ (1) ผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป (2) มีประวัติ บิดา มารดา พี่หรือน้องเป็นเบาหวาน (3) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม (4) เคยได้รับการตรวจว่าเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างคนปกติกับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน (Impaired fasting glucose : IGT หรือ Impaired glucose tolerance : IFG) (5) มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว $\geq \frac{1}{2}$ ของส่วนสูง (เซนติเมตร) หรือมีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2 (6) รอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย หรือเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง หรือมากกว่าส่วนสูงหาร 2 ทั้งสองเพศ (7) มีภาวะความดันโลหิตสูง BP $\geq 140/90$ มม.ปรอท หรือมีประวัติเป็น HT หรือรับประทานยาควบคุม HT (8) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) (9) มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome) (10) มีรอยพับ รอบคอหรือได้รูกแร้ดำ (11) สูบบุหรี่

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิเมืองเพี้ย ตำบลเมืองเพี้ย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 262 คน



กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ตามเกณฑ์คัดเข้าโครงการฯ ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้, Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96, Z_β = กำหนดค่า Power of Test เท่ากับ 80 มีค่าเท่ากับ 0.84, σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม เท่ากับ 0.65 และอ้างอิงผลการศึกษาของ ดิสพล แจ่มจันทร์⁽¹²⁾ ที่พัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง พบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 3.50 (S.D. = 0.67) เป็น 3.98 (S.D. = 0.71) แทนค่า

$$n = \frac{(1.96+0.84)^2 0.65}{(3.98-3.50)^2} = 22.12 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 20% ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1-R)}$$

n_{adjust} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว, n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากขนาดตัวอย่าง = 36 คน, R = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (กำหนด 20% = 0.2) แทนค่า

$$n_{\text{adjust}} = \frac{23}{(1-0.2)} = 28.40 \text{ คน ปรับจำนวนให้เหมาะสม เท่ากับ 30 คน}$$

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดเข้าร่วมโครงการฯ (2) สมารถใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (3) อายุ 18 ปีขึ้นไป (4) มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน (5) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม (6) เคยได้รับการตรวจว่าเป็นกลุ่มที่มีค่ากลูโคสต่ำกึ่ง (Impaired fasting glucose : IGT หรือ Impaired glucose tolerance : IFG) (7) มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว $\geq \frac{1}{2}$ ของส่วนสูง (ซ.ม.) หรือมีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2 (8) รอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย หรือเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง หรือมากกว่าส่วนสูงหาร 2 ทั้งสองเพศ (9) มีภาวะความดันโลหิตสูง $BP \geq 140/90$ มม.ปรอท หรือมีประวัติเป็น HT หรือรับประทานยาควบคุม HT (10) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) (11) มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome) (12) มีรอยพับรอบคอหรือได้ร้กแร้วดำ และ (13) สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ส่วนเกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ส่วนกำหนดเกณฑ์คัดออกโครงการฯ โดย (1) ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการระหว่างดำเนินการ (2) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน (3) ไม่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง (4) สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ตาย หรือย้ายถิ่น



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. กิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ (1) กิจกรรมรู้ก่อนชนะก่อนเพื่อสร้างความรู้ (2) กิจกรรมหมั่นออกกำลังกาย (3) กิจกรรมขาด 3 คัดสิทธิ์ เพื่อกำกับติดตามและกระตุ้นความร่วมมือในโครงการ (4) กิจกรรมไม่เข้าใจให้ถาม โดยผ่านพี่เลี้ยง อสม. ที่ผ่านการอบรมในการกำกับและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ (5) กิจกรรมเคาะประตูหน้าบ้าน เป็นกิจกรรมติดตามพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุก (6) กิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย (7) กิจกรรมนอน สวมผ้า เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอน และการสร้างสมาธิ ลดความเครียด และ (8) กิจกรรมชวนว่า เขากินดี เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและบริโภคที่ถูกต้อง

2. แบบประเมินดัชนีสภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการฯ เป็นแบบเลือกตอบ (2) ดัชนีสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย (Blood pressure monitor) ค่าน้ำหนักตัว และติดตามการเปลี่ยนแปลง (Weight scale) ส่วนสูง (Height measurement) ดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายและมวลกล้ามเนื้อ (Body composition analyzer) (3) พฤติกรรมสุขภาพทั่วไป 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ/ การบริโภคในชีวิตปกติ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์และสุรา ด้านพฤติกรรมนอนหลับ และด้านพฤติกรรมทางเข้าสังคม (4) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต แบบมาตรฐานค่า 3 ระดับ คือ ระดับไม่ถูกต้อง ระดับถูกต้องบ้าง และระดับถูกต้องที่สุด ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดสารพิษในชีวิตประจำวัน การนอนหลับที่มีคุณภาพ และการสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ และ (5) ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยพิจารณาหาค่าดัชนีสอดคล้อง (Item objective congruence : IOC) พบว่า ดัชนีสอดคล้องของรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) โดยทดสอบก่อนลงภาคสนามจริง (Tryout) จำนวน 25 ชุด ได้เท่ากับ 0.89 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำไปใช้จริง



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บันทึกข้อมูลแบบประเมินดัชนีสภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการฯ (ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการฯ) ตลอดเวลาดำเนินโครงการ 6 เดือน (มีนาคม-สิงหาคม 2568)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการฯ และ 3 พฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ข้อมูลดัชนีสภาวะสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบดัชนีติดตามประเมินผลสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 7068 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.30 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.60 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 40.00 ลำดับรองลงมา คือ มีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 30.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.30 ลำดับรองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 30.00 และที่เหลืออื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 36.70 ตามลำดับ และมีรายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.70

2. ผลวิเคราะห์พฤติกรรมปฏิบัติตนตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต พื้นที่อำเภอกุฉินชัย จังหวัดอุดรธานี ดังนี้



ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ (n = 30)

พฤติกรรมที่ปฏิบัติตาม หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต	ก่อน			หลัง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
การนอนหลับที่มีคุณภาพ	1.90	0.71	ไม่ถูกต้อง	4.00	0.01	ถูกต้องที่สุด	9.401*	0.012
การลดสารพิษในวิถีชีวิต	3.27	0.82	ถูกต้องบ้าง	3.99	0.04	ถูกต้องที่สุด	4.853*	0.001
การออกกำลังกาย	3.63	0.55	ถูกต้องบ้าง	3.98	0.07	ถูกต้องที่สุด	3.612*	0.004
การสร้างสังคม/สิ่งแวดล้อม	2.93	0.36	ไม่ถูกต้อง	3.96	0.19	ถูกต้องบ้าง	16.000*	0.013
โภชนาการที่เหมาะสม	3.63	0.61	ถูกต้องบ้าง	3.95	0.09	ถูกต้องบ้าง	3.266*	0.016
การจัดการความเครียด	3.56	0.72	ถูกต้องบ้าง	3.92	0.29	ถูกต้องบ้าง	3.261*	0.006
รวม	3.15	0.07	ถูกต้องบ้าง	3.97	0.07	ถูกต้องที่สุด	15.566*	0.018

หมายเหตุ: * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต หลังเข้าร่วมโครงการโดยรวม อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ($\bar{X}=3.97$, S.D. = 0.07) เรียงลำดับพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตด้านการนอนหลับ ที่มีคุณภาพ มีค่าสูงสุด อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ($\bar{X}=4.00$, S.D. = 0.01) รองลงมา คือ พฤติกรรมปฏิบัติตามด้านการลดสารพิษในชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ($\bar{X}=3.99$, S.D. = 0.04) พฤติกรรมปฏิบัติตามด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ($\bar{X}=3.98$, S.D. = 0.07) พฤติกรรมปฏิบัติตามด้านการสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ($\bar{X}=3.96$, S.D. = 0.19) พฤติกรรมปฏิบัติตามด้านโภชนาการที่เหมาะสม อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ($\bar{X}=3.95$, S.D. = 0.09) ส่วนพฤติกรรมปฏิบัติตามด้านการจัดการความเครียด มีค่าน้อยที่สุด อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ($\bar{X}=3.92$, S.D. = 0.29) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลเปรียบเทียบการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต พื้นที่อำเภอภูจุกะ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต พื้นที่อำเภอ ภูจุกะ จังหวัดอุดรธานี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบดัชนีสภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าดัชนีสภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต พื้นที่อำเภอ ภูจุกะ จังหวัดอุดรธานี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบดัชนีสภาวะสุขภาพก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ (n = 30)

ดัชนีติดตามสภาวะสุขภาพ	ก่อน		หลัง		mean different (95%CI)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (mg/dL.)	118.87	0.96	100.07	1.06	18.8
ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (mg%.)	6.01	0.26	5.67	0.23	0.34
ค่าความดันโลหิตบน (มม.ปรอท)	130.77	4.66	122.03	6.94	8.74
ค่าความดันโลหิตล่าง (มม.ปรอท)	80.73	4.59	76.07	5.02	4.66
ค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	63.90	11.87	59.26	9.59	4.64
ค่าความยาวรอบเอว (เซนติเมตร)	95.37	17.02	88.00	12.24	7.37
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	26.70	4.83	24.54	3.89	2.16
ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (%)	38.41	7.06	35.35	6.72	3.06
ค่ามวลกล้ามเนื้อในร่างกาย (%)	27.73	4.36	28.97	4.90	1.24

หมายเหตุ: * 95%CI = ช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต อำเภอภูซำ จังหวัดอุดรธานี มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงพิจารณาได้จากผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการเปรียบเทียบดัชนีสภาวะสุขภาพก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ แตกต่างกันในช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ด้วยเช่นกัน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน อายุเฉลี่ยระหว่าง 46-60 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธวรรณ จันทร์เพชร และคณะ⁽¹³⁾ ระบุว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-59 ปี อาชีพเกษตรกรรม รายได้ไม่สูงนัก มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะด้านการบริโภค เช่น เกี่ยวกับการศึกษาของ ประภาส บารมี และจักรพันธ์ บุญอ่อน⁽¹⁴⁾ พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ บริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา รวมถึงอยู่ในภาวะความเครียดสูงตลอดเวลา ซึ่ง สุริดา หล้าเลิศ และ กล้าเผชิญ โชคบำรุง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาวิถีชีวิตผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในภาคอีสาน พบว่า ต้องใช้ชีวิตแบบเสี่ยงใน 6 เรื่อง คือ ต้องกำกับโรค ต้องประกอบอาชีพ



ต้องบริโภคสิ่งที่มี ต้องดูแลครอบครัว ติดตามข่าวสาร และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงยากที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันและการควบคุมน้ำตาลได้ การตรวจคัดกรองเบาหวานจึงสำคัญ ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย⁽¹⁰⁾ ระบุว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคเบาหวาน เป็นผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน มีความดันโลหิตสูง มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้หญิงที่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ซึ่งจากผลการศึกษานี้จะเห็นว่า ปัจเจกส่วนบุคคลยังมีความสำคัญต่อโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานได้ ทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงเชิงสุขภาพในชีวิตประจำวัน

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับที่ป้องกันความเสี่ยงโรคเบาหวานได้ โดยปฏิบัติตามด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ มีค่าสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการลดสารพิษในชีวิตประจำวัน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามด้านการจัดการความเครียด มีค่าน้อยที่สุด ลักษณะดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันเบาหวานจำเป็นต้องมีความตั้งใจสูงและเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ และชนิสา อนุญาหงส์⁽⁸⁾ ที่สรุปเกี่ยวกับหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าเป็นศาสตร์ที่มุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟู รวมถึงป้องกันโรค NCDs โดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการใช้ชีวิตและจำกัดพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การมีความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก และการนอนหลับที่เพียงพอ สอดคล้องกับศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽¹⁶⁾ เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยเน้นเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและดูแลตนเอง โดยมีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพให้การสนับสนุน นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้ พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตามด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าน้อยที่สุด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติตามด้านการจัดการความเครียดยังเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกนก นาเครือ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต พบว่า การจัดการความเครียดมีค่าต่ำสุดเช่นกัน ดังนั้นการประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคเบาหวานจำเป็นต้องออกแบบกิจกรรมการจัดการความเครียดให้ง่ายและเหมาะสมกับบุคคล รวมถึงควรมีบริการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายผ่านช่องทางสะดวกเพื่อสนับสนุนเสริมพลังอำนาจให้แก่บุคคลเพื่อจัดการความเครียดให้มีประสิทธิภาพ

จากผลการวิจัยที่พบว่า การป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต พื้นที่อำเภอภูจุกะ จังหวัดอุดรธานี มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงได้



พิจารณาได้จากค่าดัชนีติดตามสภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ค่าดัชนีติดตามสภาวะสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีค่าขึ้นเข้าใกล้เกณฑ์มาตรฐาน จึงสรุปได้ว่าการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา สุโขชัยวัฒนา⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สรุปได้ว่า สามารถนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่มีโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับข้อสรุปของ ภูดิท เตชาติวัฒน์⁽⁶⁾ เกี่ยวกับหลักเวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่า เป็นหลักแห่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุมเรื่องอาหารและโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การให้การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้ จึงจะมีประสิทธิผลในการป้องกันโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการวิจัยนี้ ซึ่งสามารถประเมินประสิทธิผลจากค่าดัชนีสุขภาพตามการศึกษานี้ เช่นเดียวกับข้อเสนอของ กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ และ ธนินา อนุญาหงส์⁽⁸⁾ ที่เสนอให้ใช้เกณฑ์ดัชนีติดตามทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ได้แก่ วัดความดันโลหิตของผู้ป่วย (Blood pressure monitor) วัดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยและติดตามการเปลี่ยนแปลง (Weight scale) วัดส่วนสูงของผู้ป่วย (Height measurement) สำหรับการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) ประเมินเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายและมวลกล้ามเนื้อ (Body composition analyzer) ส่วนข้อเสนอของ ชลดา ผลศิริ และคณะ⁽¹⁹⁾ เสนอให้ติดตามดัชนีสุขภาพกลุ่มเสี่ยงจากการรับบริการ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ตั้งแต่การคัดกรอง การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณ BMI การให้ความรู้ และนำเสนอตัวอย่างบุคคลต้นแบบ โดยการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน การติดตามเยี่ยมบ้านและสภาพแวดล้อมเพื่อปรับปรุงการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการเฝ้าติดตามสังเกตพฤติกรรมโดยการใช้ Application Line group เพื่อประเมินติดตามอย่างใกล้ชิด ดังนั้น การประยุกต์ใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงให้ได้ด้วยตนเอง จะเน้นการปรับการดำเนินชีวิตและเคร่งครัดต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักการ 6 ประการนั่นเอง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับคลินิก NDCs เพื่อจัดบริการการจัดการความเครียดแก่กลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มระดับความสามารถปฏิบัติตนเองด้านการจัดการความเครียดสำหรับป้องกันโรคเบาหวาน



2. จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลสำคัญต่อโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานได้ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ดังนั้น หน่วยงานรับผิดชอบควรพิจารณาไปเกณฑ์คัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพเป็นจริงเชิงพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาขยายผลการพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อื่นและเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม ที่มีปัจจัยสุขภาพ ปัจจัยปัจเจกบุคคล และความสำเร็จของโครงการเพื่อประยุกต์สำหรับเป็นแนวทางการดำเนินการในการป้องกันโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่ออื่นๆ

2. ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาประสบการณ์กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จในการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อจัดเป็นองค์ความรู้และเผยแพร่แก่บุคคลอื่นๆ ในรูปแบบสื่อที่เหมาะสมต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Faits et Chiffres DM. [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/>
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail/
4. ฅณกันต์ชัญญ์ นววัชรินทร์, และคณะ. การพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 6: 40-51.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): สถานการณ์โรคเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/udn/public/>
6. ภูดิท เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ. ใน: เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Preconference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary Team"; 18-22 กันยายน 2566; กรุงเทพมหานคร: ประเทศไทย; 2566. หน้า 1-220.



7. American College of Lifestyle Medicine. Technology in lifestyle medicine. [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lifestylemedicine.org/>
8. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, ธนิตา อนุญาหงส์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567; 1: 1-12.
9. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก. ประกาศ ณ วันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ.2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/url=pr/detail/>
10. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php/>
11. อรุณ จิรวัดนักกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์ 2553. หน้า 35-78.
12. ดิสพล แจ่มจันทร์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอนองม่วง จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 18: 47-58.
13. พัทธวรรณ จันท์เพชร, และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563; 27: 52-62.
14. ประภาส บารมี, จักรพันธ์ บุญอ่อน. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย 4 ป.: กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลบ้านกลาง อำเภอสว่างทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ 2566; 5: 25-37.
15. สุธิดา หล้าเลิศ, กล้าเผชญ์ โชคบำรุง. วิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน: กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14: 1-12.
16. ศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต. ใน: เอกสารประกอบหลักสูตรนักบริหารระดับสูงด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต รุ่นที่ 8 ประจำปี 2567; 14 มีนาคม-18 พฤษภาคม 2567; กรุงเทพมหานคร: ประเทศไทย; 2566. หน้า 1-100.
17. กรกนก นาเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567; 47(ฉบับเพิ่มเติม): 82-97.



18. ชุติมา ศุภโชคชัยวัฒนา. ประสิทธิภาพจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2567; 5: 55-66.
19. ชลดา ผลศิริ, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงชุมชนเขาพุททอง ม.11 ตำบลปะตง อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. วารสารนวัตกรรมการจัดการศึกษาและการวิจัย 2567; 6: 17-30.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

THE EFFECTS OF AN EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT PROMOTION PROGRAM WITH PARENTAL PARTICIPATION AT THE DONCHIMPLEE SUBDISTRICT CHILD DEVELOPMENT CENTER, BANG NAM PRAO DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE

Received: July 19, 2025

Revised: October 31, 2025

Accepted: November 03, 2025

ดวงนภา ปงกา^{1*}, กิระพล กาละดี², วรางคณา จันทร์คง²Duangnapa Pongka^{1*}, Kiraphol Kaladee², Warangkana Chankong²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ศึกษาจากประชากร คือ เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลคอนนิมพลี จำนวน 35 คน โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ปกครองและให้ผู้ปกครองทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านเป็นเวลา 1 เดือน และประเมินพัฒนาการเด็ก 2 ครั้ง ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากคู่มือ DSDM วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ McNemar's test และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.001$ และผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ และผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมนี้มีกิจกรรมที่สำคัญ คือ โรงเรียนพ่อแม่ แผนกิจกรรมร่วมกับเด็กและการเยี่ยมบ้าน จึงทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น และผู้ปกครองมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการดีขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, โปรแกรม, การมีส่วนร่วม

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Master of Public Health Program, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirath Open University

² สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirath Open University

*Corresponding author E-mail: pumpuilo7@gmail.com



Abstract

This quasi-experimental research one-group pretest and posttest design. The objective of this research was to investigate the effects of an Early Childhood Development Promotion Program with a focus on parent participation at the Donchimplee Subdistrict Child Development Center, Bang Nam Piao District, Chachoengsao Province. The study population consisted of 35 early childhood students at Donchimplee Subdistrict Child Development Center. The program included parental education, skill training, and home-based developmental activities implemented for one month. Early Childhood Development was assessed twice, before and after participation in the program. Data were collected using a parental knowledge and behavior questionnaire regarding early childhood development promotion, and the child development assessment form based on the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Data were analyzed using McNemar's test and paired t - tests.

The research findings revealed that an early childhood showed a significant improvement in early childhood development ($p\text{-value} = 0.001$) after participation in the program. And parental knowledge in promoting early childhood development significantly increased after participating in the program ($p\text{-value} < 0.001$) and parental behaviors in promoting early childhood development also significantly increased after participating in the program ($p\text{-value} < 0.001$).

The key components of this program include the Parental School, joint parent-child activities, and storybook lending. These activities contributed to improvements in children's developmental outcomes, as well as enhanced parental knowledge and behaviors that promote child development.

Keywords: Development, Early Childhood, Program, Participation



บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ร่างกายและสมองมีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการด้านต่างๆ พัฒนาไปอย่างรวดเร็วและเป็นรากฐานที่สำคัญของช่วงวัยต่อไป เด็กปฐมวัยจึงจำเป็นต้องได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสมให้มีโภชนาการที่ดี พัฒนาการที่สมวัย และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทความสำคัญต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กในวัยนี้ให้เติบโตอย่างเต็มศักยภาพ ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม และพัฒนากระบวนการคิดและจิตใจของเด็กนำไปสู่การเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเป็นกำลังที่สำคัญของประชาชาติ⁽¹⁾ ดังคำกล่าวของ James J. Heckman “การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ให้ผลตอบแทนแก่สังคมที่ดีที่สุดในระยะยาว ซึ่งการลงทุนในเด็กปฐมวัยจะได้รับผลตอบแทนในระยะยาวกลับมา 7-10 เท่า”⁽²⁾ และเด็กในวันนี้ก็จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตที่มีสุขภาพดี มีความสามารถเรียนรู้ ทำงานได้เก่ง และเป็นพลเมืองดีที่จะนำความสำเร็จมาสู่สังคมในศตวรรษที่ 21

จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลก มีปัญหาด้านการเรียนรู้และพัฒนาการที่ผิดปกติ⁽³⁾ จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ครั้งที่ 6 (MICS6) ในประเด็นพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 92.30 โดยมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษาต่ำที่สุด ร้อยละ 61.00 จากทั้ง 4 ด้าน ผลการสำรวจยังพบว่าการที่พ่อแม่เล่นกับลูก เช่น การหัดเรียกชื่อ นับเลขหรือวาดรูป การเล่นนิทาน การอ่านหนังสือหรือนิทาน การร้องเพลง การทำกิจกรรมร่วมกัน และพาเด็กไปเล่นนอกบ้าน ทำให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.00 เด็กที่มีพ่อแม่ที่มีการศึกษาสูงจะมีพัฒนาการสมวัยที่มากกว่าเด็กที่พ่อแม่มีการศึกษาน้อยถึงร้อยละ 34.00⁽⁴⁾ ในประเด็นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ยังพบว่า มีความเหลื่อมล้ำสูง โดยเฉพาะเด็กที่ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำจะมีพัฒนาการสมวัยน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามพ่อแม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการให้สมวัยได้ผ่านการเล่นกับลูกมากขึ้นและการอ่านนิทาน ซึ่งจะช่วยกระตุ้นสมองให้เกิดวงจรการเรียนรู้ การออกเสียง เพิ่มคลังคำศัพท์ และสร้างสายสัมพันธ์ในครอบครัว⁽⁵⁾ ในเขตสุขภาพที่ 6 สถานการณ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย การเข้าถึงบริการในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดีจากข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2566) พบว่า เด็กปฐมวัย 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 84.20 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 81.53 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.42 และได้รับการติดตามพัฒนาการ ร้อยละ 87.49⁽⁶⁾

การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 86 โดยให้การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)⁽⁷⁾ ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย



แห่งชาติ⁽¹⁾ และให้ครูผู้ดูแลเด็กช่วยเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในทุกช่วงวัย ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้จัดทำโครงการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2566 โดยได้รับการสนับสนุนจากงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง เพื่อให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามคู่มือ DSPM และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ และส่งต่อตามแนวทางของระบบบริการสาธารณสุข ดำเนินการโดยให้ครูประเมินพัฒนาการเด็ก พบว่า มีเด็กได้รับการคัดกรองทั้งหมด 19,896 คน พบพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 79.72 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.49 หลังจากได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบ 1 เดือน ประเมินพัฒนาการครั้งที่สอง พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 86.72 จากการดำเนินงานพบเด็กมีพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุดในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 72.45 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.55 และส่วนใหญ่เป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

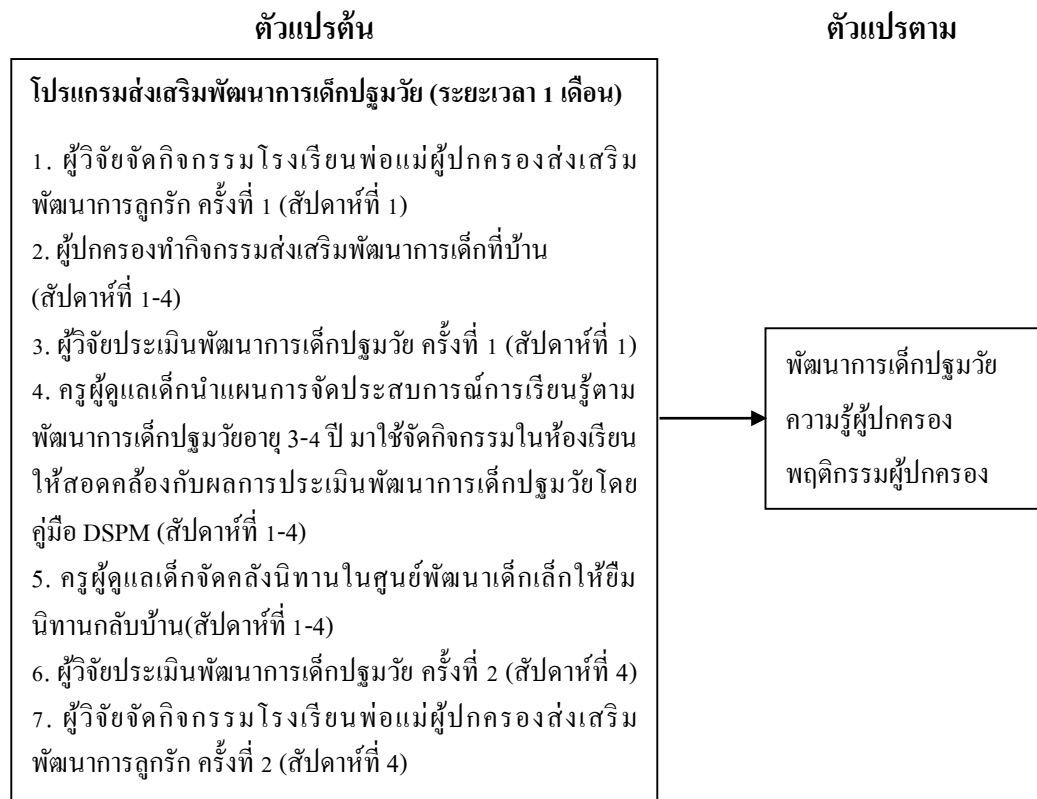
พัฒนาการเด็กปฐมวัยจะดีขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูของครอบครัว ดังนั้นการนำผู้ปกครองและผู้เลี้ยงดูเด็กเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ถึงแม้ว่าเด็กจะเข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจากครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว แต่ครอบครัวและการเลี้ยงดูก็มีอิทธิพลอย่างมากต่อพัฒนาการของเด็ก จึงมีความจำเป็นต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และผลการดำเนินงานและการลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังติดตามโครงการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2566 โดยครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุดและมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 6 และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองยังไม่มีส่วนร่วมในส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยประยุกต์จากการส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือ DSPM นี้ขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี จำนวน 35 คน และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี จำนวน 35 คน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและครูผู้ดูแลเด็กที่ผ่านการอบรมการใช้คู่มือ DSPM ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา และไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น ความพิการทางสมอง ภาวะดาวน์ซินโดรม ออทิสติก เป็นต้น
2. ผู้ปกครองยินยอมให้เด็กปฐมวัยเข้าร่วมโครงการวิจัย



เกณฑ์การคัดออก (Discontinuation criteria) ดังนี้

1. เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการ
2. ผู้ปกครองไม่สะดวกให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (ระยะเวลาทำกิจกรรม 1 เดือน) ประยุกต์จากทฤษฎีพัฒนาการของกิลเซล⁽⁸⁾ และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)⁽⁷⁾ และการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการลูกรัก ครั้งที่ 1 การใช้คู่มือ DSPM และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 1)

1.2 ให้ผู้ปกครองนำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 1-4)

ชวนลูกสร้างสรรค์ : ช่วยกันประดิษฐ์ของเล่น งานศิลปะ

ชวนลูกทำ : กิจกรรมประจำวัน งานบ้าน งานครัว งานสวน

ชวนลูกเล่น : ออกกำลังกาย เล่นน้ำ เล่นทราย เล่นอิสระ

ชวนลูกอ่าน : อ่านนิทาน อ่านหนังสือ เล่นนิทาน

1.3 ผู้วิจัยประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี (ช่วงอายุ 36-48 เดือน) ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

1.4 ผู้วิจัยแจ้งผลประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยและแนะนำครูใช้แผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ที่มีความสอดคล้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM ได้แก่ กิจกรรมกลางแจ้ง กิจกรรมสร้างสรรค์ กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ กิจกรรมเสริมประสบการณ์ กิจกรรมเล่นตามมุม และกิจกรรมเกมการศึกษา (สัปดาห์ที่ 1-4)

1.5 ครูจัดคลังนิทานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ยืมไปอ่านที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 1 - 4)

1.6 ผู้วิจัยประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี (ช่วงอายุ 36-48 เดือน) ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 4)

1.7 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการลูกรักและการใช้คู่มือ DSPM ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) เพื่อสรุปผลพัฒนาการเด็กปฐมวัยและแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน

2. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) อุปกรณ์คัดกรองและแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-4 ปี (ช่วงอายุ 31-36 เดือน ถึง ช่วงอายุ 43-48 เดือน) โดยแปลผลพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM ดังนี้

พัฒนาการสมวัย คือ ประเมินพัฒนาการผ่านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS)



พัฒนาการสงสัยล่าช้า คือ ประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน มีด้านใดด้านหนึ่งไม่ผ่าน

3. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ทั้ง 5 ด้าน จำนวน 17 ข้อ คะแนนเต็ม 17 คะแนน มีลักษณะข้อคำถามแบบ “ถูก” หรือ “ผิด” แปลผลระดับคะแนนโดยประยุกต์จากหลักของบลูม⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (13-17 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (7-12 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ทั้ง 5 ด้าน จำนวน 16 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด แปลผลพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ยโดยประยุกต์จากหลักของเบสท์⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมระดับดี (3.35-5.00 คะแนน) พฤติกรรมระดับปานกลาง (1.68-3.34 คะแนน) พฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-1.67 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 แสดงว่า ข้อคำถามตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้ในงานวิจัยได้ และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลอง (Try out) กับผู้ปกครองเด็กอายุ 3-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท้องกึ่ง ตำบลนาป่า อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะประชากรและพื้นที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ทำการศึกษามากที่สุด 30 ราย ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองโดยวิธีของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.701 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.878 แสดงว่า เครื่องมือแบบสอบถามมีความเชื่อมั่น สามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ เนื่องจากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ควรมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 ขึ้นไป⁽¹¹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลผลพัฒนาการเด็กปฐมวัย ความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ McNemar's test และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 788/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2568



ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามจำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.57 มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 40.00 การศึกษาของผู้ปกครองอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือ ปวช. ร้อยละ 42.86 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 91.43 อาชีพรับจ้างทั่วไป ค้าขาย และพ่อบ้านแม่บ้าน ร้อยละ 22.86 ความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 82.86 และรายได้ครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 54.29 ส่วนข้อมูลเด็กปฐมวัย จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเด็กชาย ร้อยละ 54.29 มีอายุอยู่ในช่วง 43-48 เดือน (3 ปี 7 เดือน-4 ปี) ร้อยละ 57.14 และนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 91.43

ส่วนที่ 2 พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กปฐมวัยทั้งหมด 35 คน โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพัฒนาการสมวัย จำนวน 18 คน สงสัยล่าช้า จำนวน 17 คน ซึ่งเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 18 คน เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพัฒนาการสมวัย จำนวน 11 คน ร้อยละ 64.71 และมีเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 6 คน ร้อยละ 35.29 และเมื่อหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เด็กปฐมวัย จำนวน 35 คน มีพัฒนาการสมวัย จำนวน 29 คน ร้อยละ 82.86 สงสัยล่าช้า จำนวน 6 คน ร้อยละ 17.14 พัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ($n = 35$ คน)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	พัฒนาการหลัง		รวม	p-value
	สงสัยล่าช้า	สมวัย		
พัฒนาการก่อน	0	18	18	0.001
	(0.0)	(100)	(100)	
	6	11	17	
	(35.29)	(64.71)	(100)	
รวม	6	29	35	
	(82.86)	(17.14)	(100)	



ส่วนที่ 3 ความรู้ของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 11.40 คะแนน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 14.60 คะแนน ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 35 คน)

โปรแกรมส่งเสริม พัฒนาการฯ	n	คะแนน เฉลี่ยความรู้ (S.D.)	Mean difference (95%CI)	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมฯ	35	11.40 (1.49)	3.20 (2.82-3.58)	1.11	17.12	< 0.001
หลังเข้าร่วมฯ	35	14.60 (1.31)				

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมของผู้ปกครอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 59.43 คะแนน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 66.09 คะแนน พฤติกรรมของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 35 คน)

โปรแกรมส่งเสริม พัฒนาการฯ	n	คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม (S.D.)	Mean difference (95%CI)	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมฯ	35	59.43 (5.33)	6.66 (5.82-7.50)	2.45	16.08	< 0.001
หลังเข้าร่วมฯ	35	66.09 (3.92)				



สรุปผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และผู้ปกครองยังมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยมีการส่งเสริมพัฒนาการจากผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กตามโปรแกรมฯ ร่วมกับการใช้คู่มือ DSPM มีความครอบคลุมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ทำให้เด็กส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ทั้งภาพรวมและรายด้าน แต่ยังมีเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเคลื่อนไหว และการใช้ภาษา และส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ติดตามต่อซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สราญจิต อินสร และคณะ (2564)⁽¹²⁾ เด็กมีพัฒนาการภาพรวมหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีพัฒนาการรายด้านก็เพิ่มขึ้นเช่นกันยกเว้นด้านการเคลื่อนไหว และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ (2561)⁽¹³⁾ พบว่า หลังจากส่งเสริมพัฒนาการแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถกระตุ้นเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าให้มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น และค้นพบเด็กพัฒนาการล่าช้าส่งพบแพทย์รักษาต่อ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ผลมาก และคณะ (2562)⁽¹⁴⁾ พบว่า พัฒนาการเด็กหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการของ Denver II ซึ่งต่างจากงานวิจัยนี้ที่ใช้ DSPM และสอดคล้องกับการศึกษาของ Piccolo et al. (2020)⁽¹⁵⁾ เกี่ยวกับนโยบายการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการเล่นในประเทศอินเดีย พบว่า เด็กในกลุ่มที่ผู้ปกครองเข้าร่วมประชุม ได้รับความรู้การเลี้ยงเด็ก การเล่น การอ่านนิทาน แบ่งปันประสบการณ์การเลี้ยงดูลูกกับครอบครัวอื่นร่วมด้วย และเยี่ยมบ้าน ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสูงกว่าเมื่อเทียบกับเด็กในกลุ่มที่ผู้ปกครองกลุ่มควบคุม ซึ่งต่างจากงานวิจัยนี้ไม่มีการเยี่ยมบ้าน และไม่ได้แบ่งเป็น 2 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ปกครองมีความรู้ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการและมีความสนใจแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกมากขึ้น ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริม



พัฒนาการเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาภรณ์ ชื่นตา และคณะ (2561)⁽¹³⁾ พบว่า ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และ อสม. มีความรู้และดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาผลของ มาลี เอื้ออำนวย และคณะ (2564)⁽¹⁶⁾ พ่อแม่และผู้ดูแลมีความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นหลัง ได้รับโปรแกรม และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้บิดามารดาและผู้ดูแลเด็กสามารถ ในการติดตามประเมินพัฒนาการเด็กได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeong et al. (2021)⁽¹⁷⁾ จากการทบทวนวิจัยจากทั่วโลก และวิเคราะห์การเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในช่วง 3 ปีแรก พบว่า การมีความรู้ความเข้าใจพัฒนาการ การเลี้ยงดูลูก และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้พัฒนาการลูกดีขึ้นทั้งด้านสติปัญญา ภาษา และการเคลื่อนไหว

ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในโปรแกรมฯ ของผู้ปกครอง มีความครอบคลุมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ตามคู่มือ DSPM และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของเด็ก เช่น การช่วยเหลือตัวเอง การทำงานบ้าน การเล่น อ่านนิทาน และผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน และค้าขาย อายุในช่วง 20-30 ปี จึงมีเวลาใส่ใจในการส่งเสริมพัฒนาการและทำกิจกรรมร่วมกับลูก และมีการใช้คู่มือ DSPM เพิ่มขึ้น ทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี เอื้ออำนวย และคณะ (2564)⁽¹⁶⁾ พ่อแม่และผู้ดูแลมีพฤติกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สราญจิต อินสร และคณะ (2564)⁽¹²⁾ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกเพิ่มขึ้นหลังใช้ชุดกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ข้อจำกัดการวิจัย

1. กลุ่มประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อยจึงไม่สามารถแยกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อทำการทดลองเชิงเปรียบเทียบได้ เนื่องจากตอนลงเก็บข้อมูลมีเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม
2. ไม่ได้วัดผลการศึกษาครูผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีครูจำนวนน้อยมากในการศึกษาครั้งต่อไป อาจขยายผลการศึกษาไปในครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ครอบคลุมมากขึ้น



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครองสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการมาใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นและติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 30 วัน ก่อนส่งไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. ผู้ปกครองมีความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยเน้นให้ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM และทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก เช่น การเล่น การอ่าน นิทาน ช่วยเหลือตัวเอง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว
3. ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถนำแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เช่น กิจกรรมเคลื่อนไหว เล่นตามมุม กลางแจ้ง เกมการศึกษา เป็นต้น มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และมีการวัดผลให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกองการบริหารส่วนตำบลดอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่อำนวยความสะดวกและเอื้อเฟื้อสถานที่จัดกิจกรรม คุณครู และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัทพริกหวาน กราฟฟิค จำกัด; 2562.
2. Heckman JJ. School, Skill, and Synapses. National institutes of health 2008; 46(3): 1-63.
3. World Health Organization. Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low and middle-income countries: a review. [Internet]. [cited 15 Jun 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503549>



4. Topothai T, Suphanchaimat R, Topothai C, Tangcharoensathien V, Cetthakrikul N, Waleewong O. Thailand Achievement of SDG Indicator 4.2.1 on Early Child Development: An Analysis of the 2019 Multiple Indicator Cluster Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(13): 1-12.
5. กรมอนามัย. กรมอนามัย-ภาคีเครือข่าย ห่วงพัฒนาการด้านสติปัญญา-ภาษาของเด็กไทยต่ำสุดใน 4 ด้าน ชวนพ่อแม่เล่นและอ่านหนังสือกับลูกเพิ่มมากขึ้นช่วยกระตุ้นพัฒนาการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/250665/>
6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี. รายงานสรุปตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/ebook-smr/4580#wow-book/>
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2566.
8. Gesell A. Maturation and infant behavior pattern. *Psychological Review* 1929; 36(4): 307-319.
9. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. *Taxonomy Of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc; 1956.
10. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice hall inc; 1977.
11. ถิรวิทย์ ไพรหมหานิช. การหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC : Index of item Objective Congruence) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Microsoft Excel). กำแพงเพชร: สาขาวิชาภาษาอังกฤษ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 2566.
12. สราญจิต อินสร, ชศสยา อ่อนคำ, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม* 2564; 5(10): 143-160.
13. ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม, เพียงนกร คำผา. การพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดยโสธร. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.pkyasothon.org/research/data/childdevelopment.pdf>
14. จุฑามาศ ผลมาก, ปรัชญาพร ธิสาระ, ดาว เวียงคำ, อมรรัตน์ ดวงปัญญา. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารการแพทย์ทหารบก* 2562; 20(2): 241-250.



15. Piccolo LR, Weisleder A, Mendelsohn AL. Promoting Global Early Child Development Through Play : Two Sustainable, Effective Models. PEDIATRICS 2020; 146(6): e2020032433.
16. มาลี เอื้ออำนวย, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, พรรณนิภา บุญกล้า, ศศิธร คำมี, กรชนก หน้าขาว. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2564; 3(1): 48-63.
17. Jeong J, Franchett EE, Clariana VRO, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. PLoSMed 2021; 18(5): e1003602.



ประสิทธิผลของระบบ และกลไกการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู

EFFECTIVENESS OF THE SYSTEM AND MECHANISM FOR REPORTING EPIDEMIOLOGICAL DISEASE SURVEILLANCE IN NONG BUA LAMPHU PROVINCE

Received: July 24, 2025

Revised: October 17, 2025

Accepted: November 08, 2025

ณัฐญกร มอญขันธุ์

Nattayakorn Monkhan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบและกลไกที่พัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างวันที่ วันที่ 5 สิงหาคม 2567-วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงอนุมานใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองใช้ระบบและกลไก เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง (Mean diff 2.27, 95% CI = 2.54-4.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และทัศนคติต่อการใช้งานระบบหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง (Mean diff 3.94, 95% CI = 3.75-5.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพัฒนาระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว รู้ทันสถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในจังหวัดหนองบัวลำภู และกำหนดนโยบายในการวางแผนสนับสนุน การเฝ้าระวังโรคติดต่อ ตามบริบทในพื้นที่ที่เหมาะสม รวมถึงลดอัตราป่วย และอัตราตายที่ส่งผลกระทบต่อทางสุขภาพ

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังโรค, ระบาดวิทยา, รูปแบบการพัฒนา, นวัตกรรม



Abstract

This study is a quasi-experimental research study. The objective is to develop a system and mechanism for reporting infectious diseases that require epidemiological surveillance in Nong Bua Lamphu Province to evaluate the effectiveness of the developed system and mechanism. Data were collected using questionnaires and in-depth interviews between August 5, 2024 and August 16, 2025. Descriptive statistics were analyzed and inferential analysis was performed using Paired t-test statistics.

The study results found that after the trial of the system and mechanism, epidemiologists had higher knowledge scores on the epidemiological communicable disease surveillance system after the trial than before the trial (Mean diff 2.27, 95% CI = 2.54-4.16) with statistical significance at 0.05. Their attitudes towards using the system after the trial were higher than before the trial (Mean diff 3.94, 95% CI = 3.75-5.04) with statistical significance at 0.05. Developing a system and mechanism for reporting communicable diseases requiring epidemiological surveillance enables all levels of stakeholders to access information easily, conveniently, and quickly, and keep abreast of the situation of communicable diseases requiring surveillance in Nong Bua Lamphu Province.

Developing a system and mechanism for reporting infectious diseases requiring epidemiological surveillance enables stakeholders at all levels to easily, conveniently, and quickly access information, keep abreast of the situation of infectious diseases requiring surveillance in Nong Bua Lamphu Province, and establish policies for planning and supporting infectious disease surveillance appropriately based on the local context, as well as reduce morbidity and mortality rates that impact health.

Keywords: Disease surveillance, epidemiology, development patterns, innovation



บทนำ

การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข หรือ Public Health Surveillance เป็นการจัดเก็บข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีระบบรวมถึงการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปเผยแพร่และใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านการวางแผนการจัดทำมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข รวมถึงประเมินผลมาตรการอย่างทันทั่วถึง โดยประโยชน์หลักของระบบการเฝ้าระวังโรค คือ ทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานจำนวนผู้ป่วยของโรคต่างๆ เพื่อติดตามสถานการณ์แนวโน้มของการเกิดโรค การกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่ นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อตรวจการระบาด การพยากรณ์การระบาดนำไปสู่การตั้งสมมติฐานการวิจัยค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค ประเมินมาตรการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมด มาช่วยในการวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรในการป้องกันโรคได้อย่างเพียงพอกับสถานการณ์ และสามารถควบคุมโรคได้สำเร็จ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน⁽¹⁾ การเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยาเป็นการติดตามการเฝ้าระวังในด้านการเกิดและการกระจายของโรค ภัย ไข้เจ็บ หรือกลุ่มอาการที่อาจเกิดจากการติดเชื้อ ในรายละเอียดของบุคคล เวลาสถานที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคหรือเชือนั้นๆ โดยมีระบบการเฝ้าระวังแนวโน้มการระบาดของโรคติดต่อภาพรวมประเทศและในพื้นที่ต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนรับมือและวางมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ⁽²⁻³⁾ โดยคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้กำหนดโรคที่ต้องรายงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ไว้ 3 ประเภท ได้แก่ โรคติดต่ออันตราย โรคระบาด และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กรณีโรคติดต่ออันตรายและโรคระบาด กำหนดให้มีการแจ้งไปยังเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยเร็วภายใน 3 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง ตามลำดับ ซึ่งอาศัยกลไกการแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติหรือการแจ้งข่าวการระบาดส่วนโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2562 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ฉบับที่ 2 และ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังรวมทั้งสิ้น 57 โรค โดยสถานพยาบาลหรือสถานชั้นสูงต้องแจ้งไปยังเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อภายใน 7 วัน⁽⁴⁻⁶⁾ โรคติดตอยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับจังหวัดที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบข้อมูล จังหวัดหนองบัวลำภูเป็นพื้นที่หนึ่งที่พบการระบาดของโรคติดต่อ การรายงานโรคที่ล่าช้าและไม่ครบถ้วน ร้อยละ 67.98⁽⁷⁾ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จึงมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม ควบคุม และป้องกันโรคติดต่ออย่างเป็นระบบ⁽⁸⁻⁹⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำนวัตกรรม และพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในจังหวัดหนองบัวลำภู งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อ



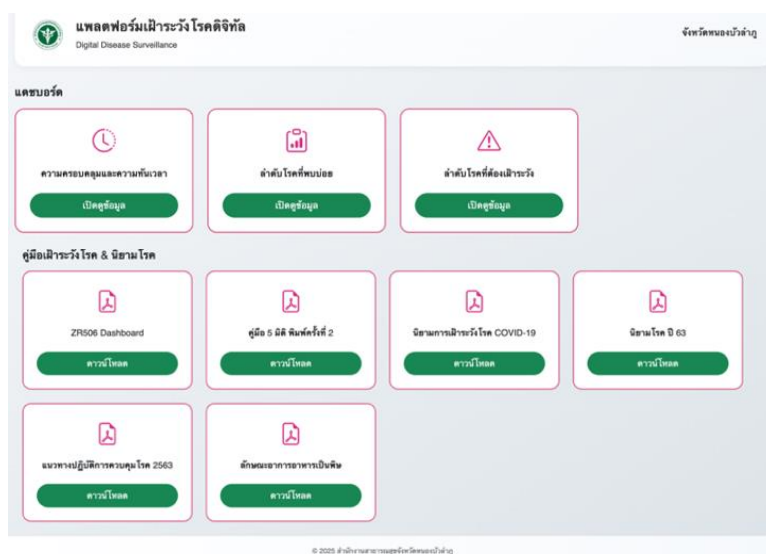
ที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประเมินประสิทธิผลของระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดหนองบัวลำภู โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว รู้ทันสถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังได้ในจังหวัดหนองบัวลำภู ทำให้การรายงานเหตุการณ์ได้ทันเวลา และเครือข่ายสามารถนำไปใช้ประโยชน์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (One group pre-posttest design) เพื่อพัฒนาระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดหนองบัวลำภู และประเมินประสิทธิผลของกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู หลังจากให้ความรู้ และปฏิบัติระหว่างวันที่ 5 สิงหาคม 2567-วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ที่มา <https://mellow-caramel-427d30.netlify.app/>



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา และส่งข้อมูลรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) จังหวัดหนองบัวลำภู และเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU+VCU) จังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลองนี้ (รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง) ได้ดำเนินการโดยใช้การวิเคราะห์กำลังอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ผ่านโปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดให้ระดับนัยสำคัญ (Alpha, α) อยู่ที่ 0.05 และกำหนด ขนาดอิทธิพลที่คาดหวัง (Effect Size d z) ในระดับปานกลางที่ 0.5 (อ้างอิงตาม Cohen)⁽¹⁰⁾ จากการคำนวณเมื่อกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 32 คน พบว่า งานวิจัยนี้มี กำลังอำนาจการทดสอบ (Power, $1-\beta$) เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับ คือ 0.80 ดังนั้น ขนาดตัวอย่าง จำนวน 32 คน จึงถือว่ามีความเพียงพอ และเหมาะสม

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา และส่งข้อมูลรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) จังหวัดหนองบัวลำภู และเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU+VCU) จังหวัดหนองบัวลำภู นำรายชื่อมาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมา โดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา
- 2) สนใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก

- 1) เจ็บป่วยกระทันหัน เป็นโรคติดต่อ หรือเจ็บป่วยจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างที่เก็บข้อมูล
- 2) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลอง/นวัตกรรม คือ โปรแกรมให้ความรู้ และปฏิบัติที่พัฒนามาให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา และการเข้าใช้งานระบบ นวัตกรรมที่สร้างขึ้น ได้แก่



Dashboard ความครอบคลุมความทันเวลา จังหวัด และอำเภอในการบันทึกข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวัง
Dashboard ลำดับโรคที่พบบ่อย และโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และคู่มือเฝ้าระวังโรค และนิยามโรค

2. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา เป็นคำถามแบบถูกผิด 4 ตัวเลือก 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 10 ข้อ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการส่งข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 10 ข้อ และส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการใช้งาน เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 10 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล และด้านผู้สืบค้น จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถ้ามีความสอดคล้องผู้เชี่ยวชาญ จะให้ค่าเป็น “+1” แต่ถ้าผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อสอบข้อนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จะให้ค่าเป็น “-1” และในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่า ข้อสอบข้อนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ก็ให้ค่าเป็น “0” ทั้งนี้ค่า IOC ที่ยอมรับไว้ว่ามีความเที่ยงตรงคือ ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างศึกษาจำนวน 30 คน ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู

3. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามหาความเชื่อมั่น ใช้กับข้อมูล nominal โดยการวัดคุณภาพของข้อมูลหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พิจารณาเนื้อหาความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน ใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

4. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ใช้กับข้อมูล Interval scale โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Likert scale นำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่า มีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน โดยการหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อวัดค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ให้ได้ค่าเชื่อมั่น 0.79 สำหรับแบบสอบถามที่มีค่ายากง่ายในลักษณะกระจาย



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ SD
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1 ใช้สถิติ

Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู วันที่ 24 ตุลาคม 2567 เลขที่ 57/2567

ผลการวิจัย

จากการศึกษา และพัฒนานวัตกรรมโปรแกรมเฝ้าระวังติดต่อทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.37 อายุระหว่าง 36-45 ปี ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับ ป.ตรี ร้อยละ 71.88 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี และระยะเวลามากกว่า 10 ปี การทำงานด้านเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา 6-10 ปี เคยอบรมทางด้านระบาดวิทยา ร้อยละ 93.75 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 32)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	40.63
หญิง	19	59.37
อายุ		
≤ 25	5	15.62
26-35	9	28.13
36-45	10	31.25
46-55	7	21.87
≥ 56 ปีขึ้นไป	1	3.13



ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	28.13
ปริญญาตรี	23	71.88
ปริญญาโท		
ตำแหน่ง		
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	9.38
นักวิชาการสาธารณสุข	19	59.37
นักสาธารณสุข	10	31.25
หน่วยงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	20	62.5
โรงพยาบาล	6	18.75
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	6	18.75
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
< 1 ปี	3	9.38
1 - 5 ปี	12	37.5
6 - 10 ปี	5	15.62
>10 ปี	12	37.5
การทำงานด้านเฝ้าระวังโรคทางระบาดฯ		
1-5 ปี	14	43.75
6-10 ปี	18	56.25
11-20 ปี	0	0
>20 ปี	0	0
ประวัติการอบรมหลักสูตรทางระบาดฯ		
เคยอบรม	30	93.75
ไม่เคยอบรม	2	6.26

เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

การประเมินประสิทธิผลของระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อ หลังการทดลอง พบว่าเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะการส่งรายงาน และความพึงพอใจในการใช้งานระบบ มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบ



เฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยามากกว่าก่อนทดลอง 2.27 คะแนน (Mean diff = 2.27, 95% CI = 2.82 to 3.53) ทักษะคิดต่อการส่งข้อมูลโรคติดต่อ มากกว่าก่อนทดลอง 3.94 คะแนน (Mean diff = 3.94, 95% CI = 3.75 to 5.04) และมีคะแนนความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูล มากกว่าก่อนทดลอง (Mean diff = 3.98, 95% CI = 1.09 to 3.51) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา	9.13	1.15	22.24	2.15	2.27	1.82-3.53	<0.001
ทักษะคิดต่อการใช้งานระบบ	20.11	1.56	28.81	2.96	3.94	3.75-5.04	<0.001
ความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบ	21.87	1.94	29.14	3.12	3.98	1.09-3.51	0.0003

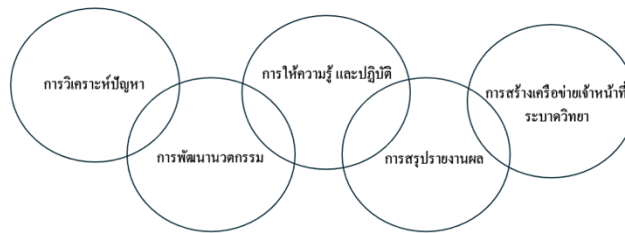
หมายเหตุ : วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pair t-test

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) ในกลุ่มนักระบาดวิทยา จากโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 6 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอว่า ควรพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และโรคติดต่ออันตราย ทั้งนี้หากมีการพัฒนาระบบหรือโปรแกรมเฝ้าระวังโรคติดต่อเป็นแบบดิจิทัล ต้องไม่เพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลการกระจายได้ เช่น กราฟเส้น แผนภูมิแท่ง แผนภูมิวงกลม แผนที่เชิงภูมิศาสตร์ และควรดำเนินการปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถเลือกดูข้อมูลตามช่วงเวลาต่างๆ ได้

การพัฒนาระบบ การพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁽¹¹⁾ จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) เพื่อแก้ไขปัญหา, ลงมือปฏิบัติ (Action) ตามแผน ที่วางไว้, สังเกตการณ์ (Observation) เพื่อรวบรวมข้อมูล และสะท้อนผล (Reflection) เพื่อประเมินและปรับปรุง ดังภาพที่ 2



การพัฒนาระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาระบบ และกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
ทางระบาดวิทยา จังหวัดหนองบัวลำภู

สรุปผลการวิจัย

ประสิทธิผลของระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อ หลังการทดลอง พบว่า เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีความรู้เรื่องการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยามากกว่าก่อนทดลอง 2.27คะแนน (Mean diff = 2.27, 95% CI = 2.82 to 3.53) ทักษะคิดต่อการส่งข้อมูลโรคติดต่อ มากกว่าก่อนทดลอง 3.94 คะแนน (Mean diff= 3.94, 95% CI = 3.75 to 5.04) และมีคะแนนความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูล มากกว่าก่อนทดลอง (Mean diff= 3.98, 95% CI = 1.09 to 3.51) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีความรู้เรื่องการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากมีกลไกการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และระบบที่ง่ายขึ้นในการเข้าถึงข้อมูล สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการสอบสวนโรคติดต่อ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว⁽¹²⁾ และการศึกษาที่พบว่า จุดอ่อนและอุปสรรคในการจัดการข้อมูลสารสนเทศ คือ ขาดการติดตาม และผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลขาดความรู้ ทักษะ ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังป้องกันโรคโรคติดต่อและระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรค และระบบสารสนเทศมากกว่าการทดลอง และมีความพึงพอใจในการใช้งานระบบสารสนเทศ และระบบแสดงผล สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ วางแผนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับ



การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตำบลนาหมื่นศรี อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการสอบสวนโรคติดต่อ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติงานตามนโยบายมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในจังหวัดอุบลราชธานี ต้องมีมาตรการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ⁽¹⁷⁾ ระบบที่พัฒนาขึ้นยังช่วยให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีความสะดวกในการใช้งาน สามารถเข้าถึงผลการสุปรายงานข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตแบบ real time ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานเป็นอย่างดีสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ที่มีจุดเด่นในการตอบสนองและจัดการแก้ไขปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ศึกษาในประชากร หรือขนาดตัวอย่างเล็ก ในจังหวัดหนองบัวลำภู และระยะเวลาศึกษาสั้น
2. ระยะเวลาในการศึกษาสั้น และศึกษาเฉพาะในจังหวัดหนองบัวลำภู

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมต่อเนื่อง ปรับปรุงโปรแกรมให้มีความทันสมัย
2. พัฒนาร่วมกับฐานข้อมูลอื่นๆ เช่น ระบบหมอพร้อม ระบบ API และขยายผลการใช้งานโปรแกรม พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น



3. การศึกษา single group pre-post design ควรมี control group
4. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว และประเมิน cost-effectiveness

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่กรุณาอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1317720220921103807.pdf>
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. กมล พงชนะ และคณะ. การพัฒนาระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 27: 699-709.
4. ดอกแก้ว ตามเดช. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565; 5(1): 78-92.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ความทันเวลาของสถานพยาบาลในการรายงานโรค [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dvis3.ddc.moph.go.th/DDC_CENTER_DOE/views/coverage-timeliness-navigation/page2?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y
6. จรรรงค์ ลีสุรพงศ์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, วัลลภา คชภักดี. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบล. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2553; 12(4): 16-17.
7. เจริญ สันติวิเศษ. การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 5. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2548; 13(4): 56-57.
8. Cohen, R., Lange, L., Slusser, W. A description of a male-focused breastfeeding promotion corporate lactation program. J Hum Lact 2002; 18(1): 61-64.
9. Kemmis, S., McTaggart, R. The action research planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1998.



10. ธนาภิต พิมพลักษณ์. การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2542.
11. ภูธร สารสวัสดิ์, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2555; 6(2): 24-26.
12. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, บังอร เหล่าเสถียรกิจ. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2552. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2552; 18(3): 22-23.
13. วิจิต มธุรสภานันท์. หลักการป้องกันและควบคุมโรค. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2538
14. กฤษณะ สุกาวงค์ และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังโรคติดต่อ Z506 Dashboard รู้ทัน ป้องกันได้ เขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2566; 1(3): 1-19.
15. วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. การพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 3(2): 55-71.
16. พุทธิไกร ประมวล, นิตยา ดวงแสง. การพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาด จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2567; 3(1): 141-155.
17. ปราโมทย์ เกิดผล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(6): 60-67.
18. จิตรานุช เขียวทิพย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 5(2): 22-33.
19. กนกวรรณ เขียวศิริถาวร, ฉัตรสุมน พงศนิญโญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4(2): 195-207.



**ประสิทธิผลของการรับสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
ผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น
ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี**
**EFFECTIVENESS OF RECEIVING INFOGRAPHICS BASED ON THE
THEORY OF PLANNED BEHAVIOR ON WEBSITE TO PROMOTION
ON PREVENTION BULLYING AND BULLYING VICTIMIZATION BEHAVIORS
AMONG LOWER SECONDARY SCHOOL STUDENTS, SURAT THANI PROVINCE**

Received: June 19, 2025

Revised: November 11, 2025

Accepted: November 20, 2025

อภิรักษ์ ตรียวง^{1*}, สิริยาพร นิตikhunkasem¹Aphirak Triyuang^{1*}, Siriyaporn Nitikhunkasem¹**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรับสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและรังแกผู้อื่นของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-16 ปี จำนวน 39 คน ซึ่งได้รับสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์โดยการเรียนรู้ด้วยตนเอง จำนวน 3 เนื้อหาสาระเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติค่าทีแบบจับคู่

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและรังแกผู้อื่น ($M = 3.43, S.D. = 0.35$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการถูกรังแกและรังแกผู้อื่น ($M = 3.89, S.D. = 0.46$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและรังแกผู้อื่น ($M = 3.77, S.D. = 0.31$) และความตั้งใจทำพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและรังแกผู้อื่น ($M = 4.10, S.D. = 0.33$) สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีระดับความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์โดยภาพรวม ($M = 3.84, S.D. = 0.30$) อยู่ในระดับสูง

สรุปได้ว่า การรับสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและรังแกผู้อื่น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียน

คำสำคัญ: อินโฟกราฟิก, เว็บไซต์, การรังแก, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Surat Thani Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: aphirak.tr@ku.th



Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of receiving infographics based on the Theory of Planned Behavior on website to promotion on prevention bullying and bullying victimization behaviors among lower secondary school students in Surat Thani Province. It was used the one group pretest-posttest design. The sample consisted of 39 students aged 13-16 years, received infographics on website through self-learning, 3 contents, for a period of 1 week. Data were collected using questionnaires administered before and after the intervention and analyzed using descriptive statistics, and paired t-test.

The results revealed that, post-intervention, the sample had of attitudes toward behavior on preventing bullying and bullying victimization ($M = 3.43$, $S.D. = 0.35$), subjective norms in preventing bullying and bullying victimization ($M = 3.89$, $S.D. = 0.46$), perceived behavior control on preventing bullying and bullying victimization ($M = 3.77$, $S.D. = 0.31$), and behavioral intentions in preventing bullying and bullying victimization ($M = 4.10$, $S.D. = 0.33$) than pre-intervention significantly higher mean score ($p\text{-value} < 0.05$) and the overall satisfaction level with the infographics website was rated ($M = 3.84$, $S.D. = 0.30$) at the highest level.

In conclusion, receiving infographics based on Theory of Planned Behavior on website in prevention bullying and bullying victimization behaviors was effective in enhancing factors associated with Theory of Planned Behavior.

Keywords: Infographic, Website, Bullying, Theory of Planned Behavior, Lower Secondary School Students



บทนำ

ในปัจจุบันพฤติกรรมกรังแกกันเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้มากในนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาของโรงเรียน และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการกลั่นแกล้งรังแกกันเป็นการกระทำซ้ำๆ ของผู้รังแกที่มีเจตนาและตั้งใจทำให้ผู้ถูกรังแกได้รับอันตรายทางร่างกายหรือรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจ⁽¹⁾ ส่งผลให้ผู้ถูกรังแกขาดสมาธิในการเรียนรู้ ไม่อยากมาโรงเรียน ซึมเศร้า เครียด ขาดความมั่นใจในตนเอง ทำร้ายตนเอง หรืออาจมีความคิดที่อยากฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายในที่สุด⁽²⁾ โดยปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกกันของนักเรียนกลายเป็นปัญหาที่น่าวิตกกังวล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียน ทำให้นักเรียนได้รับความเสียหาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ ของบุคคลที่แข็งแกร่งกว่าต่อบุคคลอื่นที่มีความอ่อนแอกว่า โดยการรังแกกันเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงที่ตั้งใจกระทำให้ผู้อื่นได้รับความทุกข์ความเจ็บปวด เพื่อให้ตนเองรู้สึกมีอำนาจหรือมีพลังเหนือกว่าผู้อื่น⁽³⁾ ซึ่งการรังแกกันในโรงเรียน เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นและพบบ่อยมากในโรงเรียน และสามารถพบเห็นได้เป็นเรื่องปกติในทุกโรงเรียน โดยปัญหาการรังแกกันในโรงเรียนถือว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและสถาบันการศึกษา รวมถึงนักเรียนที่ถูกรังแกและนักเรียนที่รังแกผู้อื่นเป็นอย่างมาก และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรังแกกันกลั่นแกล้งรังแกกันในวัยรุ่นตอนต้น ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากทัศนคติต่อพฤติกรรมกรังแกกันกลั่นแกล้งรังแกกัน และอิทธิพลจากเพื่อน⁽⁴⁾

ในเดือนธันวาคม 2566 โดยงานวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี⁽⁵⁾ ได้มีการศึกษานำร่อง (Pilot study) ด้วยการประเมินรูปแบบต่างๆ ของพฤติกรรมกรังแกและการรังแกผู้อื่น สถานที่เกิดเหตุ และระดับการรับรู้ในสังคมแวดล้อม รวมถึงปฏิกิริยาต่อสิ่งที่เกิดขึ้นของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 4 โรงเรียน นักเรียนทั้งหมด 274 คน พบว่า นักเรียนเคยถูกกลั่นแกล้งรังแก ร้อยละ 54.40 ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่มองว่าการรังแกกันเป็นการใช้ความรุนแรง ร้อยละ 84.70 เคยพบเห็นการรังแกกันจากเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 58.80 เคยพบเห็นการรังแกกันทางวาจามากที่สุด ร้อยละ 48.90 รองลงมาการรังแกทางร่างกาย ร้อยละ 31 และการรังแกทางสังคมหรือสัมพันธ์ภาพ ร้อยละ 5.80 ซึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นที่มีอารมณ์แปรปรวน และไม่คงเส้นคงวา โดยเด็กวัยรุ่นทะเลาะกันได้ง่ายแม้เป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ แต่โกรธกัน ไม่นานมากนัก ซึ่งการทะเลาะกันมีทั้งการใช้วาจาต่อาทอนกัน และหากรุนแรงมากอาจลุกลามเป็นการใช้กำลังต่อสู้และทำร้าย เช่น ตะ ค่อย ถีบ กระชากผม หรือชักชวนพรรคพวกของตนเองมาช่วยกันรุมทำร้าย⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่า การรังแกกันในโรงเรียนเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นและพบเห็นได้เป็นเรื่องปกติในทุกโรงเรียน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสังคมและสถาบันการศึกษาเป็น



อย่างมาก โดยปัจจัยเชิงสาเหตุที่กระตุ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งรังแกกันนั้น มักมาจากทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลจากเพื่อน ความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน อิทธิพลจากสื่อและการรับรู้ความรุนแรงจากสื่อ และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของไอเซน⁽⁷⁾ เป็นทฤษฎีในกลุ่มระดับบุคคลที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ความตั้งใจ และพฤติกรรม ดังนั้น จึงเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและสุศึกษาที่ต้องทำนายความตั้งใจในการกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคล

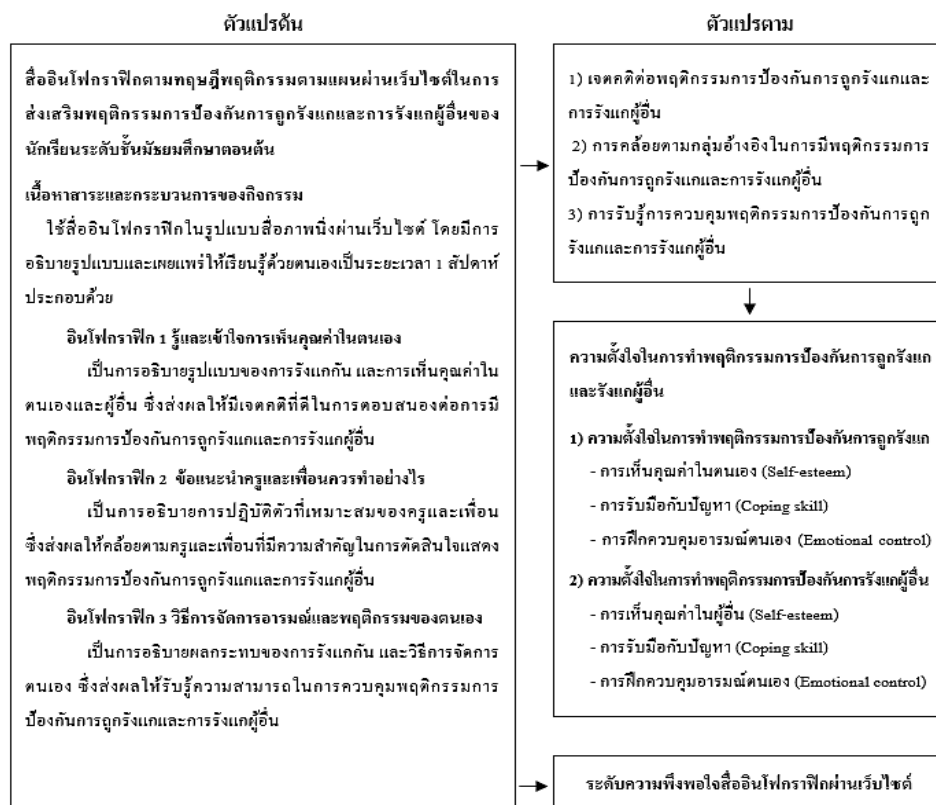
จากสาเหตุและสภาพปัญหาข้างต้น จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนควบคู่กับการใช้สื่ออินโฟกราฟิกในรูปแบบสื่อภาพนิ่ง (Infographic) ผ่านเว็บไซต์ (Website) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ผ่านตัวกลางที่เป็นสื่อเทคโนโลยีหรือออนไลน์ รวมถึงเป็นการเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ให้นักเรียนได้เลือกวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสื่ออินโฟกราฟิกเป็นการนำเสนอข้อมูลที่ซับซ้อนให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย น่าสนใจ และน่าจดจำ โดยการจัดเรียงข้อมูลอย่างเป็นระบบ และใช้ภาพประกอบในการสื่อความหมาย ทั้งนี้ จะช่วยกระตุ้นให้นักเรียนที่เป็นผู้รับสารเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งนักเรียนสามารถสร้างการรับรู้และความเชื่อมั่น รวมถึงตั้งเป้าหมาย และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ ความตั้งใจ (Intention) ถ้าบุคคลมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะยิ่งมีความพยายามในการกระทำมากขึ้นเพียงนั้น ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการรับสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้ นักเรียนได้มีความตั้งใจและแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้ลดการสูญเสียคุณภาพของประชากรในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหานี้ในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรับสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในรูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 13-16 ปี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 43,468 คน⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ห้อง 2 โรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2 อายุระหว่าง 13-16 ปี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 39 คน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ในการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน⁽⁹⁾ ซึ่งประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการทดลอง โดยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) เท่ากับ 0.05 กำหนด ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน



เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 35 เท่ากับ $27 \times 0.35 = 9.45$ ดังนั้น จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 9 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 39 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยการสุ่มคัดเลือกขนาดโรงเรียน คัดเลือกโรงเรียน คัดเลือกระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และ คัดเลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจับฉลากได้เป็นโรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2 นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ห้อง 2 โดยมีเกณฑ์และลักษณะการคัดเลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)
 - 1.1 นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-16 ปี
 - 1.2 ผู้ปกครองให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - 1.3 นักเรียนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. เกณฑ์การคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

หลังเข้าร่วมการวิจัย นักเรียนไม่ประเมินความพึงพอใจ
3. เกณฑ์การถอนตัวจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (Withdrawal criteria)
 - 3.1 นักเรียนย้ายสถานศึกษาหรือลาออกจากการศึกษา
 - 3.2 นักเรียนมีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
 - 3.3 นักเรียนตัดสินใจลาออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยการเผยแพร่สื่อให้เรียนรู้ด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 เนื้อหาสาระ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 อินโฟกราฟิก 1 (ซ้าย) อินโฟกราฟิก 2 (กลาง) อินโฟกราฟิก 3 (ขวา)



อินโฟกราฟิก 1 รู้และเข้าใจการเห็นคุณค่าในตนเอง⁽¹⁰⁾ เป็นการอธิบายรูปแบบของการกลั่นแกล้งรังแกกัน และการเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้นักเรียนมีเจตคติที่ดีในการตอบสนองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น

อินโฟกราฟิก 2 ชื่อนำครูและเพื่อนควรทำอะไร⁽¹¹⁾ เป็นการอธิบายการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของครูและเพื่อน ซึ่งส่งผลให้นักเรียนคล้อยตามครูและเพื่อนที่มีความสำคัญในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น

อินโฟกราฟิก 3 วิธีการจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง⁽¹²⁾ เป็นการอธิบายผลกระทบของการรังแกกัน และวิธีการจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลให้นักเรียนรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นได้อย่างตั้งใจทั้งทางบวกและทางลบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพของบิดามารดา ลักษณะที่พักอาศัย ผู้ปกครองหลัก รายได้ที่ได้รับจากครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน) และโรคประจำตัว (วินิจฉัยโดยแพทย์)

ส่วนที่ 2-6 แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละส่วนประกอบด้วยคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการถูกรังแกจำนวน 6 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับการรังแกผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการออกแบบและการจัดรูปแบบ จำนวน 6 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับคุณภาพของเนื้อหา จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งช่วงการให้คะแนน 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน และคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน โดยแปลคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับจากการใช้ช่วงคะแนนของพิสัย (Intervals from the range) ซึ่งเป็นวิธียุบระดับจาก 5 ระดับ เป็นการแปลผลเพียง 3 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย 1-5 คะแนน ตามแนวคิดของเบสท์⁽¹³⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้



1. นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ไปทดสอบหาคุณภาพของสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์ให้เป็นไปตามระดับการประเมิน (Stufflebeam and Shinkfield) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มาใช้ดำเนินการทดลอง โดยคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองต้องอยู่ในระดับดี (Good) ขึ้นไป โดยผลการตรวจสอบหาคุณภาพของสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์ มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก (Excellent) เท่ากับ 4.77 คะแนน ซึ่งเป็นค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบหาคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มาใช้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผลภาพรวมของแบบสอบถามชุดนี้ ได้ค่าเท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกัน จำนวน 30 คน แล้วนำเครื่องมือมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ซึ่งจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า 0.70 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามชุดนี้ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม เท่ากับ 0.72 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เท่ากับ 0.71 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เท่ากับ 0.72 ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม เท่ากับ 0.72 และความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์ เท่ากับ 0.76 ซึ่งเป็นค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจหลังได้รับสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น ก่อนและหลังได้รับสื่ออินโฟกราฟิกผ่านเว็บไซต์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้สถิติค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และได้รับการสุ่มจากประชากรที่มีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution) ค่าตัวแปรที่จะนำมาทดสอบต้องเป็นข้อมูลต่อเนื่องหรืออยู่ในมาตราอันตรภาค (Interval scale) หรืออัตราส่วน (Ratio scale) จากการทดสอบ พบว่า การแจกแจงตัวแปรเป็นปกติ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test (เนื่องจากกลุ่ม



ตัวอย่างน้อยกว่า 50 คน) จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ทุกตัวแปร ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงเป็นปกติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยเลขที่ STPHO2025-76 (วันที่รับรอง 24 เมษายน 2568 และวันที่หมดอายุ 23 เมษายน 2569) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยพิจารณาหลักความเคารพในส่วนบุคคล หลักการให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.80 และส่วนใหญ่อายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.50 ($M = 14.85$, $S.D. = 0.43$) รวมถึงศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่อายุมีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.00-3.99 คิดเป็นร้อยละ 92.30 ($M = 2.97$, $S.D. = 0.28$) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีสถานภาพของบิดามารดาที่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 71.80 สำหรับลักษณะที่พักอาศัยส่วนใหญ่พักอาศัยบ้านตนเอง คิดเป็นร้อยละ 79.50 และส่วนใหญ่อุปการะหลักเป็นบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 66.70 ทั้งนี้ ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือนพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 94.90 อีกทั้ง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 92.30

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำพฤติกรรม การป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำพฤติกรรม การป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น สูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 39)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการถูกรังแก						
เจตคติต่อพฤติกรรม	2.82	0.69	3.66	0.44	-9.861	0.001*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	3.63	0.91	4.17	0.54	-7.893	0.001*
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	3.24	0.59	3.79	0.44	-11.944	0.001*
ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม	3.57	0.45	3.94	0.42	-15.986	0.001*
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการรังแกผู้อื่น						
เจตคติต่อพฤติกรรม	2.06	0.44	3.20	0.42	-15.246	0.001*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	2.86	0.77	3.61	0.46	-9.185	0.001*
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	2.98	0.56	3.74	0.41	-12.575	0.001*
ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม	3.91	0.65	4.26	0.53	-12.551	0.001*
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น						
เจตคติต่อพฤติกรรม	2.44	0.44	3.43	0.35	-17.505	0.001*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	3.25	0.77	3.89	0.46	-10.659	0.001*
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	3.11	0.38	3.77	0.31	-20.795	0.001*
ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม	3.74	0.40	4.10	0.33	-20.131	0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$ และใช้สถิติค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

3. การศึกษาระดับความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ของการออกแบบและการจัดรูปแบบ คุณภาพของเนื้อหา และโดยภาพรวมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น อยู่ในระดับสูง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์
ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่าง
หลังการทดลอง (n=39)

ความพึงพอใจ	หลังการทดลอง		ระดับความพึงพอใจ
	Mean	S.D.	
การออกแบบและการจัดรูปแบบ (Design)	3.74	0.407	สูง
คุณภาพของเนื้อหา (Content)	3.94	0.419	สูง
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	3.84	0.300	สูง

สรุปผลการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการมีพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่น สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2. หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นของการออกแบบและการจัดรูปแบบ คุณภาพของเนื้อหา และโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีระดับความพึงพอใจสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นของการออกแบบและการจัดรูปแบบ คุณภาพของเนื้อหา และโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันการเรียนรู้ของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้ผ่านตัวกลางที่เป็นสื่อเทคโนโลยีหรือออนไลน์ที่มีความทันสมัยและเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงไม่ได้จำกัดขอบเขต อีกทั้ง เป็นการเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ให้นักเรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามที่สะดวกหรือมีเวลาว่าง ดังนั้น การใช้สื่ออินโฟกราฟิกในรูปแบบสื่อภาพนิ่งผ่านเว็บไซต์ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่มีความน่าสนใจและเข้าใจง่าย ประกอบด้วย 3 เนื้อหาสาระ ได้แก่ อินโฟกราฟิก 1 รู้และเข้าใจการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการอธิบายรูปแบบของการรังแกกัน



รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น ทำให้นักเรียนมีเจตคติที่ดีในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อินโฟกราฟิก 2 ข้อแนะนำครูและเพื่อนควรทำอย่างไร เป็นการอธิบายการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของครูและเพื่อน ทำให้นักเรียนคล้อยตามครูและเพื่อนที่มีความสำคัญในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และอินโฟกราฟิก 3 วิธีจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง เป็นการอธิบายผลกระทบของการรังแกกัน รวมถึงวิธีการจัดการตนเอง ทำให้นักเรียนรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้อย่างตั้งใจทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งส่งผลให้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยทฤษฎีดังกล่าว เป็นทฤษฎีระดับบุคคลที่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ความตั้งใจ และพฤติกรรม รวมถึงสามารถทำนายความตั้งใจในการกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลได้ ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ สมใจ สืบเสาะ และกุลกนิษฐ์ ทองเงา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผลการสร้างสื่อโปสเตอร์อินโฟกราฟิกเพื่อป้องกันการกลั่นแกล้งในโลกไซเบอร์ของวัยรุ่นไทย มีคุณภาพความเหมาะสมระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งในโลกไซเบอร์ หลังการรับรู้สูงกว่าก่อนการรับรู้สื่อโปสเตอร์อินโฟกราฟิก คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการหยุดการกลั่นแกล้งในโลกไซเบอร์ของวัยรุ่นไทยหลังการรับรู้สูงกว่าก่อนการรับรู้สื่อโปสเตอร์อินโฟกราฟิก และความพึงพอใจต่อสื่อโปสเตอร์อินโฟกราฟิกที่พัฒนาขึ้น ภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

ข้อจำกัด

เนื่องจากการใช้สื่ออินโฟกราฟิกในรูปแบบสื่อภาพนิ่งผ่านเว็บไซต์ที่ให้นักเรียนผ่านตัวกลางสื่อเทคโนโลยีหรือออนไลน์ด้วยตนเอง จะทำให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำพฤติกรรม หากต้องการให้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องกำหนดรูปแบบกิจกรรมให้มีการฝึกปฏิบัติหรือพัฒนาทักษะ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นไปบูรณาการการเรียนรู้หรือประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับบริบทของการเรียนในชั้นเรียนผ่านรูปแบบกิจกรรมต่างๆ หรือรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น วิชาสุขศึกษา วิชาสังคมศึกษา และวิชาแนะแนว เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นการเรียนรู้ผ่านตัวกลางที่เป็นสื่อเทคโนโลยีหรือออนไลน์ที่มีความทันสมัยและเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงไม่ได้จำกัด



ขอบเขตในการเรียนรู้ของนักเรียน ซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและปรับปรุงสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนผ่านเว็บไซต์ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกรังแกและการรังแกผู้อื่นให้มีรูปแบบที่น่าสนใจมากยิ่งขึ้น เช่น หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) และวิดีโอเรียนรู้ (E-Learning) เป็นต้น รวมถึงเพิ่มการทำงานของระบบให้สามารถตอบโต้ (Interactive) ได้ ทั้งนี้ หากนักเรียนมีคำถามหรือข้อสงสัย สามารถซักถามผู้วิจัยหรือผู้พัฒนาได้อย่างสะดวก ซึ่งส่งผลให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมถึงให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น และขอขอบคุณสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต 1 และโรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2 ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วินัดดา ปิยะศิลป์, โขยิตา ภาวสุทธิพิสิฐ, วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน. การรังแกกันในเด็กและวัยรุ่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.spmnonthaburi.go.th/main/sites/default/files/_378.pdf
2. สุริยา ช้องเสนาะ. ปัญหาการรังแกกัน (Bullying) ในสถานศึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=52582&filename=house2558
3. สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.). การกลั่นแกล้งในโรงเรียนจากมุมมองของ PISA. FOCUS ประเด็นจาก PISA 2563; 54(1): 1-4.
4. สกต วรเจริญศรี. การข่มเหงรังแก. สารานุกรมศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2559; 51(1): 13-20.
5. อภิรักษ์ ตรีวง, ภูเบศร์ นภัทรพิทยาร, นันทน์ภัส เกตน์โกศลย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น โดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรภู่ 2569; 9(1): 44-58.



6. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พัชรินทร์ อรุณเรือง. แนวทางการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมความรุนแรงสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีนาคู มีเดีย พลัส จำกัด; 2556.
7. Ajzen, I. Attitudes, personality, an behavior. 2nd ed. Milton-Keynes, England: Open University Press / McGraw-Hill; 2005.
8. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศุวราชบุรีธานี ชุมพร. มาตรการและแผนเผชิญเหตุ การคุ้มครองและนักเรียนด้านความปลอดภัยของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศุวราชบุรีธานี ชุมพร ตามนโยบายและจุดเน้นของกระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีงบประมาณ 2566 ด้านการจัดการศึกษา เพื่อความปลอดภัย.[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://www.spmsnicpn.go.th/th/download/servicemanual/protectandtackecarestudent_policy_2566.pdf
9. Cohen, J. Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences. New York: Academic Press Stata Corp 2003; 1977.
10. มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก. คู่มือกิจกรรมการป้องกันการรังแกกันในโรงเรียน (ฉบับนักเรียน). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaichildrights.org/multimedia/school-bullying-prevention-activity-manual/ewt_dl_link.php?nid=52582&filename=house2558
11. มูลนิธิรักษ์ไทย. ยุติการรังแกในโรงเรียนและไซเบอร์บูลลี่. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.raksthai.org/projects-content.php?category=2&sort=&id=53>
12. BBL Brain-based Learning Thailand. วิถีจัดการอารมณ์และพฤติกรรมตนเอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/bblthai/?locale=th_TH
13. Best W. John. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
14. สมใจ สืบเสาะ, กุลกนิษฐ์ ทองเงา. การสร้างสื่อโปสเตอร์อินโฟกราฟิกเพื่อป้องกันการกลั่นแกล้งในโลกไซเบอร์ของวัยรุ่นไทย. วารสารศิลปการจัดการ 2565; 6(3): 1555-1569.



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่ม Taxane

FACTORS ASSOCIATED WITH THE SEVERITY OF HYPERSENSITIVITY REACTIONS IN CANCER PATIENTS RECEIVING TAXANE-BASED CHEMOTHERAPY

กัมพล อินทรทะกุล¹, ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์¹, รัชมนันท์ จันทรภักดี²,
อนุชา ดวงแก้ว³, นภัสสร ยอดทองดี^{4*}

Received: September 15, 2025

Revised: October 17, 2025

Accepted: December 01, 2025

Kampon Introntakun¹, Piyarat Parklug¹, Russunan Jantarapakdee²,
Anucha Doungkaew³, Naphatsorn Yotthongdi^{4*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 135 ราย ได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยใช้หลักการคัดเลือกประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษาตามคุณสมบัติที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Simple logistic regression และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของระดับความรุนแรง พบ ระดับ I และ II คิดเป็นร้อยละ 45.93 และ 54.07 ตามลำดับ จำแนกระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) วิเคราะห์สถิติถดถอยพหุอภิจิตติสต์ พบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ($OR_{adj} = 3.58$; 95% CI = 1.32-9.75) ประวัติการแพ้ยา ($OR_{adj} = 5.53$; 95% CI = 2.00-15.27) จำนวนรอบของการรักษา ($OR_{adj} = 7.27$; 95% CI = 2.70-19.55) ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ($OR_{adj} = 7.22$; 95% CI = 2.09-24.96) และปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน ($OR_{adj} = 6.99$; 95% CI = 2.07-23.58)

ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะภูมิไวเกิน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัย, ความรุนแรง, ภาวะภูมิไวเกิน, ผู้ป่วยมะเร็ง, ยาเคมีบำบัด

¹ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Nursing, Burapha University

³ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

⁴ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

Boromarajonani College of Nursing, Chainat

*Corresponding author E-mail: Naphatsorn@bcnchainat.ac.th



Abstract

This retrospective analytical study aimed to examine the prevalence and factors associated with the severity of hypersensitivity reactions. Data were collected from medical records and nursing documentation of patients who received treatment between January 1 and December 31, 2024. A total of 135 cases were included using purposive sampling based on a total population sampling approach, which involved all patients who met the predefined inclusion criteria. Data were analyzed using simple logistic regression and multiple logistic regression.

The results revealed that the prevalence of hypersensitivity reaction severity was 45.93% for grade I and 54.07% for grade II, classified according to the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Multivariate logistic regression analysis identified several significant associated factors, including age ($OR_{adj} = 3.58$; 95% CI = 1.32-9.75), history of drug allergy ($OR_{adj} = 5.53$; 95% CI = 2.00-15.27), number of chemotherapy cycles ($OR_{adj} = 7.27$; 95% CI = 2.70-19.55), drug concentration ($OR_{adj} = 7.22$; 95% CI = 2.09-24.96), and drug volume administered during the HSR event ($OR_{adj} = 6.99$; 95% CI = 2.07-23.58).

The findings of this study can inform the development of screening and surveillance protocols for patients at risk of hypersensitivity reactions, with the aim of enhancing the safety and effectiveness of chemotherapy administration.

Keywords: Factors, Severity, Hypersensitivity, Cancer Patients, Chemotherapy



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั้งในระดับโลกและประเทศไทย แนวทางการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ ยังคงอาศัยการให้ยาเคมีบำบัด และเป็นยาในกลุ่มแท็กเซน (Taxane) ได้แก่ Paclitaxel และ Docetaxel เป็นต้น ซึ่งยาที่มีประสิทธิภาพและถูกใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น⁽¹⁾ ทั้งนี้ ยาเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย โดยหนึ่งในปฏิกิริยาทางยาที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction: HSR) สามารถเกิดขึ้นตั้งแต่อาการเล็กน้อย เช่น ผื่น คัน หรือหายใจลำบาก ไปจนถึงอาการรุนแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำ หายใจหอบ และภาวะช็อก ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยา Paclitaxel ซึ่งมีอุบัติการณ์ของภาวะภูมิไวเกิน ก่อนสูง⁽²⁾ จากการศึกษาของ นภาพรรณ ล้ออิสระตระกูล และคณะ พบว่า อัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกิน อยู่ที่ประมาณร้อยละ 26.24 ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Paclitaxel⁽²⁾ และบางรายอาจต้องหยุดการรักษาหรือเปลี่ยนสูตรยา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽²⁾

ภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ตั้งแต่ ระดับ 1 ถึงระดับ 5 ตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ (CTCAE) โดย ระดับ 1 มักเป็นอาการเล็กน้อย เช่น ผื่น คัน หรือรู้สึกร้อนวูบวาบ ส่วน ระดับ 2 อาจพบอาการหายใจหอบ หรือลมพิษบริเวณกว้างมากขึ้น ในขณะที่ ระดับ 3-4 ถือว่ารุนแรง ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น มีภาวะความดันโลหิตต่ำ หายใจล้มเหลว หรือช็อก ระดับ 5 เสียชีวิต⁽³⁾ อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นภายใน 15-30 นาทีแรกของการให้ยา และหากตรวจพบได้ช้าหรือให้การพยาบาลได้ไม่ทันท่วงทีจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽⁴⁾

ภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ตั้งแต่ระดับไม่รุนแรง เช่น ผื่นคัน อาการร้อนวูบวาบ ไปจนถึงภาวะช็อกจากการแพ้ยา ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต การเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินต่อแท็กเซนส่วนหนึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ โดยผ่านหลายกลไก ทั้งการกระตุ้น Mast cells โดยตรง หรือผ่านกลไกทางภูมิคุ้มกัน เช่น IgE-mediated และ Complement activation ซึ่งนำไปสู่การหลั่งสารอักเสบ เช่น Histamine และ Cytokines⁽⁵⁾ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดหรือความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติแพ้ยา จำนวนรอบของการรักษา ความเข้มข้นของยา ช่วงเวลาหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากบริบทในต่างประเทศ และอาจมีข้อจำกัดในการถ่ายโอนข้อค้นพบเข้าสู่บริบทของประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมในบริบทของประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน ซึ่งพบ



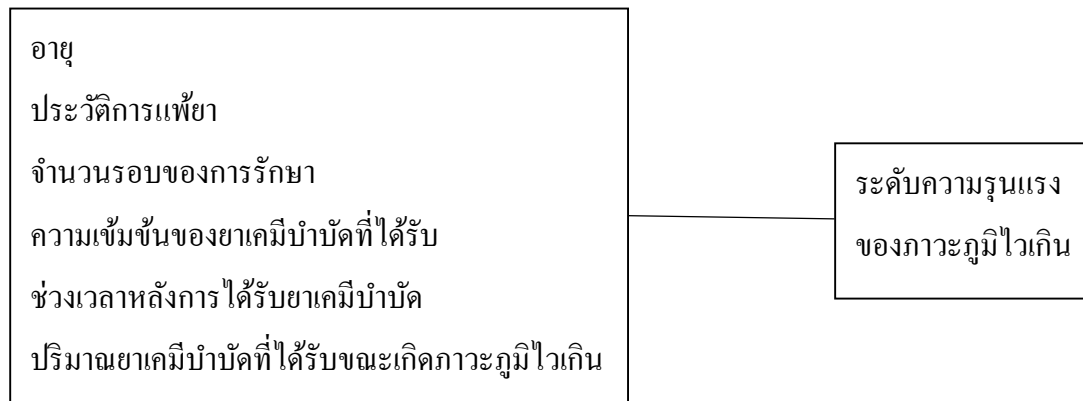
ยังไม่ชัดเจน สำหรับการศึกษาที่ผ่านมาศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน เป็นส่วนใหญ่ โดยพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Paclitaxel^(2,7) การเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งปอด⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามประเด็นที่ศึกษาส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในขอบเขตของการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน โดยไม่ครอบคลุมถึงระดับความรุนแรง ในขณะที่การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินมีความสำคัญในเชิงคลินิก เนื่องจากระดับความรุนแรงสะท้อนถึงผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ความจำเป็นในการหยุดยา การเปลี่ยนสูตรการรักษา หรือความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงจึงช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถวางแผนคัดกรอง เฝ้าระวัง และจัดเตรียมการดูแลเฉพาะรายได้อย่างมีครอบคลุมยิ่งขึ้น การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การจัดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การมีข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน ยังช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของทีมสุขภาพในการวางแผนป้องกันอาการรุนแรงล่วงหน้า และเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาเคมีบำบัดให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อายุ^(2,4,8-9) ประวัติการแพ้ยา⁽⁴⁾ จำนวนรอบของการรักษา^(2,4, 8-9) ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ^(4,9) ช่วงเวลาหลังการได้รับยาเคมีบำบัด⁽¹⁰⁾ และปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน⁽¹⁰⁾ สรุปเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical study) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและบันทึกทางการแพทย์จากโรงพยาบาล เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน ณ หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน มีข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์จากโรงพยาบาลครบถ้วน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า (1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 (2) มีข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน

เกณฑ์การคัดออก (1) ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีข้อมูลสำคัญที่สามารถใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินได้ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน โดยไม่สามารถแยกผลของยาแท็กเซนออกได้อย่างชัดเจน (2) มีประวัติภาวะภูมิไวเกินจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มแท็กเซน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้แนวทางการเลือกกลุ่มประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (Total Population Sampling) เป็นกลุ่มตัวอย่าง⁽¹¹⁾ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Taxane และมีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด



เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ใน ช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 135 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ เพศ อายุ และประวัติแพ้ยา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน จำนวนรอบของการรักษา ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ช่วงเวลาหลังการเกิดอาการภาวะภูมิไวเกิน และปริมาณสารละลายที่ได้รับตอนเกิดภาวะภูมิไวเกิน โดยเกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินพิจารณาตาม Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0 ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานจาก National Cancer Institute (NCI)⁽³⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลประวัติการรักษา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 1 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) จำนวน 2 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.95 และ 0.98 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความชุกของระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน โดยใช้จำนวนและร้อยละ
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) โดยผู้วิจัยจัดลักษณะตัวแปรตามการทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกตัวแปรที่ $p\text{-value} < 0.20$ ⁽¹²⁾ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวเข้าสู่สมการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ โดยวิธี Enter method selection วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression) กำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของ Adjusted OR (95% CI of OR_{Adj}) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (Multicollinearity) ในโมเดลสุดท้าย โดยพิจารณาค่าอัตราองค์ประกอบของความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (Variance Inflation Factor; VIF) ของตัวแปรต้นทุกตัว พบว่า ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.02-1.89 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ 10 ⁽¹²⁾ แสดงว่า ไม่มีปัญหา Multicollinearity ในโมเดล⁽¹²⁾



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนา เลขที่ COA 147/2568 วันที่อนุมัติ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 135 คน เป็นเพศชายจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 37.78 และ เพศหญิงจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 ประวัติการแพ้ยา จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 47.41 และไม่มีประวัติการแพ้ยา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 52.59 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดน้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 ครั้ง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 และมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 37.78 ได้รับยาเคมีบำบัดในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิกรัม จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 22.96 และมากกว่าหรือเท่ากับ 301 มิลลิกรัม จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 77.04 ช่วงเวลาในการได้รับยาเคมีบำบัดที่เกิดภาวะภูมิไวเกิน ภายใน 30 นาที จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 80.74 และมากกว่า 31 นาที จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 19.26 ได้รับปริมาณยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิลิตร ขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 72.59 และมากกว่าหรือเท่ากับ 21 มิลลิลิตร จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 27.41 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 135)

ตัวแปรภูมิหลัง	Grade I		Grade II		รวม
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	24	17.78	27	20.00	51
หญิง	38	28.15	46	34.07	84
ประวัติการแพ้ยา					
แพ้	17	12.59	47	34.81	64
ไม่แพ้	45	33.33	26	19.26	71
จำนวนรอบของการรักษา					
≤ 3 ครั้ง	25	18.52	59	43.70	84
≥ 4 ครั้ง	37	27.41	14	10.37	51
ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ					
≤ 300 mg	23	17.04	8	5.93	31
≥ 301 mg	39	28.89	65	48.15	104



ตัวแปรภูมิหลัง	Grade I		Grade II		รวม
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ช่วงเวลาในการได้รับยาเคมีบำบัด					
≤ 30 นาที	42	31.11	67	49.63	109
≥ 31 นาที	20	14.81	6	4.44	26
ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน					
≤ 20 ml	36	26.67	62	45.93	98
≥ 21 ml	26	19.26	11	8.15	37

2. จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่เกิดภาวะภูมิไวเกินจำนวน 135 คน พบความชุกของภาวะภูมิไวเกินความรุนแรงระดับ I จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 45.93 และความรุนแรงระดับ II จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 54.07

3. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินโดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีอายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 2.28 เท่า ($OR_{\text{crude}} = 2.28$, 95% CI = 1.13-4.61, $p\text{-value} = 0.019$) ประวัติการแพ้ยา ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่มียาแพ้ยา 4.79 เท่า ($OR_{\text{crude}} = 4.79$, 95% CI = 2.29-9.98, $p\text{-value} < 0.001$) จำนวนรอบของการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไม่เกิน 3 ครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ได้รับ มากกว่า 3 ครั้ง 6.24 เท่า ($OR_{\text{crude}} = 6.24$, 95% CI = 2.88-13.51, $p\text{-value} < .001$) ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ผู้ที่ได้รับยาในระดับความเข้มข้นมากกว่า 300 มิลลิกรัม มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ได้รับต่ำกว่า 300 มิลลิกรัม 4.79 เท่า ($OR_{\text{crude}} = 4.79$, 95% CI = 1.95-11.75, $p\text{-value} < 0.001$) เกิดภาวะภูมิไวเกินหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ภายใน 30 นาที มีโอกาสเกิดรุนแรงกว่าผู้ที่เกิดอาการหลัง 30 นาที 5.32 เท่า ($OR_{\text{crude}} = 5.32$, 95% CI = 1.98-14.32, $p\text{-value} < 0.001$) และปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน ผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไม่เกิน 20 มิลลิลิตร มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ได้รับ มากกว่า 20 มิลลิลิตร 4.07 เท่า ($OR_{\text{crude}} = 4.07$, 95% CI = 1.80-9.20, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis)

ปัจจัย	Univariate analysis		
	OR _{crude}	95%CI	p-value
อายุ	2.28	1.13-4.61	0.019*
ประวัติการแพ้ยา	4.79	2.29-9.98	<0.001*
จำนวนรอบของการรักษา	6.24	2.88-13.51	<0.001*
ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ	4.79	1.95-11.75	<0.001*
ช่วงเวลาในการได้รับยาเคมีบำบัด	5.32	1.98-14.32	<0.001*
ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน	4.07	1.80-9.20	<0.001*

*p-value < 0.05

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.20 เพื่อทำการวิเคราะห์แบบสองขั้นตอน (Two-stage analysis) ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างแท้จริงกับระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน โดยใช้การวิเคราะห์แบบพหุ (Multivariate Analysis) พบ 5 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ อายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินในระดับรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 3.58 เท่า (OR_{adj.} = 3.58, 95% CI = 1.32-9.75, p-value = 0.01) ประวัติการแพ้ยา ผู้ที่มีประวัติแพ้ยา มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยแพ้ยา 5.53 เท่า (OR_{adj.} = 5.53, 95% CI = 2.00-15.27, p-value < 0.001) จำนวนรอบของการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไม่เกิน 3 ครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ได้รับมากกว่า 3 ครั้ง 7.27 เท่า (OR_{adj.} = 7.27, 95% CI = 2.70-19.55, p-value < 0.001) ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระดับมากกว่า 300 มิลลิกรัม มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ได้รับไม่เกิน 300 มิลลิกรัม 7.22 เท่า (OR_{adj.} = 7.22, 95% CI = 2.09-24.96, p-value = 0.002) ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน ผู้ที่ได้รับยาไม่เกิน 20 มิลลิตร มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ได้รับมากกว่า 20 มิลลิตร 6.99 เท่า (OR_{adj.} = 6.99, 95% CI = 2.07-23.58, p-value = 0.002) ในขณะที่ช่วงเวลาหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.40) การตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลพบว่า ค่า Nagelkerke R² = 0.561 แสดงว่า โมเดลสามารถอธิบายความแปรผัน ระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินได้ร้อยละ 56.1 และ Hosmer-Lemeshow



test มีค่า $p\text{-value} = 0.685$ ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลจริง (Goodness of fit)⁽¹³⁾ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis)

ปัจจัย	Multivariate analysis		
	OR _{adj.}	95%CI	p-value
อายุ	3.58	1.32-9.75	0.01*
ประวัติการแพ้ยา	5.53	2.00-15.27	<0.001*
จำนวนรอบของการรักษา	7.27	2.70-19.55	<0.001*
ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ	7.22	2.09-24.96	0.002*
ช่วงเวลาหลังการได้รับยาเคมีบำบัด	1.78	0.47-6.73	0.40
ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน	6.99	2.07-23.58	0.002*

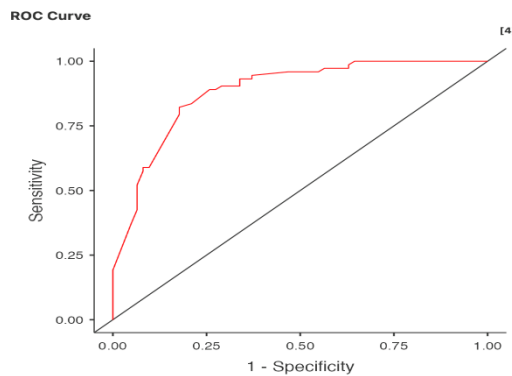
* $p\text{-value} < 0.05$; Model fit statistics: Nagelkerke $R^2 = 0.561$; Hosmer-Lemeshow test: $p\text{-value} = 0.685$

การวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver operating characteristic (ROC) เพื่อประเมินความสามารถของโมเดลในการจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน และคำนวณค่าพื้นที่ใต้โค้ง (Area Under the Curve: AUC) ซึ่งพบว่า ค่า AUC เท่ากับ 0.884 แสดงว่า โมเดลมีความสามารถในการจำแนกอยู่ในเกณฑ์ดี⁽¹³⁾ สำหรับค่าความแม่นยำในการทำนาย (Accuracy) เท่ากับ 0.822 , ความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 0.742 และความไว (Sensitivity) เท่ากับ 0.890 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าชี้วัดประสิทธิภาพของโมเดลในการพยากรณ์ความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน

พื้นที่ใต้เส้นโค้ง	ความแม่นยำ	ความจำเพาะ	ความไว
(AUC)	(Accuracy)	(Specificity)	(Sensitivity)
0.884	0.822	0.742	0.890

โมเดลสามารถจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด โดยมีค่า AUC เท่ากับ 0.884 ซึ่งเข้าใกล้ค่า 1 ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 กราฟเส้นโค้ง Receiver operating characteristic (ROC)

สรุปผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 คน พบความชุกความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน มี 2 ระดับ คือ ระดับ I และระดับ II ร้อยละ 45.93 และ 54.07 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ประวัติการแพ้ยา จำนวนรอบของการรักษา ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัด ช่วงเวลาในการได้รับยาเคมีบำบัด และปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ประวัติการแพ้ยา จำนวนรอบของการรักษา ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัด และปริมาณยาที่ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษา พบภาวะภูมิไวเกินในระดับความรุนแรงระดับ I จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 45.93 และระดับ II จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 54.07 ซึ่งอยู่ในระดับความรุนแรงไม่รุนแรงระดับปานกลาง พบว่า อาการภูมิไวเกินส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและสามารถจัดการได้ในทางคลินิก ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Park และคณะ ที่รายงานว่าอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกิน จากยาในกลุ่มเท็กเซน อยู่ที่ประมาณร้อยละ 30-55⁽⁹⁾ โดยส่วนใหญ่เป็นอาการในระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง เช่น ผื่นคันหรือหายใจลำบากเล็กน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsao และคณะ พบว่า อาการภาวะภูมิไวเกินจากกลุ่มเท็กเซนส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ II ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ที่อาการรุนแรงระดับ II พบมากที่สุด รองลงมา คือ ระดับ I⁽⁵⁾

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ($OR_{adj.} = 3.58$; 95% CI = 1.32-9.75) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันมีแนวโน้มลดลงตามอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกิน



ที่มีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Park และคณะ ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินที่สูงขึ้นเช่นกัน⁽⁹⁾ ประวัติการแพ้ยา ($OR_{adj.} = 5.53$; 95% CI = 2.00-15.27) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะภูมิไวเกินในระดับรุนแรง มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการแพ้ยา สาเหตุอาจมาจากความไวของระบบภูมิคุ้มกันที่เคยมีประสบการณ์ กับสิ่งกระตุ้นมาก่อน ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อยาอย่างรวดเร็วและรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ Park และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภูมิหลังของการแพ้ยา มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะภูมิไวเกิน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่แพ้ยา⁽⁹⁾ จำนวนรอบของการรักษา ($OR_{adj.} = 7.27$; 95% CI = 2.70-19.55) เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดไม่เกิน 3 ครั้ง มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะภูมิไวเกินในระดับรุนแรงมากกว่า ผู้ที่ได้รับมากกว่าหรือเท่า 4 ครั้ง หนึ่งในเหตุผลที่อาจอธิบายได้คือ ในช่วงเริ่มต้นของการให้ยา ร่างกายอาจยังไม่สามารถสร้างความทนต่อยา (Tolerance) ได้เพียงพอ สอดคล้องกับรายงานของ Tsao และคณะ ซึ่งระบุว่าภาวะภูมิไวเกินมักเกิดขึ้นในช่วง 1-3 ครั้งแรกของการได้รับยาเคมีบำบัด⁽⁵⁾ ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจาก Survival bias กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะภูมิไวเกิน ในระดับรุนแรงในระยะต้นของการรักษา อาจถูกเปลี่ยนสูตรยา หรือหยุดการรักษา ส่งผลให้ไม่ปรากฏ ในกลุ่มที่ได้รับยาเกินกว่า 3 ครั้ง จึงอาจทำให้ความเสี่ยงของกลุ่มดังกล่าวต่ำกว่าความเป็นจริง ความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นสูงมีโอกาสเกิดภาวะ ภูมิไวเกินรุนแรงถึง 7.22 เท่า ($OR_{adj.} = 7.22$; 95% CI = 2.09-24.96) อาจเนื่องจากสารตัวทำลายเซลล์ เช่น Cremophor EL ในยาในกลุ่ม Taxane ซึ่งเป็น Known allergenic vehicle ที่สามารถกระตุ้นปฏิกิริยาแบบ ไม่ผ่าน IgE ได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sendo และคณะ พบว่า การกระตุ้นปฏิกิริยา แบบไม่ผ่าน IgE ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินอาจสูงขึ้น⁽¹⁰⁾ ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ ได้รับขณะเกิดภาวะภูมิไวเกิน ($OR_{adj.} = 6.99$; 95% CI = 2.07-23.58) เนื่องจากกลไกการตอบสนอง เฉียบพลันต่อความเข้มข้นและปริมาณยาที่เข้าไปในร่างกายในช่วงเวลานั้นเกิดการตอบสนองอย่าง รวดเร็ว⁽¹⁰⁾ ถึงแม้ในการปฏิบัติทางคลินิกพบว่า การได้รับยาเคมีบำบัดในปริมาณไม่เกิน 20 มิลลิลิตร จะพบระดับความรุนแรงมาก ซึ่งอาจเกิดจากการที่ได้รับยาในปริมาณน้อย แต่ความเข้มข้นสูงหรือ ได้รับอย่างรวดเร็ว จะกระตุ้นปฏิกิริยาในระบบภูมิคุ้มกันได้รุนแรงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Sendo และคณะ พบว่า ประวัติการตอบสนองแบบ Dermal ในรอบก่อน และปัจจัยอื่นๆ มีผลสะสมต่อ ความเสี่ยงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินที่รุนแรงขึ้น⁽¹⁰⁾

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี ซึ่งอาจ ไม่สมบูรณ์ อีกทั้งยังไม่ได้แยกวิเคราะห์ตามชนิดของยาในกลุ่มแท็กเซน (Paclitaxel และ Docetaxel) รวมถึงปัจจัยอื่น เช่น การใช้ยา Premedication, ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับอัลบูมิน และชนิดของ มะเร็ง ซึ่งควรพิจารณาเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งถัดไป อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดเหล่านี้ไม่ลดทอน



ความสำคัญของการศึกษา ซึ่งยังคงมีคุณค่าในการเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยต่อยอดที่ครอบคลุมและละเอียดมากขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง (Risk assessment tool) โดยใช้ปัจจัย 5 ประการที่พบในการศึกษานี้ เพื่อจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง-ปานกลาง-ต่ำ และกำหนดระดับการเฝ้าระวังที่เหมาะสม
2. ควรพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษารอบที่ 1-3 โดยเฉพาะในช่วง 30 นาทีแรกของการให้ยาเคมีบำบัด
3. ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา แนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการภาวะภูมิไวเกิน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีประวัติแพ้ยา หรือได้รับยาในขนาดความเข้มข้นสูง

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Chemotherapy and you: Support for people with cancer. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; 2024.
2. นภาพรณ ล้ออิสระตระกูล, นภาพรณ อุดมพล, เพ็ญพร พรรณา. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการใช้ยา Paclitaxel ในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง. 2562; 39(4): 143-52.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2017.[cited 2024 Jan 10]. Available from: https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.pdf
4. สุจิรา พึ่งเฟื่อง. บทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะภูมิไวเกิน และปฏิกิริยาจากการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ. วารสารโรคมะเร็ง 2561; 38(1): 29-41.
5. Tsao LR, Young FD, Otani IM, Castells MC. Hypersensitivity Reactions to Platinum Agents and Taxanes. Clin Rev Allerg Immunol 2022; 62(3): 432-48.
6. Erbey O, Ozyildirim A. Study of hypersensitivity reactions to taxanes in in and outpatients with cancer. Eur J Hosp Pharm 2012; 19(2): 158-68.



7. สุพัตรา จานคำภา, นรากร สาริห์เล็, ชุตีรัตน์ สารรัตน์, สุรางค์ คำแดง, สุดารัตน์ ปานะวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด Paclitaxel. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2562; 2(3): 43-54.
8. กำจัด ปวนไฝ, ณัฐชนัน สุวรรณกฤหาสน์, ขวัญฟ้า ตันติวุฒิ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1): 238-50.
9. Park HJ, Ko M, Kim I-W, Oh JM. Personalized Risk Assessment for Taxane-Induced Hypersensitivity Reactions: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pers Med 2025; 15(1): 2-22.
10. Sendo T, Sakai N, Itoh Y, Ikesue H, Kobayashi H, Hirakawa T, et al. Incidence and risk factors for paclitaxel hypersensitivity during ovarian cancer chemotherapy. Cancer Chemother Pharmacol 2005; 56(1): 91-6.
11. Oribhabor C, Anyanwu C. Research Sampling and Sample Size Determination: A practical Application. Fed Univ Dutsin-Ma J Educ Res 2019; 2(1): 47-56.
12. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. Source Code Biol Med 2008; 3(1): 17.
13. Hosmer D.W., Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 2nd ed. New York: Wiley;2000.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด

FACTORS ASSOCIATED WITH PARENTAL PARTICIPATION IN USING DIGITAL MEDIA AMONG PRESCHOOL CHILDREN

เอี่ยมพร สุ่มมัตย์¹, สัจจวรรณท์ พวงศรีเคน^{1*}, ปาริชาติ อาษาธง¹,

วาริรัตน์ วรรณโพธิ์¹, รักษ์สุดา ชูศรีทอง¹

Ueamporn Summart¹, Satchawan Phuangsrilen^{1*}, Parichart Arsarthong¹,

Wareerat Wannapoe¹, Ruksuda Choosrithong¹

Received: October 24, 2025

Revised: November 21, 2025

Accepted: December 13, 2025

บทคัดย่อ

การใช้สื่อดิจิทัลไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ผู้ปกครองต้องมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในผู้ปกครองเด็กปฐมวัย 236 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.05 มีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัล ปานกลาง-มาก ร้อยละ 47.46 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ (OR = 2.94, 95% CI: 1.38-2.67, p-value = 0.005) อายุ ลดลงทุกๆ 1 ปี (OR = 1.07, 95% CI: 1.05-1.09, p-value = 0.024) และระดับการศึกษา โดยเมื่อใช้การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า มัธยมศึกษา (OR = 0.66, 95% CI: 0.32-1.33, p-value = 0.148) และ การศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (OR = 2.55, 95% CI: 1.08-5.99, p-value = 0.032)

ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการใช้งานสื่อดิจิทัลของผู้ปกครอง เด็กปฐมวัยเพื่อให้เกิดการใช้สื่อดิจิทัลได้อย่างเหมาะสมในกลุ่มเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, สื่อดิจิทัล, เด็กปฐมวัย, ผู้ปกครอง, การติดสื่อดิจิทัล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: satjawan2662@gmail.com



Abstract

Inappropriate usage of digital media will impact the physical and psychological conditions, and development of preschool children. Hence, parents need to intensively participate the use of digital media to overcome the impact of these media. This study aimed to evaluate parental participation and factors associated with parental participation in using digital media among preschool children in Roi-Et province. This analytical cross-sectional study enrolled 236 preschool parents using multi-stage simple random samplings. Data were collected using self-administration questionnaires from March till May 2021. Data were analyzed using descriptive statistics, and binary logistic regression was employed to identify factors associated with parental participation in using digital media.

The results showed that most of participants (83.05%) were female, and 47.46% of them reported experiencing a moderate to high level of parental participation in using digital media. Factors significantly associated with parenteral participation were female gender (OR = 2.94, 95% CI: 1.38-2.67, p-value = 0.005), age decrease every 1 year (OR = 1.07, 95% CI: 1.05-1.09, p-value = 0.024), and educational secondary (OR = 0.66, 95% CI: 0.32-1.33, p-value = 0.148), bachelor's degree and above (OR = 2.55, 95% CI: 1.08-5.99, p-value = 0.032)], respectively.

These factors existing from this study can be beneficial in promoting information on the use of digital media among parents of preschool children, fostering appropriate online media use among preschool children

Keywords: Participation, digital media, preschool children, parent, digital addiction



บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตประจำวันมากยิ่งขึ้น อาจกล่าวได้ว่า ผู้คนในยุคนี้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ถ้าขาดเทคโนโลยี รวมถึงสื่อเทคโนโลยีถือเป็นสื่อยุคใหม่ที่ถูกนำมาใช้ในการเรียนการสอนสำหรับเด็กปฐมวัยมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นแหล่งความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ไร้ขีดจำกัด ทำให้ผู้เรียนรู้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลา ทั้งในรูปของคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และโทรศัพท์ เมื่อพิจารณาแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตของประชาชน ระหว่างไตรมาส 1 ปี 2567 กับ ไตรมาส 1 ปี 2568 พบว่า ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.5 เป็นร้อยละ 90.9 และแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตของประชาชน ระหว่างไตรมาส 4 ปี 2567 กับ ไตรมาส 1 ปี 2568 พบว่า คงที่อยู่ที่ร้อยละ 90.9⁽¹⁾

เด็กปฐมวัย อายุ 3-6 ปี หรือก่อนวัยเรียน เป็นช่วงที่สมองมีการพัฒนาการทำหน้าที่อย่างมาก จึงเป็นเวลาสำคัญที่เด็กควรได้รับการพัฒนาทักษะ การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา และทักษะทางอารมณ์⁽²⁻³⁾ มีการศึกษาพฤติกรรมการรับสื่อดิจิทัลประเภทต่างๆ ในวัยทารกที่แสดงให้เห็นถึงผลเสียต่อพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสติปัญญาและด้านการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา รองลงมา คือ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม⁽⁴⁻⁶⁾ รวมทั้งพบว่า ทารกและเด็กเล็กที่ใช้แท็บเล็ตมากเกินกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน จะส่งผลเสียต่อการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และทำให้ประสิทธิภาพของนิ้วมือในการเขียนหนังสือนั้นลดลง⁽⁷⁾ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมีการแนะนำการใช้สื่ออย่างเหมาะสม โดยเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ไม่ให้ใช้งานสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอ ขณะที่เด็กอายุ 2-5 ปี ใช้ได้ไม่เกินวันละ 1-2 ชั่วโมง ผู้ปกครองควรรับชมสื่อไปพร้อมกับเด็ก หลีกเลี่ยงการใช้งานขณะรับประทานอาหารและใช้งาน 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน อีกทั้งผู้ปกครองควรมีทัศนคติที่ถูกต้องในการใช้สื่อ⁽⁸⁾ ข้อมูลข้างต้น เป็นเพียงตัวอย่างผลกระทบจากการใช้สื่อดิจิทัลในเด็กที่เห็นเป็นรูปธรรม แต่ยังมีอีกหลายปัญหาหรือหลายทักษะที่ขาดหายไปจากเด็ก และกลายเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ ไม่เหมาะสมของเด็ก ดังนั้น การป้องกันย่อมดีกว่าตามแก้ไขปัญหาและเป็นเรื่องที่ต้องร่วมมือกันทั้งผู้ปกครอง ครูที่โรงเรียน และพยาบาลที่ให้การดูแลเด็กและครอบครัว รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก⁽⁶⁾

ผู้ดูแลเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เป็นส่วนสำคัญทำให้เด็กเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิต เด็กจะเจริญเติบโตได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับบทบาทของผู้ดูแล ถึงแม้เด็กจะเข้าโรงเรียนแล้วก็ตาม แต่บ้านก็ยังเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีอิทธิพลยังต่อเด็ก ดังนั้น บทบาทสำคัญของสถาบันครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล Parsons (1977)⁽⁹⁾ ระบุว่า พ่อแม่มีบทบาทสำคัญในการให้ลูกได้เรียนรู้ ใช้งาน เข้าใจ และคิดอย่างสร้างสรรค์ ด้วยการดูแล



การใช้สื่อดิจิทัลปลูกฝังให้ใช้สื่อดิจิทัลในทางสร้างสรรค์ สอนให้ใช้สื่ออย่างปลอดภัย แนะนำมารยาทในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้ลูกหลานกลายเป็นพลเมืองที่ดีและใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสมในยุคดิจิทัล⁽¹⁰⁾ และจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของครอบครัวส่งผลกระทบต่อการใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัล อีกทั้งอายุ รายได้ การศึกษาของผู้ปกครอง และการเป็นผู้ปกครองเลี้ยงเดี่ยว ส่งผลกระทบต่อการใช้สื่อดิจิทัลในเด็ก^(7,11) และพบว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปริมาณการใช้หน้าจอทั้งประเภทโทรทัศน์ แท็บเล็ต หรือสมาร์ทโฟน ได้แก่ รายได้ และสถานทีนอนของเด็ก ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ความรู้แก่สถาบันแม่และเด็ก สถาบันเลี้ยงเด็กเล็ก หรือพ่อแม่ให้รับรู้และเตรียมป้องกันไม่ให้เด็กทารก 0-3 ปี รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป⁽¹²⁾

จากการคัดกรองพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัย จำนวน 236 คน พบว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะใช้สื่อดิจิทัลในระดับคลั่งไคล้ 44 คน คิดเป็นร้อยละ 18.64 และมีแนวโน้มติดสื่อดิจิทัล 44 คน คิดเป็นร้อยละ 18.64 ตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบการศึกษาผลกระทบจากการใช้หน้าจอประเภทต่างๆ^(6,13-15) และการศึกษาเชิงสำรวจการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูปฐมวัยต่อการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัย⁽¹⁶⁾ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในการใช้สื่อดิจิทัล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในการใช้สื่อดิจิทัล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ปกครอง กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัยอายุ 3-6 ปี ในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแล ทั้งในศูนย์หรือหน่วยงานที่ดูแลเด็กปฐมวัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันพฤติกรรมติดสื่อดิจิทัลของเด็ก อีกทั้งเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายหรือวิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการติดสื่อดิจิทัลอย่างถูกต้องและสร้างสรรค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กต่อไป

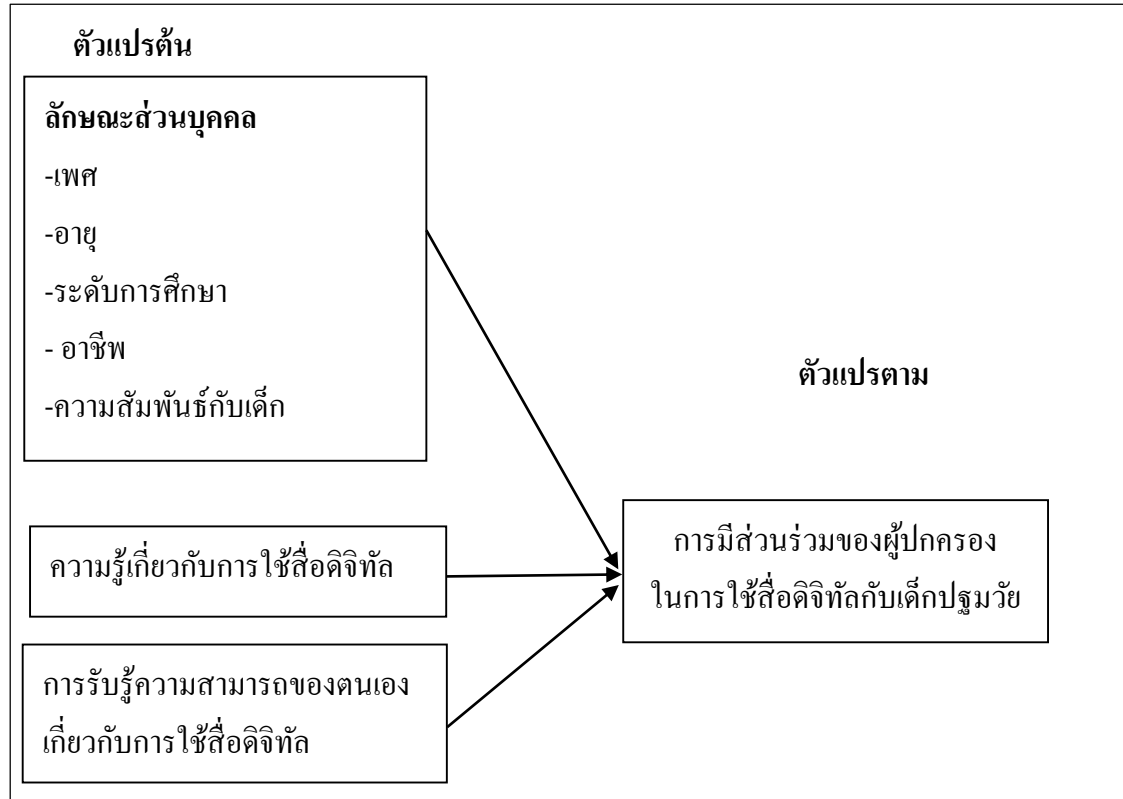
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย



กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังครั้งนี้ โดยข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร ของเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹⁷⁾ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่าง มีนาคม 2564 ถึง พฤษภาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย อายุระหว่าง 3-6 ปี จำนวน 39,135 คน (ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563) ครูปฐมวัยผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในจังหวัดร้อยเอ็ด



กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยแบ่งตามลักษณะของพื้นที่ศึกษาตามโครงสร้างทางกายภาพของจังหวัดร้อยเอ็ด แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายได้พื้นที่ทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอเสลภูมิ อำเภอธวัชบุรี อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอโพนทอง และอำเภอหนองพอก

การคำนวณตัวอย่าง จากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน จากงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนด้วยสื่อดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 ของผู้ปกครอง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁸⁾ โดยใช้ค่า $p\text{-value} = 0.48$ ค่าความคลาดเคลื่อน $(d) = 0.1$ ค่าคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ระดับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96 ได้จำนวน 200 คน และทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอเมื่อมีการ drop-out⁽¹⁹⁾ โดยเก็บตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 15 โดยใช้สูตร $200/(1-0.15) = 200/0.85 = 235.29$ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 236 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นต้น

ส่วนที่ 2: เป็นแบบสอบถามความรู้จำนวน 10 ข้อ รวมคะแนนรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ แปลความหมายโดยรวมคะแนนแล้วนำมาจัดกลุ่ม ตามหลักเกณฑ์ของ Bloom⁽²⁰⁾ ได้ดังนี้ ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8.00-10.00 คะแนน) ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (6.00-7.99 คะแนน) ระดับต่ำได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (1.00-5.99 คะแนน)

ส่วนที่ 3: การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลสำหรับเด็กปฐมวัย เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดสื่อดิจิทัล จำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 1 ข้อ ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงในการติดสื่อดิจิทัล จำนวน 20 ข้อ และ ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดสื่อดิจิทัล จำนวน 10 ข้อ การจัดกลุ่มโดยใช้คะแนนรวมและนำมาหาค่าเฉลี่ย การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best⁽²¹⁾ แปลความหมาย คะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน) และ 3) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4: การมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ การจัดกลุ่มโดยใช้คะแนนรวมและนำมาหาค่าเฉลี่ย การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best⁽²¹⁾ แปลความหมาย คะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน) และ 3) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33คะแนน)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีความรู้ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI แบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.97

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เมื่อได้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 โดยในส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลสำหรับเด็กปฐมวัย ใช้ Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเที่ยง 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายลักษณะส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรเจ้านับนำเสนอด้วย จำนวนและร้อยละ

2. ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของตัวแปรตามคือ การมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) ซึ่งการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ (Bivariate) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับตัวแปรตามทีละคู่ โดยนำการมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลในเด็กปฐมวัย มาจัดกลุ่ม แบบ dichotomous โดยจัดการมีส่วนร่วมระดับปานกลางถึงมาก (ให้รหัสเป็น 1) และการมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลในระดับต่ำ (ให้รหัสเป็น 0) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ นำเสนอค่า Crude odds ratio (OR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI) และค่า p-value ซึ่งใช้สำหรับคัดกรองตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย โดยตัวแปรที่ถูกคัดเข้าจะมีค่า p-value < 0.25 แล้วนำเข้าโมเดลในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) ใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระออกจากสมการทีละตัวแปร โดยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination method) ในขั้นต่อไปนำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI) และค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 002/2564 รับรองเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564



ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 236 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.05 อายุเฉลี่ย 43.36 (± 13.87) ปี มีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 51 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 236)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	16.95
หญิง	196	83.05
อายุ (ปี)		
Mean (S.D.)	43.36 (13.87)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	82	34.75
มัธยมศึกษา	122	51.69
ปริญญาตรีขึ้นไป	32	13.56
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา-มารดา	104	44.07
ปู่ย่า-ตายาย	106	44.92
อื่นๆ	26	11.01
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	152	64.41
ค้าขาย	26	11.02
รับจ้าง	44	18.64
อื่นๆ	14	5.93
รายได้เฉลี่ย/เดือน (บาท)		
Median (min-max)	7500 (600-50,000)	
สถานภาพการสมรส		
คู่	154	65.25
หม้าย/หย่า/แยก	82	34.75
อุปกรณ์สื่อสารดิจิทัลที่เด็กใช้		
โทรศัพท์	50	21.19
โทรศัพท์	92	38.98
แท็บเล็ตและคอมพิวเตอร์	94	39.83



2. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 112 คน ร้อยละ 47.46 มีการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลระดับปานกลางถึงมาก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วม ความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้สื่อดิจิทัลของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลสำหรับเด็กปฐมวัย		
ปานกลางถึงมาก	112	47.46
ต่ำ	124	52.54
Mean (S.D.)	32.62 (3.91)	
ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลสำหรับเด็กปฐมวัย		
ปานกลางถึงมาก	130	55.08
ต่ำ	106	44.92
Mean (S.D.)	6.41 (1.99)	
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้สื่อดิจิทัล		
ปานกลางถึงมาก	138	58.47
ต่ำ	98	41.53
Mean (S.D.)	153.76 (14.55)	

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย เพศ (OR = 2.38, 95% CI: 1.17-4.82, p-value = 0.015) อายุ ลดลงทุกๆ 1 ปี (OR = 1.03, 95% CI: 1.02-1.06, p-value = 0.016) และระดับการศึกษา โดยเมื่อใช้การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า มัธยมศึกษา (OR = 0.96, 95% CI: 0.53-1.72, p-value < 0.001) และ การศึกษาดั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (OR = 3.63, 95% CI: 1.70-7.75, p-value < 0.001) ตามลำดับ

เมื่อควบคุมผลกระทบของตัวแปรแทรกซ้อน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ (OR = 2.94, 95% CI: 1.38-2.67, p-value = 0.005) อายุ ลดลงทุกๆ 1 ปี (OR = 1.07, 95% CI: 1.05-1.09, p-value = 0.024) และระดับการศึกษา โดยเมื่อใช้การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า มัธยมศึกษา (OR = 0.66, 95% CI: 0.32-1.33, p-value = 0.148)



และการศึกษาตั้งแต่ปริญาตรีขึ้นไป (OR = 2.55, 95% CI: 1.08-5.99, p-value = 0.032) ตามลำดับรายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เชิงพหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการมีส่วนร่วมระดับมาก	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
เพศ						0.005
หญิง	196	43.88	1	1		
ชาย	40	65.00	2.38	2.94	1.38-2.67	
อายุ ลดลงทุกๆ 1 ปี	236	-	1.03	1.07	1.05-1.09	0.024
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	82	41.46	1	1		0.032
มัธยมศึกษา	122	40.38	0.96	0.66	0.32-1.33	
ปริญาตรีขึ้นไป	32	72.00	3.63	2.55	1.08-5.99	

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.05 มีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัล ปานกลาง-มาก ร้อยละ 47.46

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ (OR = 2.94, 95% CI: 1.38-2.67, p-value = 0.005) อายุ ลดลงทุกๆ 1 ปี (OR = 1.07, 95% CI: 1.05-1.09, p-value = 0.024) และระดับการศึกษา เมื่อใช้การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง มัธยมศึกษา (OR = 0.66, 95% CI: 0.32-1.33, p-value = 0.148) และการศึกษาตั้งแต่ปริญาตรีขึ้นไป (OR = 2.55, 95% CI: 1.08-5.99, p-value = 0.032)

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีส่วนร่วมขณะที่บุตรหลานใช้สื่อดิจิทัลในระดับสูง ร้อยละ 47.46 โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระยะสายตา และคอยให้คำแนะนำเมื่อบุตรหลานต้องการสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพจุฑา สุภิมารส สิงคเสลิต⁽¹⁶⁾ ซึ่งกล่าวถึง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัล โดยระบุว่า ไม่ควรให้เด็กใช้หรืออยู่กับสื่อดิจิทัลตามลำพัง เนื่องจากการใช้สื่อดิจิทัลในฐานะของเครื่องมือที่สนับสนุนการเรียนรู้และ พัฒนาการของเด็กที่ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขสำคัญ คือ



มีผู้ใหญ่เป็นผู้ใช้สื่อดิจิทัลร่วมกับเด็ก รวมถึงควรสังเกตการใช้สื่อดิจิทัลของเด็ก เพื่อตรวจสอบว่าเด็กใช้ในลักษณะที่เหมาะสม รวมทั้งคอยให้คำแนะนำและความช่วยเหลือเมื่อเด็กต้องการ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Oliemat และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยเป็นผู้กำหนดกฎกติกาในการใช้สื่อดิจิทัล และเด็กปฐมวัยต้องการความช่วยเหลือ และคำแนะนำจากผู้ปกครองของพวกเขาในขณะที่ใช้แท็บเล็ต ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Coyne และคณะ⁽²³⁾ การใช้สื่อเพื่อการเสริมพัฒนาการ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากในอดีต ทั้งนี้ผู้ปกครองควรให้ความสำคัญกับการเลือกสื่อดิจิทัลที่เหมาะสมกับอายุของเด็กตามองค์ประกอบของสื่อดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ เพราะสื่อดิจิทัลส่งผลกระทบต่อพัฒนาการแต่ละช่วงวัยของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ควรได้รับการควบคุมดูแลระหว่างเข้าถึงสื่อดิจิทัลเป็นพิเศษ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Angkittisawat และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีต่อการใช้สื่อดิจิทัลในเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย เรียงตามลำดับดังนี้

ผู้ปกครองเพศชายมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัยดีกว่าเพศหญิง 2.94 เท่า (OR = 2.94, 95% CI: 1.38-2.67, p-value = 0.005) อาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ปกครองเพศชายมีพฤติกรรมและมีความสนใจและมีความระมัดระวังในการใช้สื่อดิจิทัลมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบที่หลากหลายกว่าเพศชาย แต่มักขาดความระมัดระวังในการใช้สื่อ ผลการศึกษารังนี้แตกต่างจากการศึกษาของ มินนภา รัชชหิรัญ และปณิธิ เนตินันท์⁽¹⁸⁾ ศึกษาพฤติกรรมการเล่นของเด็กก่อนวัยเรียนด้วยสื่อดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 ของผู้ปกครองจะพบว่า เพศของผู้ปกครองไม่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเล่นบุตร เนื่องจากปัจจุบันความรับผิดชอบในเรื่องรายได้เป็นหน้าที่ของทุกคนในครอบครัว เพศหญิงทำงานนอกบ้านเช่นเดียวกับเพศชาย ความรับผิดชอบในการดูแลบุตรเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำร่วมกันระหว่างพ่อและแม่ที่ต้องพูดคุย และกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับครอบครัว ดังนั้น พฤติกรรมความเอาใจใส่ดูแลและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองย่อมส่งผลต่อบุตรไม่แตกต่างกัน

อายุผู้ปกครองที่ลดลงทุกๆ 1 ปี มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.07 เท่า (OR = 1.07, 95% CI: 1.05-1.09, p-value = 0.024) อาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ปกครองที่อายุน้อยมักจะคุ้นเคยและใช้สื่อดิจิทัลเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จึงมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมให้เด็กเข้าถึงสื่อดิจิทัลได้ง่ายขึ้น และอาจมีการใช้สื่อดิจิทัล เช่น โทรศัพท์มือถือและแท็บเล็ต เพื่อให้เด็กหยุดร้องไห้หรือทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีอายุมาก เช่น ปู่ย่า ตายาย ปู่ย่า-ตายาย มีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลน้อยกว่าไม่มี



ประสบการณ์ในการใช้อุปกรณ์อย่างแท็บเล็ตหรือวิดีโอเกม สอดคล้องกับการศึกษาของ อารุณลักษณะ คงยัง และเบญจา มุกตพันธุ์⁽²⁵⁾

ระดับการศึกษา การศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป การมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย ดีกว่าประถมศึกษา 2.55 เท่า (OR = 2.55, 95% CI: 1.08-5.99, p-value = 0.032) ซึ่งผู้ปกครองกลุ่มที่มีการรับรู้สูงส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้ปานกลางมีการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลขึ้นกับระดับการศึกษาของบุคคลนั้นๆ⁽²⁶⁾ ส่งผลให้กลุ่มที่มีการศึกษาสูงอาจมี การรับรู้ที่ดีกว่า เมื่อพิจารณาการรับรู้รายด้าน พบว่า ผู้ปกครองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้เวลาหน้าจอในระดับสูง สิ่งที่ผู้ปกครองเชื่อว่าเป็นโอกาสเสี่ยง คือ การที่ผู้ปกครองดูโทรทัศน์หรือใช้สมาร์ทโฟน/แท็บเล็ต ให้เด็กเห็นจึงอยากใช้บ้าง การให้เด็กดูสมาร์ทโฟนเพื่อเป็นการให้รางวัลหรือเมื่อร้องกวนใจบ่อยๆ จะทำให้เด็กใช้หน้าจอที่มาก ผู้ปกครองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงนี้จะช่วยให้ผู้ปกครองหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเหล่านี้ได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัยรวมถึง การสนับสนุนให้เด็กมีพฤติกรรมทางกายมากขึ้น อาจเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดสื่อดิจิทัล และจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เหมาะสมได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเข้าพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กปฐมวัยทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเป็นอาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2568 (ไตรมาส 1). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568.
2. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations between screen use and child language skills: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr 2020; 174(7): 665-75.



3. Rayce SB, Okholm GT, Flensburg-Madsen T. Mobile device screen time is associated with poorer language development among toddlers: results from a large-scale survey. *BMC Public Health* 2024; 24(1): 1050.
4. คลจรัส ทิพย์มโนสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์* 2565; 18(1): 51-68.
5. เบญจมาพร จงเจริญ, สราวุฒิ แรมจันทร์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ต่อการดูแลความเป็นส่วนตัวบนสื่อ TikTok ในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์* 2567; 30(2): 115-29.
6. จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, สุจิมา ตีลการยทรัพย์. ผลกระทบจากการใช้สมาร์ตโฟนในเด็กปฐมวัย: บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือดูแล. *วารสารมหาวิทยาลัยพนาครทรรศ* 2564; 8(10): 113-24.
7. Radesky JS, Kaciroti N, Weeks HM, Schaller A, Miller AL. Longitudinal associations between use of mobile devices for calming and emotional reactivity and executive functioning in children aged 3 to 5 years. *JAMA Pediatr* 2566; 177(1): 62-70.
8. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาการเด็ก ตอนเด็กเล็ก 0-3 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2563.
9. Fararo TJ. Social action systems: Foundation and synthesis in sociological theory [internet]. Bloomsbury Publishing USA; 2001.
10. Wongyai N. A guide to developing digital literacy skills of digital native. *Veridian E-J Silpakorn Univ* 2017; 10(2): 1630-42.
11. Goh SN, Teh LH, Tay WR, Anantharaman S, van Dam RM, Tan CS, et al. Sociodemographic, home environment and parental influences on total and device-specific screen viewing in children aged 2 years and below: an observational study. *BMJ Open* 2016; 6(1): e009113.
12. Tancharoenwong AS, Pakdeeronachit S, Svetthitikun Y. Screen behavior of Thai toddlers aged 0-3 years in Bangkok. *J Soc Commun Innov* 2561; 6(2): 60-9.
13. สุวิมล พิบูลย์. การวิเคราะห์ความเสี่ยงของเด็กระดับปฐมวัยสู่ความเป็นพลเมืองดิจิทัล. *วารสารสหวิชาการงานวิจัยและนวัตกรรมสังคม* 2568; 1(2): 54-65.
14. วัฒนา เกิดม่วง, ศักดิกร สุวรรณเจริญ. ปัจจัยกำหนดสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2565; 32(2): 36-51.



15. อภิรพี เศรษฐกิจฐานเจริญวงศ์, ศรีรัฐ ภัคศิรณชิต, ญาณวุฒิ เสวตติติกุล. พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทย วัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร: (Screen Behavior of Thai Toddlers Aged 0-3 years in Bangkok). วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม 2561; 6(2): 60-9.
16. ทิพจุฑา สุภิมาธ สังกเสถิต, ปุณณรัตน์ พิงคานนท์, วิสุทธิ์ ชันศิริ, พชรพา พานทอรัญ, เพ็ญนภา วัชเวก, นริศรา ระโส. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูปฐมวัยต่อการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลของเด็กปฐมวัย. วารสารวิจัยวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ 2024; 8(1): 163-72.
17. ปาริชาติ อาษาธง, ทองมี ผลาผล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2565; 15(2): 266-82.
18. มินนภา รักย์หิรัญ, ปณิธิ เนตินันท์. พฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนด้วยสื่อดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 ของผู้ปกครองในเขตภาคตะวันออก. วารสารปัญญาภิวัฒน์ 2564; 13(2): 280-92.
19. Egbuchulem KI. The basics of sample size estimation: an editor's view. Ann Ib Postgrad Med. 2023; 21(1): 5-10
20. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. [Internet]. 1971 [cited 2025 Oct 23]; Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED049304>
21. Best R, Kahn JV. Education. Spiritual Whole Child Lond Cassell. [Internet]. 1996 [cited 2025 Oct 23]; 17. Available from: <https://www.academia.edu/download/39288454/reined.pdf>
22. Oliemat E, Ihmeideh F, Alkhawaldeh M. The use of touch-screen tablets in early childhood: Children's knowledge, skills, and attitudes towards tablet technology. Child Youth Serv Rev 2018; 88: 591-7.
23. Coyne SM, Radesky J, Collier KM, Gentile DA, Linder JR, Nathanson AI, et al. Parenting and digital media. Pediatrics 2017; 140(Supplement_2): S112-6.
24. Angkittisawat W, Buathong N, Kirdchok P. Parents' knowledge and attitudes toward usage of digital screen devices in 6-month-old to 5-year-old children in Thailand. Chulalongkorn Med J 2022; 66(3): 343-51.
25. อารุณลักษณ์ คงยัง, เบญจา มุกตพันธ์. ปัจจัยด้านผู้ปกครองที่สัมพันธ์กับการใช้เวลาหน้าจอของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน เขตเทศบาลนครขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(6): 737-45.
26. Parrino C, Vinciguerra F, La Spina N, Romeo L, Tumminia A, Baratta R, et al. Influence of early-life and parental factors on childhood overweight and obesity. J Endocrinol Invest 2016; 39(11): 1315-21.



ความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

THE EXPECTATIONS AND NEEDS OF STAKEHOLDERS TOWARDS THE BACHELOR
OF NURSING SCIENCE PROGRAM (REVISED EDITION B.E. 2566) IN FACULTY OF
NURSING ROI-ET RAJABHAT UNIVERSITY

Received: September 20, 2025

Revised: December 01, 2025

Accepted: December 07, 2025

ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์¹, อติญา โพธิ์ศรี^{1*}, วิวินท์ ปุระณะ¹,

ลัดดา พลพุดธา¹, ปาริชาติ อาษาธง¹, สุริพร ศรีโพธิ์อุ้น¹

Thanyalak Tangthamphithak¹, Atiya Phosri^{1*}, Wiwin Purana¹,

Latda Phonphuttha¹, Parichat Asathong¹, Sureporn Sripho-un¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้แทน จำนวน 14 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ความคาดหวังประกอบด้วย 1) ความคาดหวังต่อบัณฑิต ได้แก่ เก่งดีมีความรู้เป็นคนดีมีคุณธรรม และนักปฏิบัติที่ดี 2) ความคาดหวังต่อหลักสูตร ประกอบด้วย ส่งเสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษและไอที เน้นวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเชื่อมโยงบริบทผู้ป่วย บูรณาการศาสตร์การใช้ชีวิตประจำวัน สร้างการพยาบาลในสังคมพหุวัฒนธรรม ให้ความสำคัญรากเหง้าศาสตร์ด้านการพยาบาล และเน้นการสื่อสารเชิงวิชาชีพ

ดังนั้น หลักสูตรควรเน้นพัฒนาความรู้คู่คุณธรรมจัดการเรียนการสอนที่เน้นการใช้ทักษะภาษาอังกฤษและเทคโนโลยีสนับสนุนการเรียนรู้ ให้ความสำคัญกับการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ความคาดหวัง, ความต้องการ, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566)

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: atiyaposri@gmail.com



Abstract

This descriptive qualitative research aimed to explore the expectations and needs of stakeholders regarding the revised Bachelor of Nursing Science Curriculum (Revised Edition B.E. 2566) at the Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University. The purposive sample consisted of 14 participants, including nursing administrators, head nurses, head of wards, and a representative from the community. The study was conducted between May and June 2025. The research instrument was an open-ended question guide used for a focus group discussion. Personal data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed two main parts of stakeholder expectations: 1) Expectations of the graduates, which included being competent, knowledgeable, and a person of integrity, as well as being a good practitioner; and 2) Expectations of the curriculum, which focused on promoting English and IT skills, emphasizing the analysis of clients' health conditions and their linkage to the patient context, integrating life skills, fostering nursing care in a multicultural society, highlighting the fundamental principles of nursing science, and focusing on professional communication.

The study recommends that the curriculum should focus on developing knowledge alongside ethics. Teaching and learning should emphasize the use of English language skills and the application of technology to support learning. Furthermore, importance should be placed on fundamental nursing care and nursing in a multicultural society to further develop professional nursing skills.

Keywords: Expectations, Needs, Stakeholders, Bachelor of Nursing Science Program (Revised Edition B.E. 2566)



บทนำ

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีเป้าหมายคือผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพและคุณธรรม ให้สอดคล้องกับความต้องการที่ซับซ้อนในระบบสุขภาพปัจจุบัน การศึกษาพยาบาลจึงต้องปรับปรุงเน้นการพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เพื่อให้บัณฑิตมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา และเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁽¹⁾

สถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและผันผวน ด้านเทคโนโลยี ความซับซ้อนของโรค การแข่งขันทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ส่งผลให้คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในตลาดแรงงานเปลี่ยนแปลงไป⁽²⁾ ดังนั้น สถาบันการศึกษาต้องตื่นตัวและปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าบัณฑิตที่ผลิตออกมามีคุณสมบัติตรงกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ นอกเหนือจากมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร พ.ศ. 2560⁽³⁾ แล้ว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คุณลักษณะสำคัญที่บัณฑิตควรมีในอนาคต ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคิดสร้างสรรค์ การคิดวิจารณ์ การแก้ปัญหา การเรียนรู้ และการตัดสินใจ 2) การติดต่อสื่อสาร และการประสานร่วมมือ 3) รู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ และความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การดำรงชีวิตในโลกปัจจุบัน มีความเป็นพลเมือง และความรับผิดชอบต่อสังคม⁽⁴⁾

พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2547 มาตรา 8 กำหนดพันธกิจให้มหาวิทยาลัยเน้นการแสวงหาความเป็นเลิศทางวิชาการบนพื้นฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลิตบัณฑิตที่มีความรู้คู่คุณธรรมสำนึกในความเป็นไทย รักผูกพันต่อท้องถิ่นรวมถึงส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁽⁵⁾

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2566) มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตตามปรัชญาพิพัฒนาการนิยม (Progressivism) เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงวิทยาศาสตร์ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ ประสบการณ์พร้อมด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 สามารถให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนภายใต้บริบททางสังคม และสุขภาพที่เปลี่ยนไป

การติดตามบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในช่วง พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อคุณลักษณะ สมรรถนะ และคุณภาพการปฏิบัติงานของบัณฑิต โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดีถึงดีมาก พบข้อเสนอแนะในการพัฒนา ได้แก่ ทักษะภาษาอังกฤษ การบริหารการพยาบาล การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การแก้ปัญหาคด้วยวิจัยและนวัตกรรม

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด (ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568) ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความคาดหวังและ



ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อหลักสูตร เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอนให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับความคาดหวังของตลาดแรงงาน และเพิ่มโอกาสในการจ้างงานของบัณฑิตในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผลลัพธ์การเรียนรู้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive Qualitative Research) วัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ถึงปรากฏการณ์ กระบวนการ ประสบการณ์ มุมมอง และโลกทัศน์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง⁽⁶⁾ ผลการศึกษาช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์ที่สนใจได้ดียิ่งขึ้นและลึกซึ้ง⁽⁷⁾ มุ่งเน้นปรากฏการณ์ในสภาพที่เป็นจริงตามธรรมชาติ (Naturalistic Inquiry) ภายใต้บริบทและขอบเขตของการวิจัยที่กำหนด โดยไม่มีการกำหนดตัวแปรหรือตั้งเป้าหมายเชิงทฤษฎีไว้ล่วงหน้าช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างชัดเจนและลึกซึ้ง⁽⁸⁾ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงนำวิธีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการค้นหาความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรผ่านประสบการณ์ตรงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งมีบทบาทในการเป็นผู้ร่วมงานและรับรู้สมรรถนะของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานบริการสุขภาพที่มีบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566) ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้แทน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้แทน จำนวน 14 คน ได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพที่มีบัณฑิตจากหลักสูตรไปปฏิบัติงาน 2) เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย



หรือผู้แทน 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าแต่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง หน่วยงาน/สถานบริการ ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับบัณฑิตพยาบาล (ปี)

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ประเด็นหลัก รวม 9 คำถามย่อย จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) ความคาดหวังต่อบัณฑิต (1) ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ (2) บัณฑิตควรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติด้านใดเป็นพิเศษ (3) ในมุมมองของท่านบัณฑิตที่ดีควรมีคุณลักษณะสำคัญอะไรบ้าง 2) การประเมินบัณฑิต (1) จากประสบการณ์จริงท่านเห็นจุดแข็งของบัณฑิตอย่างไร (2) มีข้อจำกัดหรือปัญหาใดที่พบในบัณฑิตจากหลักสูตรนี้ (3) บัณฑิตมีความสามารถในการปรับตัวต่อการทำงานในหน่วยงานอย่างไร 3) ความสอดคล้องของหลักสูตร (1) หลักสูตรปัจจุบันสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยบริการหรือไม่ (2) มีเนื้อหาทักษะ หรือกิจกรรมใดที่ควรเพิ่มเติมในหลักสูตร (3) หลักสูตรควรพัฒนาในด้านใดเพื่อให้บัณฑิตตอบโจทยระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน อุปกรณ์ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก และปากกา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามหลักวิชาการหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแนวคำถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของคำถามกับประเด็นวิจัยด้วย ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) พร้อมทั้งปรับปรุงถ้อยคำให้มีความชัดเจน ความเข้าใจง่าย และความเหมาะสม (2) การทดสอบใช้จริง (Pilot Testing) ทดสอบกับผู้ให้ข้อมูล 2 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความยากง่ายของคำถาม ระยะเวลาการสนทนา ความต่อเนื่องของกระบวนการ และความสามารถในการกระตุ้นข้อมูลเชิงลึก จากนั้นนำผลมาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ก่อนเก็บข้อมูลจริง 2) การยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ผู้วิจัยดำเนินการยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามหลักเกณฑ์การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ฟังและตรวจสอบเทปบันทึกเสียงซ้ำหลายครั้ง ถอดข้อความแบบคำต่อคำ ตรวจสอบข้อมูลร่วมกับผู้ร่วมวิจัย (Member Checking) (2) ความคงเส้นคงวา (Dependability) บันทึกขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และทบทวนการจัดหมวดหมู่ข้อมูลหลายรอบ (3) ความยืนยันได้ (Confirmability) เปรียบเทียบข้อมูลกับรหัส (Codes) หมวดหมู่ย่อย และหมวดหมู่



ข้อมูล เพื่อลดอคติของผู้วิจัย (4) ความถ่ายทอดได้ (Transferability) บรรยายบริบทของผู้ให้ข้อมูลและสถานการณ์การสนทนากลุ่มอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถตัดสินความเหมาะสมในการนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและประสานกับฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย 2) ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาสนทนากลุ่มเมื่อถึงวันนัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ 3) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งขอคำยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) ขออนุญาตบันทึกเสียงก่อนเริ่มดำเนินการ 4) ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลรวม 14 คน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ต่อกลุ่ม ผู้นำการสนทนากลุ่มยุติการเก็บข้อมูลเมื่อไม่มีข้อมูลหรือประเด็นใหม่เกิดขึ้น (Data Saturation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ข้อมูลส่วนบุคคล) ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันตามกระบวนการของ Sandelowski⁽⁹⁾ มีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้ 1) ฟังเสียงสัมภาษณ์ซ้ำหลายครั้ง และถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ 2) อ่านบททบทวนบทสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาในภาพรวม 3) สร้างรหัส (Coding) จัดข้อมูลเป็นรหัส (Codes) 4) จัดหมวดหมู่จัดกลุ่มรหัสข้อมูลเป็นหมวดหมู่ย่อย (Sub-categories) รวมหมวดหมู่ย่อยที่คล้ายกันเป็นหมวดหมู่ข้อมูล (Categories) 5) ตรวจสอบและปรับปรุงหมวดหมู่ย่อย/หมวดหมู่ข้อมูล โดยเปรียบเทียบข้อมูลทุกประเภท เพื่อกลั่นกรองเฉพาะความหมายที่สำคัญและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนาประกอบกับคำพูดของผู้ให้ข้อมูลโดยตรงเพื่อสนับสนุนผลการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 190/2568 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการ รายละเอียด ดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และลักษณะการสนทนากลุ่มอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามที่ไม่สะดวกใจ 2) การเก็บข้อมูลมีการขออนุญาตบันทึกภาพและเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด 3) การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะใช้วิธีปกปิดชื่อจริงและใช้รหัสแทนเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลาย เมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่อย่างน้อย 1 ปี



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุต่ำสุด 47 ปี สูงสุด 55 ปี (เฉลี่ย 50.29 ปี, S.D. = 2.20) ส่วนใหญ่เป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 71.43 สังกัดหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 50 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 14.30 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 28.60 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 7.10 ประสบการณ์ทำงานร่วมกับบัณฑิตพยาบาล ต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 6 ปี (เฉลี่ย 4.14 ปี, S.D. = 1.02)

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหลักสูตร มีการกำหนดรหัสข้อความ (Coding) จำนวนทั้งสิ้น 40 รหัส คัดเลือกรหัสที่เกี่ยวข้องมาทั้งสิ้น 26 รหัส ก่อนจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categories) ให้สอดคล้องกับแนวคำถามที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความคาดหวังต่อบัณฑิต 2) การประเมินบัณฑิต และ 3) ความสอดคล้องของหลักสูตร ในการนำเสนอผลการศึกษาโดยรหัส FG หมายถึงการสนทนากลุ่ม และ S หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 1-14 ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

1. ความคาดหวังต่อบัณฑิต มีองค์ประกอบด้านสมรรถนะที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้พื้นฐานทางวิชาชีพ ความเป็นผู้มีคุณธรรม และความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เก่งดีมีความรู้ มีความรู้พื้นฐานแน่นในด้านกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และ Service Plan รวมถึงมีการใฝ่รู้และทักษะด้าน IT นวัตกรรมเพื่อนำมาใช้ในงานพยาบาล ดังนี้

1) ความรู้พื้นฐานดี มีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลและความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพและความรู้ด้านยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายของกระทรวงและ Service Plan เพื่อเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานของวิชาชีพ

“...ด้านองค์ความรู้ในส่วนของการเป็นผู้ใช้บัณฑิตคาดหวังว่านักศึกษาที่จบจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดจะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างน้อยขั้นพื้นฐานที่เรียนตลอด 4 ปี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานของวิชาชีพ...” FG-S14

“...ด้านความรู้อาจารย์สอนมาเยอะแต่เท่าที่ได้มีโอกาสรับนักศึกษามาฝึกตั้งแต่รุ่นที่ 1 จนถึงปัจจุบันในเรื่องความรู้ต้องแน่นรู้ตั้งแต่กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพ รู้ว่ากายวิภาคตรงนี้อวัยวะส่วนนี้อยู่ตรงไหนมีอะไรบ้าง สรีรวิทยา ถ้าเกิดความผิดปกติจะทำให้เกิดอะไรขึ้นบ้างเป็นสิ่งที่นักศึกษาต้องรู้เพื่อเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้ต่อไป...” FG-S05

“...องค์ความรู้ในปัจจุบันงานฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องให้เด็กมีความรู้ด้านยุทธศาสตร์ชาติ จุดเน้น นโยบายของกระทรวงและ Service Plan เช่น Stroke ต้องมีความรู้ก่อนที่จะออกจากมหาวิทยาลัย...” FG-S06



2) เป็นคนเก่ง บัณฑิตที่จบออกไปต้องเก่ง เก่งความรู้มีการใฝ่หาความรู้ศึกษาพัฒนาตัวเอง เก่งในทักษะปฏิบัติการพยาบาลขั้นต่ำในระดับพื้นฐาน

“...ความคาดหวังต่อน้องที่จบออกไปคือคาดหวังว่าน้องต้องเก่ง เก่งในที่นี้ คือ อาจไม่ใช่เก่งด้านความรู้อย่างเดียวรวมถึงการใฝ่หาความรู้ศึกษาพัฒนาตัวเองและเรื่องทักษะทางการพยาบาล ต้องเก่งในทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐาน...” FG-S04

“...เรียนหลักสูตรวิกฤติก็สามารถทำคะแนนได้ที่ท็อปเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่น้องเข้าไปทำงานคงเป็นแม่ ๆ Preceptor ว่าอยากให้น้องเป็นยัง ใจอยากได้อะไรก็สอนให้น้องช่วยเชียร์ให้น้องอยู่ต่อ เรามีการสอยน้องทำน้องมีการเป็นผู้นำในการนำเสนอทุกกลุ่มให้ภาคภูมิใจว่า ราชภัฏร้อยเอ็ดไม่ค่อยไปกว่าใครและตอบอย่างภาคภูมิใจว่าจบจากราชภัฏร้อยเอ็ด...” FG-S12

“...สิ่งที่เด่นของราชภัฏคือน้องเด่นเรื่องไอทีนำเสนอได้ดีทำการนำเสนอเก่ง Google sheet เก่งน่าจะเป็นผลจากการที่สถาบันมีการเทรนนิ่งเห็นจากหลักสูตรมีการจัดการเรียนการสอน...” FG-S10

3) มีหัวคิดสร้างสรรค์ด้านไอทีและนวัตกรรม เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาล

“...น้องต้องมีความคิดสร้างสรรค์ในเรื่องของนวัตกรรม...” FG-S02

“...มีความพร้อมพัฒนา IT และด้านความรู้ไปด้วยกันมีความซื่อสัตย์ เห็นอกเห็นใจกับเพื่อนร่วมวิชาชีพและเพื่อนร่วมงาน...” FG-S03

1.2 ความเป็นผู้มีคุณธรรมและทัศนคติที่เหมาะสมต่อวิชาชีพ ควรมีความเมตตา ซื่อสัตย์ อดทน มีจิตสาธารณะ พร้อมพัฒนาตนเอง คิดเชิงบวก และปรับตัวตามสถานการณ์ของงานพยาบาลได้ ดังนี้

1) มีจิตสาธารณะในการเข้าสู่วิชาชีพ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพมีจิตสาธารณะในการเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล มีความเมตตา กรุณา

“...ส่วนทัศนคติมองว่ามีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพมีจิตสาธารณะในด้านการที่เข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล มีความเมตตา กรุณา สงสารคนไข้จริง ๆ...” FG-S08

2) มีความพร้อมด้านความรู้คู่คุณธรรม มีความซื่อสัตย์และอดทนมีความพร้อมพัฒนา IT และด้านความรู้ไปด้วยกัน ซื่อสัตย์อดทน เห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมวิชาชีพและเพื่อนร่วมงาน

“...ด้านความรู้ในส่วนของบัณฑิตใหม่อยากให้มีความรู้ ในส่วนความรู้ในบทเรียน อาจารย์สอนมาแล้วแต่อยากให้น้องมีความซื่อสัตย์และอดทนมีความพร้อมพัฒนา IT และความรู้ไปด้วยกันมีความซื่อสัตย์ เห็นอกเห็นใจกับเพื่อนร่วมวิชาชีพและเพื่อนร่วมงาน...” FG-S13



3) ทักษะคิดมีความคิดเชิงบวกยืดหยุ่นได้ เก่งทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐาน มีความคิดสร้างสรรค์ด้านนวัตกรรม เป็นคนดี เคารพกฎ ระเบียบ มีคุณธรรมจริยธรรมทางการพยาบาล ทักษะคิดมีวุฒิภาวะและยืดหยุ่น

“...ต้องเก่งทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐาน มีความคิดสร้างสรรค์ในเรื่องของนวัตกรรม เป็นคนดี เคารพกฎ ระเบียบ มีคุณธรรมจริยธรรมทางการพยาบาล มีความคิดเชิงบวกพร้อมพัฒนาตนเองรับคำแนะนำมาปรับและพัฒนาตนเอง...” FG-S04

“...เราอยากได้น้องที่มีความรู้มีทัศนคติที่ดีมีวุฒิภาวะความยืดหยุ่นจากสถานการณ์โลกเปลี่ยนไปมีการร้องเรียนมากขึ้น เช่น รพช. มีการส่งต่อผู้ป่วยเราไม่สามารถกำหนดคุณสมบัติพยาบาลได้น้องใหม่ที่รพช. จะถูกจัดลงอ้อ...”FG-S10

1.3 ทักษะปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Fundamental nursing) สามารถปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐาน เช่น การทำเตียง Unit Care, Hygiene Care และการวัดสัญญาณชีพ

“...ด้านทักษะทางการพยาบาลคิดว่าจบ 4 ปี แล้วอย่างน้อยอาจยังไม่ต้องคล่องแคล่วมากแต่ว่าในส่วนพื้นฐานที่ควรทำได้คือ Fundamental น่าทำได้ 100 % ไม่ว่าจะเป็นการทำเตียง Unit Care, Hygiene Care และการวัดสัญญาณชีพพวกนี้ที่เป็นระดับ Basic ถ้าในลักษณะของเฉพาะเจาะจงเดี่ยวเราไปฝึกเองก็ได้แต่ถ้าเป็น Basic ใน 4 ปีที่เขาจบไปเราคาดหวังว่าเขาจะทำได้โดยที่เราไม่ต้องไปบอกรหรือร้องขอเขาควรที่จะทำได้เองเลย...” FG-S01

“...เก่งในที่นี้คืออาจไม่ใช่เก่งด้านความรู้อย่างเดียวอาจรวมถึงการใฝ่หาความรู้ศึกษาพัฒนาตัวเองและเรื่องทักษะทางการพยาบาลต้องเก่งในทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐาน...” FG-S09

2. การประเมินบัณฑิต พบจุดแข็ง และข้อจำกัดของบัณฑิต ดังนี้

2.1 จุดแข็ง มีความสุภาพอ่อนน้อม นอบน้อมใฝ่ใจและใฝ่รู้ ทำงานหนักทักษะเก่ง เก่งดี มีความรู้ความสามารถ

“...ในส่วนของนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานยังไม่มีแต่น้องที่เป็นผลผลิตจากที่นี้ลักษณะเด่น คือมีความสุภาพอ่อนน้อมปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ใฝ่รู้ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างดี ...” FG-S06

“...รับจากราษฎรไปทำงานที่นั่นแต่ไม่ใช่คนที่นั่นพื่อน้องเก่งน้องก็บินเลยไปแล้ว หวอดเมดเป็นหวอดที่หนักน้องทำงานหนักทักษะเก่งมาก ...” FG-S09

“...เรารับมาหลายรุ่นและรับเป็นผลผลิตหลายคนน้องค่อนข้างเก่งมีความรู้ ความสามารถ ...” FG-S10

2.2 ข้อจำกัด ขาดทักษะการสื่อสารเชิงวิชาชีพ การปรับตัวในการใช้ชีวิตร่วมกับคนต่าง Generation ทำงานประจำได้แต่ขาดการวิเคราะห์สาเหตุ



“... สิ่งที่เห็นว่ามีปัญหาคือการสื่อสารบางคนอาจพูดน้อยสื่อสารไม่เป็นหรืออาจเป็นเพราะบุคลิกของเขาที่เขาพูดน้อยกับคนไข้ไม่มีการสร้างสัมพันธภาพไม่มีอย่างอื่นเข้ามาด้วยส่วนในเรื่องประสบความสำเร็จ...” FG-S10

“...น้องขึ้นเวรเข้าค่ายฝึกได้งานประจำทำได้แต่ขาดการวิเคราะห์เหตุผลในการปฏิบัติงานทำเคสกรณีศึกษาตอบได้หมดแต่พอไปทำงานแล้วบอกเหตุผลไม่ได้วิเคราะห์หาเหตุผลไม่ได้ว่าทำไมการสื่อสารกับญาติค่อนข้างน้อย ...” FG-S02

3. ความสอดคล้องของหลักสูตร หลักสูตรควรส่งเสริมทักษะภาษาอังกฤษและไอที พัฒนาการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพผู้รับบริการ บูรณาการทักษะชีวิต การพยาบาลในสังคมพหุวัฒนธรรม และเน้นพยาบาลพื้นฐาน รวมถึงสื่อสารเชิงวิชาชีพ ดังนี้

3.1 ส่งเสริมทักษะภาษาต่างประเทศและไอที เน้นเสริมสร้างทักษะด้านภาษา สื่อสารได้ และมีทักษะด้านไอทีสามารถปฏิบัติได้

“...จาก PLO เห็นว่ามีการเสริมทักษะภาษาอังกฤษที่หลากหลายแต่รู้สึกว่ามันก็ยังไม่ค่อยดีเรื่องภาษาอังกฤษ ทำไมนักเรียนยังไม่ค่อยมีความรู้และผลลัพธ์ยังไม่บรรลุอยากให้ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีการอัดแน่นมากขึ้นนำไปสู่คำศัพท์ทางการแพทย์ว่าน้องยังไม่ค่อยกล้าพูดออกมาเหมือนกลัวผิดเน้นการสื่อสารที่ถูกต้องและมีโอกาสในความก้าวหน้าของงานที่มีผลสัมฤทธิ์สูงและควรส่งเสริมด้านภาษาไม่ว่าภาษาไหน เพิ่มภาษาอังกฤษเพิ่มอีก...” FG-S05

“...ด้านเทคโนโลยีน้องเก่งอยู่แล้วอาจต้องเพิ่มความกล้า เสริมความกล้าในการแสดงออกที่จะนำเสนอและแสดงออกให้มากขึ้น...” FG-S06

3.2 เน้นวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเชื่อมโยงบริบทผู้ป่วย ให้มีความสำคัญกับการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเข้ากับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

“...เพิ่ม PLO 4 การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เช่นการคิดวิเคราะห์ขนาดทะยัก ควรมีความรู้และเป็นศิลปะว่ามันเป็นผลจากวัคซีนไม่ใช่สิ่งที่ต้องฟ้องร้องในหลักสูตรเน้นการวิเคราะห์เชื่อมโยงบริบทการดูแลผู้ป่วยได้...” FG-S10

3.3 บูรณาการศาสตร์ในการใช้ชีวิตประจำวัน นำรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ การบริหารการเงิน การสื่อสารในยุคดิจิทัลและการเจริญสติมาสอน

“...ควรเพิ่มการบริหารจัดการด้านการเงินการวางแผนการเงินอย่างไรต้องการให้น้องรุ่นใหม่มีการวางแผนการจัดการการเงิน และเรื่องการสื่อสารในยุคปัจจุบันเน้นการใช้ทักษะในการสื่อสารในแต่ละคน เช่น ผู้ป่วย ญาติ และวิชาที่ต้องการให้เรียนคือเรื่องของ การเจริญสติการควบคุมอารมณ์การยอมรับและคาดหวังในสิ่งที่ไม่ได้ตั้งใจ การนำสติและควบคุมอารมณ์มาใช้ในการดำเนินชีวิตสิ่งนี้คืออยากฝาก 3 วิชา ที่ต้องมีการจัดการเรียนการสอน...” FG-S12



3.4 สร้างการพยาบาลในสังคมพหุวัฒนธรรม เน้นการพยาบาลในความหลากหลายทางพหุวัฒนธรรม เช่น คนที่มาจากความหลากหลาย

“...เน้นการพยาบาลในภาวะความหลากหลายทางพหุวัฒนธรรม เช่น เรื่องของคนที่มาจากความหลากหลาย กลุ่มเปราะบาง คนพิการ กลุ่มที่ถูกไวโอดีน และพระสงฆ์ อยากให้เน้นกับนักศึกษา ด้วยทำให้แบรนด์ของที่นี่มีความเด่น...” FG-S07

3.5 ให้ความสำคัญในรากเหง้าศาสตร์ด้านการพยาบาล และการสื่อสารเชิงวิชาชีพ
ให้ความสำคัญกับการพยาบาลพื้นฐานและการสื่อสารเชิงวิชาชีพ

“...ที่ยังยึดมั่นคำเดิมว่า *Fundamental* ถ้าเราทำสิ่งนี้ให้แข็ง คือ เขาได้เรียนรากเหง้าการเป็นพยาบาลทุกวันนี้พยาบาลยังไม่มีการเรียนรู้ว่าเราเป็นพยาบาล เช่นการเช็คเตียงปูเตียงการดูแลความสะอาดของผู้ป่วยเป็นที่มาของการป้องกันการติดเชื้อถ้าการพยาบาลพื้นฐานดีทำให้การพยาบาลในวิชาต่อไปพัฒนาได้อย่างดีเป็นสิ่งทีโอเอทำไมไม่ได้เป็นงานที่เด่น...” FG-S01

“...สิ่งที่เห็นว่ามีปัญหาคือการสื่อสารบางคนอาจพูดน้อยสื่อสารไม่เป็นหรืออาจเป็นเพราะบุคลิกของเขาที่เขาพูดน้อยกับคนไข้ไม่มีการสร้างสัมพันธภาพไม่มีอย่างอื่นเข้ามาด้วยส่วนในเรื่องประสบความสำเร็จ...” FG-S11

จากผลการศึกษาสะท้อนคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และความสอดคล้องของหลักสูตร ดังนี้ 1) คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ (1) ควรมีความสมดุลระหว่างความรู้และคุณธรรมมีความรู้พื้นฐานทางวิชาชีพที่มั่นคง มีคุณธรรม ความใฝ่รู้ และสามารถใช้เทคโนโลยี/นวัตกรรม ในการพัฒนางานพยาบาล (2) ทักษะการปฏิบัติสามารถปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้องและมีมาตรฐาน 2) การประเมินบัณฑิต (จุดแข็ง/ข้อจำกัด) (1) จุดแข็ง ชยัน ตั้งใจ และสามารถด้านเทคโนโลยี (2) ข้อจำกัด ทักษะภาษาอังกฤษและการสื่อสารควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม 3) ความสอดคล้องของหลักสูตรเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุม ดังนี้ (1) ทักษะสมัยใหม่ ส่งเสริมทักษะภาษาอังกฤษและไอที (2) การปฏิบัติเชิงบริบทเน้นวิเคราะห์ภาวะสุขภาพเชื่อมโยงบริบทผู้ป่วยบูรณาการทักษะชีวิต และการพยาบาลในสังคมพหุวัฒนธรรม (3) การพยาบาลพื้นฐานและวิชาชีพให้ความสำคัญกับการพยาบาลพื้นฐานและการสื่อสารเชิงวิชาชีพ

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความคาดหวังต่อบัณฑิต (1) เก่ง ดี มีความรู้ มีความรู้พื้นฐานที่ดี มีความสามารถด้านนวัตกรรมและไอที (2) เป็นคนดี มีคุณธรรม มีจิตสาธารณะ ทัศนคติเชิงบวก และยึดหยุ่นในการทำงาน (3) เป็นนักปฏิบัติที่ดีมีทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (*Fundamental Nursing*) และทักษะเชิงวิชาชีพที่เข้มแข็ง 2) ความคาดหวังต่อหลักสูตร เน้นพัฒนาทักษะที่จำเป็นตอบโจทย์บริบทปัจจุบัน ดังนี้ (1) การพัฒนา



ส่งเสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษและไอที เน้นการสื่อสารเชิงวิชาชีพ (2) ปฏิบัติงาน เน้นวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เชื่อมโยงกับบริบทของผู้ป่วย บูรณาการศาสตร์ในการดูแลชีวิตประจำวัน และสร้างความเข้าใจในการพยาบาลในสังคมพหุวัฒนธรรม

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจถึงความคาดหวัง ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหลักสูตร ประกอบด้วย ความคาดหวังและความต้องการต่อบัณฑิต ด้านความรู้ ต้องเป็นคนเก่งดี มีความรู้แน่นความรู้พื้นฐานดี เก่งมีหัวใจสร้างสรรค์ด้านไอทีและนวัตกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า สมรรถนะวิชาชีพการพยาบาลยุคไทยแลนด์ 4.0 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเน้นน่านวัตกรรมทางการแพทย์ และการใช้เทคโนโลยีในทุกด้าน สมรรถนะวิชาชีพการพยาบาลที่เหมาะสมต้องเป็นคนที่มีความรู้และเข้าใจการพัฒนาเทคโนโลยีในด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เข้าใจเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง เพื่อประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงกระบวนการดูแลสุขภาพและการสื่อสารในสายงานของพยาบาลวิชาชีพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽¹⁰⁾ ด้านทักษะต้องเป็นนักปฏิบัติที่ดีมีทักษะด้านการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Fundamental nursing) และทักษะเชิงวิชาชีพ ด้านคุณธรรม/จริยธรรม เป็นคนดีมีคุณธรรม มีจิตสาธารณะในการเข้าสู่วิชาชีพ มีความรู้คู่คุณธรรม ทักษะคิดมีความคิดเชิงบวกยืดหยุ่นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลและการผสมผสานแบบองค์รวมเน้นคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีสมรรถนะด้านดิจิทัลในการศึกษาค้นคว้า ใช้กระบวนการวิจัยและสร้างสรรค์นวัตกรรมในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพและการพยาบาล มีคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า บัณฑิตต้องสามารถแสดงออกและปฏิบัติตนตามหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณทางวิชาการและวิชาชีพมีความรับผิดชอบต่อสังคมมีทักษะการใช้เทคโนโลยี รู้เท่าทันข้อมูลท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง ให้เกียรติซึ่งกันและกันยอมรับตนเองและผู้อื่น กล้าที่จะเป็นตัวของตัวเองไม่ทำตามคนอื่น เชื่อสัตย์สุจริต ซื่อตรงและเที่ยงธรรม ตระหนักคิด มีสติ มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ โอบอ้อมอารี อ่อนน้อม ถ่อมตน มีทัศนคติเชิงบวก มีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น เคารพในความเป็นผู้ใหญ่ เคารพสถานที่ที่เข้าไปอยู่เชื่อมั่นในตนเองในองค์กร⁽¹²⁾

ความคาดหวังเน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในปัจจุบันดังนี้ ทักษะแห่งอนาคต ภาษาอังกฤษและไอที เน้นการสื่อสารเชิงวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวโน้มบทบาทพยาบาลปี ค.ศ. 2020-2030 ที่ต้องเข้าถึงมาตรฐานการดูแลระดับสากล และงานวิจัยที่ระบุความสามารถทางภาษาอังกฤษเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนอันดับ 1⁽¹⁴⁾ การวิเคราะห์และการดูแลเน้นวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับบริบทผู้ป่วยบูรณาการศาสตร์ในการดูแลชีวิตประจำวัน บริบทและวัฒนธรรมสร้างความเข้าใจในสังคมพหุวัฒนธรรม ให้ความสำคัญกับรากเหง้าศาสตร์ด้านการพยาบาล เพื่อให้สามารถให้การดูแล



ที่คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม และใช้ภาษาอังกฤษในการทำความเข้าใจความแตกต่างของบุคคล⁽¹³⁾ นวัตกรรมและวิจัยเน้นให้บัณฑิตสามารถสร้างและออกแบบนวัตกรรมการจัดการเรียนรู้บนฐานงานวิจัยและหลักวิชาการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน ชุมชน และสังคม⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรกำหนดให้นำผลการวิจัยไปใช้วิพากษ์และทบทวนหลักสูตรอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรเน้นการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้และคุณธรรม ให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการทักษะภาษาอังกฤษและเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) เข้าในรายวิชาต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพบัณฑิตให้พร้อมต่อบริบททางสุขภาพในยุคปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Watson SL, Reigeluth CM. The learner-centered paradigm of education. In: Reigeluth CM, Carr-Chellman AA, editors. Instructional-design theories and models: Building a common knowledge base. Vol. 3. New York: Routledge; 2009: p. 119-42.
2. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: WHO; 2020 Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
3. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา. 2560 ม.ค. 3;135(1ง พิเศษ): 1-11. เข้าถึงได้จาก: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Edit\(1\).PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Edit(1).PDF)
4. อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, ดาราวรรณ รองเมือง, รุ่งนภา จันทรา. การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562; 20(1): 12-20.
5. พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2547. ราชกิจจานุเบกษา. 2547 มี.ย. 18; 121(28A): 1-22.



6. Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a qualitative description approach in health care research. *Glob Qual Nurs Res*. 2017; 4: 1-8. doi: 10.1177/2333393617742282.
7. Lambert VA, Lambert CE. Qualitative descriptive research: An acceptable design. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2013; 16(4): 255-6.
8. Turale S. A brief introduction to qualitative description: A research design worth using. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2020; 24(3): 289-91.
9. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000; 23(4): 334-40. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G.
10. ฟาอิส วาเลาะเต, สาวินี ชาญสินทรพ, สุภาวดี อติชัยศักดิ์, มุฮัมหมัดไซค์ ชาและ. สมรรถนะวิชาชีพการพยาบาลยุคไทยแลนด์ 4.0 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2566; 15(3): 235-50.
11. ศิริจันทร์ งาทอง, นุศย์รินทร์ อารยะชนิตกุล, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, ไทยอุดม แอน, สุวลักษณ์ เอกสมัย, ปภาวี วิฑิตโนวงศ์, วิรุทธ เทียมสิงห์. การศึกษาความต้องการจำเป็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2567; 77(3): 257-68.
12. ชีรนนท์ ดันพานิชย์, สุภวรรณ วงศ์สร้างทรัพย์, ต่อศักดิ์ แก้วจรัสวิไล. การศึกษาความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา. *วารสารศาสตร์การศึกษาและการพัฒนามนุษย์*. 2567;8(1):40-54.
13. ทินกร บัวชู, ณัทกวี ศิริรัตน์, ประภาพร เมืองแก้ว. อนาคตภาพการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย (ช่วง ค.ศ. 2020-2029). *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2563; 12(2): 301-10.
14. วัชรภรณ์ เขยสุวรรณ, นุสรุา ขวัญไสวนธรรม, อาทิตยา ดวงมณี, กิตติมา สาธุวงษ์, ยุวดี วงษ์แสง. การประเมินความต้องการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์. *วารสารแพทยนาวิ* 2564; 48(3): 479-95.



ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง
ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
THE KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND BEHAVIORS RELATED TO BREAST SELF-
EXAMINATION AMONG THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN NASEAW
SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE

Received: August 09, 2025

Revised: November 30, 2025

Accepted: December 14, 2025

จิรัชญา เหล่าคมพุดตาจารย์¹, สิริกร ธนอมธรรม^{1*},
ธิตีรัตน์ เหล่าคมพุดตาจารย์², เดือนเพ็ญ ไชยโสภา¹, กนกทิพย์ สีกวัง¹
Jiratchaya Laokhompruttajarn¹, Sirikon Thanomtham^{1*},
Thitirat Laokhompruttajarn², Duanpen Chaisoda¹, Kanokthip Sikwang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวและแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 113 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น โดยด้านความรู้ ด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.81 ด้านทักษะและพฤติกรรม ด้วยวิธี Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.82 และ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.41, 4.30 และ 14.46 ตามลำดับ ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.137, p\text{-value} < 0.05$) ขณะที่ทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.56, p\text{-value} < 0.05$) แนวทางการป้องกัน ได้แก่ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การตรวจเต้านมสม่ำเสมอ การเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ นำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและส่งเสริมการตรวจเต้านมในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, ตรวจเต้านม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University

² คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Faculty of Arts and Science Chaiyaphum Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: Tusirigorn2505@hotmail.com



Abstract

This descriptive research aimed to examine the levels of knowledge, attitudes, and breast self-examination practices, the relationships among these factors, and strategies for breast cancer prevention. The sample consisted of 113 village health volunteers. Data were collected using a questionnaire that was validated for content validity and tested for reliability. The reliability coefficient for the knowledge section, calculated using the KR-20 method, was 0.81, while the attitude and practice sections demonstrated Cronbach's alpha values of 0.82 and 0.78, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and qualitative content analysis.

The results revealed that the participants had good levels of knowledge, attitudes, and BSE practices, with mean scores of 10.41, 4.30, and 14.46, respectively. Knowledge showed a low positive correlation with breast self-examination practices that was statistically significant ($r = 0.137$, $p\text{-value} < 0.05$), whereas attitudes demonstrated a moderate positive correlation with breast self-examination practices ($r = 0.56$, $p\text{-value} < 0.05$). The prevention strategies include promoting health care, performing regular breast self-examinations, enhancing knowledge and awareness through collaboration with relevant networks, and improving equitable access to health services.

The research recommendation is to use the findings to develop training guidelines for village health volunteers and to effectively promote breast self-examination in the community.

Keywords: Knowledge, Attitude, Breast examination, Village health volunteers



บทนำ

มะเร็งเต้านม นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2022⁽¹⁾ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเพศหญิงทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 670,000 คนต่อปี ขณะเดียวกัน อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมยังคงเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก ในทวีปเอเชีย อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.9 ในช่วงปี 2029-2030 และอัตราการเสียชีวิตคาดว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.8 โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้หญิงมักมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีจากโรคมะเร็งเต้านมเนื่องจากมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่ำ และไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลที่มีคุณภาพและทันทั่วถึงได้ ดังนั้น มะเร็งเต้านมจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตหลักของผู้หญิงทั่วโลก และยังส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก⁽²⁾

มะเร็งเต้านมเป็น โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดของผู้หญิงไทย และยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า มีผู้ป่วยใหม่จำนวน 38,559 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.7 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในเพศหญิง และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมถึง 4,753 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19,776 ราย รองลงมา คือ อายุ 50-59 ปี และ 40-49 ปี แสดงให้เห็นว่า มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ สิ่งที่น่ากังวล คือ มะเร็งเต้านมมักไม่แสดงอาการในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวจนกว่าจะเข้าสู่ระยะลุกลาม ซึ่งยากต่อการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมาก⁽³⁾

จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ประกอบด้วย 16 อำเภอ 124 ตำบล และ 1,620 หมู่บ้าน ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี โดยมีอัตราการเข้ารับการตรวจเพียง ร้อยละ 53.71 ซึ่งยังต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตาม ในอำเภอเมืองชัยภูมิ พบว่า บางพื้นที่มีอัตราการตรวจคัดกรองสูง เช่น ตำบลบึงคล้าและหนองไผ่ (ร้อยละ 98.72) และตำบลนาเลียว (ร้อยละ 97.27) โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้มีความผิดปกติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในตำบลนาเลียวจำนวน 6 ราย สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังมีอัตราการเข้าถึงต่ำ ซึ่งอาจนำไปสู่การตรวจพบโรคในระยะลุกลามและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในสตรีได้⁽⁴⁾

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยค้นพบโรคตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่อาการจะปรากฏหรือโรคลุกลาม ทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ทันทั่วถึงที่ เพิ่มโอกาสหายขาด และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดผลกระทบทางร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจ การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ง่าย ประหยัดและสะดวก⁽⁵⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและทักษะในการตรวจ



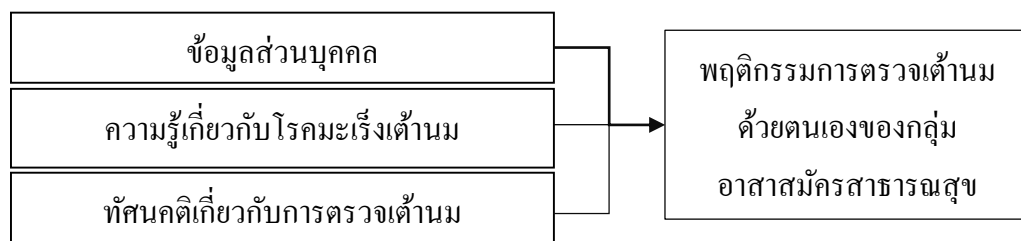
ด้านมด้วยตนเอง ซึ่ง อสม. ถือเป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึงประชาชนระดับชุมชน การส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันมะเร็งเต้านม จากสถานการณ์นี้ มะเร็งเต้านมยังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้หญิงทั่วโลก การป้องกันที่มีประสิทธิภาพเริ่มจากการส่งเสริมความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมดูแลตนเองในประชาชน โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในระดับชุมชน⁽³⁾ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการตรวจด้านมด้วยตนเองในกลุ่ม อสม. ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดเพื่อสนับสนุนการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. และส่งเสริมการป้องกันมะเร็งเต้านมในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการตรวจด้านมด้วยตนเองของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการตรวจด้านมด้วยตนเองของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม⁽⁶⁾ มาใช้ โดยเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในชุมชน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive-Correlation Research)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของตำบลนาเลียว อำเภอมะนัง จังหวัดชัยภูมิ 12 หมู่บ้าน จำนวน 140 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ยินยอมให้ทำการเก็บและใช้ข้อมูลในการวิจัย โดยมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ขาดนัดระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล 2) เจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถเข้าร่วมได้ 3) ย้ายออกนอกพื้นที่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan⁽⁷⁾ กำหนดความคลาดเคลื่อน 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้มีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 113 คน ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยใช้จำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้านมาเป็นตัวกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างและสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าจนครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อปี ประสิทธิภาพการทำงาน ประวัติการเป็นโรคมะเร็งด้านมของสมาชิกในครอบครัว เป็นคำถามลักษณะปลายปิด (Closed-Ended Question) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านม ซึ่งพัฒนามาจากวรรณพิชญ์ น้อยทะนงค์ และ ปัทมา สุพรรณกุล⁽⁸⁾ จำนวน 13 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก (+) 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ (-) 3 ข้อ มีเกณฑ์แปลความหมาย คือ ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) มีค่าคะแนน 0-7 ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) มีค่าคะแนน 8-9 ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีค่าคะแนน 10-13 โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽⁹⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการตรวจด้านมด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนามาจากวาริรัตน์ ชุมหล่อ⁽¹⁰⁾ จำนวน 7 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก (+) 6 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ (-) 1 ข้อ ระดับดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.21-5.00 ระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.41-4.20 ระดับปานกลาง โดยมีเกณฑ์แปลความหมายของคะแนน คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.61-3.40 ระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในช่วง 1.81-2.60 ระดับน้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-1.80 ใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert R.)⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองซึ่งพัฒนามาจากสร้อยัญญา งามนิมิต และคณะ⁽¹²⁾ จำนวน 10 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย คือ



ปฏิบัติมากมีค่าคะแนน 15-20 ปฏิบัติปานกลาง มีค่าคะแนน 8-14 ปฏิบัติน้อย มีค่าคะแนน 1-7 โดยใช้เกณฑ์ของสูตรอันดับของ Best JW.⁽¹³⁾

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยนำ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรม การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทำการปรับแก้ไขภาษาตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบวัดความรู้ ได้ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 และแบบสอบถามด้านทัศนคติและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
2. ติดต่อประสานงานกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเลี้ยว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเลี้ยว

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามผ่าน Google form

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient)
3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวทางป้องกันมะเร็งเต้านม ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลสิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ และข้อมูลจากการวิจัยจะถูกนำเสนอใน



ลักษณะภาพรวม ไม่มีการแสดงข้อมูลที่สามารถระบุตัวตน และการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้คำแนะนำและสวัสดิการอื่น ๆ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 67-1-022 ลงวันที่ 4 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 73.5 ($\bar{X}$ = 40, S.D. = 11.18, Min = 25, Max = 55) สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.2 ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 49.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อปีส่วนใหญ่ 10,000-50,000 บาท ร้อยละ 69.9 มีประสบการณ์เป็น อสม. มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 75.2 และไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว ร้อยละ 98.2

ระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ อสม.

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับดี (ค่าคะแนน 10-13) ร้อยละ 76.1 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 8-9) ร้อยละ 20.4 และอยู่ระดับน้อย (ค่าคะแนน 0-7) ร้อยละ 3.5 ($\bar{X}$ = 10.41, S.D. = 1.72) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม (n = 113)

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
10-15 คะแนน	4	3.5	น้อย
6-9 คะแนน	23	20.4	ปานกลาง
0-5 คะแนน	86	76.1	ดี
$\bar{X}$ = 10.41, S.D. = 1.72, Min = 3, Max = 13			

2. ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) ร้อยละ 58.4 รองลงมาในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00) ร้อยละ 36.3 และระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 3.35) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 113)

ทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
ค่าเฉลี่ย 4.24-5.00	41	36.3	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.43-4.23	66	58.4	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.62-3.42	6	5.3	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81-2.61	-	-	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80	-	-	น้อยที่สุด
$\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 3.35			

3. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับดี (ค่าคะแนน 15-20) ร้อยละ 50.44 ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 8-14) ร้อยละ 46.02 และระดับน้อย (ค่าคะแนน 1-7) ร้อยละ 3.54 ตามลำดับ ($\bar{X}$ = 14.46 , S.D. = 4.64) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 113)

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
ค่าคะแนน 15-20	57	50.44	ดี
ค่าคะแนน 8-14	52	46.02	ปานกลาง
ค่าคะแนน 1-7	4	3.54	น้อย
$\bar{X}$ = 14.46 , S.D. = 4.64			

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนทักษะ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 0.137 และ 0.560 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	พฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม	0.137	ความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ทักษะเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม	0.560*	ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

*ระดับนัยสำคัญ

แนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การปรับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เน้นการส่งเสริมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการจัดอบรมให้ความรู้ รมรณรงค์ตรวจเต้านมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 73.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.2 จบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 49.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 82.3 รายได้เฉลี่ยต่อปี 10,000-50,000 บาท ร้อยละ 69.9 มีประสบการณ์เป็น อสม. มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 75.2 และไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว ร้อยละ 98.2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 10.41, S.D. = 1.72) ทักษะในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 3.35) และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับมาก ($\bar{X}$ = 14.46, S.D. = 4.64) โดยความรู้ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรม (r = 0.137) ขณะที่ทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.56, p -value < 0.05) แนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเองและเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับความรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาเสียวอย่างต่อเนื่องร่วมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในยุคปัจจุบันที่ทำให้ศึกษาด้วยตนเองได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี



การเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอยู่เสมอส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพพารัตน์ แสณการ และชนัช กนกเทศ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต อีกทั้งการเรียนรู้บทบาทในการตรวจเต้านมร่วมกับการเฝ้าระวังและสังเกตอาการ จะส่งเสริมความเข้าใจ และการตระหนักรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรา นาคณอม และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสุขภาพสตรี งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอิเล็กทรอนิกส์ บุคลากรสุขภาพสตรีในงานพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} = 0.015$) จากเดิมที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้ที่ถูกต้อง และเพียงพอช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความสำคัญของการตรวจเต้านม การตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองในระยะแรกเริ่ม ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตน นอกจากนี้ อสม. ยังทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ให้แก่ชุมชน จึงต้องมีความเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความตั้งใจและมุมมองที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคม (Theory of Psychosocial Development) ของ Erik Erikson⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ สภาพสังคม และภาวะแวดล้อมต่างๆ สะท้อนให้เห็นว่า ทัศนคติที่ดีมีบทบาทสำคัญในการหล่อหลอมพฤติกรรมและพัฒนาคุณลักษณะของบุคคล หากบุคคลมีมุมมองเชิงบวก ย่อมส่งผลให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม มีความมั่นใจ และสามารถประพฤติดนในทางที่ส่งเสริมสุขภาวะทั้งต่อตนเองและสังคมโดยรอบ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Masawa G, Mboineki JF.⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ในกลุ่มนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ทัศนคติที่ดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านม โดยเฉพาะเมื่อได้รับความรู้และทักษะเพิ่มเติม จะช่วยให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การส่งเสริมทัศนคติควบคู่กับการให้ความรู้จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี



ระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะซึ่งสอดคล้องทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง หากบุคคลมีความรู้เพียงพอ ย่อมส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีและความตระหนักในความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Getu MA, et al.⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ผู้ที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีแนวโน้มปฏิบัติได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในเขตเมืองหรือเคยใกล้ชิดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะมีความรู้ในระดับดีมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้สามารถดูแลตนเองและตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่วะยะเริ่มต้น ช่วยลดความรุนแรงของโรคและเพิ่มโอกาสรอดชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.137$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่าย ผ่านเทคโนโลยีและได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพ แต่การรับรู้เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มองว่าตนเองสุขภาพแข็งแรงและไม่มี ความผิดปกติ ทั้งนี้ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลวิทย์ บุญศรี⁽²⁰⁾ และ Mibret MS. et al.⁽²¹⁾ ซึ่งต่างพบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเช่นเดียวกัน ($r = 0.125$, $r = 0.132$ ตามลำดับ) 2) ทัศนคติในการตรวจเต้านม มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.56$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทัศนคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากสตรีที่มีทัศนคติดี จะมีความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจและการสังเกตอาการผิดปกติในร่างกาย ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและทันทั่วถึง อย่างไรก็ตาม สตรีบางราย ที่มองว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีอาการผิดปกติ อาจละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Muhsin M, Mohamad Yamin LS.⁽²²⁾ ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาหญิงชั้นปีสุดท้าย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผลการศึกษา พบว่านักศึกษาร้อยละ 99 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ซึ่งทัศนคติที่ดีมีบทบาทในการสร้างเจตคติในเชิงบวกต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง



แต่การเปลี่ยนเจตคติเหล่านั้นให้เป็นพฤติกรรมที่แท้จริงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนผ่านการศึกษา การฝึกปฏิบัติ และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอ

แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งในระดับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านกิจกรรม เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การรณรงค์ตรวจเต้านมอย่างต่อเนื่อง และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตลอดจนการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในระยะลูกกลมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศนา มากมี⁽²³⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตลาดไชยา อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเจตคติที่ดีและการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Legi J, et al.⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ พบว่า แนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วย การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุกและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพในกลุ่มประชาชนเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้วางแผนด้านการฝึกอบรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการถ่ายทอดสู่ชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการมีส่วนร่วมด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยเจริญพันธุ์

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยการสร้างโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้ความกรุณา ช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขอขอบพระคุณผู้บริหารที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความกรุณา สละเวลาในการให้ข้อมูล สำหรับคุณค่าและประโยชน์อันพึงจะมีจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีทั้งหมด ให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้กำลังใจและสนับสนุนงานวิจัยประสบผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global cancer statistics: The burden of breast cancer. Geneva: World Health Organization 2022.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การตรวจพบและความเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2566.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์มะเร็งเต้านมในประเทศไทย. รายงานสถานการณ์สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงานสถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในจังหวัดชัยภูมิปี 2566. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ 2567.
5. ชลทิศ อุไรภักดิ์กุล. การตรวจเต้านมตนเองและผลการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม: การศึกษาและวิเคราะห์. มหาวิทยาลัยมหิดล 2562.
6. Orem DE. Self-care theory: A model of self-care operations. In: Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby 2001.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-610.
8. วรรณเพ็ญ น้อยทะนงค์, ปัทมา สุพรรณกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลปอไทย จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร 2565.
9. Bloom G. Statistical estimates and transformed beta-variables. New York: John Wiley & Sons 1971.
10. วิภารัตน์ ชุมหล่อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสงวิมาน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: ศูนย์อนามัยที่ 11 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2564.



11. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932; 22(140): 1-55.
12. ศรีัญญา งามนิมิตร, ชูสิทธิ์ ด้านยุทธศิลป์, อนามัย นาอุดม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2565; 49(1): 148-159.
13. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall 1977.
14. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall 1977.
15. ทิพพารัตน์ แสนการ, ธนัช กนกเทศ. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2562; 13(3): 14-21.
16. พัทธรา นาคณอม, เดชา ทำดี, เนตรทอง นามพรม, อังคณา กิตติไชยากร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสุขภาพสตรีงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2565; 49(2): 351-364.
17. Erikson EH. *Childhood and society*. New York: Norton 1950.
18. Masawa G, Mboineki JF. Assessing breast self-examination knowledge, attitude and practice as a secondary prevention of breast cancer among female undergraduates at the University of Dodoma: a protocol of analytical cross-sectional study. *Front Epidemiol* 2024; 4: 1227856.
19. Getu MA, Abebe M, Tlaye KG, Goshu AT. Breast self-examination knowledge and its determinants among female students at Addis Ababa University, Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. *Biomed Res Int*. 2022; 30: 2870419.
20. ชลวิทย์ บุญศรี. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน* 2566; 5: 90-101.
21. Mihret MS, Gudayu TW, Abebe AS, Tarekegn EG, Abebe SK, Abdusalam MA, Shiferaw TD, Kebede GW. Knowledge and practice on breast self-examination and associated factors among summer class social science undergraduate female students in the University of Gondar, Northwest Ethiopia. *J Cancer Epidemiol* 2021; 9: 8162047.



22. Muhsin M, Mohamad Yamin LS. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Breast Self-Examination Among Female Health Sciences Final Year Students. *Malays J Med Health Sci.* 2022; 18(15): 205-212.
23. ทศนา มากมี. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตลาดไชยา อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลไชยา 2567.
24. Legi J, Molintao W, Kairupan M, Moku S. Effectiveness of health education Breast Self-Examination (BSE) on knowledge of breast cancer prevention. *Sci Midwifery* 2024; 12(1): 499-505.



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะ พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

DEVELOPING A MODEL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH FOR PREVENTION FALLS OF THE ELDERLY IN THE COMMUNITY

Received: September 29, 2025

Revised: December 05, 2025

Accepted: December 13, 2025

สดุดี ภูห่องไสย^{1*}, กัญญา จันทร์พล¹Sadudee Phuhongsai^{1*}, Kanya Janpol¹

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง 365 คน เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยชุมชนมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการหกล้ม ประเมินสมรรถภาพทางกายด้วย Timed Up and Go Test (TUGT) และแบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม 2) กลุ่มเสี่ยงสูง 3) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก ผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า การประเมินสมรรถภาพทางกายด้วย Time Up and Go Test เวลาลดลง จาก 10.13 ± 3.99 เป็น 9.71 ± 4.19 วินาที ($p\text{-value} < 0.001$) และผู้ที่ความเสี่ยงต่อการหกล้มตามแบบประเมิน Thai-FRAT ลดลงจากร้อยละ 24.4 เป็นร้อยละ 18.4 ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ แต่ยังคงพัฒนาเพื่อแก้ไขปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันการหกล้มอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, หกล้ม, การป้องกันการหกล้ม, การมีส่วนร่วม, รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

¹ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen

*Corresponding author E-mail: sadudee339@gmail.com



Abstract

Falls represent a significant public health concern among the older adult population. This research aimed to develop and evaluate a health promotion and environmental health model designed to prevent falls among community-dwelling older adults. This study employed a participatory action research (PAR) approach involving the community. A sample of 365 participants was recruited. Data collection encompassed several key areas: general health status, environmental risk factors for falls, physical performance assessed by the Timed Up and Go Test (TUGT), and fall risk assessed using the Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT). Qualitative data were analyzed using Content Analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

The findings revealed that the fall prevention model developed for community-dwelling older adults was structured into three distinct intervention levels: (1) all at-risk groups, (2) high-risk groups, and (3) very-high-risk groups. The evaluation results post-implementation of the model demonstrated significant improvements. The time taken to complete the TUGT was reduced from 10.13 ± 3.99 seconds to 9.71 ± 4.19 seconds ($p\text{-value} < 0.001$). Furthermore, the prevalence of participants categorized as being at high risk for falls, according to the Thai-FRAT assessment, decreased from 24.4% to 18.4% ($p\text{-value} < 0.05$).

The developed model demonstrated effectiveness in reducing fall risks among community-dwelling older adults. However, continuous refinement and further development are still necessary to address specific environmental health factors within the residences to achieve maximum and sustainable efficacy in fall prevention.

Keywords: Elderly, Falls, Falls Prevention, Participation, Health Promotion Model



บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยและร้ายแรง เนื่องจากการหกล้มอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ อัตราการหกล้มในผู้สูงอายุทั่วโลกอยู่ที่ ร้อยละ 26.5 ภูมิภาคที่มีอัตราการหกล้มสูงที่สุดคือ โอเชียเนีย ร้อยละ 34.4 และอเมริกา ร้อยละ 27.9⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า ปี 2567 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจากการหกล้มกว่า 165,000 คน การบาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นกระดูกสะโพกหักกว่า 40,000 รายต่อปี ประมาณร้อยละ 17 ของผู้ที่กระดูกสะโพกหักจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ในปี 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม 11.48 รายต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของผู้สูงอายุในกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ รองจากอุบัติเหตุ⁽²⁾ เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของไทย (Thai Falls Risk Assessment Test: Thai-FRAT) พบว่า ร้อยละ 15.8 ของประชากรผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม⁽³⁾ และเขตสุขภาพที่ 7 (ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์) พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีอุบัติการณ์การหกล้ม ร้อยละ 9.8⁽⁴⁾

ผลกระทบจากการหกล้มมีความซับซ้อน ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ การบาดเจ็บทางกาย การหกล้มมักนำไปสู่การบาดเจ็บทางกาย ตั้งแต่รอยถลอกฟกช้ำเล็กน้อยไปจนถึงการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ภาวะกระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพก ซึ่งมักส่งผลให้กิจกรรมทางกายลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง และเพิ่มความเสี่ยงของการหกล้มซ้ำ และอาจกลายเป็นผู้ทุพพลภาพในที่สุด^(1,4,5) การบาดเจ็บทางจิตใจ การหกล้มยังสามารถก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี อาจพัฒนาเป็น “กลุ่มอาการกลัวการหกล้ม” (fear of falling syndrome) และความวิตกกังวลทั่วไป ซึ่งบั่นทอนคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง^(4,6) ภาระทางเศรษฐกิจ ต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มมีมหาศาล แม้ว่าข้อมูลต้นทุนรวมที่ชัดเจนจะยังขาดแคลนในประเทศไทย แต่การรักษาการบาดเจ็บรุนแรงจากการหกล้ม โดยเฉพาะกระดูกสะโพกหัก ก็สร้างภาระอย่างมากต่อระบบสุขภาพ⁽⁷⁾

การป้องกันการหกล้มสามารถทำได้ผ่านการแทรกแซง หลักฐานทางวิชาการชี้ให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมแบบองค์รวม (multifactorial interventions) ที่มีการแทรกแซงหลายอย่างร่วมกัน เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและการทรงตัว การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถลดอัตราการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ^(5,8-9) ประเด็นสำคัญ คือ การป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องพิจารณาบริบท สภาพแวดล้อม วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน ช่องว่างที่สำคัญ คือ การขาดรูปแบบที่บูรณาการอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเชิงพฤติกรรมของบุคคลและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชนที่ผู้สูงอายุใช้ชีวิต ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงดำเนินการเพื่อตอบโจทย์ช่องว่างดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินรูปแบบที่มีการบูรณาการ และมีความจำเพาะต่อบริบท ผสมผสาน



มาตรการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับการปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน ที่จะลดปัจจัยเสี่ยงทั้งภายใน (บุคคล) และภายนอก (สิ่งแวดล้อม) ไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการหกล้มที่ยั่งยืนและตรงจุดยิ่งขึ้น ผลการวิจัยจะนำไปสู่การสร้างชุดเครื่องมือหรือแนวทางปฏิบัติที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถใช้เป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการวิจัย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์ โดยทำการประเมินผลภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการ แกนนำด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ทำนันทนุรักษ์บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ โดยคืนข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมประชุมระดมสมองหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการทดลองนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้จริงในชุมชน โดยก่อนดำเนินการจัดอบรม แกนนำด้านสุขภาพ เกี่ยวกับ การประเมินความเสี่ยงและฝึกทดลองการคัดกรองต่อการพลัดตกหกล้ม สถานการณ์ สาเหตุ และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว และ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม จากนั้น ดำเนินการจัดกิจกรรมโดยพัฒนามาจากระยะที่ 2 โดยในระยะนี้ดำเนินการ 6 เดือนในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลที่ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 365 คน

ระยะที่ 4 ประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังทดลองใช้รูปแบบผ่านไป 6 เดือน



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ของอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 25,843 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) กำนันผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จาก 12 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ รวม 40 คน

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี อยู่ในพื้นที่ตำบลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ตำบลอุ่มเม้า อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง)⁽¹⁰⁾ และใช้ข้อมูลอ้างอิงจาก จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ⁽¹¹⁾ ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ออัตราการพลัดตกหกล้มในสูงอายุโดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 25 คน ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม ก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 1.8 ± 0.41 ครั้ง และหลังการใช้โปรแกรมมีค่าลดลงเป็น 1.3 ± 0.48 ครั้ง ดังนั้นคำนวณค่า n ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x (\sigma^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง, $Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96, Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบ 90% คือ 1.282, σ^2 = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD^2 ได้มาจากการศึกษาของ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ⁽¹¹⁾ พบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนครั้งการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.48, $\mu_1 - \mu_2$ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ อ้างอิงจากการศึกษาของ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ⁽¹⁵⁾ พบแตกต่างอยู่ที่ 0.5 คะแนน (หากใช้ค่านี้นับจำนวนขนาดตัวอย่างได้ประมาณ 10 คน) แต่การศึกษากครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดว่า หากมีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 10 ของค่าเฉลี่ยเริ่มต้นจะถือว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติ = $0.05 \times 1.8 = 0.09$ ครั้ง

$$n = \frac{(1.96 + 1.282)^2 0.48^2}{(0.18)^2}, n = 75 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุอย่างน้อย 75 คน เพื่อข้อมูลขาดหาย ร้อยละ 10 ดังนั้น จะทำการเก็บข้อมูล = $75 / (1 - 0.1) = 75 / 0.9 = 84$ คน/แห่ง โดยการวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 4 แห่ง จึงทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุทุกรายที่อยู่จริง



ในช่วงวันที่ดำเนินการเก็บข้อมูลและช่วงการวิจัยได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 4 แห่ง รวมทั้งสิ้น 365 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนกุมภาพันธ์ 2565-มกราคม 2566

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร ได้แก่ 1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นผู้ที่สนใจและได้เข้ารับการอบรมการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่ในช่วงที่ทำการศึกษาวิจัย สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ ได้แก่ เสียชีวิต/ย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย , อาสาสมัครไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพช่วงก่อนหรือหลังดำเนินการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เป็นแบบเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ 3 ตอน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม แบบประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แบบคัดกรองความเสี่ยงหกล้ม ด้วย Timed Up and Go Test (TUGT) ตามคู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ของกรมการแพทย์⁽¹²⁾ ใช้ค่าตัดแบ่งเวลาการเดินมากกว่า 12 วินาที หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และแบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม Thai-FRAT (Thai Falls Risk Assessment Test) ซึ่งเป็นของกรมควบคุมโรค⁽¹³⁾ โดยพิจารณาจาก 6 ปัจจัย ได้แก่ การหกล้ม ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การทรงตัวบกพร่อง การมองเห็นบกพร่อง เพศหญิง การใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทหรือระบบไหลเวียนโลหิต และการอยู่อาศัยในบ้านแบบไทย (เช่น บ้านยกพื้นสูง ไม่มีราวจับ) เป็นแบบข้อคำถามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1-3 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด

ระยะที่ 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เช่น น้ำหนัก รอบเอว ,จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม, เวลา TUGT และคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ด้วยสถิติ Paired t-test ทุกการทดสอบกำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย จริยธรรมเลขที่ 050 ลงวันที่ 17 มกราคม 2565



ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน

คุณลักษณะทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.1 ช่วงอายุ กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 57.0 รองลงมา คือ 70-79 ปี ร้อยละ 32.3 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ 69.63 ± 7.20 ปี (อยู่ในช่วง 60-91 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.1 และรองลงมา คือ สถานภาพหม้าย ร้อยละ 28.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.3 รองลงมา คือ กลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 26.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 84.7 และร้อยละ 4.7 อาศัยอยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 60.08 ± 9.93 กก. ดัชนีมวลกายปกติ ($18.5-22.9$) กก./ม² ร้อยละ 41.4 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 83.64 ± 9.04 ซม. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 75.6 และมีการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 8.5 การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Timed Up and Go Test: TUGT) พบว่า มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12.9 และทดสอบด้วยแบบประเมิน Thai-FRAT พบว่า มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 24.4

การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการหกล้ม พบว่า ใช้โถส้วมเป็นแบบนั่งของ ร้อยละ 4.6 มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา ห้องน้ำอยู่ห่างจากห้องนอน ร้อยละ 4.3 อยู่บ้านที่มีธรณีประตู ร้อยละ 3.6 ไม่มีเก้าอี้หรือที่นั่งสำหรับอาบน้ำ ร้อยละ 3.3 บ้านบันไดไม่มีราวจับและอยู่บ้านยกสูง 1.5 เมตร มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 2.9 ใช้เตียงนอนสูง/เตี้ยเกินไป ร้อยละ 2.0 บริเวณบ้านมีดมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 1.6 และที่พบน้อยที่สุด คือ พื้นบ้านและทางเดินไม่เรียบ ลื่น เปียก มีสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 1.3

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ได้กำหนดเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

รูปแบบ	รายละเอียดกิจกรรม
รูปแบบที่ 1	- คัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ - ให้ความรู้ผ่านการประชุมหมู่บ้าน โดยใช้ไวนิลที่ติดไว้เป็นสื่อการสอน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง - ให้ความรู้ผ่านสื่อสารคดีสุขภาพ และสโปดเสียงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - เปิดสโปดเสียงและนัดหมายให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน - มีกิจกรรมทำความสะอาด 5 ส. บริเวณหมู่บ้าน ที่สาธารณะอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง - เชิญชวนทำกิจกรรมเก็บกวาด ทำความสะอาดบ้าน ลดความเสี่ยงหกล้ม 5 ส. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง - กิจกรรมคัดกรองโรคความเสี่ยงต่อการหกล้ม/การทรงตัว/สายตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - กิจกรรมลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอื่นๆ เช่น งานบุญ/งานศพ ปลอดภัย



รูปแบบ	รายละเอียดกิจกรรม
รูปแบบที่ 2	1. ให้ความรู้ เฉพาะรายที่บ้าน 2. ทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในประเด็นที่เสี่ยง โดยอย่างจะต้องออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และหากคัดกรองมีปัญหาสาขาส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3. คัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม /การทรงตัว /สาขาส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข /บ้าน-สิ่งแวดล้อม ซ้ำอย่างน้อย 6 เดือน/ ครั้ง
รูปแบบที่ 3	1. แกนนำด้านสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในประเด็นที่เสี่ยง ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2. หากเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือ แก้อาการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยได้ ให้ผู้นำชุมชน ส่งต่อ/รายงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ส่งต่ออบต. อปท.

การจัดกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม จัดตามการแบ่งกลุ่มที่ประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม จัดกิจกรรมตามรูปแบบที่ 1 กลุ่มที่ 2 กลุ่มเสี่ยงสูง จัดกิจกรรมตามรูปแบบที่ 1 และ กลุ่มที่ 3 กลุ่มเสี่ยงสูงมาก จัดกิจกรรมตามรูปแบบที่ 1, 2 และ 3

ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว เปลี่ยนแปลงจากน้ำหนัก 60.08 ± 9.93 กก. เป็น 60.20 ± 9.97 กก. ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.224$) ดัชนีมวลกาย ก่อนดำเนินการปกติ ร้อยละ 41.4 ลดลงเป็น ร้อยละ 39.7 ค่าเฉลี่ยรอบเอว 83.64 ± 9.04 ซม. เปลี่ยนเป็น 83.47 ± 9.29 ซม. ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.403$) และความดันโลหิต กลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 75.6 เป็นร้อยละ 78.1 โดยค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure ลดลงจาก 129.36 ± 13.98 มม.ปรอท เป็น 127.78 ± 12.78 มม.ปรอท ซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.004$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพ ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ($n = 365$ คน)

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean differences (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้ำหนัก (กก.) (Mean±S.D.)	60.08±9.93		60.20±9.97		0.11((-0.07)-0.29)	0.224
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)						0.959
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	11	3.0	12	3.3		
ปกติ (18.5-22.9)	151	41.4	145	39.7		



	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean differences (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกินเกณฑ์ (23.0-24.9)	83	22.7	85	23.3		
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9)	104	28.5	103	28.2		
อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (30.0+)	16	4.4	20	5.5		
รอบเอว (ซม.)						
Mean±S.D.	83.64±9.04		83.47±9.29		-0.16((-0.55)-0.22)	0.403
ปกติ (≤ ส่วนสูงหาร 2)	137	37.5	134	36.7		0.818
เกิน (>ส่วนสูงหาร 2)	228	62.5	231	63.3		
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)						
SBP (Mean±S.D.)	129.36±13.98		127.78±12.78		-1.58((-2.66)-(-0.51))	0.004*
DBP (Mean ± S.D.)	80.40±9.38		79.88±9.16		-0.52((-1.35)-0.32)	0.224
ปกติ (<140/90)	276	75.6	285	78.1		0.430
เกิน (≥ 140/90)	89	24.4	80	21.9		

*Significant at p-value < 0.05

เมื่อทำการเปรียบเทียบ ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม สมรรถภาพทางกาย และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาลดลงไม่แตกต่างกัน การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Timed Up and Go Test: TUGT) พบว่า ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) จาก 10.13±3.99 นาที เป็น 9.71±4.19 นาที เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางกายปกติ TUGT < 12 วินาที ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางสถิติ แต่ในส่วนของการ ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วยแบบประเมิน Thai-FRAT พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (4 คะแนนขึ้นไป) ลดลงจากร้อยละ 24.4 เป็นร้อยละ 18.4 กลุ่มปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.6 เป็นร้อยละ 81.6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.047) ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 การพลัดตกหกล้ม สมรรถภาพทางกาย และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมิน Thai-FRAT ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (n = 365 คน)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean differences (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	31	8.5	30	8.2		1.00
การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (TUGT) (Mean ± S.D.) (วินาที)	10.13±3.99		9.71±4.19		-0.43((-0.58)-(-0.27))	< 0.001*
ปกติ (<12 วินาที)	318	87.1	318	87.1		1.00
เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (≥ 12 วินาที)	47	12.9	47	12.9		
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) (Mean ± SD) (คะแนน)	2.24±2.06		2.06±1.96		-0.18((-0.24)-(-0.12))	< 0.001*
ปกติ (Thai-FRAT น้อยกว่า 4 คะแนน)	276	75.6	298	81.6		0.047*
มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT 4 คะแนนขึ้นไป)	89	24.4	67	18.4		

*Significant at p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

การป้องกันการภาวะพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม 2) กลุ่มเสี่ยงสูง 3) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.1 เฉลี่ยอายุ 69.63±7.20 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.3 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 84 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 60.08±9.93 กก.ดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9) กก./ม² ร้อยละ 41.4 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 83.64±9.04 ซม. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 75.6 และมีการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 8.5 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการหกล้มพบว่า ใช้โถส้วมเป็นแบบนั่งยอง ร้อยละ 4.6 มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา ห้องน้ำอยู่ห่างจากห้องนอน ร้อยละ 4.3 เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมแทรกแซง ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับความดันโลหิต การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Timed Up and Go Test: TUGT) พบว่า ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบลดลง ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วยแบบประเมิน Thai-FRAT พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง



ต่อการพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 24.4 เป็นร้อยละ 18.4 กลุ่มปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.6 เป็นร้อยละ 81.6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.047$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการหกล้มระดับสากลที่เน้นการใช้โปรแกรมแบบหลายองค์ประกอบ (multi-component) ที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม^(5,8-9) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, พวงทอง อินใจ และมยุรี พัทธกษิตศิลป์⁽¹⁴⁾ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ด้วยการให้ความรู้ การออกกำลังกายแบบเชิงอิสาน ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม การทรงตัว และสมรรถนะทางกายสูงขึ้น

การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (TUGT) พบว่า ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบลดลง ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วยแบบประเมิน Thai-FRAT พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 24.4 เป็นร้อยละ 18.4 กลุ่มปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.6 เป็นร้อยละ 81.6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.047$) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ชี้ว่า การออกกำลังกายที่เน้นความแข็งแรงและการทรงตัวมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และอัตราการพลัดตกหกล้มของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{X} = 1.3, S.D. = 0.48$) ภายใน 90 วัน ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 1.4, S.D. = 0.50$) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้และการสร้างความตระหนัก เป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว⁽³⁻⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, พวงทอง อินใจ และมยุรี พัทธกษิตศิลป์⁽¹⁴⁾ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม การทรงตัว และสมรรถนะทางกายสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีความเสี่ยงการหกล้มต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)



เช่นเดียวกับ อมาวสี ทองโมทย์⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร พบว่า โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมิสมรรถภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทรงตัว มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น และมีความกลัวหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 63.5

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น โครงสร้างบ้าน ธรณีประตูหรือบันได ไม่ได้มีการประเมินซ้ำ เนื่องจากการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยการลงทุนหรือการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน นอกจากนี้ การที่ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ดัชนีมวลกายและรอบเอวไม่เปลี่ยนแปลง อาจเป็นเพราะระยะเวลาของการดำเนินงานที่จำกัด หรืออาจเป็นตัวยึดที่ต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงนานกว่าพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง⁽⁷⁾

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นความสำคัญของการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบผสมผสาน แต่ควรมีการพัฒนาแนวทางสนับสนุนเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีความปลอดภัยมากขึ้น เพื่อให้การป้องกันการหกล้มเป็นไปอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการขยายผลรูปแบบเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีกิจกรรมแบบผสมผสานในพื้นที่อื่นๆ เช่น เขตเมือง
2. ควรมีการวิจัยที่ติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การลดการหกล้ม และสมรรถภาพทางกาย
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มรูปแบบอื่น ๆ เช่น โปรแกรมออกกำลังกายเฉพาะด้าน ร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ หรือการป้องกันมวลกล้ามเนื้อน้อย เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในแต่ละบริบท

เอกสารอ้างอิง

1. Salari N, Darvishi N, Ahmadipana M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res 2022; 17(1): 334.



2. กรมควบคุมโรค. กองป้องกันการบาดเจ็บ. Fall Facts: การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23887&deptcode=>
3. กรมควบคุมโรค. กองป้องกันการบาดเจ็บ. รายงานสรุปผลการประเมินความรอบรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/Qq5yo>
4. Tantisiri P, Wongwiset S, Supapaiboon K, et al. A Model of Health and Environmental Promotion for Fall Prevention in the Elderly in Health Region 7. J Health Sci 2022; 31(2): 292-302. (in Thai).
5. Appeadu MK, Bordon B. Falls and Fall Prevention in Older Adults [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560761/>
6. Boright LE, Arena SK, Wilson CM, McCloy L. The effect of individualized fall prevention programs on community-dwelling older adults: a scoping review. Cureus 2022; 14(3): e23713. doi: 10.7759/cureus.23713.
7. Kanchan T, et al. Epidemiology of falls and its consequences among older adults in Thailand. J Gerontol 2019; 74(1): e1-e10.
8. Zidani G, Al-Hajri A, Al-Otaibi F, et al. The effectiveness of community-based fall prevention programs for older adults: a systematic review. J Aging Phys Act 2020; 28(5): 715-28.
9. Tinetti ME, Baker DI, King M, et al. Effect of a multifactorial intervention on fall-related injuries and hospital admissions among older adults: a randomized controlled trial. JAMA 2019; 321(16): 1598-605.
10. Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H. (2003). Sample Size Calculations in Clinical Research (2nd ed.). Chapman & Hall/CRC.; 51 p.
11. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ออัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(3): 186-95.
12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท ฌันดา คีโรเอ็น จำกัด; 2564
13. Department of Disease Control. Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT). [Internet] [cited 2025 Dec 15] Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1318720220921053053.pdf>



14. กาญจนา พิบูลย์, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, พวงทอง อินใจ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2568] เข้าถึงได้จาก: <https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/3675>
15. อมาวสี ทองโมทย์. ผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2024; 9(3): 439-49.



การพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF INTERVENTION FOR IMPLEMENTING MEDICATION SAFETY STANDARDS IN HOSPITALS: KALASIN PROVINCE

Received: October 02, 2025

Revised: November 30, 2025

Accepted: December 13, 2025

อรนิฏา ชารเจริญ

Onnita Thancharoen

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อขับเคลื่อนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งกระบวนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาประเมินปัญหาและโอกาสพัฒนา ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางขับเคลื่อนภายใต้รูปแบบ “C-G-C-C-IT-M model” และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-rank Test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ระยะแรกปัญหาสำคัญที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ งานบริบาลผู้ป่วยใน และการติดตามการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีอุปสรรคเชิงระบบจากการกำหนดนโยบายที่ไม่ชัดเจนและข้อจำกัดด้านทรัพยากร ภายหลังการขับเคลื่อนตามแนวทางที่พัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จาก 1.28 เป็น 3.08 คะแนน โดยเฉพาะในด้านการจัดการระบบยาและคลังเวชภัณฑ์

ข้อเสนอแนะ จากการวิจัยเห็นควรให้มีการขยายผลการนำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบสารสนเทศให้มีความพร้อมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณาทบทวนเกณฑ์มาตรฐานการประเมินให้มีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่และระดับศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทาง, มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา, โรงพยาบาล



Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to enhance drug safety standards in hospitals across Kalasin Province. The methodology was divided into three phases: 1) situational assessment of problems and development opportunities, 2) development of the “C-G-C-C-IT-M model” framework, and 3) evaluation of development outcomes. Data analysis involved comparing pre- and post-development scores using the Wilcoxon Signed-rank Test, supplemented by qualitative content analysis.

The results indicated that the primary areas failing to meet standards initially were primary care pharmacy, inpatient pharmaceutical care, and adverse drug reaction (ADR) monitoring. Systemic barriers included unclear policies and resource constraints. Following a six-month implementation of the developed model, the mean drug safety assessment score significantly increased from 1.28 to 3.08 ($p\text{-value} < 0.05$). Notable improvements were observed specifically in medication system management and medical supply inventory.

The study recommends scaling this model to all hospitals, supported by budget allocations for infrastructure and information technology (IT) development. Furthermore, central authorities should revise assessment criteria to be more flexible and aligned with the local context and specific capacities of hospitals at each level. Such adjustments are essential to ensure the long-term sustainability of drug safety systems and the efficiency of pharmaceutical care.

Keywords: Guideline Development, Medication Safety Standards, Hospital



บทนำ

ความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลนับเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของระบบสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วยและความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือสำคัญในการประกันคุณภาพการให้บริการ⁽¹⁾ ในประเทศไทย สำนักงานบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ริเริ่มพัฒนาและจัดทำแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552⁽²⁾

อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของการดำเนินงาน มาตรฐานดังกล่าวยังมีขอบเขตที่จำกัด โดยมุ่งเน้นกระบวนการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเป็นหลัก และยังขาดกลไกการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมถึงบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งถือเป็นหน่วยงานยุทธศาสตร์หลักในการกำกับดูแลและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขในระดับพื้นที่ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานบริหารสาธารณสุข ได้ดำเนินการปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาให้มีความทันสมัยและครอบคลุมบริบทการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น⁽³⁾ โดยขยายขอบเขตการประเมินมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นครั้งแรก ผ่านเกณฑ์ชี้วัดใน 4 มิติหลัก ได้แก่ (1) การบริหารจัดการระบบความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัด (2) การกำกับดูแล การคัดเลือดยาเข้าโรงพยาบาล (3) การจัดซื้อยาและคลังเวชภัณฑ์ และ (4) งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ⁽⁴⁾ โดยมีเป้าหมายสำคัญให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ขับเคลื่อน กำกับ และติดตามประเมินผล เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดสามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในระดับ 3 ขึ้นไป

สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาลับปรับปรุง พบปัญหาที่น่ากังวล กล่าวคือ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานขั้นต่ำ ปัญหาสำคัญที่พบ คือ ความแตกต่างของผลการประเมินระหว่าง “การประเมินตนเองของโรงพยาบาล” กับ “การประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด” ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาพื้นฐานในการตีความเกณฑ์มาตรฐานที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล

จากบริบทปัญหาและความท้าทายที่เกิดขึ้นในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผวนกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁾ ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลเป็นความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์สามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลด้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้สำนักงาน



สาธารณสุขจังหวัดสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับติดตาม และสนับสนุนให้โรงพยาบาล
ทุกแห่งสามารถพัฒนาคุณภาพบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและโอกาสในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัย
ด้านยาในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัย
ด้านยาในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาดำเนินงานตั้งแต่
เดือนกุมภาพันธ์ 2566-ตุลาคม 2566 โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 (Research: R1): การศึกษาปัญหาและโอกาส ศึกษาปัญหา อุปสรรค และความต้องการ
ในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ผลจากระยะที่ 1 นำไปสู่การพัฒนา
“ร่างแนวทางการขับเคลื่อนเบื้องต้น” (Development: D1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย เกษตรกรในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 18 โรงพยาบาล
และคณะกรรมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจังหวัดกาฬสินธุ์ และกลุ่มตัวอย่าง
แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย หัวหน้างานเภสัชกรรมหรือผู้แทน จากโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน
18 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) เป็นหัวหน้างานเภสัชกรรมหรือได้รับมอบหมายเป็นผู้แทนจาก
หัวหน้างานเภสัชกรรม (2) มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ปี
(3) มีความรับผิดชอบโดยตรงในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล
และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ (1) ลาออกหรือมีการย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นระหว่างการวิจัย
(2) ขอดอนตัวจากงานวิจัยด้วยเหตุผลส่วนตัว และคณะกรรมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัย
ด้านยาจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) เป็นคณะกรรมการประเมิน
มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ได้รับแต่งตั้งอย่างเป็นทางการตามคำสั่ง
(2) มีประสบการณ์ในการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี และ



มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ (1) ได้รับการถอดถอนจากตำแหน่งคณะกรรมการระหว่างการศึกษา
(2) ขอลถอนตัวจากงานวิจัยด้วยเหตุผลส่วนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ตอบอธิบายอย่างละเอียด มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (2) คำถามหลักเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค (3) คำถามเกี่ยวกับโอกาสและปัจจัยสนับสนุน และ (4) ข้อเสนอแนะในการพัฒนา 2) การสนทนากลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดเห็นจากคณะกรรมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยมีประเด็นคำถามครอบคลุมปัญหา ปัจจัยสนับสนุน และแนวทางการพัฒนา 3) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา และ 4) เอกสารผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลทุกแห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณจากผลการประเมิน

ระยะที่ 2 (R2, D2): การประเมินและปรับปรุงแนวทาง (R2) นำร่างแนวทางไปประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมและมาตรฐานความปลอดภัย นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและพัฒนา “แนวทางการขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์”

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมและมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวทาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์เชิงพรรณนาสำหรับคะแนนประเมิน และการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 (R3): การศึกษาผลของการใช้แนวทางการขับเคลื่อนฯ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบ One Group Pretest-Posttest Design ในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 6 แห่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ดำเนินการทดลองใช้แนวทางเป็นเวลา 6 เดือน (มีนาคม-สิงหาคม 2566) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (ก่อน-หลัง) และแบบประเมินความพึงพอใจ



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีลักษณะ ดังนี้ (1) เป็นโรงพยาบาลที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับ 3 (2) กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหลักครอบคลุมทั้ง 4 มิติ 15 ประเด็น และ (3) ผู้บริหารและเภสัชกรให้ความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (ก่อนและหลังการใช้แนวทาง) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งการประเมินออกเป็น 4 มิติ 15 ประเด็น ได้แก่ (1) มิติด้านการบริหารระบบยา ได้แก่ การจัดการระบบด้านยา โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (2) มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และงานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (3) มิติด้านการจัดการระบบยา ได้แก่ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และ (4) มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ได้แก่ การผลิตและเตรียมยา การคัดเลือกยา การจัดซื้อจัดหา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ (0-5 คะแนน) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการขับเคลื่อน แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความชัดเจน (2) ด้านประโยชน์ (3) ด้านความง่ายต่อการใช้ และ (4) ด้านผลลัพธ์ที่ได้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ (0-5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.89 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดำเนินการโดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Pilot Test) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Mean, SD, Percentage) และการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทางด้วย Wilcoxon Signed-rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 204/2566 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566



ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565

ผลการเปรียบเทียบการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (ตารางที่ 1) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเองของโรงพยาบาล (2.88 คะแนน) สูงกว่า คะแนนจากการประเมินโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (1.96 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) และเมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า 13 ใน 15 ประเด็นมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นที่พบปัญหามากที่สุด ได้แก่ งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (1.06 คะแนน) และงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (1.28 คะแนน) ตามลำดับ

2. ปัญหาและโอกาสในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.11 อายุอยู่ในช่วง 47-50 ปี ร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 48.06 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 88.30 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55.60 และส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างานเภสัชกรรม ร้อยละ 77.78 ผู้ให้สัมภาษณ์ได้สะท้อนปัญหาไว้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับ การประเมินโดยคณะกรรมการฯ

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	คะแนนการประเมิน		Wilcoxon's Sign Rank Test	p-value
		ด้วยตนเอง	คณะกรรมการ		
1	การจัดการระบบด้านยา	3.06	2.17	-2.59	0.01*
2	โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	3.17	2.28	-2.02	0.04*
3	ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	3.50	2.17	-3.31	0.001*
4	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	3.06	1.56	-2.51	0.01*
5	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	3.11	2.28	-2.14	0.03*
6	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	2.89	2.39	-1.12	0.26
7	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	3.00	1.94	-2.31	0.02*
8	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	2.22	1.28	-2.32	0.02*
9	การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2.72	1.72	-2.62	0.01*
10	การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล	3.72	2.39	-2.93	0.003*
11	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	2.33	1.06	-2.85	0.004*
12	การผลิตและเตรียมยา	0.33	0.94	-1.84	0.07
13	การคัดเลือดยา	3.94	2.61	-3.40	0.001*



ลำดับ	ประเด็นการประเมิน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	คะแนนการประเมิน		Wilcoxon's Sign Rank Test	p-value
		ด้วยตนเอง	คณะกรรมการ		
14	การจัดซื้อจัดหา	3.39	2.22	-3.19	0.001*
15	การบริหารคลังเวชภัณฑ์	2.72	2.44	-0.73	0.46
	คะแนนรวมเฉลี่ย	2.88	1.96	-3.18	0.001*

ตารางที่ 2 สภาพปัญหา ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข และแนวทางการขับเคลื่อน

ประเด็น	สภาพปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข	แนวทางการขับเคลื่อน
นโยบายและการบริหารจัดการ	- ขาดนโยบายที่ชัดเจน - การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติไม่เป็นระบบ - ขาดการกำกับ ติดตาม ประเมินผลต่อเนื่อง	- จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับอำเภอ/จังหวัด - กำหนดนโยบายร่วมกันในระดับอำเภอ เครือข่าย และจังหวัด - พัฒนาระบบ Dash board เพื่อติดตามผล	- แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด - กำหนดประเด็นที่จะพัฒนาในแต่ละปี - ติดตามประเมินผลอย่างน้อยทุกไตรมาส
ทรัพยากรบุคคล	- เกสัชกร ไม่เพียงพอต่อการงานที่มากขึ้น - ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	- วางแผนเพิ่มกรอบอัตรา ร่วมระดับจังหวัด - วางแผนระบบงานเมื่อบุคลากรจำกัด - พัฒนาสมรรถนะบุคลากรต่อเนื่อง	- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตามกรอบที่กระทรวงกำหนด - จัดอบรม/ศึกษาดูงานอย่างน้อยปีละครั้ง
โครงสร้างและสภาพแวดล้อม	- โรงพยาบาลขนาดเล็กมีพื้นที่จำกัด และขาดงบประมาณในการปรับปรุงด้านโครงสร้าง โดยเฉพาะบริเวณให้คำปรึกษาด้านยา บริเวณเตรียมยาเฉพาะราย รวมถึงคลังยา นอกจากนี้ การควบคุมอุณหภูมิและความชื้นยังไม่เป็นระบบที่ได้มาตรฐาน	- จัดทำแผนพัฒนาโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมเสนอต่อผู้บริหารระดับโรงพยาบาล/ระดับอำเภอ/จังหวัดเพื่อบรรจุลงในแผนเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณ	- จัดทำแผนและขอรับงบประมาณปรับปรุงโครงสร้าง - จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐาน
ระบบสารสนเทศ	- ระบบที่มียังไม่สามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน - ไม่มีฐานข้อมูลร่วมระดับจังหวัด	- พัฒนาฐานข้อมูลร่วมระดับจังหวัด - นำโปรแกรม INVS มาใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด	- พัฒนาระบบฐานข้อมูลและโปรแกรมที่สามารถใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ได้แก่



ประเด็น	สภาพปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข	แนวทางการขับเคลื่อน
	- ไม่สามารถดึงข้อมูลรายงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทางเภสัชกรรมได้ - ขาดระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ	- พัฒนาโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ - นำ IT มาประยุกต์ใช้ในงานบริการ/บริหาร	- นำระบบสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในงานบริหารเภสัชกรรม - อบรมการใช้โปรแกรมร่วมกัน - จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ IT ทางเภสัชกรรมจังหวัด
มาตรฐานการดำเนินงาน	- ขาดมาตรฐานการดำเนินงานร่วมกันระดับจังหวัด - แนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน - ขาดคู่มือปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน	- จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติร่วมกัน - จัดทำแบบฟอร์มและพัฒนาเกณฑ์การบริหารเภสัชกรรมร่วมกัน	- ตั้งคณะกรรมการจัดทำมาตรฐาน - จัดประชุมเพื่อจัดทำแนวทางร่วมกัน - ประกาศใช้ทั้งจังหวัด
การบริหารคลังเวชภัณฑ์	- ไม่มีโปรแกรมสนับสนุนเกี่ยวกับการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ที่สามารถดึงข้อมูลส่งระดับรพ. และกระทรวงสาธารณสุขได้ - ไม่มีการจัดทำบัญชีคู่ค้า - ไม่มีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับจังหวัด - แนวทางการบริหารยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน	- จัดทำแบบฟอร์มเกี่ยวกับชุดจัดซื้อจัดจ้างที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เช่น การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะยา, การแสดงความบริสุทธิ์ใจและแบบฟอร์มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ - จัดทำแนวทางการจัดทำบัญชีบริษัทร่วมกันทั้งจังหวัด - จัดทำบัญชียาแต่ละระดับโรงพยาบาลให้ชัดเจน - พัฒนาโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด สามารถดึงข้อมูลต่างๆ ที่สนับสนุนข้อมูลระดับจังหวัดและระดับประเทศ	- จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการดังนี้ - จัดทำแบบฟอร์มเกี่ยวกับชุดจัดซื้อจัดจ้างที่เป็นรูปแบบเดียวกัน - จัดทำแนวทางการจัดทำบัญชีบริษัทร่วมกันทั้งจังหวัด - จัดทำบัญชีระดับจังหวัด - พัฒนาโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ - จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานจัดซื้อและคลังเวชภัณฑ์ - ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- ไม่มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาล	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด	- จัดประชุมแลกเปลี่ยนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง



ประเด็น	สภาพปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข	แนวทางการขับเคลื่อน
	- ไม่มีระบบโรงพยาบาลที่ เลี้ยง	- กำหนดให้โรงพยาบาลแม่ ข่ายเป็นพี่เลี้ยง - จัดศึกษาดูงาน รพ. ต้นแบบ	- กำหนดคู่โรงพยาบาล แม่ข่ายและเครือข่าย - จัดศึกษาดูงานปีละ ครั้ง - จัดมหกรรมมาตรฐาน ความปลอดภัยด้านยา ประจำปี
การติดตามประเมินผล	- ขาดตัวชี้วัดผลลัพธ์ร่วม ระดับจังหวัด - ไม่มีระบบกำกับ ติดตาม อย่างต่อเนื่อง	- กำหนดตัวชี้วัดร่วมแยก รายประเด็น/ระบบงาน - วิเคราะห์ข้อมูลและ รายงานผลให้ผู้บริหาร สม่ำเสมอ	- จัดทำตัวชี้วัดร่วมระดับ จังหวัด - ติดตามผลการประเมินราย ไตรมาส

1. ผลการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก หรือ “C-G-C-C-IT-M model” ได้แก่

1. Committee (C): การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนในระดับจังหวัดและอำเภอเพื่อกำหนดนโยบาย วางแผน และติดตามผล
2. Guidelines (G): การจัดทำแนวทางการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของจังหวัด เพื่อสร้างความเข้าใจและมาตรฐานการทำงาน
3. Coaching (C): การจัดระบบให้คำปรึกษา ผ่านช่องทางออนไลน์ (Line group) และระบบโรงพยาบาลพี่เลี้ยง (โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย)
4. Collaboration (C): ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย ผ่านการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงานโรงพยาบาลต้นแบบ
5. Information Technology (IT): การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์จังหวัด การใช้โปรแกรม Rx link สำหรับการส่งเสริมการใช้ยา สมเหตุสมผล และประยุกต์ใช้ Google Sheet ในการรวบรวมและประเมินผลการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
6. Monitoring (M): การกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดตัวชี้วัดร่วมระดับจังหวัด ประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการฯ และรายงานผลต่อผู้บริหารทุกไตรมาส

ทั้งนี้ แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล มีความเป็นไปได้ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.65, S.D. = 0.48) และภาพรวมความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72, S.D. = 0.49)



2. ผลของการใช้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

หลังการใช้แนวทาง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์เพิ่มขึ้นจาก 1.28 เป็น 3.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า มี 8 ประเด็นที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การจัดการระบบด้านยา, โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม, การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร, งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก, การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล, งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ, การคัดเลือดยา, และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ นอกจากนี้ พบว่า โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับ 3 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 83.33 นอกจากนี้ ผู้ใช้แนวทางการขับเคลื่อนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยามีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านความชัดเจน (Mean = 4.51, S.D. = 0.26) รองลงมาคือ ด้านผลลัพธ์ที่ได้ (Mean = 4.37, S.D. = 0.30) ด้านประโยชน์ (Mean = 4.32 S.D. = 0.53) และด้านความง่ายต่อการใช้ (Mean = 4.25, S.D. = 0.23)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวทาง

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	คะแนนการประเมิน		Wilcoxon's Sign Rank Test	p-value
		ก่อนใช้ แนวทาง	หลังใช้ แนวทาง		
1	การจัดการระบบด้านยา	1.33	3.33	-2.22	0.02*
2	โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	1.5	3.33	-2.04	0.03*
3	ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง	2.5	2.83	-0.41	0.66
4	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	1.00	2.33	-1.63	0.05*
5	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	2.17	2.33	-0.76	0.79
6	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	1.67	2.67	-1.37	0.08
7	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	1.33	2.67	-1.84	0.03*
8	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	1.00	1.67	-0.76	0.22
9	การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จาก การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1.67	2.00	-0.38	0.63
10	การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล	2.33	3.67	-1.84	0.03*
11	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	0.5	3.17	-2.12	0.03*
12	การผลิตและเตรียมยา	0	0	N/A	N/A
13	การคัดเลือดยา	2.17	3.67	-2.04	0.03*
14	การจัดซื้อจัดหา	2.67	3.17	-0.64	0.26
15	การบริหารคลังเวชภัณฑ์	1.83	3.0	-2.07	0.03*
คะแนนรวมเฉลี่ย		1.28	3.08	-2.10	0.02*



สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พบปัญหาในการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่สำคัญ คือ คะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเองของโรงพยาบาล (2.88) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (1.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงการตีความเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การกำหนดนโยบายไม่ชัดเจน การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณจำกัด และขาดการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ “C-G-C-C-IT-M model” หลังจากใช้แนวทาง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพิ่มขึ้นจาก 1.28 เป็น 3.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$)) พบว่า โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับ 3 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 83.33

อภิปรายผลการวิจัย

โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ทุกแห่งมีคะแนนการประเมินตนเองสูงกว่าการประเมินโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาสำคัญในการตีความเกณฑ์การประเมินมาตรฐานฯ ที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นในการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ เลิศพงศ์สมบัติ และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินตนเองสูงกว่าการประเมินจากผู้ตรวจประเมิน โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 15-20 เนื่องจากขาดความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินและการตีความเกณฑ์การประเมินที่แตกต่างกันของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จันทรประเสริฐ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การมีแนวทางการประเมินที่ชัดเจน และมีมาตรฐานเดียวกันช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดทำแนวทางการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของจังหวัดเพื่อสร้างมาตรฐานการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเป็นการแก้ไขปัญหาความไม่สอดคล้องระหว่างการประเมินตนเองกับการประเมินโดยคณะกรรมการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณฯ พงษ์วานิช⁽⁷⁾ ที่พบว่า การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จันทรประเสริฐ⁽⁸⁾ ที่พบว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น



การพัฒนาโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ช่วยลดปัญหาการไม่เชื่อมโยงของระบบข้อมูลที่พบจากการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มานิตา ศรีสุวรรณ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์เวชภัณฑ์ที่เชื่อมโยงกันสามารถลดเวลาในการจัดทำรายงานร้อยละ 60 เพิ่มความถูกต้องของข้อมูล ร้อยละ 85 และลดมูลค่ายาคงคลังที่หมดอายุร้อยละ 70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์ จิตรมนตรี⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การใช้ระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันช่วยลดความผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัทร่า วงศ์กระจ่าง และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า การมีโปรแกรมที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานสามารถลดเวลาในการค้นหาข้อมูล และเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจในการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม

การกำหนดตัวชี้วัดร่วมและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรวรรณ ศรีสุข และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า การมีตัวชี้วัด และการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้

ประสิทธิผลของแนวทาง “C-G-C-C-IT-M model” ที่พัฒนาขึ้น สามารถยกระดับคะแนนมาตรฐานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 1.28 เป็น 3.08 (p-value = 0.02)) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จันทร์เจริญ⁽¹³⁾ ที่พัฒนาระบบยาในโรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง หลังจากใช้แนวทางเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.85 เป็น 2.95 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 59.5) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ทองคำ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยา โดยใช้แนวทาง Plan-Do-Check-Act (PDCA) ในโรงพยาบาลชุมชนภาคอีสาน หลังจาก 12 เดือน พบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.45 เป็น 2.68 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 84.8)

อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ระยะเวลาในการติดตามผลเพียง 6 เดือน อาจยังไม่เห็นระยะยาว โดยเฉพาะประเด็นงานบริหารทางเภสัชกรรม และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรขยายผลแนวทางการขับเคลื่อนให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่ง
2. ควรทบทวนเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาให้สอดคล้องกับระดับศักยภาพและบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยากับผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวทางการขับเคลื่อนในบริบทที่แตกต่างกัน



3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำแนวทางไปใช้ในแต่ละบริบทเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลแต่ละระดับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลทุกแห่ง เภสัชกร คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข. เภสัชกรรม: รายงานสรุปการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://phdbreport.moph.go.th/hssd1/>
2. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการใช้งานโปรแกรมประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/downloadlist/3/0>
3. กองบริหารการสาธารณสุข. แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/editors/userfiles/files/hospital.pdf>
4. กองบริหารการสาธารณสุข. แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/editors/userfiles/files/province.pdf>
5. สุภาภรณ์ เลิศพงศ์สมบัติ, วิไลวรรณ ศรีสุข, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 15(3): 456-68.
6. ประภาพร จันทร์ประเสริฐ. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบยาในโรงพยาบาล. วารสารคุณภาพโรงพยาบาล 2564; 11(1): 89-102.



7. วรรณ พงษ์วานิช. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563; 14(4): 567-79.
8. ประภาพร จันทร์ประเสริฐ. การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเภสัชกรรมชุมชน 2563; 10(1): 78-89.
9. มานิตา ศรีสุวรรณ, ชีระพงษ์ วิจิตรพงษ์ชัย, สมชาย จันทร์เพ็ญ. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ 2564; 11(3): 178-92.
10. สุรัชย์ จิตรมนตรี. การพัฒนาระบบสารสนเทศเชื่อมโยงเพื่อความปลอดภัยด้านยา. วารสารระบบสารสนเทศสุขภาพ 2565; 9(1): 234-46.
11. สุภัทรา วงศ์กระจ่าง, วิชัย ศรีสุข, มนัสนันท์ จันทร์เพ็ญ. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อความปลอดภัยด้านยา. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศ 2564; 12(4): 456-69.
12. จิรวรรณ ศรีสุข, พัทรี แก้วมณี, สุภาพร จันทร์สว่าง. การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลความปลอดภัยด้านยาระดับเขตสุขภาพ. วารสารการจัดการระบบสุขภาพ 2563; 9(1): 112-25.
13. วัฒนรัตน์ จันทร์เจริญ. การพัฒนาระบบยาในโรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2560; 27(3): 289-301.
14. สมพร ทองคำ. การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาโดยใช้แนวทาง PDCA ในโรงพยาบาลชุมชนภาคอีสาน. วารสารสาธารณสุขอีสาน 2561; 14(2): 167-79.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาระดับ
ปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง
FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD
ELECTRONIC CIGARETTES AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS AT A
UNIVERSITY FOR LOCAL DEVELOPMENT: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Received: July 24, 2025

Revised: November 21, 2025

Accepted: November 30, 2025

บุญดา วงศ์พิมล¹, ธัญลักษณ์ หวังมวนกลาง^{1*},

ศตวรรษ อุดรศาสตร์¹, ลัดดา พลพุทธา¹

Boonyada Wongpimoln¹, Thanyalak Wangmuanklang^{1*}

Sattawas Udonsat¹, Ladda Pholputta¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยท้องถิ่นแห่งหนึ่ง จำนวน 384 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น และการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา หার้อยละค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความรู้ ได้แก่ เพศ (AOR = 2.22; 95% CI: 1.29-3.82) นักศึกษาที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (AOR = 1.92; 95% CI: 1.00-3.62) ด้านทัศนคติ ได้แก่ นักศึกษาที่มีผู้ปกครองหย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้า (AOR = 3.92; 95% CI: 1.91-8.04) นักศึกษาที่พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย (AOR = 0.36; 95% CI: 0.19-0.69) พักที่บ้านตนเอง (AOR = 0.13; 95% CI: 0.04-0.47) และผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน (AOR = 0.21; 95% CI: 0.09-0.48) มีทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้า

การส่งเสริมโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการณรงค์แบบเพื่อนช่วยเพื่อน อาจเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้นิโคตินไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาในประเทศไทย

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, บุหรี่ไฟฟ้า, นักศึกษาปริญญาตรี, ประเทศไทย

¹ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: fernthanya04@reru.ac.th



Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate factors associated with knowledge and attitudes towards e-cigarettes among undergraduate students at a university for local development. Among 384 undergraduate students from a university for local development. Participants were selected through stratified random sampling and simple random sampling. Data was collected from December 2023 to March 2024 using a structured questionnaire. Descriptive statistics were used to report percentages and frequencies, and binary logistic regression.

The findings of this study revealed several factors significantly associated with knowledge toward electronic cigarettes were gender (AOR = 2.22; 95% CI: 1.29-3.82), a history of receiving knowledge about e-cigarettes (AOR = 1.92; 95% CI: 1.00-3.62). Attitudes were having divorced or separated parents (AOR = 3.92; 95% CI: 1.91-8.04) was associated with more positive attitudes toward e-cigarettes, whereas undergraduate students living in private accommodation (AOR = 0.36; 95% CI: 0.19-0.69), live at house (AOR = 0.13; 95% CI: 0.04-0.47), and having history of current smokers of e-cigarettes (AOR = 0.21; 95% CI: 0.09-0.48) had negative attitudes about e-cigarettes.

Health education programs should be actively promoted, and peer-based interventions may serve as an effective strategy to reduce e-cigarette use among university students in Thailand.

Keywords: Knowledge, Attitude, E-cigarette, Undergraduate students, Thailand



บทนำ

ในปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarettes) ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก⁽¹⁾ โดยมีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า 86 ล้านคนทั่วโลก⁽²⁾ อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศซาอุดีอาระเบีย ร้อยละ 24⁽³⁾ ประเทศนิวซีแลนด์ ร้อยละ 40.5⁽⁴⁾ และประเทศจีน ร้อยละ 29.8⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทย ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 507 คน พบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 12.2⁽⁶⁾

ปัจจัยที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาจากกลยุทธ์ทางการตลาดที่มุ่งเน้นการโน้มน้าวใจผ่านข้อความและภาพลักษณ์ที่คล้ายกับบุหรี่แบบดั้งเดิม⁽⁷⁾ เช่น การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นการเพิ่มเสน่ห์ทางเพศ และช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น⁽⁸⁾ การโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามีรูปปลั๊กอินทันสมัย มีรสชาติให้เลือกหลากหลาย ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าระบุว่าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่แบบดั้งเดิม ซึ่งส่งผลให้เยาวชนและนักศึกษาเกิดความเข้าใจผิด และมีความรู้ รวมถึงทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ในความเป็นจริง บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพเทียบเท่ากับบุหรี่แบบดั้งเดิม เนื่องจากละอองไอน้ำที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย สารเคมีอันตรายหลายชนิด ซึ่งสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ สารเคมีที่ตรวจพบในละอองบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ นิโคติน โพรพิลีนไกลคอล สารแต่งกลิ่นรส สารก่อมะเร็ง และโลหะหนัก เช่น อะลูมิเนียม ตะกั่ว ปรอท และสังกะสี รวมถึงสารอันตรายอื่นๆ ได้แก่ สารกลุ่มคาร์บอนิล อีพอกไซด์ สารไฮโดรคาร์บอนอะโรมาติกชนิดหลายวงแหวน ยาฆ่าแมลง และสารพิษอื่นๆ อีกหลายชนิด⁽⁹⁾ การสัมผัสหรือสูดดมสารเหล่านี้ในระยะยาวส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาท⁽¹⁰⁾

ปัจจุบันมากกว่า 30 ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้ประกาศห้ามใช้หรือจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า โดยแต่ละประเทศมีแนวทางในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าที่แตกต่างกันออกไป ในบางประเทศยังไม่มีมาตรการควบคุมที่ชัดเจน องค์การอนามัยโลกได้แสดงจุดยืนสนับสนุนต่อการดำเนินมาตรการของประเทศไทยในการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า โดยถือว่าเป็นแนวทางเชิงรุกที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ มาตรการดังกล่าวยังสอดคล้องกับพันธะผูกพันของประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก⁽¹¹⁾ แม้ว่าจะมีกฎหมายห้ามใช้และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย แต่เยาวชนที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น กลับแสดงให้เห็นถึงระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับค่อนข้างสูง อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะแสดงทัศนคติเชิงบวกต่อผลกระทบต่อสุขภาพและผลทางกฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้า

แม้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกและในประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่สำรวจระดับความรู้และทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยเฉพาะในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีจำนวนจำกัด ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอสำหรับใช้กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเสี่ยงนี้ ดังนั้น



การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติของนักศึกษาระดับปริญญาตรีต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นแห่งหนึ่ง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 4,356 คน หลักสูตรภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 ของมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 4,356 คน หลักสูตรภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 ของมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie และ Morgan's formula⁽¹²⁾ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 353 คน จากนั้นเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 388 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภายในแต่ละคณะ โดยสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ 74 คน จาก 845 คน คณะพยาบาลศาสตร์ 30 คน จาก 337 คน คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ 7 คน จาก 79 คน คณะครุศาสตร์ 205 คน จาก 2,325 คน คณะนิติรัฐศาสตร์ 31 คน จาก 352 คน และคณะบริหารธุรกิจและการบัญชี 41 คน จาก 460 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) คือ 1) นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2566 2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี 3) สมารถใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบกรอกด้วยตนเองผ่าน Google Forms ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ คณะ ชั้นปี สถานที่พัก สถานภาพ สมรสบิดามารดา รายได้ การใช้นุรีไฟฟ้าของคนใกล้ชิด การได้รับความรู้ และประวัติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนุรีไฟฟ้า⁽¹³⁾ ลักษณะคำถามเป็นแบบตอบถูก-ผิด มี 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลความรู้โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom BS, 1971) ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 0-15 (< ร้อยละ 80) แสดงว่า ความรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน ($\geq$ ร้อยละ 80) แสดงว่า ความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับนุรีไฟฟ้า⁽¹³⁾ มี 30 ข้อ ให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) ให้คะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีทั้งข้อความเชิงบวกและลบ คะแนนรวมที่สูงกว่าแสดงถึงทัศนคติที่เป็นบวก การจำแนกแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 30-149 คะแนน (< ร้อยละ 80) แสดงว่ามีทัศนคติเชิงลบ และคะแนนระหว่าง 150-200 คะแนน ($\geq$ ร้อยละ 80) แสดงว่า มีทัศนคติเชิงบวก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนุรีไฟฟ้า และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับนุรีไฟฟ้า ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 และ 0.57 ตามลำดับและนำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (KR-20) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนุรีไฟฟ้าได้ เท่ากับ 0.68 และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับนุรีไฟฟ้าได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 388 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 384 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) โดยการแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ 2) วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด (เลขที่ 100/2566) ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัวและขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวได้โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 384 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.10 และเพศชาย ร้อยละ 29.90 ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.00 เป็นนักศึกษา คณะครุศาสตร์และการพัฒนามนุษย์ ร้อยละ 53.40 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 36.50 ส่วนใหญ่อาศัยหอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 72.70 บิคา มารดาอยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.90 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 5,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 39.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้าผ่านเพื่อนหรือคนรู้จัก ร้อยละ 97.90 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 76.80 และไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 71.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 384)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	115	29.90
หญิง	269	70.10
อายุ		
≤ 20 ปี	165	43.00
≥ 21 ปี	219	57.00
คณะ		
พยาบาลศาสตร์	30	7.80
เทคโนโลยีสารสนเทศ	7	1.80
บริหารธุรกิจและการบัญชี	37	9.60
นิติรัฐศาสตร์	31	8.10
ครุศาสตร์และการพัฒนามนุษย์	205	53.40
ศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์	74	19.30
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	140	36.50
ชั้นปีที่ 2	93	24.20
ชั้นปีที่ 3	91	23.70
ชั้นปีที่ 4	60	15.60
สถานที่พักอาศัย		
หอพักในมหาวิทยาลัย	57	14.80
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	279	72.70
บ้านตนเอง	48	12.50



ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรสบิดา/มารดา		
สมรส	257	66.90
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	53	13.80
บิดาและ/หรือ มารดาเสียชีวิต	74	19.30
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
≤ 3,000 บาท	82	21.40
3,001-5,000 บาท	149	38.80
≥ 5,001 บาท	153	39.80
คุณรู้จักบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างไร?		
ครอบครัว	8	2.10
เพื่อน/คนรู้จัก	376	97.90
คุณเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่?		
ไม่เคย	295	76.80
เคย	89	23.20
คุณเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่?		
ไม่เคย	275	71.60
เคย	109	28.40

2. การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

พบว่า นักศึกษาเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้ชายเป็น 2.22 เท่า (AOR = 2.22; 95% CI: 1.29-3.82) นอกจากนี้ ผู้ที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามาก่อนมีความรู้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.92 เท่า (AOR = 1.92; 95% CI: 1.00-3.62) ในทางกลับกัน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีความรู้ต่ำกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็น 0.51 เท่า (AOR = 0.51; 95% CI: 0.27-0.99) ผู้ที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านตนเองมีความรู้ต่ำกว่านักศึกษาที่พักรับรองในมหาวิทยาลัยเป็น 0.17 เท่า (AOR = 0.17; 95% CI: 0.06-0.51) ผู้ที่มีบิดาและ/หรือมารดาเสียชีวิตมีความรู้ต่ำกว่าบิดามารดาที่มีสถานภาพสมรสเป็น 0.48 เท่า (AOR = 0.48; 95% CI: 0.26-0.89) และผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันมีความรู้ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 0.29 เท่า (AOR = 0.29; 95% CI: 0.17-0.49) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (n = 384)

ปัจจัย	ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า			
	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	Ref.		Ref.	
หญิง	2.70 (1.68-4.32)	<0.001	2.22 (1.29-3.82)	0.004*
อายุ				
≤ 20 ปี	Ref.			
≥ 21 ปี	1.17 (0.74-1.83)	0.488		
ชั้นปี		0.163		0.032*
ชั้นปีที่ 1	Ref.		Ref.	
ชั้นปีที่ 2	0.57 (0.32-1.02)	0.060	0.51 (0.27-0.99)	0.048*
ชั้นปีที่ 3	0.88 (0.48-1.60)	0.675	0.69 (0.35-1.39)	0.309
ชั้นปีที่ 4	1.20 (0.58-2.48)	0.613	1.72 (0.74-3.95)	0.201
สถานที่พักอาศัย		<0.001		0.002*
หอพักในมหาวิทยาลัย	Ref.		Ref.	
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	0.36 (0.15-0.84)	0.018	0.54 (0.22-1.35)	0.194
บ้านตนเอง	0.15 (0.05-0.40)	<0.001	0.17 (0.06-0.51)	0.002*
สถานภาพสมรส/บิดา/มารดา		0.005		
สมรส	Ref.		Ref.	
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	1.26 (0.61-2.60)	0.522	2.06 (0.92-4.59)	0.075
บิดาและ/หรือ มารดา	0.43 (0.25-0.74)	0.003	0.48 (0.26-0.89)	0.021*
เสียชีวิต				
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		0.699		
≤ 3,000 บาท	Ref.			
3,001-5,000 บาท	0.76 (0.41-1.42)	0.404		
≥ 5,001 บาท	0.82 (0.44-1.52)	0.540		
คุณรู้จักบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างไร?		0.854		
ครอบครัว	Ref.			
เพื่อน/คนรู้จัก	0.86 (0.17-4.33)	0.854		
คุณเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่?				
ไม่เคย	Ref.		Ref.	
เคย	1.85 (1.03-3.33)	0.037	1.92 (1.00-3.62)	0.049*



ปัจจัย	ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า			
	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
คุณเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่?		<0.001		<0.001**
ไม่เคย	Ref.		Ref.	
เคย	0.24 (0.15-0.39)	<0.001	0.29 (0.17-0.49)	<0.001**

*p-value < 0.05 **p-value < 0.001, Constant value = 18.009, Pseudo R² (Nagelkerke R²) = 0.167

3. การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

พบว่า นักศึกษาที่มีบิดามารดาหย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่านักศึกษาที่มีบิดามารดาสมรส (AOR = 3.92; 95% CI: 1.91-8.04) นักศึกษาที่พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย (AOR = 0.36; 95% CI: 0.19-0.69)พักอยู่ที่บ้านตนเอง (AOR = 0.13; 95% CI: 0.04-0.47) และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า (AOR = 0.21; 95% CI: 0.09-0.48) มีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (n = 384)

ปัจจัย	ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า			
	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	Ref.			
หญิง	1.30 (0.74-2.29)	0.347		
อายุ				
≤ 20 ปี	Ref.			
≥ 21 ปี	0.65 (0.39-1.08)	0.098		
ชั้นปี		0.189		
ชั้นปีที่ 1	Ref.			
ชั้นปีที่ 2	0.64 (0.33-1.23)			
ชั้นปีที่ 3	0.66 (0.34-1.27)			
ชั้นปีที่ 4	0.44 (0.19-1.02)			



ปัจจัย	ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า			
	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
สถานที่พักอาศัย		<0.001		<0.001*
หอพักในมหาวิทยาลัย	Ref.		Ref.	
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	0.36 (0.19-0.67)	0.001	0.36 (0.19-0.69)	0.002
บ้านตนเอง	0.14 (0.04-0.45)	0.001	0.13 (0.04-0.47)	0.002
สถานภาพสมรส/บิดา/มารดา		0.012		
สมรส	Ref.		Ref.	
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	2.43 (1.27-4.62)	0.007	3.92 (1.91-8.04)	<0.001**
บิดาและ/หรือ มารดา	0.76 (0.37-1.55)	0.451	1.04 (0.49-2.23)	0.899
เสียชีวิต				
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		0.163		
≤ 3,000 บาท	Ref.			
3,001-5,000 บาท	1.69 (0.80-3.58)	0.167		
≥ 5,001 บาท	1.98 (0.95-4.14)	0.068		
คุณรู้จักบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างไร?				
ครอบครัว	Ref.			
เพื่อน/คนรู้จัก	1.80 (0.21-14.87)	0.557		
คุณเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่?				
ไม่เคย	Ref.			
เคย	0.99 (0.55-1.79)	0.981		
คุณเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่?				
ไม่เคย	Ref.		Ref.	
เคย	0.23 (0.10-0.50)	<0.001	0.21 (0.09-0.48)	<0.001*

*p- value < 0.05 **p- value < 0.001, Constant value = 18.009, Pseudo R² (Nagelkerke R²) = 0.167

Abbreviations: OR, odds ratio; CI, confidence interval; Ref., Reference

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 28.40 และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 76.80 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความรู้ ได้แก่ เพศ (AOR = 2.22; 95% CI: 1.29-3.82) นักศึกษาที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (AOR = 1.92; 95% CI: 1.00-3.62; p-value < 0.049) ด้านทัศนคติ นักศึกษาที่มีผู้ปกครอง



หย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้า (AOR = 3.92; 95% CI: 1.91-8.04) นักศึกษาที่พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย (AOR = 0.36; 95% CI: 0.19-0.69) พักที่บ้านตนเอง (AOR = 0.13; 95% CI: 0.04-0.47) และผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน (AOR = 0.21; 95% CI: 0.09-0.48) มีทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้า

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นแห่งหนึ่ง ในด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า นักศึกษาหญิงมีระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่านักศึกษาชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มนักศึกษาหญิงที่มากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศบราซิล⁽¹⁴⁾ และปาเลสตีน⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางฉบับกลับพบว่า เพศชายมีคะแนนความรู้สูงกว่าเพศหญิง⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีระดับความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนการให้ความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีระดับความรู้ต่ำกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งนักศึกษาที่อาศัยอยู่หอพักนอกมหาวิทยาลัยหรือพักอยู่ที่บ้านตนเองมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าต่ำกว่านักศึกษาที่พักอยู่หอพักในมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่หอพักในมหาวิทยาลัยอาจได้รับประโยชน์ในการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า⁽⁴⁾

ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า นักศึกษาที่มีบิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวที่ส่งผลต่อการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า⁽⁸⁾ การศึกษานี้ พบว่า นักศึกษาที่พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย และอาศัยอยู่ที่บ้านมีทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้า อาจสะท้อนถึงอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคมในพื้นที่พักอาศัยมีผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า⁽¹⁷⁾ ในทำนองเดียวกัน งานวิจัยในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า นักศึกษาที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านมีแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่าผู้ที่พักในหอพักของมหาวิทยาลัยหรือที่พักระเภทอื่น⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ นักศึกษาที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันมีทัศนคติเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามักมีแนวโน้มลดทอนการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุหรี่ไฟฟ้า หรือมีอคติทางความคิดที่เกิดจากการเสพติด⁽¹⁹⁾

แม้บุหรี่ไฟฟ้าจะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายในประเทศไทย แต่การใช้ในกลุ่มนักศึกษายังคงแพร่หลาย จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ร้อยละ 20.4 นักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทยเคยใช้



บุหรี่ไฟฟ้า โดยร้อยละ 40 ไม่ทราบว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีสารนิโคติน ร้อยละ 28 มีความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยลดบุหรี่ได้ และอีกร้อยละ 22 เกิดความไม่แน่ใจ⁽²⁰⁾ ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการณรงค์เชิงนโยบายในระดับมหาวิทยาลัย เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพ รวมถึงผลทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ แม้ว่าการศึกษาแบบภาคตัดขวางจะเหมาะสมต่อการระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติ แต่ไม่สามารถยืนยันเหตุผลได้อย่างสมบูรณ์ตามข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัยนี้ นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามรายงานตนเองอาจก่อให้เกิดความเอนเอียงของข้อมูลได้ในบางประการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวสะท้อนบริบทเฉพาะของพื้นที่ที่ศึกษา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น อย่างไรก็ตาม แม้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (KR-20) จะไม่อยู่ในระดับสูงมาก แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักวิชาการ⁽²¹⁾ จึงเห็นสมควรนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการณรงค์เชิงนโยบายในระดับมหาวิทยาลัย
2. ดำเนินกิจกรรมเชิงรุกโดยเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในประเทศไทย
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Alduraywish AS, et al. Knowledge and attitude toward E-Cigarettes among first year university students in Riyadh, Saudi Arabia. Healthcare (Basel). 2023; 11(4): 502. doi:10.3390/healthcare11040502.
2. Jerzynski T, Stimson GV, Shapiro H, Król G. Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. Harm Reduct J 2021; 18(1): 109.
3. Alzahrani T, et al. The prevalence of electronic cigarette use among college students of Taibah University and symptoms of cardiovascular disease. J Saudi Heart Assoc 2023; 35(2): 163-8. doi: 10.37616/2212-5043.1338.



4. Wamamili B, Wallace-Bell M, Richardson A, Grace CR, Coope P. Electronic cigarette use among university students aged 18-24 years in New Zealand: results of a 2018 national cross-sectional survey. *BMJ Open* 2020; 10: e035093. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035093.
5. Song H, et al. Cigarettes smoking and e-cigarettes using among university students: a cross-section survey in Guangzhou, China, 2021. *BMC Public Health* 2023; 23: 438. doi: 10.1186/s12889-023-15350-2.
6. Thongsutt T, et al. Factors associated with knowledge and attitude towards e-cigarettes among undergraduate students in Thailand: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2023; 24(1): 559-67. doi: 10.31557/APJCP.2023.24.1.353. (in Thai).
7. Lyu JC, Huang P, Jiang N, Ling PM. A Systematic Review of E-Cigarette Marketing Communication: Messages, Communication Channels, and Strategies. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19: 9263. doi.org/10.3390/ijerph19159263
8. Sun C, Wang F, Jiang M. How can e-cigarette fear appeals improve the perceived threat, fear, anger, and protection motivation of young people. *Front Psychol* 2021; 12: 676363. doi: 10.3389/fpsyg.2021.676363.
9. Shehata SA, et al. Vaping, environmental toxicants exposure, and lung cancer risk. *Cancers* 2023; 15: 4525. doi: 10.3390/cancers15184525.
10. World Health Organization. Electronic cigarettes (E-cigarettes) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WPR-2024-DHP-001>
11. World Health Organization. E-cigarettes contain hazardous substances, addictive and harmful [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/e-cigarettes-contain-hazardous-substances-addictive-and-harmful>
12. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochem Med (Zagreb)* 2021; 31(1): 27-53.
13. Jumpajan J, et al. Factors related to knowledge and attitude on electronic cigarettes of students in Sakon Nakhon Rajabhat University. *Reg Health Promot Center J* 2023; 17(2): 631-44.



14. AlSayyad AS, et al. Gender differences in e-cigarette knowledge, attitudes, and practice among adults in Bahrain: a cross-sectional study. *Discov Public Health* 2024; 21: 116. doi: 10.1186/s12982-024-00237-3.
15. Nazzal Z, et al. Exploring the prevalence, knowledge, attitudes and influencing factors of e-cigarette use among university students in Palestine: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2024; 14(2): e080881. doi: 10.1136/bmjopen-2023-080881.
16. Jaafar H, et al. Knowledge, attitude and practice on electronic cigarette and their associated factors among undergraduate students in a public university. *IUM Med J Malaysia* 2021; 20(2). doi: 10.31436/imjm.v20i2.506.
17. Seeherunwong A, Muangsakul W, Angsukiattitavorn S, Tipayamongkhogul M, Ondee P. Association between personal factors, beliefs, and attitudes towards e-cigarettes and cigarette use among Thai youths in Central Region, Bangkok and its perimeter. *Royal Thai Navy Med J* 2023; 50(3): 579-94.
18. Phetphum C, Prajongjeep A, Thawatchaijareonying K, Wongwuttiyan T, Wongjamnong M, Yossuwan S, Surapon D. Personal and perceptual factors associated with the use of electronic cigarettes among university students in northern Thailand. *Tob Induc Dis* 2021; 19: 31. doi: 10.18332/tid/133640.
19. Watkins NK, Ohannessian CM. Timing of vape use among adolescents: Differences by family structure. *Drug Alcohol Depend* 2020; 209: 107953. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.107953. PMID:32172131.
20. Vichayanrat T, et al. E-cigarette use, perceived risks, attitudes, opinions of e-cigarette policies, and associated factors among Thai university students. *Tob Induc Dis* 2024; 22(May): 74. doi:10.18332/tid/186536.
21. Phanniphong K, Na-Nan K. Development and validation of a factor analysis-validated comprehensive scale for measuring innovative work behavior. *Sustainable Futures* 2025; 9: 100704. doi: 10.1016/j.sftr.2025.100704.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

FACTORS INFLUENCING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG VILLAGE
HEALTH VOLUNTEERS, CHAIBADAN DISTRICT, LOPBURI PROVINCE

Received: October 18, 2025

Revised: November 30, 2025

Accepted: December 21, 2025

ประสาทพร แก้วทอง^{1*}, รัฐพล ศิลปะรัมย์¹, ทศพร ชูศักดิ์¹

Prasatporn Khawthong^{1*}, Rattapol Silparasmi¹, Tatsaporn Chusak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 341 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การวิจัยนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.57) ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ศ. ($\beta = 0.139$, p-value = 0.011) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.123$, p-value = 0.022) สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 27.1 ($R^2 = 0.271$, p-value < 0.05)

หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อพัฒนาให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพในชุมชน
คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 30. 2ศ.

¹ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

*Corresponding author E-mail: prasatporn.khaw@vru.ac.th



Abstract

This study is a Cross-sectional study with the objectives of (1) examining health-promoting behaviors among village health volunteers (VHVs) and (2) identifying factors influencing their health-promoting behaviors. The sample consisted of 341 VHVs in Chaibadan District, Lopburi Province, selected through multistage sampling. The research instrument was a validated questionnaire with verified content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. This research was conducted to collect data from July to August 2025.

The results indicated that VHVs' overall health-promoting behaviors were at a moderate level ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.57). Significant influencing factors included health literacy ($\beta = 0.139$, p-value = 0.011) and social support ($\beta = 0.123$, p-value = 0.022), explaining 27.1% of the variance in health-promoting behaviors ($R^2 = 0.271$, p-value < 0.05).

It is recommended that health authorities strengthen VHVs' health literacy and enhance social support systems to develop them as health role models within communities.

Keywords: Health-promoting behavior, Health literacy, social support, Village Health Volunteers, Consistency



บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อนับถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ประเทศไทยโรคไม่ติดต่อนับยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 1 ในปี พ.ศ. 2558-2566 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ จังหวัดลพบุรีมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ปี 2564-2566 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 9.40, 9.55 และ 9.91 อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 19.98, 20.01 และ 20.84 สอดคล้องกับอำเภอชัยบาดาลที่มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี 2564-2566 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 8.78, 8.93 และ 8.99 อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.00, 20.06 และ 20.84⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมา จนกระทั่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการปรับเปลี่ยนทิศทางงานสาธารณสุขมูลฐานหลายประการ โดยเน้นการพัฒนาโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนที่มีอยู่แล้วให้เป็นระบบและเข้มแข็งยิ่งขึ้น⁽³⁾ ปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ได้มีการกล่าวถึงเพียงการมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรมในการลดผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของคนไทย ซึ่งมีได้กล่าวถึงการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้น เริ่มตั้งแต่การรู้สถานะสุขภาพของตนเองและสังเกตพฤติกรรมเสี่ยง จากนั้นมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา)⁽⁵⁾ ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,578 คน ได้รับการสำรวจภาวะสุขภาพประจำปีพบว่า มีโรคประจำตัว ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง 440 คน คิดเป็นร้อยละ 27.88 โรคเบาหวาน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 15.71 โรคหัวใจและหลอดเลือด 28 คน คิดเป็นร้อยละ 1.77 รอบเอวเกินค่ามาตรฐาน 951 คน คิดเป็นร้อยละ 60.27 และค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน 947 คน คิดเป็นร้อยละ 60.01⁽⁶⁾

จากข้อมูลภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี⁽⁶⁾

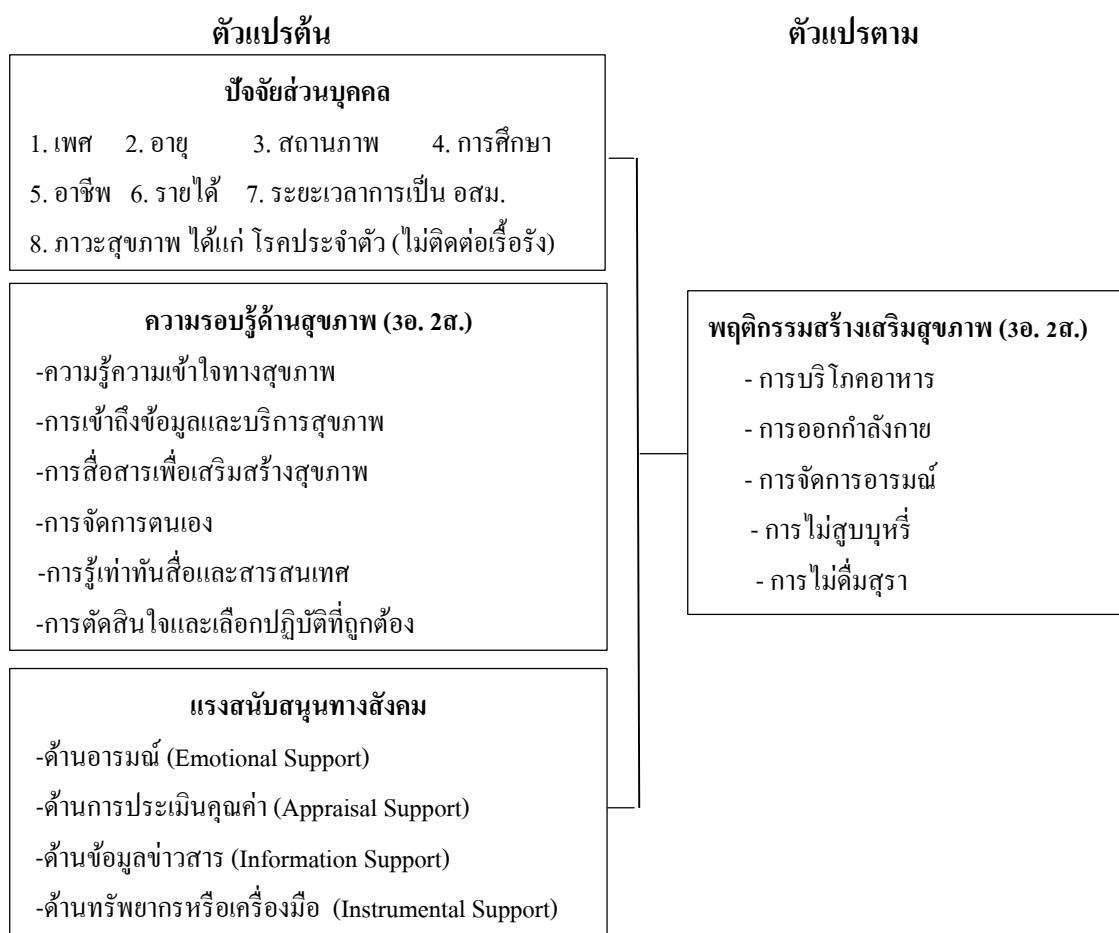


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008)⁽⁷⁾ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1985)⁽⁸⁾ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีทั้งหมด 17 ตำบล 20 หน่วยบริการ จำนวน 1,578 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1999)⁽⁹⁾

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

$$n = \frac{(1,578)(1.96)^2(0.5)(1-0.5)}{(1,578-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(1-0.5)}$$

โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 310 คน และบวกเพิ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วนอีกประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนตัวอย่างเพิ่มขึ้น 31 คน และเรียกจำนวนตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นนี้ว่าจำนวนเพื่อความคลาดเคลื่อนจากการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ได้⁽¹⁰⁾ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 341 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้นโดยคำนวณตามสัดส่วนกับขนาดของประชากรในแต่ละหน่วยบริการ ได้จำนวนตัวอย่างแยกหน่วยบริการ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาแต่ละหน่วยบริการ โดยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่จากบัญชีรายชื่อมาให้ได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาในครั้งนี้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 20 หน่วยบริการ ในช่วงระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) “Conceptual model of health literacy as a risk” ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ และภาวะสุขภาพ ได้แก่โรคประจำตัว (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (30. 2ส.) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีข้อคำตอบให้เลือก ก ข ค ง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย พอทำได้ ทำได้ยาก และทำได้ยากมาก 3) การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ มีคำตอบให้เลือก ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ 4) การจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก ก ข ค ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และด้านทรัพยากรหรือเครื่องมือ (Instrumental Support) จำนวน 12 ข้อ มีคำตอบให้เลือก ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (30. 2ส.) คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยได้ค่า IOC ในช่วง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบ (try out) กับ อสม. จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และนำข้อมูลจากการทดลองมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (30. 2ส.) มีค่าเท่ากับ 0.86, แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.77 และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.77



การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for Windows) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (30. 2ส.) แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (30. 2ส.) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Enter regression) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรที่ทำการศึกษา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี รหัสโครงการ LBEC 003/2568 ตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2568 ถึง วันที่ 23 มีนาคม 2569 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลัก ความยุติธรรม

ผลการวิจัย

ข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 341 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.9 ส่วนใหญ่ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 36.7 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า 20 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 34.1 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 70.7 จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 33.7 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์) ร้อยละ 43.1 มีช่วงรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 44 รองลงมา ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.7 ประวัติการมีโรคประจำตัว (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 52.5 มีโรคประจำตัวสูงสุด โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.4 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 4.4 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(n = 341)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	16.1
หญิง	286	83.9
อายุ		
อายุ 20-29 ปี	9	2.6
อายุ 30-39 ปี	36	10.6
อายุ 40-49 ปี	85	24.9
อายุ 50-59 ปี	125	36.7
อายุ 60-69 ปี	68	19.9
อายุ 70 ปีขึ้นไป	18	5.3
($\bar{X}$ = 52.57, S.D. = 11.04, Median = 53.00, Min = 20, Max = 82)		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)		
1 ปี-4 ปี	65	19.1
5 ปี-9 ปี	63	18.4
10 ปี-14 ปี	61	17.9
15 ปี-19 ปี	45	13.2
มากกว่า 20 ปี	107	31.4
($\bar{X}$ = 14.29, S.D. = 9.93, Median = 14.00, Min = 1, Max = 45)		
สถานภาพ		
โสด	48	14.1
สมรส	241	70.7
หม้าย/หย่า/แยก	52	15.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.3
ประถมศึกษา	115	33.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	62	18.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	114	33.4



ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อนุสัญญา/ปวส.	16	4.7
ปริญญาตรี	30	8.8
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.9
ประกอบอาชีพ		
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์)	147	43.1
รับจ้างทั่วไป	70	20.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	77	22.6
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	7	2.1
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน	31	9.1
อื่นๆ ได้แก่ ข้าราชการบำนาญ	9	2.6
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	115	33.7
5,000-10,000 บาท	150	44.0
10,001-20,000 บาท	55	16.1
20,001-30,000 บาท	16	4.7
30,001-40,000 บาท	4	1.2
40,000 บาทขึ้นไป	1	0.3
ประวัติการมีโรคประจำตัว (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)		
ปกติ	179	52.5
ความดันโลหิตสูง	91	26.7
เบาหวาน	56	16.4
หัวใจและหลอดเลือด	15	4.4

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.59$, S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณารายชื่อ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.81) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.09) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($\bar{X} = 2.47$, S.D. = 0.63) นอกนั้นอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด



ระดับการสนับสนุนทางสังคมตามหลัก 3อ. 2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.36) เมื่อพิจารณารายข้อ ระดับการสนับสนุนทางสังคมตามหลัก 3อ. 2ส. ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ได้ให้ข้อมูลย้อนกลับในการดำเนินงานด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อนำไปประเมินตนเอง ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่แสดงออกถึง การยกย่อง การเห็นคุณค่า การเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจตนเอง ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.84)

ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.57) เมื่อพิจารณารายข้อ ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.99) รองลงมา คือ ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่เสมอ ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 1.17)

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 341)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	16.054	5.982		2.684	0.008		
เพศ (X ₁)	1.652	0.849	0.106	1.946	0.053	0.957	1.045
อายุ (X ₂)	-0.037	0.037	-0.072	-1.026	0.306	0.574	1.741
ระยะเวลาการเป็น อสม. (X ₃)	0.001	0.036	0.002	0.028	0.978	0.736	1.359
สถานภาพ (X ₄)	0.287	0.594	0.027	0.482	0.630	0.901	1.110
การศึกษา (X ₅)	0.213	0.275	0.048	0.773	0.440	0.743	1.346
อาชีพ (X ₆)	0.215	0.233	0.052	0.923	0.357	0.892	1.120
รายได้ (X ₇)	0.415	0.357	0.066	1.162	0.246	0.872	1.146
มีโรคประจำตัวความดัน โลหิตสูง (X ₈)	0.511	0.843	0.039	0.606	0.545	0.672	1.488



ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	SE	Beta			Tolerance	VIF
มีโรคประจำตัว เบาหวาน (X_9)	1.014	0.953	0.065	1.064	0.288	0.749	1.336
มีโรคประจำตัว หัวใจ และหลอดเลือด (X_{10})	-1.667	1.600	-0.060	-1.042	0.298	0.867	1.154
ความรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ส. (X_{11})	0.076	0.030	0.139	2.555	0.011	0.963	1.038
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_{12})	0.166	0.072	0.123	2.301	0.022	0.984	1.016
R = 0.267 ^a R ² = 0.271 F = 2.09 Sig = 0.017 ^b p – value < 0.05							

ปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 30. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ส. ($\beta = 0.139$, p-value = 0.011) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.123$, p-value = 0.022) ในขณะที่ตัวแปรอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 30. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวแปรตาม

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 30. 2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.59$, S.D. = 0.78) ระดับการสนับสนุนทางสังคมตามหลัก 30. 2ส. อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.36) และระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 30. 2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.57) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ส. ($\beta = 0.139$, p-value = 0.011) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.123$, p-value = 0.022) ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมได้ร้อยละ 27.1 ($R^2 = 0.271$) ซึ่งค่อนข้างต่ำ โมเดลการพยากรณ์นี้ยังไม่สมบูรณ์ และมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในงานวิจัยเพิ่มเติม



ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางนโยบายเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีบทบาทมากขึ้นในชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่สามารถใช้ข้อมูลนี้กำหนดแนวทางหรือเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รุ่นใหม่ หรือวางแผนการพัฒนาเชิงลึกเฉพาะกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความเข้าใจทางสุขภาพ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตาม 3อ. 2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. และการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008)⁽⁷⁾ ที่ชี้ว่าความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ การมีความเข้าใจด้านสุขภาพทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทวีวรรณ ศรีดาวเรือง และจิราพร วรวงศ์ (2565)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นสอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Theory) ที่ระบุว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมตามหลัก 3อ. 2ส. มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ ได้ให้ข้อมูลย้อนกลับในการดำเนินงานด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อนำไปประเมินตนเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่แสดงออกถึง การยกย่อง การเห็นคุณค่า การเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจตนเอง ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1985)⁽⁸⁾ งานวิจัยของ ทรรศนีย์ บุญมั่น (2564)⁽¹²⁾ พบว่า ปัจจัยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และงานวิจัยของ พิมพ์รัตน์ ผุดผาด (2567)⁽¹³⁾ ที่พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดราชบุรี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87, S.D. = 0.442$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.372$)



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ควรจัดอบรมหรือประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเข้าใจในหลัก 3อ. 2ส. อย่างลึกซึ้ง และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและถ่ายทอดต่อประชาชนได้
2. ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมให้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรสร้างกลุ่มเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนซึ่งกันและกันและส่งเสริมบรรยากาศของการช่วยเหลือเกื้อกูลในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตลอดจนแบ่งปันประสบการณ์อันทรงคุณค่า ตลอดจนคณาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความเมตตา ช่วยเหลือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น และบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบาดาล. รายงานภาวะสุขภาพของประชาชนจังหวัดลพบุรี ประจำปี 2566. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบาดาล; 2566.
3. ปิยะดา ได้ทุกทาง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสีเหล็ก อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2561.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/article_attach/article_file_20230307173518.pdf



5. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการดำเนินงาน อสม.สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับพฤติกรรม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบาดาล. รายงานภาวะสุขภาพของอสม.อำเภอชัยบาดาล ประจำปี 2566. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบาดาล; 2566.
7. 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* 2008; 15(3): 259-267.
8. House J, Kahn R. Measures and concept of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors. *Social Support and Health*. Orlando: Academic Press; 1985: p.83-108.
9. Daniel WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
10. ชานินทร์ ศิลป์จาร. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วี.อินเตอร์พรีนท์; 2550.
11. นวิวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(2): 454-468. [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/256915>
12. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ] [อินเทอร์เน็ต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3876/3/62060699.pdf>
13. พิมพ์รัตน์ ผุดผาด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. วารสารสาธารณสุขและนวัตกรรม 2567; 4(1): 74-87. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/article/view/267016>



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี
FACTORS INFLUENCING PERFORMANCE IN 4.0 ERA OF VILLAGE HEALTH
VOLUNTEERS, THAWUNG DISTRICT, LOPBURI PROVINCE

Received: October 06, 2025

Revised: December 13, 2025

Accepted: December 22, 2025

รัชฎาภรณ์ บุญขาว^{1*}, รัชพล ศิลปะระสมิ¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ¹Ratchadaporn Boonkhaow^{1*}, Ratthaphol Sillaparassamee¹,Pannee Banchonhattakit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี จำนวน 305 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.8 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 35.7 เป็น อสม. มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 29.5 การปฏิบัติงานยุค 4.0 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.97) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.94) และการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในการส่งรายงาน ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 1.02) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความรู้ด้านการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.117$), ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.136$), แรงจูงใจในการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.476$), อาชีพ ($\beta = 0.097$) และระยะเวลาการเป็นอสม. ($\beta = 0.130$) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานได้ร้อยละ 32.9 ($R^2 = 0.329$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ อาชีพ และประสบการณ์การเป็น อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถทำนายระดับการปฏิบัติงานของอสม. ในยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อผลลัพธ์ และควรได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานยุค 4.0, ปัจจัยที่มีอิทธิพล, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

*Corresponding author E-mail: ratchadaporn.boonkhaow@vru.ac.th



Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to : The questionnaire was validated for content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that most VHVs were female (92.8%), aged 60-69 years (35.7%), and had served as VHVs for more than 20 years (29.5%). The overall level of 4.0-era work performance was high ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.97). The highest-scoring items were “helping others without expecting anything in return” ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.94) and “using the Smart VHV application to submit VHV1 reports” ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 1.02). Factors that significantly influenced 4.0-era work performance included: knowledge of 4.0-era work performance ($\beta = 0.117$), attitudes toward 4.0-era work performance ($\beta = 0.136$), work motivation for 4.0-era performance ($\beta = 0.476$), occupation ($\beta = 0.097$), and length of service as a VHV ($\beta = 0.130$). These factors collectively predicted 32.9% of the variance in work performance ($R^2 = 0.329$).

The findings indicate that knowledge, attitudes, motivation, occupation, and years of experience as a VHV significantly influence 4.0-era performance. These factors can effectively predict the level of performance among VHVs in the digital era, with motivation emerging as the most influential predictor. Therefore, motivation should be appropriately strengthened and supported.

Keywords: 4.0-era work performance, influencing factors, work motivation, Village Health Volunteers (VHVs)



บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยมีพันธกิจ คือ พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน⁽¹⁾ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของอสม. ได้กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้มีสมรรถนะเป็น อสม. ยุค 4.0 โดยพัฒนา Application เพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพของประชาชน

จากฐานข้อมูล ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน ปี 2567 ประเทศไทยมี อสม. จำนวน 1,103,699 คน ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 38.09 รองลงมา อายุ 61-71 ปี ร้อยละ 25.12 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.7 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.9 ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 74,706 ร้อยละ 7.1 ส่วนใหญ่มีอายุการปฏิบัติหน้าที่มา 30 ปีขึ้นไป⁽²⁾ คุณสมบัติของ อสม. 4.0 ต้องผ่านการประเมินทั้ง 3 ประเด็นนี้ (1) สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ (2) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3) มีจิตอาสาและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จากการศึกษาของ ฉลองรัฐ ทองกันทา และนิพนธ์ แก้วคำย⁽³⁾ พบว่า (1) ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของ อสม. ยุค 4.0 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.96$, S.D. = 1.76) (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. 4.0 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.87) (3) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ พิจารณาให้สอดคล้องกับ 30 2 ส ของ อสม. ยุค 4.0 ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 1.11)

ข้อมูลจากจังหวัดลพบุรี จำนวน 11 อำเภอ มี อสม. จำนวน 12,022 คน มีอายุ ช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 40.18 รองลงมา อายุ 61-71 ปี ร้อยละ 20.67 ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 3,630 ร้อยละ 30.04 ข้อมูลการใช้ Application สมาร์ท อสม. พบว่า อสม. มีสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.14 ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.32 มีจิตอาสาและเป็นผู้มีทักษะปฏิบัติการให้การช่วยเหลือสังคม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.72⁽⁴⁾

ข้อมูลของอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี มีทั้งหมด 11 ตำบล มีสถานพยาบาล จำนวน 13 แห่ง มี อสม. ทั้งสิ้น 985 คน จากการสำรวจคุณสมบัติการเป็น อสม. ยุค 4.0 ทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.63 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.98 ด้านมีจิตอาสาและเป็นผู้มี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.76

จากการข้อมูลของตำบลโคกสลุด อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ Application สมาร์ท อสม. พบว่า อสม. สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ เช่น application สมาร์ท อสม. หรือโปรแกรมอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.68 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 42.30 และมีจิตอาสาและเป็นผู้มี คิดเป็นร้อยละ 38.26



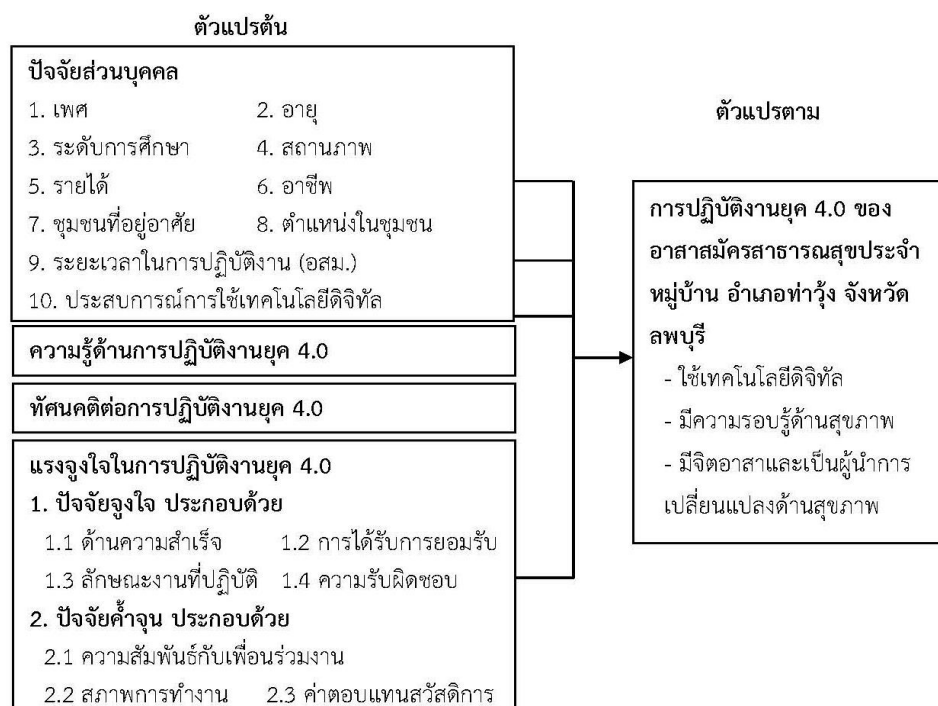
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี โดยใช้ทฤษฎีการจูงใจของ Frederick Herzberg⁽⁵⁾ ที่ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนเพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ อสม. มีแรงจูงใจสามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของอสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของอสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของอสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยนำปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสาธารณสุขโดยทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร(Population) คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรีทั้งสิ้น 985 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) คือ อสม. ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล⁽⁶⁾ โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 277 คน ผู้วิจัยได้บวกเพิ่มสำหรับตัวอย่างเพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วนอีกประมาณ ร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจะเท่ากับ 308 คน อสม. ตอบแบบสอบถามคืน 305 คน ร้อยละ 99.03 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร่วมการวิจัย ดังนี้

- 1) อสม. อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2) อสม. ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
- 3) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 4) มี Smart Phone
- 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) มีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน
- 2) ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการปฏิบัติงาน ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ ยุทธนา แยกคาย⁽⁷⁾ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ ณัฐพงศ์ คำนา⁽⁸⁾, ทรรศนีย์ บุญมัน⁽⁹⁾, ภวัญชนอร ทิพย์เพชร⁽¹⁰⁾, ยุทธนา แยกคาย⁽⁷⁾ ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ คือ ด้านความสำเร็จ ด้านการได้รับการยอมรับ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยก้ำจุน คือ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านสภาพการทำงาน ด้านค่าตอบแทนสวัสดิการ จำนวน 35 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ ณัฐพงศ์ คำนา⁽⁸⁾ จำนวน 30 ข้อ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) พบว่า แบบทดสอบด้านความรู้ มีค่าเท่ากับ 1.00 แบบสอบถามทัศนคติการปฏิบัติงาน มีค่าเท่ากับ 0.97 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าเท่ากับ 0.99 แบบสอบถามการปฏิบัติงานยุค 4.0 มีค่าเท่ากับ 0.99 จากนั้นได้แก้ไขปรับปรุงแล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบ(try out) กับ อสม. จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลจากการทดลองมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบทดสอบความรู้ในด้านการปฏิบัติงาน มีค่าเท่ากับ 0.73 แบบสอบถามทัศนคติการปฏิบัติงาน มีค่าเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามด้านการปฏิบัติงานยุค 4.0 มีค่าเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานยุค 4.0 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามากที่สุด และค่าน้อยที่สุด

วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) แบบขั้นตอน (Enter regression) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรที่ทำการศึกษา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ได้แก่ B (Unstandardized Coefficient) S.E. (Standard Error) Beta (Standardized Coefficient Beta) t (t-value) Sig (Significance / p-value) Tolerance VIF (Variance Inflation Factor) R (Multiple Correlation) R^2 (Coefficient of Determination) F (F-test value)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เลขที่จริยธรรมการวิจัย 0082/2567 ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568-10 กุมภาพันธ์ 2569 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลักความยุติธรรม



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี

ผลการวิจัย พบว่า อสม. อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.8 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากถึงร้อยละ 35.7 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 31.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.6 รายได้ต่อเดือน 2,501-5,000 บาท ร้อยละ 44.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $5,865.51 \pm 4,030.91$ บาท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.1 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 29.5 ส่วนมากมีประสบการณ์การใช้เฟสบุ๊ก ร้อยละ 48.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยส่วนบุคคลของอสม. (n = 305)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	7.2
หญิง	283	92.8
อายุ (ปี)		
อายุ 20-29 ปี	4	1.3
อายุ 30-39 ปี	13	4.3
อายุ 40-49 ปี	50	16.4
อายุ 50-59 ปี	100	32.8
อายุ 60-69 ปี	109	35.7
อายุ 70 ปีขึ้นไป	29	9.5
(Mean = 57.17, S.D. = 10.24, Median = 59.0, Min = 20.0, Max = 85.0)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.7
ประถมศึกษา	86	28.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	69	22.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	95	31.1
อนุปริญญา/ปวส.	20	6.5
ปริญญาตรี	31	10.2
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.7



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	47	15.4
สมรส	200	65.6
หม้าย/หย่า/แยก	58	19.0
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 2,500 บาท	46	15.1
2,501-5,000 บาท	137	44.9
5,001-7,500 บาท	39	12.8
7,501-10,000 บาท	52	17.1
10,001-12,500 บาท	16	5.2
12,501 บาทขึ้นไป	15	4.9
(Mean = 5,865.51, S.D. = 4,030.91, Median = 5,000.0, Min = 500.0, Max = 25,000.0)		
ประกอบอาชีพ		
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์)	101	33.1
รับจ้างทั่วไป	78	25.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39	12.8
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	3	1.0
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน	74	24.2
ข้าราชการบำนาญ	4	1.3
ลูกจ้างของรัฐ	6	2.0
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปี)		
ต่ำกว่า 5 ปี	88	28.9
5 ปี-9 ปี	34	11.1
10 ปี-14 ปี	55	18.0
15 ปี-19 ปี	38	12.5
มากกว่า 20 ปี	90	29.5
(Mean = 13.34, S.D. = 10.04, Median = 11.0, Min = 1.0, Max = 46.0)		



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล		
เฟซบุ๊ก (Facebook)	254	48.3
ทวิตเตอร์ (Twitter)	15	2.8
ยูทูบ (YouTube)	115	21.9
อินสตาแกรม (Instagram)	28	5.3
ติ๊กต็อก (Tiktok)	95	18.1
ไลน์ (Line)	19	3.6

2. อธิบายวัตถุประสงค์ข้อ 1

ระดับของความรู้ด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอท่าม่วง จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.29$, S.D. = 1.42) คิดเป็นร้อยละ 76.7

ระดับของทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.46) พิจารณารายข้อ พบว่า มีความพร้อมที่จะเรียนรู้เทคโนโลยีดิจิทัลใหม่ๆ ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.65), คิดว่าการเป็น อสม. ยุค 4.0 มีส่วนช่วยในการพัฒนาตนเอง ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.66) และคิดว่าเทคโนโลยีดิจิทัลทำให้การสื่อสารกับประชาชนง่ายขึ้น ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.63)

ระดับของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดพิจิตรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.77) พิจารณารายข้อ พบว่า รู้สึกยินดีและเป็นเกียรติในการปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.66) พอใจที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.65) และเต็มใจที่จะร่วมมือในการปฏิบัติงานกับทุกคนเพื่อให้งานสำเร็จไปได้ด้วยดี ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.66)

ระดับของการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.97) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.94) ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในการส่งรายงาน อสม.1 ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 1.02) และค้นคว้าข้อมูลประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีดิจิทัล ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.91)

3. อธิบายวัตถุประสงค์ข้อ 2

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ความรู้ด้านการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.117$, p-value = 0.028) ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.136$, p-value = 0.048) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.476$, p-value = 0.000) อาชีพ ($\beta = 0.097$, p-value = 0.049) และระยะเวลาการเป็น อสม. ($\beta = 0.130$, p-value = 0.016) ในขณะที่ตัวแปรอื่นๆ



เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพ และตำบลที่อยู่อาศัยอยู่ ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี (n = 305)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	20.154	16.058		1.255	0.210		
เพศ (X ₁)	-3.924	4.191	-0.046	-0.936	0.350	0.931	1.074
อายุ (X ₂)	-0.121	0.119	-0.057	-1.017	0.310	0.742	1.347
ระดับการศึกษา (X ₃)	1.080	0.909	0.064	1.188	0.236	0.792	1.262
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(X ₄)	0.000	0.000	-0.057	-1.071	0.285	0.795	1.257
สถานภาพ (X ₅)	1.534	1.902	0.041	0.806	0.421	0.882	1.134
อาชีพ (X ₆)	1.270	0.641	0.097	1.980	0.049	0.951	1.051
ระยะเวลาการเป็น อสม.(X ₇)	0.284	0.118	0.130	2.413	0.016	0.788	1.269
ตำบลที่อยู่อาศัยอยู่ (X ₈)	0.084	0.279	0.015	0.301	0.763	0.927	1.079
ความรู้ด้านการปฏิบัติงาน(X ₉)	1.802	0.817	0.117	2.206	0.028	0.811	1.233
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน(X ₁₀)	0.648	0.326	0.136	1.987	0.048	0.486	2.059
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน(X ₁₁)	0.579	0.086	0.476	6.756	<0.001	0.461	2.167
R = 0.573 R ² = 0.329 F = 13.052 Sig = 0.000							

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในระดับสูงทัศนคติต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง และการปฏิบัติงานยุค 4.0 อยู่ในระดับมาก การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ได้แก่ ความรู้ด้านการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.117$) ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.136$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานยุค 4.0 ($\beta = 0.476$) อาชีพ ($\beta = 0.097$) และระยะเวลาการเป็น อสม. ($\beta = 0.130$)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า โมเดลการทำนายการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเหมาะสมและมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า R = 0.573 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด (ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ อาชีพ และระยะเวลา



การเป็น อสม.) กับการปฏิบัติงานยุค 4.0 อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานได้ร้อยละ 32.9 ($R^2 = 0.329$)

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. ด้านอาชีพ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสอดคล้องกับงานของ ฉลองรัฐ ทองกันทา และนิพนธ์ แก้วคำย⁽³⁾ ที่พบว่า อสม. ที่มีประสบการณ์มีความเข้าใจบริบทของชุมชน สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม มีความพร้อมมีทักษะที่เอื้อต่อการใช้งานเทคโนโลยี รวมถึงการประยุกต์ใช้ข้อมูลการปฏิบัติงานยุค 4.0 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านความรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. พบว่า การมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับเทคโนโลยีและนโยบาย ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lamluk & Wongrattanakamon⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ ลักษณะงาน และการได้รับความเคารพ มีผลสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร ($R = 0.715$, $R^2 = 0.511$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลและแรงจูงใจยังมีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของ อสม. และสอดคล้องกับผลของงานวิจัยนี้ที่ระบุว่าแรงจูงใจส่งผลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะด้านความพร้อมในการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ เชื่อว่าเทคโนโลยีช่วยให้การสื่อสารกับประชาชนง่ายขึ้น แม้ทักษะของ อสม. แต่ละคนอาจแตกต่างกัน หากมีทัศนคติที่เปิดรับเทคโนโลยี จะส่งผลต่อความพร้อมและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นรุตม์ อภิชาติอำมฤต⁽¹¹⁾ ฉลองรัฐ ทองกันทา และนิพนธ์ แก้วคำย⁽³⁾ ผลการศึกษานี้ส่วนใหญ่เข้าถึงสมาร์ตโฟนและอินเทอร์เน็ตได้ในระดับสูง แม้ทักษะการใช้งานจะแตกต่างกันตามช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทุกช่วงวัยมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมาร์ตโฟนในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ถือเป็นเครื่องมือในการทำหน้าที่ของ อสม. ยุคดิจิทัล สอดคล้องกับงานวิจัย

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานยุค 4.0 ของ อสม. อำเภอท่าวัง จังหวัดพบุรี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปฏิบัติงานยุค 4.0 สะท้อนว่า อสม. มีแรงจูงใจสูง เช่น ความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม ทำให้ปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจ-สุขอนามัยของ Herzberg⁽⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บัญญัติ อรรคศรีวร⁽¹²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง และปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. และยังสอดคล้องกับงานของ เพ็ญศรี โตเทศ⁽¹³⁾ ได้พัฒนารูปแบบการเสริม



สมรรถนะ อสม. 4.0 โดยเน้นการฝึกอบรมทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการสร้างทีมพี่เลี้ยง อสม. แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนเชิงระบบมีผลต่อการยกระดับศักยภาพและแรงจูงใจ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเน้นการส่งเสริมแรงจูงใจ ทักษะที่ดี และการเรียนรู้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดทำหลักสูตรอบรมที่สอดคล้องกับลักษณะและบริบทของ อสม. แต่ละพื้นที่
2. นำข้อมูลจากผลวิจัยประเมินความพร้อมของ อสม. ในแต่ละพื้นที่ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยสามารถนำมาวางแผนสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพที่ตอบสนองต่อจุดแข็งและข้อจำกัดเฉพาะของ อสม. ในแต่ละชุมชนได้อย่างเหมาะสม
3. สามารถนำไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์สนับสนุนการทำงานของ อสม. อย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และตรวจสอบประสิทธิภาพของการแทรกแซงด้านนโยบายหรือกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพ อสม. ได้อย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา เข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลรวมถึงคณาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความเมตตา ช่วยเหลือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/index/index.php?options=adind>
3. จุลองรัฐ ทองกันทา, นิพนธ์ แก้วต่าย. การสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุค 4.0 อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2565; 17(1): 1-15.



4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. รายงานผลการดำเนินงานอสม. ปี พ.ศ. 2567. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี; 2567.
5. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. 20th ed. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers; 1959.
6. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 7th ed. New York (NY): John Wiley & Sons; 1999.
7. ยุทธนา แยกคาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยนเรศวร 2561; 19(3): 145-192.
8. ณัฐพงศ์ คำนา. ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพตามนโยบายอสม. 4.0 ของ อสม. ตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2565.
9. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
10. ภรณ์ชนี ทิพย์เพชร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลมาบโป่ง อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
11. นรุตม์ อภิชาติอำมฤต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุคดิจิทัล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2565.
12. บัญญัติ อรรถศรีวร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. Journal of Nursing and Public Health Research 2565; 2(2): 55-67.
13. เพ็ญศรี โตเทศ. การพัฒนารูปแบบเสริมสมรรถนะ อสม. 4.0 ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
14. Lamluk P, Wongrattanakamon S. Factors influencing the organizational engagement of village health volunteers after the COVID-19 outbreak in Phayao Province. J Public Health Dev 2024; 22(3): 175-186.



การประเมินและการจัดการผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน

NURSING ASSESSMENT AND MANAGEMENT FOR PATIENT WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Received: October 10, 2025

Revised: November 30, 2025

Accepted: December 13, 2025

ลัดดา พลพุดธา¹, บุญยดา วงศ์พิมล^{1*}

Ladda Pholputta¹, Boonyada Wongpimoln^{1*}

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome : ARDS) เป็นภาวะรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีลักษณะสำคัญ คือ การเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและรุนแรง มีสาเหตุจากปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด การสำลัก และการบาดเจ็บรุนแรง ดังนั้น การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และทันทั่วถึง การประเมินทางการพยาบาลโดยการซักประวัติอย่างละเอียด ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพปอดและการใช้เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง และกำหนดแนวทางการรักษา

การดูแลผู้ป่วย ARDS ต้องมีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ โดยมีบทบาทของพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญ เป้าหมายหลักของการดูแล คือ (1) การเพิ่มประสิทธิภาพการให้ออกซิเจนและการระบายอากาศ และ (2) การลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การพยาบาล ประกอบด้วย การให้ออกซิเจนเสริม การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การบริหารจัดการการให้สารน้ำอย่างระมัดระวัง การจัดท่านอนคว่ำ และการส่งเสริมการเคลื่อนไหวหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลควรร่วมมือกับทีมสุขภาพในการประเมินข้อบ่งชี้ของการใช้ยาที่เหมาะสม เพื่าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลโดยรวม

คำสำคัญ: การประเมิน, การพยาบาล, การจัดการทางการพยาบาล, ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: boonyada@reru.ac.th



Abstract

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) is a life-threatening condition characterized by acute and severe respiratory failure, commonly caused by pneumonia, sepsis, aspiration, and major trauma. Therefore, comprehensive assessment and nursing care are crucial for planning timely and appropriate management. Nursing assessment involves comprehensive history taking, continuous monitoring of vital signs, evaluation of lung status and oxygen saturation using pulse oximetry, arterial blood gas analysis, and determining the appropriate treatment plan.

The care of patients with ARDS requires collaboration among a multidisciplinary team, with nurses playing a key role. The primary goals of care are (1) optimizing oxygenation and ventilation, and (2) reducing the risk of complications. Nursing interventions include the provision of supplemental oxygen, care for patients receiving mechanical ventilation, careful fluid management, prone positioning, and the promotion of appropriate mobilization or rehabilitation. In addition, nurses must collaborate with the healthcare team to assess indications for appropriate pharmacological therapy, monitor for treatment-related complications, and continuously provide education to patients and their families regarding the disease, treatment approaches, and prevention of complications. These components are essential to the overall quality of care and contribute significantly to improved patient outcomes.

Keywords: Nursing Assessment, Nursing care, Nursing Management, Acute Respiratory Distress Syndrome



บทนำ

กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome: ARDS) เป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบของปอดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด การรั่วของของเหลวเข้าไปในถุงลมปอด และความล้มเหลวของระบบหายใจ⁽¹⁾ ภาวะนี้มีอัตราการเกิดประมาณ 64.2 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 35-40 แม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสม⁽²⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิด ARDS ได้แก่ การติดเชื้อภายในและนอกปอด การบาดเจ็บหลายระบบ การสูดดมสารพิษ และการแพ้ยา⁽³⁾ การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็วมีความสำคัญต่อการเริ่มการรักษาที่เหมาะสม โดยพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในทีมสุขภาพที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยภาวะรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วย ARDS มีความซับซ้อนและต้องการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูง เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้การพยาบาลแบบองค์รวม⁽⁴⁾ การประเมินสัญญาณชีพ การติดตามค่าก๊าซในเลือด การประเมินการทำงานของระบบหายใจ และการสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง⁽⁵⁾ รวมถึงการจัดการเครื่องช่วยหายใจเป็นส่วนสำคัญของการรักษา ARDS โดยพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการปรับค่าพารามิเตอร์ต่างๆ เช่น ค่าการใช้แรงดันบวกค้างไว้ในขณะสิ้นสุดการหายใจออก (Positive End-Expiratory Pressure: PEEP) ปริมาตรของอากาศในการหายใจเข้าหรือหายใจออกในครั้งหนึ่งๆ (Tidal volume) และอัตราการหายใจ (Respiratory rate) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายใจเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย⁽⁶⁾ นอกจากนี้ การจัดท่านอนคว่ำ (Prone positioning) เป็นอีกหนึ่งวิธีการรักษาที่พยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญในการดำเนินการและติดตามผล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาล ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดลิ้นเลือด⁽⁷⁾ การใช้แนวทางในการดูแลแบบบูรณาการสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลของผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วย ARDS และครอบครัวมักประสบกับความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวต่อผลลัพธ์ของการรักษา⁽⁸⁾ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนทางจิตใจ การสื่อสาร การให้ข้อมูล และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน อีกทั้งการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมาใช้เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถติดตามสภาพผู้ป่วยได้ แม้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้

ปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้นำมาซึ่งเครื่องมือใหม่ๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ARDS เช่น เครื่องช่วยพองการทำงานของหัวใจและปอด (Extracorporeal Membrane Oxygenation: ECMO) เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High-Flow Nasal Cannula) และระบบการติดตามแบบต่อเนื่อง (Continuous Monitoring Systems) พยาบาลที่มีความรู้และทักษะใน



การใช้งานเทคโนโลยีเหล่านี้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ การศึกษาที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งช่วยลดอัตราการตาย ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และลดระยะเวลาการพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก⁽¹⁰⁾ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ARDS จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วย ARDS อย่างครบถ้วน ครอบคลุมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลแบบองค์รวม เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ARDS ให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น โดยใช้แนวทาง ปฏิบัติทางคลินิก ของ American Thoracic Society (ATS) ปี ค.ศ. 2024⁽¹¹⁾ และ the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) ปี ค.ศ. 2023⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามบทความนี้เป็นบททบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย (Narrative Review)

พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) ARDS

พยาธิสรีรวิทยาของ ARDS มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับกระบวนการหลายอย่าง โดยเฉพาะการตอบสนองทางการอักเสบในเนื้อปอด ซึ่งนำไปสู่การเสียสมดุลของเยื่อหุ้มหลอดเลือดดงลม (Alveolar-capillary membrane) ส่งผลให้ความสามารถในการซึมผ่านเพิ่มขึ้น เกิดภาวะน้ำในปอด (Pulmonary edema) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง และภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง⁽¹³⁾ เมื่อ ARDS เกิดขึ้น จะกระตุ้นการตอบสนองทางการอักเสบ ตัวกระตุ้นทั่วไป ได้แก่ การติดเชื้อ (โดยเฉพาะปอดบวม) การบาดเจ็บ การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) การสำลักน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) จะกระตุ้นสารการอักเสบ เช่น Cytokines (Interleukin-1, Interleukin-6, Tumor necrosis factor-alpha) Leukocytes และ Platelets การกระตุ้นสารเหล่านี้ไปสู่การดึงดูดของ Neutrophils และ Macrophages ที่บริเวณปอด ทำให้การอักเสบรุนแรงขึ้น เมื่อการตอบสนองการอักเสบดำเนินไป ความสมบูรณ์ของเยื่อหุ้มหลอดเลือดดงลมถูกทำลาย ความเสียหายนี้เกี่ยวข้องกับการทำลายเซลล์เยื่อ type I ของดงลมและเซลล์เยื่อหลอดเลือดของปอด การสูญเสียเซลล์เหล่านี้ทำให้การทำหน้าที่เป็นเกราะของดงลมบกพร่อง ทำให้น้ำและโปรตีนรั่วเข้าสู่เนื้อเยื่อและดงลม นำไปสู่ภาวะน้ำในปอด การสะสมของน้ำและสารอักเสบในดงลมทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงอย่างรุนแรง และเกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และ Compliance ของปอดลดลง⁽¹⁴⁾ ความสามารถในการซึมผ่านของปอดเพิ่มขึ้นและน้ำสะสม ส่งผลต่อการจับคู่การระบายอากาศกับการไหลเวียนเลือด (V/Q matching) ในบริเวณที่ปอดเต็มไปด้วยน้ำ ดังนั้น การระบายอากาศเกิดขึ้นโดยการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ ทำให้เกิด Pulmonary shunt และภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง



สาเหตุของ ARDS

สาเหตุของ ARDS มีความหลากหลาย จึงจำเป็นต้องจำแนกเงื่อนไขที่นำไปสู่ ARDS ออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ การบาดเจ็บปอดโดยตรง (Direct lung injury) และการบาดเจ็บปอดโดยอ้อม (Indirect lung injury)⁽³⁾ ดังนี้

1. การบาดเจ็บปอดโดยตรง (Direct lung injury) เกิดขึ้นเมื่อเนื้อปอดได้รับบาดเจ็บจากปัจจัยที่ทำลายปอดโดยตรง ได้แก่ 1) ปอดบวม (Pneumonia) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของ ARDS พบในผู้ป่วยที่มีปอดบวมรุนแรงจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อรา⁽¹⁵⁾ 2) การสำลัก (Aspiration) การสูดดมสิ่งแปลกปลอม เช่น น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร อาหาร หรือสารเคมี 3) การบาดเจ็บจากสารพิษ (Toxic lung injury) จากการสัมผัสก๊าซพิษคายเคือง เช่น คลอรีน คาร์บอนไฟ หรือควันสารเคมีในอุตสาหกรรม และ 4) การกระทบกระแทกปอด (Pulmonary contusion) เกิดจากการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก เช่น อุบัติเหตุ ทำให้เนื้อปอดช้ำและรั่วซึม

2. การบาดเจ็บปอดโดยอ้อม (Indirect lung injury) เกิดจากกระบวนการระบบร่างกายที่ไม่ทำลายปอดโดยตรง ได้แก่ 1) Sepsis การตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกายจากการติดเชื้อ ส่งผลให้การอักเสบในกระแสเลือดทำลายปอด⁽¹⁶⁾ 2) Trauma รุนแรง การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการเสียเลือดและช็อก ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกายที่กระทบปอด 3) TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury) ภาวะรุนแรงหลังรับเลือดภายใน 6 ชั่วโมง เกิดจากแอนติบอดีในเลือดที่ทำปฏิกิริยากับ leukocytes ของผู้รับ 4) Pancreatitis รุนแรง การอักเสบของตับอ่อนทำให้สารอักเสบเข้าสู่กระแสเลือดและกระทบปอด และ 5) การผ่าตัดใหญ่หรือการทำหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary bypass) สามารถกระตุ้นการอักเสบทั่วร่างกาย⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

อาการทางคลินิกและการแสดงออกของ ARDS

อาการทางคลินิกของ ARDS มักปรากฏภายในไม่กี่ชั่วโมงถึงไม่กี่วันหลังจากเหตุการณ์กระตุ้น ผู้ป่วยมักมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเริ่มจากอาการเล็กน้อยและสามารถลุกลามอย่างรวดเร็วจนถึงภาวะหายใจลำบากรุนแรง อาการทางคลินิกอาจรวมถึงความเหนื่อยหายใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว (Tachypnea) และการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (Accessory muscles)⁽¹⁹⁾ ลักษณะสำคัญของ ARDS คือ ภาวะ Hypoxemia เหน็บพ่น ผู้ป่วยอาจมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำอย่างมาก นอกจากนี้ อาจเกิด cyanosis โดยเฉพาะรอบริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากภาวะขาดออกซิเจน ผู้ป่วยหลายรายอาจมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) ซึ่งเป็นกลไกชดเชยการขาดออกซิเจน⁽²⁰⁾ เมื่อ ARDS ดำเนินไป อาจปรากฏอาการเฉพาะที่สะท้อนความรุนแรงของโรค เช่น ความรู้สึกหายใจไม่ออกที่รุนแรงขึ้น และอาจมีอาการไอ แม้ว่ามักจะเป็นไอแห้งเนื่องจากไม่มีเสมหะมาก⁽²⁰⁾ ลักษณะเฉพาะในระยะแรกของ



ARDS คือ ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก มักดูเกินจริงเมื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจร่างกาย ซึ่งความแตกต่างนี้มีความสำคัญในการวินิจฉัย ARDS เพราะแม้ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoxemia รุนแรง อาจไม่มีเสียง Crackles หรือ Wheezing ที่ชัดเจนทั้งสองข้าง⁽²⁰⁾ ในระยะต่อมา ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก Hypoxemia หรือ Hypercapnia (ระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูง) นำไปสู่ความสับสนหรือซึม อาการทางคลินิกอาจซับซ้อนขึ้นหากมีภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติจาก Sepsis หรือโรคพื้นฐานอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดความล้มเหลวหลายอวัยวะร่วมด้วย⁽¹⁹⁾

การประเมินทางการพยาบาล

การประเมินร่างกาย (Physical Assessment)⁽²¹⁾

1. การสังเกต (Observation) เริ่มจากการสังเกตความพยายามในการหายใจของผู้ป่วย เช่น การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ การบานของจมูก และ Cyanosis พยาบาลควรบันทึกตำแหน่งที่ผู้ป่วยนั่งหรือทำที่ผู้ป่วยเลือก โดยผู้ป่วย ARDS มักชอบนั่งตัวตรงหรือก้มหน้า (Tripod position)

2. การติดตามสัญญาณชีพ (Vital signs monitoring) การวัด Arterial saturation อย่างต่อเนื่องด้วย Pulse oximetry เป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ การตรวจสัญญาณชีพ เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกาย เพื่อเป็นข้อมูลความพื้นฐานของร่างกายและการตอบสนองต่อการรักษา

3. การฟังเสียงปอด (Auscultation) เพื่อตรวจหาสัญญาณผิดปกติ เช่น Crackles หรือ Wheezing พยาบาลต้องเฝ้าสังเกต Bilateral crackles ซึ่งบ่งชี้การสะสมของน้ำในถุงลม

เกณฑ์วินิจฉัยและการถ่ายภาพสำหรับ ARDS

ในปี ค.ศ. 2012 ได้มีการประชุมร่วมระหว่าง European Society of Intensive Care Medicine, American Thoracic Society และ Society of Critical Care Medicine เพื่อกำหนดคำนิยาม Berlin Definition สำหรับภาวะ ARDS โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ เวลาเริ่มอาการ ความรุนแรงของ Hypoxemia และการมี Opacities ทั้งสองข้างของปอด⁽²²⁾ ดังนี้

1. เวลาเริ่มอาการ (Timing of Onset) มีอาการทางระบบหายใจที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการแย่ลงภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแยกเวลานี้ช่วยแยก ARDS จากโรคปอดอื่นที่มีอาการคล้ายกัน เช่น Pulmonary edema⁽²³⁾

2. ปอดทั้งสองข้างมีลักษณะเป็นฝ้าขาว (Bilateral opacities) จากภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ ซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพอื่นในปอด เช่น น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ปอดแฟบ (Lung collapse) และมีก้อนที่ปอด (Nodules) การมี Opacities แสดงถึง การเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาของปอด เช่น การสะสมน้ำในถุงลม



3. ความรุนแรงของ Hypoxemia การมีภาวะหายใจล้มเหลว ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะน้ำเกิน (Volume overload) โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) รุนแรงน้อย (Mild ARDS) คือ $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ with PEEP or CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ 2) รุนแรงปานกลาง (Moderate ARDS) คือ $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ with PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ 3) รุนแรงมาก (Severe ARDS) คือ $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ with PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ การแบ่งระดับนี้ช่วยชี้แนะแนวทางการรักษาและพยากรณ์ผลลัพธ์⁽²³⁾

การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ARDS

การดูแลผู้ป่วย ARDS นั้นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันหลายสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อน บทบาทนี้เน้นการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมการวินิจฉัยเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องพองหัวใจและปอด การจัดทำนอนคว่ำ การให้สารน้ำ การสนับสนุนด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณ

พยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับ ARDS เพื่อระบุอาการสำคัญ เช่น หายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute onset dyspnea) Tachypnea รวมถึง Hypoxemia แม้ได้รับออกซิเจน และ Infiltrates ทั้งสองข้างของปอดในภาพถ่ายรังสี⁽²⁴⁾ พยาบาลต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น Sepsis Pneumonia หรือประวัติบาดเจ็บ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินการหายใจ และระดับออกซิเจนเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น ARDS severity score เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงและกำหนดแผนการดูแล⁽²⁵⁾

การประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น Ventilator-associated pneumonia (VAP) แผลกดทับ และ Delirium เป็นสิ่งจำเป็น การติดตามผลห้องปฏิบัติการ เช่น ABG Electrolyte และ Markers ของการติดเชื้อช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างทันเวลา⁽²⁶⁾

การดูแลแบบประคับประคอง (Supportive care) เป็นหัวใจของการจัดการ ARDS การให้ O_2 เสริมมักเป็นขั้นแรก หากผู้ป่วยไม่สามารถรักษาระดับ O_2 ได้แม้ให้ High-flow oxygen อาจต้องใช้ Non-invasive ventilation (NIV) การใช้ High frequency oscillation ventilation (HFOV) ใช้ Tidal volume น้อยๆ ด้วยความถี่ระหว่าง 180-300 ครั้ง/นาที เพื่อลดความตึงของถุงลม รวมถึงรักษาระดับความดันในช่องที่ทั้งช่วยช่วงหายใจเข้าและออก ทำให้ค่าความดันถุงลมเฉลี่ย (Mean alveoli pressure) สูง ช่วยเปิดถุงลมไม่ให้แฟบในช่วงหายใจออก⁽²⁷⁾ พยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วย ARDS ที่ได้รับ HFOV โดยการประเมินและติดตามออกซิเจนในเลือด (SpO_2) อย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ O_2 ที่ได้รับ โดยให้มีระดับออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) อยู่ระหว่าง 55-80 mmHg และ SpO_2 อยู่ระหว่าง 88-95% กรณีที่ผู้ป่วย ARDS ที่อยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงที่มีภาวะพร่อง O_2 จำเป็นต้อง



ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ระดับ PaO_2 อยู่ในค่าใกล้เคียงปกติ⁽²⁸⁾ พยาบาลต้องชำนาญในการติดตั้งระบบส่ง O_2 และเข้าใจข้อบ่งชี้และข้อจำกัด⁽²⁴⁾

การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilation) โดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบป้องกันปอด (Lung-protective ventilation) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะ ARDS โดยการตั้งค่า Tidal volume ต่ำตาม Predicted body weight (4-8 mL/kg) เพื่อป้องกัน Ventilator-induced lung injury (VILI) ลดภาวะ Volutrauma และลดอัตราการตายของผู้ป่วย⁽²⁷⁻²⁹⁾ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน Ideal body weight และข้อมูลสรีรวิทยาที่จำเป็นเพื่อรายงานแพทย์ในการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจอย่างปลอดภัย รวมถึงการควบคุม Inspiratory pressure (Plateau pressure ให้น้อยกว่า 30 cmH_2O)⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ พยาบาลต้องติดตามค่า Tidal volume และ Plateau pressure อย่างใกล้ชิด พร้อมเฝ้าระวังการเกิด Barotrauma และ Volutrauma การตั้งค่า PEEP มีความสำคัญในการเปิดถุงลมที่แฟบและคงการเปิดของถุงลมในช่วงหายใจออก ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้นและลดภาวะพร่อง O_2 ⁽²⁹⁻³⁰⁾ โดยทั่วไป PEEP มักใช้ 3-5 cmH_2O แต่ในผู้ป่วย ARDS อาจต้องเพิ่มเป็น 10-20 cmH_2O ⁽²⁷⁾ อย่างไรก็ตาม PEEP ที่สูงอาจเพิ่มแรงดันในช่องอก ลดการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Pneumothorax และ Arrhythmia⁽²⁹⁾ พยาบาลจึงควรประเมินความดันโลหิต ชีพจร ก่อนและหลังการปรับ PEEP และบันทึกค่า Peak airway pressure หรือ Peak inspiratory pressure ทุกชั่วโมง หากมากกว่า 30 cmH_2O ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเกิด Pneumothorax⁽²⁶⁾ พยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความคงที่ของระบบไหลเวียน ประเมินการตอบสนองทางเดินหายใจและความปลอดภัยของเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนทันทีระหว่างการทำการหัตถการการเปิดถุงลมปอด (Lung Recruitment Maneuvers: LRMs)⁽²⁸⁾ การใช้ Sedation และ Analgesia ต้องปรับให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้ตามแผนการรักษาและลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายรวมถึงให้ผู้ป่วยสุขสบาย^(18,25,28)

การใช้เครื่อง Venovenous ECMO ในผู้ป่วย ARDS ที่ไม่ตอบสนองต่อการปรับเครื่องช่วยหายใจรวมทั้งการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การจัดทำนอนคว่ำ ซึ่งพิจารณาทำในผู้ป่วย ARDS ที่มีภาวะรุนแรง Hypoxia และ Hypercapnia ที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยหายใจตามปกติ โดยการนำเลือดมาผ่านเครื่อง ECMO เพื่อฟอกคาร์บอนไดออกไซด์และเติมออกซิเจนในเลือดก่อนปั๊มคืนสู่ผู้ป่วยเพื่อให้ปอดได้พักขณะที่เลือดได้รับ O_2 จากเครื่อง ดังนั้น พยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ ECMO มุ่งเน้นการเฝ้าระวัง Hemodynamics สัญญาณชีพ การทำงานของวงจร ECMO และการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างใกล้ชิด พร้อมป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก ลิ่มเลือด การติดเชื้อ และภาวะขัดข้องของเครื่อง นอกจากนี้ พยาบาลต้องดูแลทางเดินหายใจ การให้ยา การดูแลผิวหนัง การประเมินระบบประสาท และประสานสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด^(9,28)



การจัดท่านอนคว่ำ (Prone positioning) เป็นการรักษาที่สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด โดยช่วยเพิ่มการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งผลให้เพิ่ม Oxygenation ในผู้ป่วย ARDS ระดับรุนแรง ซึ่งการเริ่มจัดท่านอนคว่ำภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย และให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽³⁰⁻³²⁾ อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ของ American Thoracic Society (ATS) ปี ค.ศ.2024 ยังคงแนะนำให้จัดท่านอนคว่ำมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันในผู้ป่วย ARDS ระดับรุนแรง⁽¹¹⁾ พยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญในการพลิกและจัดท่านอนคว่ำอย่างปลอดภัย⁽²⁵⁾ พร้อมทั้งต้องประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการจัดท่านอนคว่ำ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ แผลกดทับ อาการบวมที่ใบหน้าและดวงตา การเลื่อนหลุดของสายระบาย ความดันโลหิตไม่คงที่ กระดูกหัก และการบาดเจ็บของเส้นประสาท ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วย ARDS ที่ได้รับการจัดท่านอนคว่ำ ครอบคลุมการประเมินร่างกาย ข้อบ่งชี้และภาวะแทรกซ้อน การเตรียมผู้ป่วย ทีมดูแล ทรัพยากรและครอบครัว การจัดท่านอนคว่ำที่ถูกต้อง การติดตามการตอบสนองของผู้ป่วย และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างทันทั่วถึง⁽³³⁻³⁴⁾

การให้สารน้ำ (Fluid management) ต้องสมดุล การให้สารน้ำมากเกินไปอาจทำให้ Pulmonary edema แย่ลง ขณะที่ให้น้อยเกินไปอาจกระทบ Perfusion พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตาม Input/output การชั่งน้ำหนักรายวัน และสัญญาณของภาวะน้ำเกิน⁽³⁵⁾

การสนับสนุนโภชนาการ (Nutritional support) มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วย ARDS มักเกิด Hypermetabolism และ Catabolism การให้อาหารทางเดินอาหาร (Enteral nutrition) เป็นทางเลือกที่เหมาะสม พยาบาลต้องประเมินความทนต่ออาหาร ปรับแผนอาหาร และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น Gastric residuals⁽³⁶⁾

การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม (Psychosocial support) ผู้ป่วยและครอบครัวอาจมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) หรือ Delirium พยาบาลควรประเมินความต้องการทางจิตใจ เช่น สร้างสภาพแวดล้อมสงบ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การสนับสนุนครอบครัวด้วยการสื่อสารร่วมกับครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ⁽³⁷⁾

การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) เนื่องจากผู้ป่วย ARDS เป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย⁽⁸⁾ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ การสื่อสารการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว การอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย⁽³⁸⁾ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ การได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมตาม



ความเชื่อศาสนาที่ไม่ขัดต่อการรักษา เช่น การเรียกขวัญ การผูกสายสิญจน์ การสวดมนต์ เคารพบูชา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ การนำพวงมาลัยหรือดอกไม้มาไว้ที่เตียงผู้ป่วย⁽³⁹⁾ และพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกลทางบวกต่อการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณระหว่างการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก⁽³⁸⁾

การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach to ARDS Care)

เนื่องจาก ARDS มีพยาธิสรีรวิทยาซับซ้อนและผู้ป่วยอาจทรุดลงอย่างรวดเร็ว การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นแนวทางสำคัญ ซึ่งรวมความเชี่ยวชาญจากหลายสาขาเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นซึ่งบทบาทของผู้เชี่ยวชาญในทีม มีดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Medicine) และปอด (Pulmonologist) การวินิจฉัย ARDS การจัดการ Mechanical ventilation การใช้การจัดท่านอนคว่ำ การใช้ Neuromuscular blockade หรือการใช้ ECMO ในกรณีรุนแรง⁽³⁹⁾

2. พยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse) ตรวจสอบติดตามผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพ จัดการการให้ยา Sedation การตั้งเครื่องช่วยหายใจตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการสื่อสารกับครอบครัว^(9,34,39)

3. นักกายภาพบำบัดและนักหายใจ (Respiratory therapists) จัดการอุปกรณ์ช่วยหายใจ และปรับการช่วยหายใจให้เหมาะสม⁽³⁹⁾

4. เกษตรกร (Pharmacist) ให้คำปรึกษาในด้านยา ตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างยา และปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย⁽²⁸⁾

5. นักโภชนาการ (Nutritionist) วางแผนโภชนาการทางสายยาง (Enteral nutrition) ประเมินความต้องการโปรตีนและพลังงาน และปรับอาหารตามสภาพผู้ป่วย⁽⁴⁰⁾

6. นักฟื้นฟูสมรรถภาพ การเคลื่อนไหวเร็วช่วยลด ICU-acquired weakness และเพิ่มโอกาสฟื้นตัว⁽⁴⁰⁾

ในการดูแลผู้ป่วย ARDS การสื่อสารที่ชัดเจนและการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ การประชุมข้ามสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary rounds) และการใช้ Electronic health records ช่วยให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีการสื่อสารอย่างเปิดเผย ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ ARDS และแนวทางรักษาสม่ำเสมอ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและญาติได้

บทสรุป

การประเมินและการจัดการผู้ป่วย ARDS นั้น พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความรุนแรงของภาวะนี้ การเข้าใจพยาธิสรีรวิทยา อาการทางคลินิก และเทคนิค



การประเมินผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลระบุ ARDS ได้เร็ว ทำให้รายงานแพทย์และให้การรักษารวมถึงการพยาบาลได้ทันเวลา กลยุทธ์การจัดการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เช่น การให้ Oxygenation การใช้ Mechanical ventilation และการให้สารน้ำอย่างเหมาะสม มีความสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ การดูแลโดยอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นอีกหนึ่งบทบาทหลักของพยาบาลในการสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้ การพัฒนาและการอบรมพยาบาลอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมสร้างความพร้อมในการจัดการกับผู้ป่วย ARDS และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวม

ข้อเสนอแนะของบทความวิชาการนี้ คือ 1) การจัดทำนอนคว่ำเป็นหัตถการที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย ARDS ระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ เมื่อดำเนินการอย่างถูกต้องและทันต่วงที โดยต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญเพื่อความปลอดภัยสูงสุด อย่างไรก็ตาม ในบริบทประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคนและทรัพยากรอุปกรณ์ ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติไม่สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานสากล 2) ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาล เช่น การจัดทำนอนคว่ำ หรือการดูแลแบบ bundles ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ARDS ในบริบทโรงพยาบาลไทย 3) ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์หลังจำหน่าย ได้แก่ คุณภาพชีวิต สมรรถภาพปอด และผลกระทบด้านจิตใจ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Fan E, Liu X, Anderson T. Acute respiratory distress syndrome: Epidemiology and clinical outcomes. *Respir Care* 2023; 68(5): 623-35.
2. Meyer N, Johnson A, Thompson R. Global epidemiology of acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med* 2021; 9(3): 234-48.
3. Bellani G, Thompson L, Davis R. Risk factors and pathophysiology of ARDS: Current understanding. *Intensive Care Med* 2022; 48(8): 1123-38.
4. Thompson K, Davis M, Wilson P. Comprehensive nursing care for ARDS patients: Evidence-based guidelines. *Crit Care Nurs Q* 2023; 46(2): 89-105.
5. Rodriguez C, Martinez D. Continuous assessment strategies for ARDS patients in ICU settings. *Crit Care Med* 2022; 50(9): 1456-70.



6. Chen H, Williams P, Brown S. Mechanical ventilation strategies in ARDS: Nursing perspectives. *Crit Care Nurse* 2023; 43(4): 45-58.
7. Kim J, Park H. Prevention of complications in ARDS patients: A nursing bundle approach. *Int J Nurs Stud* 2022; 129: 104-18.
8. Wilson S, Campbell R, Lee A. Psychosocial support for ARDS patients and families: A nursing perspective. *J Crit Care Nurs* 2023; 44(1): 23-36.
9. Garcia M, Taylor J, White L. Emerging technologies in ARDS management: Implications for nursing practice. *Am J Crit Care* 2022; 31(6): 112-25.
10. Ahmad S, Johnson M, Roberts K. Impact of nursing care quality on ARDS patient outcomes: A systematic review. *Crit Care Nurs J* 2023; 43(2): 78-92.
11. Qadir N, Sahetya S, Munshi L, Summers C, Abrams D, Beitler J, et al. An update on management of adult patients with acute respiratory distress syndrome: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2024; 209(1): 24-36.
12. Grasselli G, Calfee CS, Camporota L, et al. ESICM guidelines on acute respiratory distress syndrome: definition, phenotyping and respiratory support strategies. *Intensive Care Med* 2023; 49:727-759. doi:10.1007/s00134-023-07050-7.
13. Zambon M, Vincent JL. Mortality rates for patients with acute lung injury/ ARDS have decreased over time. *Chest* 2008; 133(5): 1120-7.
14. Sedhai YR, Yuan M, Ketcham SW, Co I, Claar DD, McSparron JI, et al. Validating Measures of Disease Severity in Acute Respiratory Distress Syndrome. *Ann Am Thorac Soc* 2021; 18(7): 1211-8.
15. Wang Y, Zhang L, Xi X, Zhou JX; China Critical Care Sepsis Trial (CCCST) Workgroup. The Association Between Etiologies and Mortality in Acute Respiratory Distress Syndrome: A Multicenter Observational Cohort Study. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8: 739596.
16. Cherian SV, Kumar A, Akasapu K, Ashton RW, Aparnath M, Malhotra A. Salvage therapies for refractory hypoxemia in ARDS. *Respir Med* 2018; 141: 150-8.
17. Alanazi AO, Alrowily ST, Alomim NSA, Alanazi ADS, Alruwaili FMI, Alenezy MAH, et al. Nursing Assessment and Management of Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). *ESIC* 2024; 8(3): 1381-94.



18. Moss M, Huang DT, Brower RG, Ferguson ND, Ginde AA, Gong MN, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute PETAL Clinical Trials Network. Early Neuromuscular Blockade in the Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2019; 380(21): 1997-2008.
19. Shrestha GS, Khanal S, Sharma S, Nepal G. COVID- 19: Current Understanding of Pathophysiology. *J Nepal Health Res Counc* 2020; 18(3): 351-9.
20. Chen WL, Lin WT, Kung SC, Lai CC, Chao CM. The value of oxygenation saturation index in predicting the outcomes of patients with acute respiratory distress syndrome. *J Clin Med* 2018; 7(8): 205.
21. Villar J, Schultz MJ, Kacmarek RM. The LUNG SAFE: a biased presentation of the prevalence of ARDS! *Crit Care*. 2016; 20(1): 108.
22. Vito F, Aikaterini V, Shirin G, Umberto S, Arthur S, Haibo Z. Acute respiratory distress syndrome: new definition, current and future therapeutic options. *Journal of Thoracic Disease* 2013; 5(3): 326-34.
23. Annane D, Pastores SM, Rochwerg B, Arlt W, Balk RA, Beishuizen A, et al. Guidelines for the diagnosis and management of critical illness-related corticosteroid insufficiency (CIRCI) in critically ill patients (Part I). *Intensive Care Med* 2017; 43: 1751-63. Erratum in: *Intensive Care Med* 2018; 44(3): 401-2.
24. Gadre SK, Duggal A, Mireles-Cabodevila E, Krishnan S, Wang XF, Zell K, et al. Acute respiratory failure requiring mechanical ventilation in severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(17): e0487.
25. Anand R, McAuley DF, Blackwood B, Yap C, O'Neill B, Connolly B, et al. Mucoactive agents for acute respiratory failure in the critically ill: a systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2020; 75(8): 623-31.
26. Ferguson ND, Cook DJ, Guyatt GH, et al; OSCILLATE Trial Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. High-frequency oscillation in early acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2013; 368: 795-805.
27. กัณฑ์พร ขอดไชย, ทิพนมาส ชินวงศ์, เพ็ญพิศ ฐานิวัฒนานนท์, บก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. สงขลา: บริษัทนิโอฟอยท์ (1995); 2564.
28. Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C. Lewis's Medical-Surgical Nursing. 9th ed. Canada: Elsevier; 2020.



29. Laffey JG, Madotto F, Bellani G, et al; LUNG SAFE Investigators, ESICM Trials Group. Geoeconomic variations in epidemiology, patterns of care, and outcomes in patients with acute respiratory distress syndrome: insights from the LUNG SAFE prospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2017; 5: 627-38.
30. Urden LD, Lough ME, Stacy KM. *Priorities in Critical Care Nursing*. 8th ed. Canada: Elsevier; 2020.
31. Grotberg J, Reynolds D, Kraft BD. Management of severe acute respiratory distress syndrome: a primer. *Crit Care* 2023; 27(289): 1-15.
32. Emaliyawati E, Nurhalimah H, Adha H, Balqis IS, Alarm I, Danny MM, et al. Management of Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) patients: A Literature Review. *Padjadjaran Acute Care* 2021; 2(2): 37-45.
33. Chumello D, Coppola S, Froio S. Prone position in ARDS: a simple maneuver still underused. *Intensive Care Med* 2018; 44: 241-3.
34. Lai C, Monnet X, Teboul JL. Hemodynamic implications of prone positioning in patients with ARDS. *Crit Care* 2023; 27: 98.
35. อิศระ โยริยะ. การดูแลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2020; 13(2): 62-73.
36. Fan E, Del Sorbo L, Goligher EC, et al; ATS, ESICM, SCCM. Clinical practice guideline: mechanical ventilation in adult patients with acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir CritCare Med* 2017; 195: 1253-63.
37. Briel M, Meade M, Mercat A, et al. Higher vs lower positive end-expiratory pressure in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 865-73.
38. Boluktas RP, Uceriz A, Kalaycioglu G. Medical Management and Nursing Care of a Patient with Acute Respiratory Distress Syndrome. *Bezmialem Science* 2021; 13(3): 392-7.
39. สิริอร ข้อยุ่น, วัจน สุธนวัฒน์, เบญจวรรณ กิจควรดี, ภาสินี โทอินทร์. ความต้องการและการได้รับการดูแลตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ. *Srinagarind Med J* 2021; 36(3): 333-9.
40. Fan E, Brodie D, Slutsky AS. Acute respiratory distress syndrome: advances in diagnosis and treatment. *JAMA* 2018; 319: 698-710.



ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert

ภายใต้การบริหารจัดการสุขภาพจิต โดยคณะกรรมการสุขภาพจิต
(คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต)

ระดับจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564-2567

EFFECTIVENESS OF USING MENTAL HEALTH CHECK IN & E-MAIL ALERT

PROGRAM UNDER MENTAL HEALTH ADMINISTRATION BY THE MAHA
SARAKHAM PROVINCIAL MENTAL HEALTH SUBCOMMITTEE (MENTAL HEALTH
ACT ENFORCEMENT COORDINATION SUBCOMMITTEE), 2021-2024

Received: December 10, 2025

Revised: December 18, 2025

Accepted: December 31, 2025

นวลปรังค์ ดวงสว่าง^{1*}, วัฒนะ ศรีวัฒนา¹

Nuanprang Duangsawang^{1*}, Wattana Sriwattana¹

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนานี้วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์, เปรียบเทียบการทดลอง, ประเมินผลกระทบ และขยายผลโปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โดยคณะกรรมการสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Person Chi-Square, Spearman Rank Correlation, Fisher's Exact Test, Odds Ratio (OR), Wilcoxon Sign Rank Test, Mann-Whitney U Test

ผลวิจัย พบ ระบบเศรษฐกิจและการป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลง แต่โรคจิตเวชและยาเสพติดสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน เช่น ผู้ป่วยทางจิตดื่มสุราและใช้สารเสพติด มีพลังใจลดลง 6.504 เท่า เครียด 15.909 เท่า ซึมเศร้า 55.652 เท่า เสี่ยงฆ่าตัวตาย 52.196 เท่า หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ ร่วมกับเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG พบว่า กลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีพลังใจมากกว่า ที่ค่า $Z = -6.444$ เครียดน้อยกว่าที่ค่า $Z = -6.390$ ซึมเศร้าน้อยกว่าที่ค่า $Z = -6.943$ และเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่าที่ค่า $Z = -7.651$ ต่อมาขยายผลและบูรณาการกับอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ และ TO BE NUMBER ONE-YC-HERO ครอบคลุมทั้งจังหวัด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การดูแลสุขภาพกายจิตทุกกลุ่มวัย แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและยาเสพติด นำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related Quality of Life: HQOL) ได้

คำสำคัญ: โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert, การบริหารจัดการสุขภาพจิต

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Maharakham Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: pranganster@gmail.com



Abstract

This research and development study aimed to analyze the situation, compare interventions, evaluate outcomes, assess impacts, and expand the implementation of the Mental Health Check-in & E-mail Alert Program under the administration of the mental health service system by the Mental Health Subcommittee. Using the following statistical methods: Pearson Chi-Square, Spearman Rank Correlation, Fisher's Exact Test, Odds Ratio (OR), Wilcoxon Signed-Rank Test, and Mann-Whitney U Test.

The results indicated that economic conditions and chronic disease contributed to a decrease in overall mental health problems; however, severe mental disorders and substance abuse-related mental health issues remained critical concerns. Individuals with severe mental disorders and those using addictive substances exhibited significantly reduced psychological well-being, with levels of stress 6.504 times higher, anxiety 15.909 times higher, depression 55.652 times higher, and suicide risk 52.196 times higher. After implementing the program in conjunction with the CHAR-FIG assessment tool, the experimental group demonstrated statistically significant differences compared to the control group ($p\text{-value} < 0.05$). The experimental group showed higher levels of psychological well-being with $Z = -6.444$, lower stress levels with $Z = -6.390$, lower depression levels with $Z = -6.943$, and lower suicide risk with $Z = -7.651$. Subsequently, the program was expanded and integrated with district-level public health offices, mental health service facilities, and the "TO BE NUMBER ONE-YC-HERO" initiative, covering the entire province.

The study recommends comprehensive mental health care for all ages and addressing economic and substance abuse issues to improve health-related quality of life (HQOL).

Keywords: Mental Health Check-in & E-mail Alert Program, Mental Health Management



บทนำ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้สร้างเครื่องมือ “โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert” เพื่อให้ประชาชนประเมินสุขภาพจิตและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง⁽¹⁾ วันที่ 1 ตุลาคม 2563-26 มิถุนายน 2564 ประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านโปรแกรม 107,745 ราย พบผู้ป่วย COVID-19, เสี่ยงสัมผัส/ PUI/Home Quarantine 8,358 ราย Home Quarantine/ Local Quarantine 7,408 ราย และตกงาน/หนี้สินจากภาวะ COVID-19/ล้มละลาย/รายได้น้อย/สูงอายุ/โรคเรื้อรัง/พิการ/ผู้ป่วยทางจิต/เด็ก/วัยรุ่น 46,469 ราย บุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข 14,928 ราย พบมีพลังใจเผชิญปัญหาในระดับมาก ร้อยละ 88.98 เข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตผ่านทางโทรศัพท์ และ Application Line 1,524 ราย จากกลุ่มเสี่ยงฯ 1,538 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.09⁽²⁾ แต่หน่วยงานสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวไม่อาจจัดการปัญหาที่เป็นผลกระทบจากเศรษฐกิจและสังคมหลังจากการระบาดของโรค COVID-19 ได้⁽³⁾ การบริหารจัดการตามมาตรา 57 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2564 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ร่วมกับการบริหารจัดการสุขภาพจิตจากคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด หรือ คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต⁽⁴⁾ สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผู้วิจัยจึงศึกษา “ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารจัดการสุขภาพจิตโดยคณะกรรมการสุขภาพจิต ระดับจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564-2567” โดยคาดว่าจะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม
2. เปรียบเทียบผลทดลองภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ประเมินผลกระทบ และขยายผลโปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารระบบบริการสุขภาพจิตโดยคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

นำเข้าองค์ประกอบการพัฒนา (INPUT), กระบวนการ (Process), ผลลัพธ์ (Outcome) ผลกระทบ (Feed-back) 5 ขั้นตอนกระบวนการวิจัย แล้วนำเครื่องมือวิจัย คือ CHAR-FIG มาเป็นกิจกรรมพัฒนาเพิ่มเติมในกระบวนการติดตามดูแลให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งใน E-mail Alert แล้วผลักดันให้เป็นหนึ่งในการกิจการนานโยบายสู่การปฏิบัติ และการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ ประเมินผล ของคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม แล้ววัดผลลัพธ์ตามเครื่องมือเก็บ



ข้อมูล ซึ่งเครื่องมือวิจัย คือ กระบวนการติดตามดูแลให้คำปรึกษา CHAR-FIG หรือ ผู้ดูแลคนสำคัญ (ชั่วคราว) รากศัพท์นี้มาจาก CHAR ที่แปลว่า ผู้ดูแล (ชั่วคราว) และ FIG ที่แปลว่า คนสำคัญหรือโคเคนต์ สร้างขึ้นมาเพื่อใช้สำหรับการทดลองครั้งนี้ เนื่องจากเดิมโปรแกรมดังกล่าวไม่ได้ระบุจำนวนครั้ง ความถี่ ช่วงระยะเวลา ลักษณะการให้คำปรึกษา โดย CHAR-FIG ประกอบด้วย (1) C : Connection ประสานงานเพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 1 ครั้งต่อเดือน (2) H : Hot Line ผู้มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการแบบ HOT Line สายด่วน 1323 กรมสุขภาพจิต (3) A : Application (Line) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นและสุขภาพจิตศึกษา 1 ครั้ง/สัปดาห์ ผ่าน Line Application (4) R : Refer นำส่งพบแพทย์ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีมีภาวะสุขภาพจิต ระดับปานกลาง-รุนแรง ที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ภายใน 1 เดือน (5) F : Family Counseling แบบ ครอบครัว 1 ครั้งต่อเดือน โดยพยาบาลสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลใกล้บ้านจะนัดกลุ่มตัวอย่างและญาติ เข้าร่วมกิจกรรม (6) I : Individual Counseling ให้คำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้ง/สัปดาห์ ผ่านช่องทาง Line Application (7) G : Group Counseling ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 1 ครั้งต่อเดือน รวมระยะเวลา ติดตามให้คำปรึกษา 6 เดือนต่อคน

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย คือ วิจัยและพัฒนา (Research and Development)

2. พื้นที่ และการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต เก็บข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม 2564-กันยายน 2565 จาก โปรแกรม Mental Health Check in ในระดับทุติยภูมิภาพจังหวัดซึ่งไม่มีการสำรวจหรือค้นหารายชื่อ บุคคลเพื่อนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ใดๆ เป็นแต่เพียงข้อมูลภาพรวมระดับจังหวัด อำเภอและ ตำบล เท่านั้น แล้วรายงานผลในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 2 ครั้ง เพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในพื้นที่

ระยะที่ 2 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ปรับปรุงและหาข้อมูลเพิ่มเติม (pilot study) โดยให้ กลุ่มตัวอย่าง ประเมินสถานะสุขภาพจิตตนเอง ผ่าน โปรแกรม Mental Health Check in เมื่อมีภาวะ เสี่ยงสุขภาพจิต และยินยอมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลใกล้บ้านเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวแล้ว ข้อมูลเข้าสู่ระบบการให้คำปรึกษา รักษา ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตแบบ CHAR-FIG ทีมวิจัยทำการบันทึกใน โปรแกรม E-mail Alert เก็บข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2565 ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม แล้วรายงานผลการทดสอบฯ ในการประชุมคณะกรรมการ สุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ระยะที่ 3 ทดลอง (Quasi Experimental) ใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ของกรมสุขภาพจิต และเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG ทดลองใช้ช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน 2566



เก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง เดือนมกราคม และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุด เดือนมิถุนายน 2565 ในพื้นที่ทดลอง คือ อำเภอบางปะอิน และอำเภอยางชุมน้อย พื้นที่ควบคุม คือ อำเภอบรบือ และอำเภอกันทรวิชัย แล้วรายงานผลในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบจากการดำเนินการตามโปรแกรมวิจัย โดยให้พื้นที่ทดลองวิจัย ในระยะที่ 3 ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 แล้วเก็บข้อมูล ช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2566 เมื่อเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจัดเสวนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 35 คน เพื่อสรุปผล แล้วรายงานผลในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ระยะที่ 5 ขยายผลโปรแกรมฯ ที่ได้จากการพัฒนาฯ ให้ครอบคลุมในทุกอำเภอ ในจังหวัด มหาสารคาม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566-มิถุนายน 2567 แล้วสรุปผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและ คุณภาพ ด้วยการจัดประชุมเสวนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 1 ครั้ง จากตัวแทนทุกอำเภอ 35 คน แล้ว รายงานผลการขยายผลฯ ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือก ขั้นตอนและวิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2563-2565 กลุ่มตัวอย่าง 400 คน, 536 คน และ 460 คน ตามลำดับ ซึ่งได้จากตาราง Krejcie & Morgan⁽⁵⁾ วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ผู้วิจัย จัดประชุมแบบออนไลน์ 1 ครั้ง เพื่อขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน QR-Code ให้กับประชาชนในพื้นที่ ผ่านช่องทางสื่อสารแบบ line ในระดับหมู่บ้าน (2) ประชาชนที่ สนใจทำการสแกน QR-Code เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพจิตตนเอง (3) นำข้อมูลระดับทุติยภูมิจาก โปรแกรมฯ มาเรียงตามตารางเลขสุ่มและเข้าสู่ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จากตัวอย่าง 35 ราย ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าโครงการวิจัย คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจประเมินสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check In และยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลใกล้บ้านเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง แล้วข้อมูลกลุ่ม ตัวอย่างจะเข้าสู่ระบบ E-mail Alert แล้วผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อระบุตัวบุคคล แล้วผู้วิจัยและ ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลใกล้บ้านจะดำเนินการติดต่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการ CHAR-FIG ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน (2) ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถรับ การรักษาหรือกิจกรรมในโครงการวิจัยได้ (3) ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการวิจัย (4) ผู้ที่ย้ายออก นอกพื้นที่หรือติดต่อไม่ได้ระหว่างการศึกษาเกินกว่า 4 สัปดาห์ (5) ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยหรือ เลือกลอนตัวออกจากโครงการวิจัยระหว่างดำเนินการ และวิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการ เช่นเดียวกับระยะที่ 1



ระยะที่ 3 กึ่งทดลอง (Quasi Experimental) กลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มควบคุม 35 ราย ซึ่งอ้างอิงจาก Polit DF และ Beck CT ที่ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 ราย เหมาะสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติพื้นฐาน⁽⁶⁾ และจาก Julious SA ที่ระบุว่า กรณีศึกษานำร่อง หรือการทดลองเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่าง 35 รายถือว่าเพียงพอ⁽⁷⁾ และใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับระยะที่ 2

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบ จากกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 และจากประชากร 15,025 ราย ตัวอย่าง 375 ราย ที่ได้จากการาง Krejcie & Morgan⁽⁵⁾ แล้วสุ่มเลือกรายคนจากการเลขสุ่มมาวิเคราะห์

ระยะที่ 5 ขยายผลการใช้เครื่องมือวิจัยและการใช้โปรแกรมฯ ให้ครอบคลุมจังหวัดมหาสารคาม 90,258 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง 460 ราย จากการาง Krejcie & Morgan⁽⁵⁾ สุ่มอย่างง่ายจากการเลขสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบวัดพลังใจ หรือ RQ (Resilience Quotient) ประเมินความเสี่ยงภาวะเครียดด้วยแบบทดสอบ Stress Test หรือ ST-5 แบบประเมินความเสี่ยงซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2 และ The Patient Health Questionnaire-9 หรือ PHQ-9 และแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย The Patient Health Questionnaire-8 หรือ PHQ-8 ถูกรับรองมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ (1) แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานมีค่าความเชื่อมั่น ทั้งฉบับเท่ากับ 0.882⁽⁸⁾ (2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต หรือพลังใจชีวิต หรือทักษะการเผชิญปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Reliability Coefficient) ของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0.83-0.98⁽⁹⁾ (3) แบบประเมินภาวะเครียด Stress Test หรือ ST-5 มี 5 คำถาม วัดด้วยคะแนน Likert 0-4 คะแนน ไม่มีความเครียด, 5-7 คะแนน เครียดปานกลาง, ตั้งแต่ 8-9 คะแนน เครียดมาก และ 10-15 คะแนน เครียดมากที่สุด ซึ่งสเกลแสดงความสอดคล้องภายในที่ดี คือ $\alpha = 0.80$ ยอมรับว่าเป็นค่าความเที่ยงตรงหรือ Validity ขณะเดียวกันค่าทดสอบความสอดคล้อง ภายในหรือ Internal Consistency: α เท่ากับ 0.80⁽¹⁰⁾ (4) แบบประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-9 และ (5) The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-8 เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ค่าการทดสอบ Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และ Area Under The Curve (AUC) เท่ากับ 0.73 จุดตัดที่เหมาะสมอยู่ที่ 2 และเท่ากับ 0.88 จุดตัดที่เหมาะสมอยู่ที่ 5 ความไวและความจำเพาะของการใช้ร่วมกันระหว่าง The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2 และ The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-9 และ The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-8 ที่ทดสอบ Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และ Area Under The Curve หรือ AUC พบ



มีค่าเท่ากับ 0.82 (0.81-0.84) โดยหาก PHQ-2 มีข้อใดข้อหนึ่งไม่ผ่านจะทำการประเมินต่อด้วย PHQ-9 และ PHQ-8 ตามลำดับ⁽¹¹⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา และการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 ตัวแปรต้น คือ เพศ, อายุ, การศึกษา, ประวัติสุขภาพ, ลักษณะบุคคลที่เปราะบาง, รายได้/เศรษฐกิจ ตัวแปรตาม คือ ภาวะเครียด, เสี่ยงซึมเศร้า, เสี่ยงฆ่าตัวตาย และพลังใจเผชิญชีวิต

ระยะที่ 2-5 ตัวแปรต้น คือ สภาวะ สุขภาพจิต คือ เบื่อหน่ายงาน พลังใจ เครียด ซึมเศร้า และ เสี่ยงฆ่าตัวตาย ตัวแปรตาม คือ สภาวะ สุขภาพจิต คือ เบื่อหน่ายงาน พลังใจ เครียด ซึมเศร้า และ เสี่ยงฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน, ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ เพื่อแจกแจงข้อมูล ทดสอบค่า Person Chi-Square เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงหมวดหมู่ (Categorical Variables) ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Non-Parametric แบบ Spearman Rank Correlation, ทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) บอกขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง, ทดสอบความแตกต่าง ภายในกลุ่มทดลองก่อน และ หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอรายละเอียดของ แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม/ตัวชี้วัด/แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และที่เกี่ยวข้อง⁽¹²⁻¹³⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 15/2565 ให้ไว้ ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์สภาวะสุขภาพจิตประชาชน จังหวัดมหาสารคาม

จากผลกระทบจากการเริ่มระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จากการสุ่มประเมิน 397 คน, ประเมินการณ์ว่ามีภาวะเครียดระดับมากที่สุด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3, ซึมเศร้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 จากกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า, ประชาชนที่มีภาวะเครียด,ซึมเศร้า, หดใจจากการทำงานเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 100 และระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดกลยุทธ์การดูแลสุขภาพจิตให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้เครื่องมือนี้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือ ตัวชี้วัด 16.1:



ความสำเร็จของการคัดกรองและติดตาม คุณแลสถานะสุขภาพจิตเชิงรุก ด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In และกำหนดมาตรการการดูแลสถานะสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ มาตรการที่ 1 ค้นหา คัดกรองและดูแลประชาชนที่มีภาวะเครียด เบื่อหน่าย งานฆ่าตัวตาย และซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In, มาตรการที่ 2 สร้างวัคซีนใจในกลุ่มบุคคล (อีดี ฮีต ฮู้) โดยแยกผู้ผ่านการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงความเครียด กลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย แล้วเชื่อมโยงสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษา/เยี่ยมบ้าน (ออนไลน์), มาตรการที่ 3 ชุมชนและองค์กรต้นแบบมีภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับตัวกิจกรรมดำเนินชีวิตตามวิถีใหม่

2. เปรียบเทียบผลการทดสอบใช้เครื่องมือวิจัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

ตัวอย่าง 33 ราย สัมผัสใจเข้าสู่ระบบวิจัยและติดตามแบบ CHAR-FIG อายุเฉลี่ย 45.09 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.42 อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 85 ปี ชาย 15 ราย หญิง 18 ราย ได้รับคำปรึกษาสุขภาพจิตเบื้องต้นและสุขภาพจิตศึกษาผ่าน Line Application 1 ครั้ง/สัปดาห์ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.96 ใช้บริการ HOT Line สายด่วน 1323 กรมสุขภาพจิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 รับคำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้ง/สัปดาห์ 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.93 และรับคำปรึกษาแบบกลุ่มและครอบครัว 1 ครั้ง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.30 นำส่งพบแพทย์ 3 ราย คิดเป็น 9.09 รับการช่วยเหลือด้านสังคมจากหน่วยงานต่างๆ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.24 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test มีรายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดสอบเครื่องมือวิจัย (n = 33)

สถานะสุขภาพจิต	ก่อนทดสอบ Mean (S.D.)/Median	หลังทดสอบ Mean (S.D.)/Median	Z	p-value
เบื่อกงาน	0.73 (0.452)/1.00	0.18 (0.392)/0.00	-4.243	0.000
พลังใจ	1.42 (0.708)/1.00	0.27 (0.452)/0.00	-5.476	0.000
ภาวะเครียด	1.42 (0.830)/1.00	0.27 (0.574)/0.00	-5.425	0.000
ภาวะซึมเศร้า	1.21 (0.740)/1.00	0.15 (0.508)/0.00	-5.596	0.000
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	1.15 (0.566)/1.00	0.06 (0.242)/0.00	-5.596	0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า สถานะสุขภาพจิตในทุกด้าน ก่อนและหลังการทดสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยมีแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาลดลงหลังการทดสอบ

3. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ



ในระยะที่ 3 กลุ่มทดลองที่มีปัญหาสุขภาพจิต 35 ราย สมัครใจเข้าสู่ระบบติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต อายุเฉลี่ย 51.37 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 85 ปี ชาย 17 ราย หญิง 18 ราย ส่วนกลุ่มควบคุม 35 ราย มีอายุเฉลี่ย 51.17 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี และสูงสุด 85 ปี ชาย 14 ราย หญิง 21 ราย และทดสอบสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test และ Mann-Whitney U test พบรายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 35)

สถานะสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (Mean Rank)	กลุ่มควบคุม (Mean Rank)	z	p-value/
ก่อนการทดลอง				
เบื่อหน่ายงาน	38.00	33.00	-1.263	0.207
พลังใจ	33.57	37.43	-0.925	0.355
ภาวะเครียด	32.66	38.34	-1.395	0.163
ภาวะซึมเศร้า	33.59	37.41	-1.294	0.196
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	34.50	36.50	-0.745	0.457
หลังการทดลอง				
เบื่อหน่ายงาน	29.00	42.00	-3.132	0.002
พลังใจ	20.86	50.14	-6.444	0.000
ภาวะเครียด	20.89	50.11	-6.390	0.000
ภาวะซึมเศร้า	20.09	50.91	-6.943	0.000
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	18.86	52.14	-7.651	0.000

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยเบื่อหน่ายงานน้อยกว่า ที่ค่า Z = -3.132 มีพลังใจมากกว่า ที่ค่า Z = -6.444 เครียดน้อยกว่า ที่ค่า Z = -6.390 ซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ค่า Z = -6.943 และเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่า ที่ค่า Z = -7.651

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบ ตัวอย่าง 375 ราย พบชาย 141 ราย หญิง 234 ราย อายุเฉลี่ย 51.07 (S.D. = 15.30) สูงสุด 91 ปี ต่ำสุด 18 ปี ทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่า Fisher's Exact Test และ Odds Ratio(OR) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (n = 35)

ปัจจัยเสี่ยง	พลังใจ (RQ)		(p-value)	95%CI for OR		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง		OR	lower	upper
ไม่ป่วย	307 (98.7%)	59 (92.2%)	0.009	6.504	1.696	24.939



ป่วยจิต-รับยา/สุรา/เสพติด	4 (1.3%)	5 (7.8%)				
ไม่ป่วย	212 (68.2%)	54 (84.4%)	0.010	0.397	0.194	0.811
ป่วยเรื้อรัง/ป่วยจิต-รับยา	99 (31.8%)	10 (15.6%)				
ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะเครียด (ST5)		(p-value)	95%CIforOR		
	ไม่เครียด	เครียด		OR	lower	upper
ไม่ป่วย	300 (99.3%)	66 (90.4%)	0.000	15.909	3.232	78.319
ป่วยจิต-รับยา/สุรา/เสพติด	2 (0.7%)	7 (9.6%)				
ปัจจัยเสี่ยง	ซึมเศร้า (9Q)		(p-value)	95%CIforOR		
	ไม่	ซึมเศร้า		OR	lower	upper
ไม่ป่วย	320 (99.7%)	46 (85.2%)	0.000	55.652	6.803	544.240
ป่วยจิต-รับยา/สุรา/เสพติด	1 (0.3%)	8 (14.8%)				
รายได้พอเพียง	270 (84.1%)	52 (96.3%)	0.018	0.204	0.048	0.863
รายได้น้อย/หนี้สิน	51 (15.9%)	2 (3.7%)				
ปัจจัยเสี่ยง	เสี่ยงฆ่าตัวตาย (ST5)		(p-value)	95%CIforOR		
	ไม่มี	มี		OR	lower	upper
ไม่ป่วย	343 (99.4%)	23 (76.7%)	0.000	52.196	10.256	265.651
ป่วยจิต-รับยา/สุรา/เสพติด	2 (0.6%)	7 (23.3%)				

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยจิต/รับยา/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีพลังใจลดลง 6.504 เท่า เครียด 15.909 เท่า ซึมเศร้า 55.652 เท่า เสี่ยงฆ่าตัวตาย 52.196 เท่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/รับยา/ป่วยจิต มีพลังใจ (ลดลง) 0.397 เท่า และผู้รายได้น้อย/มีหนี้สิน มีภาวะซึมเศร้า 0.204 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีภาวะสุขภาพปกติทั้งกายและจิต

4. วัดผลลัพธ์ของการขยายผลโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต

ระยะที่ 4-5 คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม กำหนดให้ใช้เครื่องมือวิจัยครอบคลุม 13 อำเภอ โดยตุลาคม 2566-มิถุนายน 2567 (9 เดือน) มีผู้เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเอง 72,666 ราย เพศชาย 40.65 เพศหญิง 59.25 พบ มีความเครียดสูง 1,744 ราย ร้อยละ 2.40 เสี่ยงซึมเศร้า 1,898 ราย ร้อยละ 2.61 เสี่ยงฆ่าตัวตาย 911 ราย ร้อยละ 1.25 และมีภาวะหมดไฟ 122 ราย ร้อยละ 1.07 เมื่อแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอวาปีปทุม มีผู้เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเองมากที่สุด คือ ร้อยละ 21.861 รองลงมา คือ อำเภอเชียงยืน ร้อยละ 17.352 นาเชือก ร้อยละ 17.252 กุดรัง ร้อยละ 8.114 โกสุมพิสัย ร้อยละ 7.718 พยัคฆภูมิพิสัย ร้อยละ 4.178 ขาสีสุราษฎร์ ร้อยละ 3.877 บรบือ ร้อยละ 3.811 เมือง ร้อยละ 1.202 กันทรวิชัย ร้อยละ 1.200 นาइन ร้อยละ 0.793 แกดำ ร้อยละ 0.245 และชื่นชม ร้อยละ 0.227 ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ยินยอมเข้าสู่ระบบการติดตามดูแล สุขภาพจิต ร้อยละ 100 นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565-2567 และเป็นประเด็นการพัฒนา



สุขภาพจิต 3 รูปแบบ คือ 1) อำเภอสุขภาพดี 2) สถานีสุขภาพใจ หรือ “Mental Health Station” และ 3) สุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO” พร้อมกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นต้นสังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่ง

สรุปผลการวิจัย

ระบบเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลงแต่โรคทางจิตเวชและยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน เช่น ผู้มีอาการทางจิตดื่มสุราและใช้สารเสพติด มีพลังใจลดลง 6.504 เท่า เครียด 15.909 เท่า ซึมเศร้า 55.652 เท่า เสี่ยงฆ่าตัวตาย 52.196 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีสุขภาพดี และจังหวัดมหาสารคามได้ขยายผลการใช้โปรแกรมครบทุกอำเภอ และบูรณาการร่วมกับอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ และ TO BE NUMBER ONE-YC-HERO

ข้อค้นพบจากการวิจัย คือ ระบบเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลงแต่โรคทางจิตเวชและยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตร่วมกับเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pomaki G. และคณะ เรื่อง การป้องกันความพิการจากการทำงานสำหรับพนักงานที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่พบว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาทางโทรศัพท์ และสมุดฝึกปฏิบัติทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตศึกษา มีผลเชิงบวกระดับปานกลางต่อผลผลิตของงาน เช่นเดียวกับ การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขความเครียด และการทำงานรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มเพื่อลดความเครียด เป็นต้น⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลงแต่โรคทางจิตเวชและยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Yangyuen และคณะ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยากับการรับรู้การติดสารเสพติดในหญิงที่ติดสารเสพติดในประเทศไทย มีความเครียดด้วยค่าเฉลี่ย 19.2 (ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ร้อยละ 56.1 ซึมเศร้าเล็กน้อย และร้อยละ 34.8 รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงไปของจังหวัดมหาสารคามแตกต่างกับ ผลการศึกษาของ กรมสุขภาพจิต ช่วง 4 กรกฎาคม-11 สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยผลยังคงพบ ผู้มีปัจจัยเสี่ยงธุรกิจประสบปัญหาสุขภาพ คล่อง/ล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้าน พลังใจ ด้วยค่า $OR = 3.6$ (95% $CI = 2.8-4.6$)



เจ้าหน้าที่งาน ด้วยค่า OR = 1.6 (95% CI = 1.2 - 2.1) เครียด OR = 2.4 (95% CI = 1.7 - 3.4) ซึมเศร้า OR = 7.1 (95% CI = 5.6-8.9) และเสี่ยงฆ่าตัวตาย OR = 3.3 (95% CI = 2.2-4.5)⁽¹⁶⁾

การนำเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุขระดับอำเภอ แล้วนำไปบูรณาการกับการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ และ “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO” และเผยแพร่แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดังกล่าว ในเวทีการประชุมระดับประเทศ แล้วกำหนดเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนำสู่การปฏิบัติให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่งนำไปใช้ประเมินสุขภาพจิตและค้นหากลุ่มเสี่ยงนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตได้ต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Enrico, G. C. และคณะ ที่จัดกิจกรรมแทรกแซงชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและความเท่าเทียมทางสังคม โดยดูแลผู้ป่วยทางจิตร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น ทั้งในโรงเรียน คุณแลคนไร้บ้าน ขับเคลื่อนกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ติดตามสถานการณ์สุขภาพจิตเพื่อส่งเสริม/ป้องกัน ใช้ทรัพยากรและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ใส่ใจต่อจริยธรรม และกระบวนการเพื่อเสริมความร่วมมือที่เท่าเทียมกันนำไปสู่ความยั่งยืนระยะยาว⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การขับเคลื่อนงานเพื่อแก้ไขปัญหาาระบบเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช และยาเสพติดแบบบูรณาการภายใต้บทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด คือ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตควบคู่กับการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

(2) การค้นหาและทดลองใช้นวัตกรรมและกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

(3) การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตและยาเสพติดควบคู่กันอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญกระบวนการดำเนินงานควรอยู่ภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพกายและจิตใจทุกกลุ่มวัยร่วม แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและยาเสพติด นำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related Quality of Life: HQOL) ได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert [Internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://checkin.dmh.go.th/>



2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://mkho-web.moph.go.th/web2023/frontend/web/index.php/showdetail?id=135>
3. Gloster AT, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, Nicolaou C, Papacostas S, Aydin G, Chong YY, Chien WT, Cheng HY, Ruiz FJ, Garcia-Martin MB, Obando-Posada DP, Segura-Vargas MA, Vasiliou VS, McHugh L, Höfer S, Karekla M. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. PLoS One 2020; 15(12): e0244809. doi:10.1371/journal.pone.0244809
4. จังหวัดมหาสารคาม. คำสั่งจังหวัดมหาสารคาม เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิต จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 1253/2567 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2567. มหาสารคาม: จังหวัดมหาสารคาม; 2567.
5. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement; 30(3): pp. 607-610.
6. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
7. Julious SA. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. Pharm Stat 2005; 4(4): 287-91.
8. กัญจน์ ศรีโสภะ และคณะ. โมเดลเชิงเหตุและผลของความเหนื่อยหน่ายในงานของครู. วารสารวิชาการธรรม ทรรศน์ 2565; 22(2): 220-238.
9. นงนุช พลรวมเงิน และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนปลายในเขตเมือง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2565; 66(4): 267-76.
10. Teeravisutkul P, Chumchua V, Saengcharnchai P, Leelahanaj T. Stress and craving reduction under treatment with heart rate variability biofeedback and the Phramongkutkloao model among patients with alcohol use disorder. Psychol Res Behav Manag 2019; 12 :619-627. doi: 10.2147/ prbm.s199762.
11. Levis B, Sun Y, He C, Wu Y, Krishnan A, Bhandari PM, Neupane D, Imran M, Brehaut E, Negeri Z, Fischer FH, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect major depression: systematic review and meta-analysis. JAMA 2020; 323(22): 2290. doi: 10.1001/jama.2020.6504.



12. นัทรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. การใช้ IBM SPSS Statistics เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://sornorpoom.files.wordpress.com/2017/06/e0b8a3e0b8a7e0b8a1spss.pdf>
13. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://fammed.kku.ac.th/file_download/file_65.pdf
14. Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 2012; 22: 182-195. doi: 10.1007/s10926-011-9338-9.
15. Yangyuen S, Kanato M, Somdee T. Relationship between psychological factors and perceived stigma of addiction among women with substance use disorders, Thailand. *J Educ Health Promot* 2022; 11: 16. doi: 10.4103/jehp.jehp_572_21.
16. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยผ่าน Mental Health Check In. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการประเมินสุขภาพจิตคนไทย; 6-7 มิถุนายน 2567; โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2567: หน้า 1-15.
17. Enrico GC, et al. Community interventions to promote mental health and social equity. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21(35): 1-14. doi: 10.1007/s11920-019-1017-0.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND CORONARY ARTERY DISEASE PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG OLDER ADULTS WITH CHRONIC DISEASES IN THE COMMUNITY

Received: October 24, 2025

Revised: December 24, 2025

Accepted: December 30, 2025

กมลทิพร ตรีสอน¹, ปัทมา คุชรินทร์^{1*}, ศตวรรษ อุดรศาสตร์¹,อรทัย พงษ์แก้ว¹, ปลมา โสบุตร¹, โชติระวี อินจำปา¹Kumaleeporn Treesorn¹, Paphatchaya Kucharin^{1*}, Sattawas Udonsat¹Orathai Pongkaew¹, Palama Soboot¹, Chotravee Injampa¹

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การวิจัยนี้เป็นเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 130 ราย ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 75.74 อายุ (SD =7.97) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.30 มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.61$, $p\text{-value} < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกทักษะ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างยั่งยืน และศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นแนวทางสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคหลอดเลือดหัวใจ, ผู้สูงอายุ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: kucharin.1974@hotmail.com



Abstract

Coronary artery disease (CAD) occurs when the coronary arteries become narrowed or blocked, resulting in insufficient blood flow to the heart muscle, which can be life-threatening without appropriate care. This cross-sectional study aimed to examine the levels of health literacy and coronary artery disease preventive behaviors among older adults in the community, and to explore the relationship between health literacy and coronary artery disease preventive behaviors. The participants were 130 older adults with chronic diseases residing in Selaphum District, Roi Et Province. A multistage sampling technique was employed. The research instruments consisted of a personal information questionnaire, a health literacy questionnaire, and a coronary artery disease preventive behavior questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze general information, and Pearson's correlation coefficient was employed to determine the relationship between health literacy and preventive behaviors for coronary artery disease.

The results revealed that the participants had a mean age of 75.74 years (S.D. = 7.97). The majority were female 82.30%. Overall, the participants demonstrated high levels of health literacy and coronary artery disease preventive behaviors. Health literacy was significantly and positively correlated with coronary artery disease preventive behaviors at a high level ($r = 0.61$, $p\text{-value} < 0.01$).

Recommendations: It is recommended to promote comprehensive health literacy among older adults across all skill dimensions to develop sustainable preventive behaviors for coronary artery disease. Further studies should explore predictive factors of health literacy to guide the development of future health promotion programs.

Keywords: Health Literacy, Coronary Artery Disease, Preventive Behaviors, Older Adult



บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) ภาวะที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary arteries) ซึ่งทำหน้าที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการตีบหรืออุดตันจากการสะสมของไขมันและคราบพลัค (plaque) ส่งผลให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน (angina) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (myocardial infarction/heart attack) ทำให้มีอาการเจ็บบริเวณหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออกมาก หรือเป็นลมหมดสติ จนอาจทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันตามมาได้⁽¹⁾ และโรคหลอดเลือดหัวใจยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี คิดเป็นประมาณร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกและมากกว่าสามในสี่ของผู้เสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางและในปี 2019 พบจำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณร้อยละ 38 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁽²⁾ สอดคล้องกับประเทศไทยที่พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2562-2564 พบอยู่ที่ 26.1, 26.6 และ 26.9 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ⁽³⁾ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ เนื่องมาจากการเสื่อมถอยของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและเปราะมากขึ้น นำมาสู่การมีโรคประจำตัวไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น^(4,5) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจัดเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อให้ทราบถึงกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อันจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพในหนทางที่ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักมีโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ ได้ระบุว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทั้งทักษะส่วนบุคคล และทรัพยากรทางสังคม ที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดย Sorensen และคณะ⁽⁷⁾ ที่อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึง (Access Skills) ความสามารถในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้ตรงกับความต้องการ รวมทั้งประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้อย่างเหมาะสม 2) ทักษะการทำความเข้าใจ (Understanding Skills) ความสามารถในการอ่าน ฟัง หรือสังเกตข้อมูลด้านสุขภาพ



และตีความหมายได้ถูกต้องตามบริบท 3) ทักษะการประเมินและตัดสินใจ (Appraising and Decision-Making Skills) ความสามารถในการพิจารณา เปรียบเทียบ และตัดสินใจเลือกข้อมูลหรือแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) ทักษะการปรับใช้ (Applying Skills) ความสามารถในการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ดังนั้น จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน

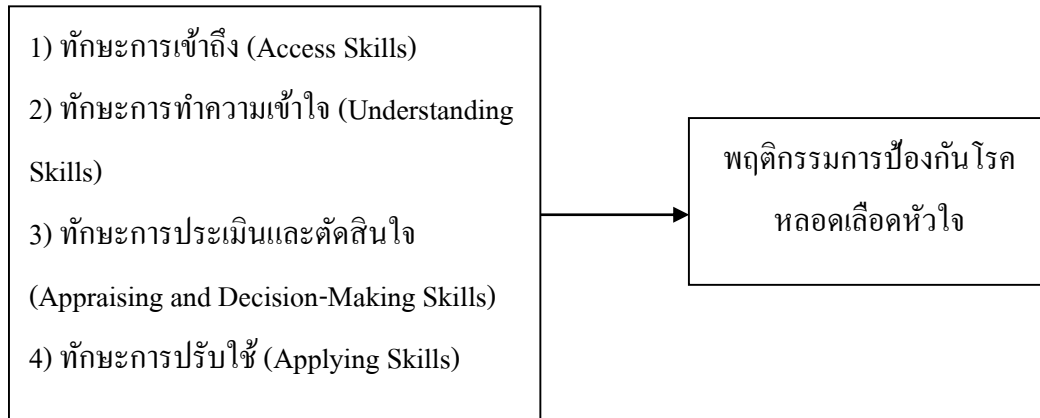
จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล⁽⁸⁻⁹⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุยังมีจำนวนจำกัด ทั้งนี้อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก อีกทั้งยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 22.84 รายต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 70.39 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2567⁽¹⁰⁾ และพื้นที่ดังกล่าวยังเป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ซึ่งมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 9,245 คน⁽¹¹⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีสติ สัมผัสปัญญา สื่อสารรู้เรื่อง โดยมีคะแนนการทดสอบการรู้คิด (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) อยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน แปลว่า ไม่มีความผิดปกติทางการรู้คิด⁽¹²⁾

3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ตาม ICD-10 ได้แก่ E10-E14, I10-15, I20-I25 และ I60-I69 ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
2. ขาดอนตัวออกระหว่างการทำโครงการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดการทดสอบแบบ two-tailed test ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และขนาดอิทธิพล 0.15⁽¹³⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 118 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่ม



ตัวอย่างเป็น 130 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มตำบลในอำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เช่นเดียวด้วย โดยสุ่มหมู่บ้านมาจากตำบลและคำนวณสัดส่วนตามประชากร และขั้นที่ 3 ใช้การสุ่มตัวอย่าง (Simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (6CIT) ของ สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ชัยเจริญ⁽¹²⁾ เพื่อคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเบื้องต้น มี 7 ข้อ เกี่ยวกับการถามปี เดือน เวลา การนับเลข และเดือน และการจำที่อยู่ รวม 0-28 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-7 คะแนน คือ ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ 8-9 คะแนน คือ มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย และ 10-28 คือ มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคร่วม และประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบนพื้นฐานแนวคิดของ Sorensen และคณะ⁽⁷⁾ และขวัญเมือง แก้วคำเกิง⁽¹⁴⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มี 15 ข้อ มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึง 2) ทักษะการทำความเข้าใจ 3) ทักษะการประเมินและตัดสินใจ และ 4) ทักษะการปรับใช้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ง่ายมากที่สุด 5 คะแนน ค่อนข้างง่าย 4 คะแนน ทำได้ยาก 3 คะแนน ทำได้ยากมาก 2 คะแนน และทำไม่ได้เลย 1 คะแนนคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย ได้แก่ ระดับต่ำ คือ 1.00-2.33 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 2.34-3.66 คะแนน และระดับสูง คือ 3.67-5.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมาตรฐานการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตาม World Health Organization⁽²⁾ มี 14 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ 5) การงดหรือหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การรับประทานยาและตรวจตามนัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (7 วันต่อสัปดาห์) 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) 3 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง (3-4 วันต่อสัปดาห์) 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 0 คะแนน คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย⁽¹⁵⁾ ได้แก่ ระดับต่ำ คือ 0.00-1.33 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 1.34-2.67 คะแนน และระดับสูง คือ 2.68-4.00 คะแนน



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (พยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลชุมชน 1 ท่าน) ผลการประเมิน S-CVI พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่า 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่า 0.87

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่า Cronbach's alpha (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยระดับความสัมพันธ์ (r) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0.10-0.30 คือ ระดับต่ำ มากกว่า 0.30-0.50 คือ ระดับปานกลาง และมากกว่า 0.50 ขึ้นไป คือ ระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดโดยเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่ได้รับอนุมัติเลขที่อนุมัติ 104/2568 ลงวันที่ 29 เดือน กรกฎาคม 2568 ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิ และประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจและลงนามยินยอม ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วม

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 75.74 อายุ (S.D. =7.97) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.30 สถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 46.20 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 41.40 และหย่า ร้อยละ 6.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 94.60 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 80.80 รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.80 และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 56.20 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	31	23.80
70-79 ปี	57	43.80
80 ปีขึ้นไป	42	32.40
(Mean = 75.74 , S.D. =7.97 , Min = 60 , Max = 94)		
เพศ		
ชาย	23	17.70
หญิง	107	82.30
สถานภาพสมรส		
โสด	7	5.40
คู่	60	46.20
หม้าย	54	41.40
หย่า	8	6.20
แยก	1	0.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	123	94.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	1.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	2.40
ปริญญาตรี	2	1.50
การวินิจฉัยโรค		
โรคความดันโลหิตสูง	105	80.80
โรคไขมันในเลือดสูง	70	53.80
โรคเบาหวาน	39	30.00
โรคหลอดเลือดสมอง	8	6.20
โรคไตวายเรื้อรัง	13	10.00
ประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
มี	57	43.80
ไม่มี	73	56.20



2. กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.02$, $S.D. = 0.58$) รายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าถึงระดับสูง ($M = 3.83$, $S.D. = 0.78$) ทักษะการทำความเข้าใจระดับสูง ($M = 3.81$, $S.D. = 0.76$) ทักษะการประเมินและตัดสินใจระดับสูง ($M = 3.96$, $S.D. = 0.64$) ทักษะการปรับใช้ระดับสูง ($M = 4.63$, $S.D. = 1.00$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($M = 2.89$, $S.D. = 0.49$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพแลพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 130$)

ตัวแปร	Mean	S.D.	แปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ทักษะการเข้าถึง	3.83	0.78	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ทักษะการทำความเข้าใจ	3.81	0.76	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ทักษะการประเมินและตัดสินใจ	3.96	0.64	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ทักษะการปรับใช้	4.63	1.00	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	4.02	0.58	ระดับสูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	2.89	0.49	ระดับสูง

3. ผลการวิเคราะห์ พบว่า ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึง ($r=0.40$) ทำความเข้าใจ ($r = 0.35$) ประเมินและตัดสินใจ ($r = 0.42$) และการปรับใช้ ($r = 0.63$) โดยรวม ($r=0.61$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n = 130$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ทักษะการเข้าถึง	0.40*	< 0.01	ปานกลาง
ทักษะการทำความเข้าใจ	0.35*	< 0.01	ปานกลาง
ทักษะการประเมินและตัดสินใจ	0.42*	< 0.01	ปานกลาง
ทักษะการปรับใช้	0.63*	< 0.01	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.61*	< 0.01	สูง

*p-value < 0.01



สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($M = 4.02$, $S.D. = 0.58$) และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($M = 2.89$, $S.D. = 0.49$) อยู่ในระดับสูง และทักษะการเข้าถึง การทำ ความเข้าใจ การประเมินและตัดสินใจ การปรับใช้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถ เข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจ และนำข้อมูลไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เป็น ปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับแนวคิดของ Sorensen และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพดี สามารถจัดการโรคได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งสนับสนุนให้ สามารถอ่าน เขียน และตีความข้อมูลสุขภาพได้ ส่งผลให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมใน ระดับสูง⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ ดังนั้น สะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง เกิดจากการได้รับข้อมูล สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนพื้นฐานทางการศึกษาที่เอื้อต่อการเข้าถึงและเข้าใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง อธิบายว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ สามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ กองเพชร ขุนเขียว⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับข้อมูลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดี เนื่องจาก มีความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบของโรค เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการจัดการความเครียด การนอนหลับพักผ่อน การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานยา อาจเป็นเพราะเป็นพฤติกรรมสามารถทำได้ง่ายและเป็นกิจวัตรประจำวัน และ เมื่อพิจารณาด้านการออกกำลังกายพบว่า อยู่ในระดับปานกลางและต่ำกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับ การศึกษาหลายฉบับที่ชี้ว่า ข้อจำกัดด้านร่างกายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เช่น อาการปวดข้อ กล้ามเนื้อลีบ และความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง ตรงกับการศึกษาของ Ethisan และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในชนบทไทยไม่มีความกระตือรือร้นทางกาย โดยมีปัจจัยด้านสุขภาพ



ร่างกายและสิ่งแวดล้อมเป็นอุปสรรค เช่นเดียวกับ Meredith และคณะ⁽²¹⁾ และ Rúa-Alonso และคณะ⁽²²⁾ พบว่า ความเจ็บปวด กลัวการบาดเจ็บ และทรงตัวไม่ดี เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง ($r = 0.40$) สะท้อนว่า ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. เนื่องจากส่วนใหญ่อายุ 70-79 ปี อาจมีข้อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลตามสื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับ Sorensen และคณะ⁽⁷⁾ ที่ชี้ว่าการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการตัดสินใจทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahcioglu และ Yilmazel⁽²³⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง โดยเฉพาะในมิติการเข้าถึงและประเมินข้อมูล จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีทักษะต่ำ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในชุมชนอาจมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ช่องทางข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงข้อมูล

2. ทักษะการทำความเข้าใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง ($r = 0.35$) จากข้อมูลจะเห็นว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สะท้อนว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจคำแนะนำทางสุขภาพพื้นฐานได้ เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และควบคุมความดันโลหิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽²⁴⁾ ระบุว่า ทักษะการทำความเข้าใจ เป็นทักษะที่สำคัญของการเปลี่ยนจากความรู้ไปสู่การปฏิบัติสอดคล้องกับ Jung และ Yang⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การออกกำลังกาย สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจของผู้สูงอายุอาจถูกจำกัดด้วยระดับการศึกษา และประสบการณ์ด้านสุขภาพที่ผ่านมา ดังนั้น การใช้สื่อสุขภาพที่มีภาษาง่าย ชัดเจน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เกิดทักษะการทำความเข้าใจที่ลึกซึ้งและยั่งยืน

3. ทักษะการประเมินและตัดสินใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.42$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพและตัดสินใจได้บ้าง จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.60 ทำให้เข้าใจคำแนะนำทางสุขภาพพื้นฐานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee⁽²⁶⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถวิเคราะห์และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกรับข้อมูลและแนวทางดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจได้ดีกว่าผู้ที่มีทักษะดังกล่าวต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽²⁴⁾ ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการคิดวิเคราะห์ เป็นระดับสูงสุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการตัดสินใจเชิงสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรณัฐ ไวศยารักษ์ และคณะ⁽²⁷⁾



พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีทักษะในการประเมินข้อมูลสุขภาพและตัดสินใจอย่างเหมาะสม มีแนวโน้มปฏิบัติตัวป้องกันโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่มีทักษะต่ำ

4. ทักษะการปรับใช้ข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง ($r = 0.63$) ซึ่งให้เห็นว่า ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽²³⁾ ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิบัติ ช่วยให้คุณสามารถแปลงข้อมูลสุขภาพไปสู่การกระทำได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนผลการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Lee⁽²⁶⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปรับใช้ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Sorensen และคณะ⁽⁷⁾ ระบุว่า ทักษะการปรับใช้เป็นระดับสูงสุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ จึงกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีทักษะการปรับใช้สูงย่อมสามารถเปลี่ยนความรู้ให้เป็นการกระทำ ดังนั้น พยาบาลควรกระตุ้นการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงความรู้เข้ากับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁸⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงควรส่งเสริมทักษะด้านความรู้สุขภาพทั้งการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินตัดสินใจ และการปรับใช้ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างยั่งยืน

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Coronary heart disease [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 23]. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/health/coronary-heart-disease?utm_source=chatgpt.com
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Oct 23]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Sakboonyarat B, Rangsin R. Hospital admission and mortality rates for ischemic heart disease in Thailand: 2012-2021. BMC Res Notes 2024; 17: 142-48.



4. Rodgers JL, Jones J, Bolleddu SI, Vanthenapalli S, Rodgers LE, Shah K, et al. Cardiovascular risks associated with gender and aging. *J Cardiovasc Dev Dis* 2019; 6: 19-36.
5. Alyami SS, Algharbi A, Alsuwaidan S. Characteristics of associated diseases in older patients with cardiovascular disease. *Adv Aging Res* 2022; 11: 151-61.
6. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Oct 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
7. Sorensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. European health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 25: 80-92.
8. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol* 2017; 24: 1880-888.
9. ณัฐพล ผลโยน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำดวน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2566; 16: 333-46.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/ret/public/standard-report-detail/f346e9d449b04c07cc80edeefc0cc360>
11. กระทรวงสาธารณสุข. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/ret/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68>
12. สุภาพ อารีเอื้อ, พิษณุประอร ชัยเจริญ. แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์* 2563; 26: 188-202.
13. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
14. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและงาน. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
15. Pholputta L, Toemjai T, Phenphol N, Sayuen C, Udonsat S, Wongpimoln B. Factors predicting health behaviors among older adults with hypertension in community. *Int J Public Health Sci* 2024; 13: 1145-150.



16. Bayati T, Dehghan A, Bonyadi F, Bazrafkan L. Investigating the effect of education on health literacy and its relation to health-promoting behaviors in health center. *J Educ Health Promot* 2018; 7: 127.
17. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res* 2016; 30: 315-21.
18. Buawangpong N, Sirikul W, Anukhro C, Seesen M, La-Up A, Siviroj P. Health information sources influencing health literacy in different social contexts across age groups in Northern Thailand citizens. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 5458.
19. กงเพชร ขุนเจีย. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วารสารวิชาการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข 2567; 2: 31-46.
20. Ethisan P, Somrongthong R, Ahmed J, Kumar R, Chapman RS. Factors related to physical activity among the elderly population in rural Thailand. *J Prim Care Community Health* 2017; 8: 338-46.
21. Meredith SJ, et al. Factors that influence older adults' participation in physical activity: a COM-B informed systematic review. *Age Ageing* 2023; 52: 145.
22. Rúa-Alonso M, et al. Exploring perceived barriers to physical activity among older adults: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20.
23. Ahcioglu A, Yilmazel G. Health literacy, behavioral and psychosocial characteristics in coronary artery patients: a hospital-based study in Turkey. *J Acute Dis* 2022; 11: 18-25.
24. 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: 259-67.
25. Jung HG, Yang YK. Factors influencing health behavior practice in patients with coronary artery diseases. *Health Qual Life Outcomes* 2021; 19.
26. Lee MS. Health literacy and health behaviors among older adults with cardio-cerebrovascular disease residing in rural areas. *Korean J Adult Nurs* 2017; 29: 256-65.
27. ธีรณัฐ ไวศยารัตน์, อุมพร ปุณณโสพรรณ, กาญจน์สุนัฏ บาลทิพย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ 2566; 29: 319-31.
28. ชาตรี แมตส์, ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี 2560; 9: 96-111.



อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการมองเห็นดีขึ้นในผู้ป่วยกระจกตาดำติดเชื้อ ที่รักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

INCIDENCE AND VISUAL IMPROVEMENT OF CORNEAL ULCER ADMITTED IN AMNATCHAROEN HOSPITAL

Received: July 07, 2025

Revised: October 27, 2025

Accepted: October 27, 2025

จิราภรณ์ บุคดางค์

Jiraporn Buddawong

บทคัดย่อ

กระจกตาดำติดเชื้อเป็นภาวะทางจักษุวิทยาที่สำคัญ เนื่องจากอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของเชื้อ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมองเห็นที่ดีขึ้นในผู้ป่วยกระจกตาดำติดเชื้อที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระจกตาดำติดเชื้อ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมจำนวน 70 ราย ประเมินการมองเห็นด้วย Snellen line และจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่มีการมองเห็นดีขึ้น และกลุ่มที่มีการมองเห็นไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Chi-square และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า เชื้อราเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยร้อยละ 54.5 มีการมองเห็นดีขึ้นหลังการรักษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมองเห็นที่ดีขึ้น ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเข้ารับการรักษาไม่เกิน 3 วัน (OR = 45.55, 95% CI: 2.43-854.69, p-value > 0.01)

สรุป การเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงทีมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านการมองเห็นในผู้ป่วยกระจกตาดำติดเชื้อ ดังนั้น ควรส่งเสริมการวินิจฉัยและการรักษาในระยะเริ่มต้น เพื่อลดความเสี่ยงการสูญเสียการมองเห็นในระยะยาว

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, การมองเห็น, กระจกตา, การติดเชื้อ



Abstract

Infectious keratitis is a critical ophthalmological condition due to permanent visual loss. This retrospective analytical study aimed to investigate the incidence of pathogens and factors associated with improved visual outcomes in patients hospitalized for infectious keratitis at Amnat Charoen Hospital. Data were collected from the medical records of 70 patients diagnosed with infectious keratitis between January 1, 2021, and December 31, 2024. Visual acuity was assessed using Snellen lines and patients were categorized into two groups those with improved vision and those with stable or worsened vision. Factors associated with improvement were analyzed using Chi-square tests and logistic regression analysis.

The results revealed that fungal infection was the most common cause, accounting for 60% of all cases. Following treatment, 54.5% of patients showed visual improvement. The factor significantly associated with improved vision was a duration of onset to treatment of 3 days or less (OR = 45.55, 95% CI: 2.43-854.69, p-value > 0.01).

In conclusion, early treatment is vital to achieving favorable visual outcomes in infectious keratitis. Therefore, early diagnosis and treatment should be promoted to reduce the risk of long-term vision loss.

Keywords: Incidence, Visual improvement, Cornea, Keratitis



บทนำ

Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020⁽¹⁾ ภาวะกระจกตาขุ่น เป็นสาเหตุตาบอดตาบอด อันดับ 5 ของโลก มีประชากรเป็นโรคนี้อันตราย 6 ล้านคน สาเหตุหลักเกิดจากแผลติดเชื้อที่กระจกตา⁽²⁾ จากการสำรวจสภาวะตาบอด โดยกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในปี 2540 ครั้งที่ 4 พบว่า สาเหตุตาบอดอันดับที่ 5 คือ โรคของกระจกตา คิดเป็นร้อยละ 5⁽³⁾ ภาวะตาบอดจากต้อกระจกสามารถผ่าตัดแล้วกลับมามองเห็นได้ แต่การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาให้กลับมามองเห็นนั้น ต้องใช้กระจกตาจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต ซึ่งมีอย่างจำกัด ต้องรอกระจกตาบริจาค 1-5 ปี⁽⁴⁾ ทำให้การรักษาตาบอดจากกระจกตาทำได้ลำบาก และคนไข้ส่วนหนึ่งไม่ได้เข้าถึงการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงทั้งยังขาดรายได้จากการทำงาน^(2,5) จากการศึกษาย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อที่กระจกตาส่วนใหญ่มีประวัติอุบัติเหตุสิ่งแปลกปลอมเข้าตาจากการทำงาน⁽⁵⁻⁶⁾ อายุส่วนใหญ่ 40-60 ปี⁽⁵⁻⁶⁾ แผลติดเชื้อที่กระจกตามีเชื้อก่อเหตุแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* เป็นส่วนมาก⁽⁶⁾ นอกจากนี้ มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาแผลติดเชื้อที่กระจกตาในต่างประเทศ⁽⁸⁻⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย, มีค่าการมองเห็นแรกเริ่มที่ไม่ดี, มีแผลติดเชื้อขนาดใหญ่ จะมีผลการรักษาที่ไม่ดี การศึกษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัด⁽⁵⁻⁶⁾ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อกระจกตาที่รักษาแบบผู้ป่วยในร้อยละ 8.5 ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด และร้อยละ 5.8 ต้องส่งตัวไปรักษากับจักษุแพทย์ด้านกระจกตา แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงลักษณะทางคลินิกและเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ การทราบข้อมูลเชื้อที่พบบ่อยในพื้นที่ จะทำให้จักษุแพทย์พิจารณาเลือกยาได้เหมาะสมและทันทั่วถึง เพื่อความรวดเร็วในการรักษายิ่งขึ้น ลดภาระการส่งต่อไปยังจักษุแพทย์ด้านกระจกตา ลดความต้องการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาและลดการสูญเสียการมองเห็น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระจกตาอักเสบติดเชื้อที่มีการปรับตัวดีขึ้นของสายตาเข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยใน
2. เพื่อศึกษาอัตราความสำเร็จของการตรวจเพาะเชื้อ และชนิดของเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกระจกตาอักเสบติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวดีขึ้นของสายตาในผู้ป่วยโรคกระจกตาอักเสบติดเชื้อ
4. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก และอัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคกระจกตาอักเสบติดเชื้อที่ได้รับการรักษานอกผู้ป่วยใน



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อพยากรณ์โรคด้านการมองเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกระจกตาอักเสบติดเชื้อ (Infectious Keratitis) และแผลกระจกตา (Corneal Ulcer) ข้อมูลถูกรวบรวมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2567 โดยมีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 66 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวและมีข้อมูลเวชระเบียนสมบูรณ์ตามช่วงเวลาที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 66 ราย โดยไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากใช้ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ในช่วงเวลาการศึกษา

การแบ่งกลุ่มศึกษา

ผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามผลลัพธ์ด้านการมองเห็นหลังการรักษา ได้แก่

1. กลุ่มที่มีการมองเห็นดีขึ้นมากกว่า 1 แถวของ Snellen line
2. กลุ่มที่มีการมองเห็นเท่าเดิมหรือแย่ลง

ตัวแปรที่ศึกษา

ศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็น โดยรวบรวมข้อมูลตัวแปร ได้แก่ อายุ โรคประจำตัวเบาหวาน โรคร่วมทางตา จำนวนวันที่มีอาการก่อนมารับการรักษา กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ ค่าการมองเห็นแรกเริ่ม ขนาดของแผลที่กระจกตา การอักเสบของช่องหน้าม่านตา (anterior chamber inflammation) และเชื้อก่อโรคที่ตรวจพบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นในโปรแกรม Microsoft Excel โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ข้อมูลที่ผู้วิจัยศึกษาได้แก่ อายุ โรคประจำตัวเบาหวาน โรคร่วมทางตา จำนวนวันที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาล กิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุ ค่าการมองเห็นแรกเริ่ม ขนาดของแผล การอักเสบของช่องหน้าม่านตา เชื้อก่อโรค ค่าการมองเห็นก่อนกลับบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย การเซตผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อหาอุปสรรคการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระจกตาติดเชื้อ และที่มีการมองเห็นดีขึ้นมากกว่า 1 แถว Snellen line โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ นงเยาว์ รุ่งพิบูลโสภิษฐ์ ในปี 2559 ที่ทำการศึกษาเรื่อง แผลติดเชื้อที่กระจกตาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร : ศึกษาในผู้ป่วย 111 ราย ซึ่งผล



การศึกษา พบว่า การเปลี่ยนแปลงระดับการมองเห็น ก่อนและหลังการรักษาที่มีการมองเห็นดีขึ้น ตั้งแต่ 1 แถวขึ้นไปของ Snellen chart พบจำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.85 ($p = 0.4685$) ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (sample size for estimating a finite population proportion) โดยมีระดับ significance = 0.05 จากประชากรทั้งหมด 91 ราย ค่าสัดส่วนความชุก (p) = 0.4685 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) = 0.094 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมดอย่างน้อย 50 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติ (Statistical Analysis)

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดได้รับการประมวลผล และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป โดยสรุปรายละเอียด ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics): การนำเสนอข้อมูลทั่วไปสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงแบบปกติ จะแสดงด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\text{Mean} \pm \text{S.D.}$) ส่วนตัวแปรเชิงกลุ่มจะแสดงด้วยจำนวนความถี่และร้อยละ (Frequency and Percentage)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Bivariate Analysis): ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่มีการมองเห็นดีขึ้นและกลุ่มที่มีการมองเห็นคงที่หรือแย่ลง โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณตามความเหมาะสมของการแจกแจงข้อมูล

3. การวิเคราะห์ปัจจัยพหุคูณ (Multivariable Analysis): เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์อิสระที่มีผลต่อการฟื้นตัวของ การมองเห็น ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable analysis) เข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วยวิธี ถดถอยโลจิสติก (Multivariable Logistic Regression) ผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปแบบค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดำเนินการวิจัยตัดชื่อ-สกุล และ HN ของผู้ป่วยออก, ใช้ Study ID แทน ชื่อ-สกุล และ HN ของผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลวิจัย เก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีการจำกัดการเข้าถึงและเข้ารหัส และระเบียบวิธีวิจัยได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ เลขที่ 14/2567 วันที่ 28 ตุลาคม 2567 ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากลและเป็นไปตามคำประกาศเฮลซิงกิ

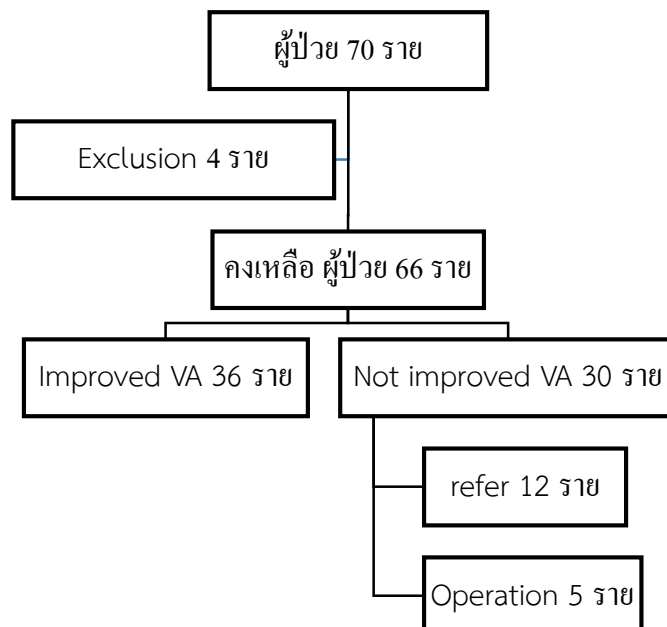


ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 ราย พบว่า ถูก exclude จำนวน 4 ราย เนื่องจากไม่มีข้อมูลในการวัดค่าการมองเห็น (VA) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่มีการมองเห็นดีขึ้นมากกว่า 1 แถว Snellen line จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 และกลุ่มที่มีการมองเห็นเท่าเดิมหรือแย่ลง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยมีผู้ป่วยที่เข้ารับ Operation จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.6 ซึ่งเป็น evisceration ร้อยละ 3.0 และ intrastromal injection ร้อยละ 4.5 อีกทั้งมีการถูก refer จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2

ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ มีอายุเฉลี่ย 54 ปี โรคประจำตัวที่พบ คือ เบาหวาน ร้อยละ 16.7 ส่วนโรคร่วมทางตา พบ glaucoma และ corneal disease ร้อยละ 10.6 มีการรักษาก่อนหน้าร้อยละ 19.7 อีกทั้งมีจำนวนวันที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 6 วัน โดยส่วนใหญ่มีอาการมากกว่า 3 วัน ร้อยละ 63.6 ส่วนกิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุ พบร้อยละ 92.4 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากกิ่งไม้ ใบไม้ เข้าตา ร้อยละ 42.4 มีค่าการมองเห็นแรกรับเฉลี่ย LogMAR 1.75 ขนาดของแผล 3-6 มม. ร้อยละ 54.5 มี hypopyon ร้อยละ 45.5

Diagram แสดงจำนวนผู้ป่วย





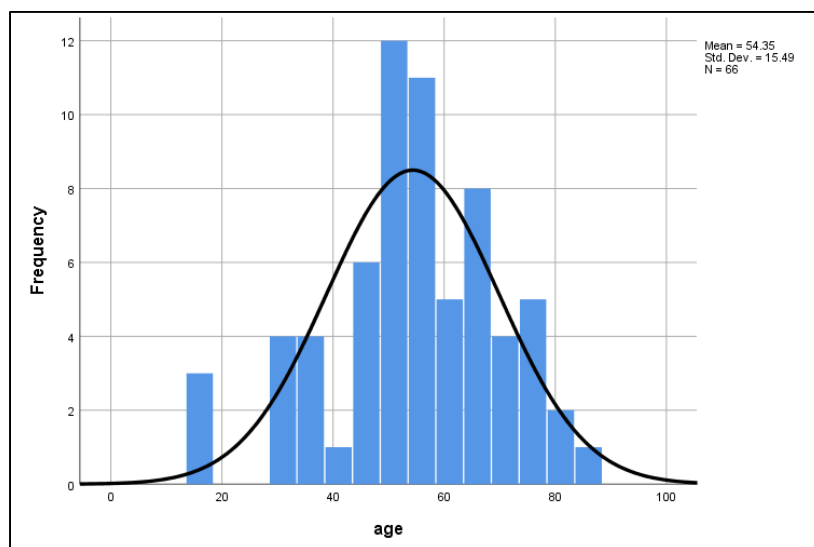
ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 ราย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี), mean $\pm$ S.D.	54.35 $\pm$ 15.49	
โรคประจำตัว		
DM	11	16.7
HT	15	22.7
ไม่มีโรคประจำตัว	40	60.6
โรคร่วมทางตา		
glaucoma	7	10.6
corneal disease	7	10.6
Other	3	4.5
ไม่มีโรคร่วมทางตา	49	74.2
previous treatment		
No	53	80.3
Yes	13	19.7
Durations (days), mean $\pm$ S.D.	6.39 $\pm$ 5.99	
$\leq$ 3 days	24	36.4
$>$ 3 days	42	63.6
Trauma		
กึ่งไม้ ใบไม้	28	42.4
ดิน	2	3
หิน	2	3
เหล็ก	3	4.5
แมลง	3	4.5
สารเคมี	4	6.1
ฝุ่นควัน	4	6.1
Contact lens	2	3
น้ำสกปรก	1	1.5
จำเหตุการณ์ไม่ได้	17	25.8



ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าการมองเห็นแรกเริ่ม, mean $\pm$ S.D.	1.75 $\pm$ 1.26	
ขนาดของแผล(มม.)		
≤ 3	1	1.5
3-6	36	54.5
> 6	29	43.9
hypopyon		
No	36	54.5
Yes	30	45.5

กราฟที่ 1 แสดงอายุ ของกลุ่มตัวอย่าง



กลุ่มตัวอย่างได้รับการขูดเชื้อที่กระจกตา 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 74 พบขึ้นเชื้อ 25 ราย ร้อยละ 51 เชื้อที่พบมากที่สุด คือ เชื้อรา 15 ราย ร้อยละ 60

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละการส่งตรวจเชื้อที่กระจกตาและเชื้อที่พบ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการขูดเชื้อที่กระจกตา (ตัวอย่าง)	49	74.2
พบขึ้นเชื้อ (ตัวอย่าง)	25	51.0
Fungus	15	60.0



ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
Bacteria	7	28.0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	8.0
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	8.0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	4.0

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมองเห็นแรกเริ่ม และก่อน discharge ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อแรกเริ่ม มีค่าเฉลี่ยการมองเห็นเท่ากับ LogMAR 1.75 และก่อน discharge มีค่าเฉลี่ย LogMAR 1.35 ซึ่งลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การรักษาทำให้คนไข้มองเห็นดีขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมองเห็นแรกเริ่ม และก่อน discharge ของกลุ่มตัวอย่าง

VA	Mean	S.D.	p-value
ครั้งที่ 1 (VA1)	1.75	1.26	< 0.001* ^a
เมื่อติดตามการรักษา (VA2)	1.35	1.31	

*Statistically significant at $\alpha < 0.05$, statistical use: ^a = Paired t-test, VA LogMAR

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่มีต่อการ improve VA ด้วยการวิเคราะห์แบบ Multivariable analysis เพื่อควบคุม confounder พบว่า ปัจจัยการมี duration ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน มีความสัมพันธ์ กับ improve VA ด้วย OR เท่ากับ 45.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.43-854.69) ส่วนปัจจัย อื่นๆ ได้แก่ อายุ, การเป็นเบาหวาน, Trauma, ขนาดของแผลและเชื้อก่อโรค (organism) ไม่พบ ความสัมพันธ์กับ improve VA ในทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ improve VA ด้วยการวิเคราะห์ Multivariable analysis

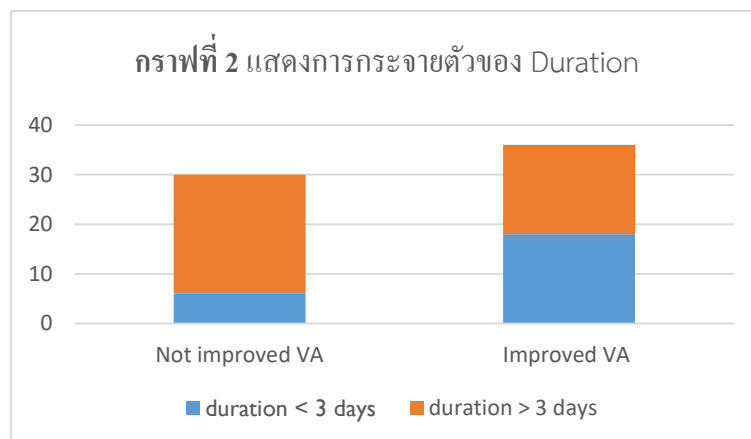
ปัจจัย	Adjusted	95% CI		p-value
	OR	lower	upper	
อายุ (ปี)	1.01	0.94	1.09	0.769
DM	1.36	0.14	13.46	0.794
Duration (days)				
≤ 3 days	45.55	2.43	854.69	0.011*
> 3 days	1.00	reference		



ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI		p-value
		lower	upper	
ค่าการมองเห็นเมื่อติดตาม (VA2)	0.01	0.00	0.31	0.007*
Trauma	0.21	0.00	416.57	0.690
keratitis severity				
1-2	1.00	reference		
3	1.53	0.21	10.93	0.674
organism				
No	1.00	reference		
Yes	2.44	0.40	15.00	0.337

*Statistically significant at $\alpha < 0.05$

กราฟแสดงการกระจายของข้อมูลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ



สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 66 ราย หลังได้รับการรักษาพบว่าการมองเห็นดีขึ้นมากกว่า 1 แถว Snellen line จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 และกลุ่มที่มีการมองเห็นเท่าเดิมหรือแย่ลง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 เชื้อที่พบมากที่สุด คือ เชื้อรา ร้อยละ 60 และเมื่อทำการหาปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม พบว่า ระยะเวลา (วัน) ก่อนเข้ารับการรักษาที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน มีความสัมพันธ์กับ improve VA ด้วย OR เท่ากับ 45.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.43-854.69) จึงควรพัฒนาระบบส่งต่อให้ผู้ป่วยได้พบจักษุแพทย์ในระยะเวลา 3 วัน หลังมีอาการ



อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้รวบรวมผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่กระจกตาจำนวน 66 ราย ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีอายุเฉลี่ย 54 ปี โดยร้อยละ 42.4 มีประวัติการบาดเจ็บทางตาจากกิ่งไม้หรือใบไม้ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^(7,13) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.3 มีอาการนานเกิน 3 วัน แต่ได้รับการรักษาเบื้องต้นเพียงร้อยละ 19.7 เมื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีค่าสายตาเฉลี่ยอยู่ในระดับ hand motion (LogMAR 1.75) ขนาดแผลอยู่ระหว่าง 3-6 มิลลิเมตร และพบหนองในช่องหน้าลูกตา (hypopyon) ร้อยละ 45.5 ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่กระจกตาที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีความล่าช้าในการเข้าถึงบริการทางจักษุวิทยา และมีความรุนแรงของโรคในระดับสูง โดยพบการลดลงของสายตาและการอักเสบในช่องหน้าม่านตาเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย

จากผู้ป่วยทั้ง 66 ราย มีการดำเนินการขูดเพาะเชื้อจากกระจกตา 49 ราย ร้อยละ 74 พบผลบวกของการเพาะเชื้อ 25 ราย ร้อยละ 51 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการเพาะเชื้อได้ในการศึกษาอื่นๆ^(6,7,10,11) เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุด คือ เชื้อรา ร้อยละ 60 รองลงมาเป็นเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Streptococcus pneumoniae* ในสัดส่วนเท่ากันที่ร้อยละ 8 รูปแบบการติดเชื้อดังกล่าวสอดคล้องกับประวัติการได้รับบาดเจ็บจากสิ่งแวดล้อมทางการเกษตร ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อรา⁽¹⁴⁾ ดังนั้น การให้ยาต้านจุลชีพเชิงประจักษ์ (empiric antimicrobial therapy) จึงควรเน้นยาต้านเชื้อราเป็นหลัก หรือพิจารณาการใช้ยาต้านเชื้อราพร้อมกับยาต้านเชื้อแบคทีเรีย^(11,13)

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า มีผู้ป่วย 36 ราย ร้อยละ 54.5 ที่มีการปรับตัวดีขึ้นของสายตามากกว่า 1 แถวตาม Snellen chart ในขณะที่ผู้ป่วย 30 ราย ร้อยละ 45.5 มีสายตาคงที่หรือแย่ลง การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวดีขึ้นของสายตา พบว่า ระยะเวลาของอาการที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปรับตัวดีขึ้นของสายตา โดยมีค่า odds ratio เท่ากับ 45.55 (95% CI: 2.43-854.69, p-value < 0.05) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย อายุ, โรคเบาหวาน, ประวัติการบาดเจ็บ, ขนาดของแผล และชนิดของเชื้อก่อโรค ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการปรับตัวดีขึ้นของสายตา

แม้ว่าการศึกษาในสัตว์ทดลองของ Anmar Abu-Romman และคณะ⁽¹⁵⁾ แสดงให้เห็นว่า อายุมีผลต่อการหายของแผลที่กระจกตาในหนูทดลอง โดยพบว่า กระจกตาของหนูที่มีอายุนაკมีอัตราการอพยพของเซลล์เยื่อบุผิว (epithelial cell migration) และการสังเคราะห์โปรตีโอไกลแคน (proteoglycan synthesis) ลดลง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุกับผลลัพธ์การรักษาในมนุษย์ นอกจากนี้ แม้ว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการเกิดกระจกตาอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย แต่ไม่พบว่า มีผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับขนาดของแผลและการอักเสบของช่องหน้าม่านตา⁽¹¹⁾ ข้อมูลจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นศูนย์



รับส่งต่อผู้ป่วยโรคกระจกตาติดเชื้อในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายงานว่า เชื้อราพบได้มากที่สุด ร้อยละ 75 โดยเป็น *Pythium insidiosum* และ *Fusarium* spp. อย่างละร้อยละ 25 และเชื้อแบคทีเรีย ร้อยละ 25 ได้แก่ *Pseudomonas* spp. ร้อยละ 8 และ *Staphylococcus* spp. ร้อยละ 8 ผลลัพธ์การรักษา พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 12 ราย ร้อยละ 18.2 มีการผ่าตัด 5 ราย ร้อยละ 7.6 โดยเป็นการผ่าตัด เอาเนื้อในลูกตาออก (evisceration) 2 ราย ร้อยละ 3.0 ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับรายงานจากโรงพยาบาล ระดับจังหวัดที่มีจักษุแพทย์ทั่วไปปฏิบัติงาน⁽⁷⁻⁸⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่งคือ เป็นการศึกษาย้อนหลังในระยะเวลาจำกัด (1 มกราคม พ.ศ. 2564-31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) และมีขนาดตัวอย่างค่อนข้างเล็ก ($n = 66$) ซึ่งส่งผลต่อ กำลังทางสถิติ (statistical power) ของการศึกษา แม้ว่าจะได้ใช้การวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) เพื่อควบคุมตัวแปรกวน (confounding factors) แต่เนื่องจากขนาดตัวอย่างมีจำกัด จึงส่งผลให้ ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) มีค่ากว้าง สะท้อนถึงความแม่นยำในการประมาณ ค่าพารามิเตอร์ที่ลดลงและความไม่แน่นอนทางสถิติที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health records) และการดำเนินงานแบบ ไร้กระดาษ (paperless system) ในอนาคต จะเอื้อประโยชน์ต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิกได้ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลให้สามารถขยายขนาดตัวอย่างและเพิ่มระยะเวลาใน การติดตามผล ซึ่งจะช่วยเพิ่มกำลังทางสถิติ ความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาใน อนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, Ackland P, Braithwaite T, Cicinelli MV, et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health 2017 Dec; 5(12): e1221-34.
2. Ting DSJ, Ho CS, Deshmukh R, Said DG, Dua HS. Infectious keratitis: an update on epidemiology, causative microorganisms, risk factors, and antimicrobial resistance. Eye 2021 Jan 7; 35(4): 1084-101.



3. Ting DSJ, Cairns J, Gopal BP, Ho CS, Krstic L, Elsahn A, et al. Risk Factors, Clinical Outcomes, and Prognostic Factors of Bacterial Keratitis: The Nottingham Infectious Keratitis Study. *Frontiers in Medicine* 2021 Aug 11; 8.
4. ชเนศ นันทวิสัย. รายงานการสำรวจสถานะตาบอดและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศไทย พ.ศ. 2526, พ.ศ. 2530. ใน: สมศักดิ์ รัศมีทัต, บรรณาธิการ. จักษุสาธาณสุข. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวดย; 2535: 140-3.
5. ศ.นพ.สพง ศรีวรรณบุรณ์, editor. การบริจาดดวงตา [อินเทอร์เน็ต]. www.si.mahidol.ac.th. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2010. เข้าถึงได้จาก : <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=324>
6. Song X, Xie L, Tan X, Wang Z, Yang Y, Yuan Y, et al. A Multi-Center, Cross-Sectional Study on the Burden of Infectious Keratitis in China. Pan CW, editor. *PLoS ONE* 2014 Dec 1; 9(12): e113843.
7. วิศรุตา วุฒฒยากร. แผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2555-2559. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2562; 16(3): กันยายน-ธันวาคม.
8. นงเยาว์ รุ่งพิบูลโสภิษฐ์. (2550). แผลติดเชื้อที่กระจกตาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ศึกษาในผู้ป่วย 111 ราย (รายงานผลการวิจัย). กำแพงเพชร: วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร.
9. Kampitak K, Suntisetsin H, Sirikul T. Clinical and microbiological characteristics of corneal ulcers in a Thai referral center. *Asian Biomed* 2014; 8(2): 275-82.
10. Kodali S, Khan B, Zong AM, Moon J-Y, Shrivastava A, Daily JP, et al. Prognostic indicators of corneal ulcer clinical outcomes at a tertiary care center in the Bronx, New York. *J Ophthalmic Inflammation and Infect* 2024 Apr; 14(1).
11. Bacterial Keratitis PPP 2023. (2024, February 13). American Academy of Ophthalmology. <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/bacterial-keratitis-ppp-2023>
12. Ung L, Wang Y, Vangel M, Davies EC, Gardiner M, Paulo J.M. Bispo, et al. Validation of a Comprehensive Clinical Algorithm for the Assessment and Treatment of Microbial Keratitis. *American Journal of Ophthalmology* 2020 Jun 1; 214: 97-109.
13. World Health Organization. Guidelines for the management of corneal ulcer at primary, secondary, and tertiary care health facilities in the South-East Asia Region. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2004.
14. Tuli SS. Fungal keratitis. *Clin Ophthalmol* 2011 Feb 27; 5: 275-279.



15. Anmar Abu-Romman, Scholand KK, Govindarajan G, Yu Z, Sonali Pal-Ghosh, Stepp MA, et al. Age-Related Differences in the Mouse Corneal Epithelial Transcriptome and Their Impact on Corneal Wound Healing. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 2024 May 13; 65(5): 21-1.
16. Wang B, Yang S, Zhai HL, et al. A comparative study of risk factors for corneal infection in diabetic and nondiabetic patients. *Int J Ophthalmol* 2018; 11: 43-47.
17. Luanratanakorn P, Vitayavisavasakul T, Thanathanee O. Predisposing Factors and Clinical Outcomes of Microbial Keratitis at Srinagarind Hospital. *SRIMEDJ* 2015 Oct 5.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000

โทร 043-019760 ต่อ 114



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>



E-ISSN 2697-4673 (Online)
ISSN 1906-2605 (Print)

R&D Health
System Journal

