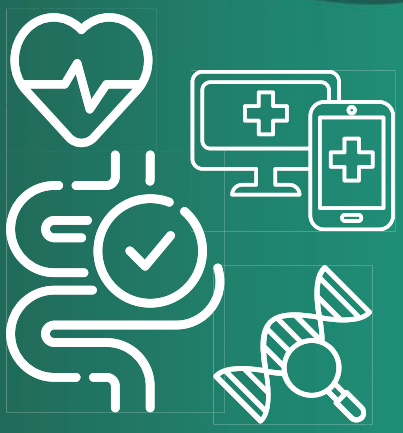
Volume 19 No.1 January - April 2026
ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2569

R&D Health System Journal

วารสาร
วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



E-ISSN 2697-4673 (Online)
ISSN 1906-2605 (Print)

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

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้เป็นปีที่ 19 ฉบับที่ 1 ประจำปี 2569 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ เนื้อหาสาระที่หลากหลาย เช่น คุณภาพการบริการ คุณภาพชีวิต สุขภาพกลุ่มวัย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ

ในนามของบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และกองบรรณาธิการวารสาร หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัยนักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุข และคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ. สมชาย ชมภูคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วิษณุกร อ่อนประสงค์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญูรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ผศ.ดร.จารวุรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวที	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.อุ่นใจ เครือสถิตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อดกลั้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุดกรยุทธ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทย์ศาสตร์ 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 ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ ดลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภายลุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินีย์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาวรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ ดลโสภณ	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) และการตีพิมพ์บทความซ้ำต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
รศ.ดร.จิรา คงปราณ	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.เอื้อมพร สุ่มมาตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.นิภา มหารัชพงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ผศ.ดร.ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ผศ.ดร.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร.นพ.สราวุฒิ บุญสุข	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
ดร.จารุวรรณ หมั่นมี	กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลราชวิถี
ดร.ศุภศิลป์ ดีรักษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร.สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.สุนิศา แสงจันทร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร. จุฑามาศ กองผาพา	ภาควิชาเทคโนโลยีการอาหารและโภชนาการ คณะทรัพยากรธรรมชาติและอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
นางสาวเขมิกา เคียงณฟ้า มานอก	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
นางสาวปภาวี รัตนธรรม	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.ณัฐญากร มอญขันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
ดร.ณัฐพล โยธา	กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นวลปรางค์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรรณภา นิติมงคลชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิฏา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.พัชรินทร์ ภูวิเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Volume 19 No.1 January - April 2026

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง……...……...……. 1
แก้วใจ มาลีลัย

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์.... 14
จันทิมา นาถ้ำพลอย, ศุภศิลป์ ดีรักษา

การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา..... 28
ปัณณธร สายพฤกษ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, วาสนา นิมิตร, กนกฉัตร สมชัย

การพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสี บริเวณเข่าและขา โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม..... 43
สุดาลักษณ์ จันทรเจริญ, วรวุฒิ ภูมินา, วิศรุต ศรีสว่าง, ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา) 56
เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม, กรภัทร อาจวานิชชากุล, สุภาพร ปานิเสน, วิจิตย์ ทองแสน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด..... 71
วัลลาลักษณ์ พลซื่อ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา..... 86
นิภาพร กวดวงษา, นาฎนภา อารยะศิลปธร, จรินทร โคตพรม, พัชนี สมกำลัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี..... 100
ภาสวุฒิ ภักดิบดี, สุริวิภา มั่งคั่ง, ปภัสสร โสมะเด็ง, กัมปนาท ฉายชูวงษ์, วีรพงศ์ มิตรสันเทียะ, ธารินี ลีละทีป

การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง และการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของข่า ขมิ้นชัน และไพล..... 115
จริยา แก้วคำภา, กอบกุล นงนุช, ภานิชา พงศ์นราทร, รณชัย ภูวันนา, นฤวัตร ภักดี

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานต่อความสามารถแก้ปัญหาทางการพยาบาล และความพึงพอใจในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล..... 130
วัลรี ทรายสมุทร, ประภาพร สุวรรณกูฏ, จารุณี จันทร์เปล่ง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้ของ เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19..... 143
การัณญา กาญจนอรุโณทัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย..... 157
วารีรัตน์ วรรณโพธิ์, รักษ์สุดา ชูศรีทอง, ปาริชาติ อาษาธง, เอื้อมพร สุ่มมาตย์

แนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: มุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย……..... 171
บุญมา สุนทราวิรัตน์, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Volume 19 No.1 January - April 2026

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์…..……. 186
นันทพร ศรีเมฆารัตน์

การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย: กรณีศึกษา เทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด……...……. 200
กิรณานันท์ สนธิธรรม, ทองมี ผลาผล, ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์, ปภัชญา คัชรินทร์, ชนิดาวดี สายืน, ชาติ ไทยเจริญ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง……...……. 215
เกษศราภรณ์ บัวคำทุม, แก้วใจ มาลีลัย

การป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์……...…… 229
อังสุมารินทร์ ไชยราช, พิมพา ประทิพย์เนตร

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น..……...…..……. 243
กิตติมา ก้านจักร, วาสนา ทิพเลิศ, ณรงค์ชัย เศิกศิริ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

PREVENTIVE BEHAVIORS CORONAVIRUS DISEASE 2019 AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS IN THE BACHELOR OF PUBLIC HEALTH PROGRAMME UNDER A COMMUNICABLE DISEASE SURVEILLANCE

Received: June 30, 2025
Revised: December 01, 2025
Accepted: January 04, 2026

แก้วใจ มาลีลัย
Kaewjai Maleelai

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งลดระดับความรุนแรงจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง การป่วยติดเชื้อติดต่อทางการหายใจ และยังคงพบมีผู้ป่วยติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ระหว่างวันที่ 9-20 ตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และ Chi Square

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.67 อายุเฉลี่ย 20.30 ปี ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 5,171.33 บาท ส่วนใหญ่เรียนสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 54.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.00 เคยป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.33 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ร้อยละ 100 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง ร้อยละ 92.00 พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน ร้อยละ 79.33 สาขาวิชาที่เรียนไม่มีความพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p-value = 0.791)

คำสำคัญ: โรค COVID-19, นักศึกษาสาธารณสุข, พฤติกรรมป้องกัน, โรคติดต่อที่เฝ้าระวัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author E-mail: kaewjai@scphub.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

Abstract

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is a communicable disease under surveillance that has been downgraded in severity from a dangerous infectious disease. It is primarily transmitted via the respiratory route, and new infections continue to be reported. This cross-sectional survey study aimed to examine preventive behaviors against COVID-19 among undergraduate students enrolled in the Bachelor of Public Health Program under a communicable diseases surveillance. The participants consisted of 150 undergraduate students from the Community Public Health and Dental Public Health programs. Data were collected using a self-administered online questionnaire between October 9 and 20, 2022. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, minimum, maximum, and mean values, as well as the Chi-square test.

The results showed that the majority of participants were female (90.67%), with a mean age of 20.30 years. The average monthly allowance was 5,171.33 Thai Baht. Most students were enrolled in the Dental Public Health program (54.67%), had no underlying diseases (96.00%), had previously been infected with COVID-19 (53.33%), and all participants (100%) had received the COVID-19 vaccination. Overall, 92.00% of students demonstrated a high level of COVID-19 preventive behaviors. The most frequently practiced behavior was wearing a face mask when interacting with others (79.33%). No statistically significant association was found between the field of study and COVID-19 preventive behaviors (p-value = 0.791).

Keywords: COVID-19, Public Health Student, Preventive Behavior, Communicable Diseases Under Surveillance

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 เป็นโรคอุบัติใหม่ ปลายเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรกที่ประเทศจีน เนื่องจากการติดต่อผ่านทางการหายใจและการสัมผัสทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นและเกิดการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ อย่างรวดเร็ว วันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดใหญ่ (Pandemic)[1-4] วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC)[5] การระบาดของโรคยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และเชื้อไวรัสได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก มากกว่า 200 ประเทศ[6-7]

วันที่ 1 มีนาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ลำดับที่ 14 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย ซึ่งลักษณะของโรค มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต[8] ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก[9] หลายหน่วยงานสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยให้ปฏิบัติงานที่บ้าน การติดต่อสื่อสารปรับเปลี่ยนเป็นแบบออนไลน์ สถาบันการศึกษาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นแบบออนไลน์ เพื่อเว้นระยะห่าง ลดการติดเชื้อและแพร่เชื้อในสถานศึกษา[10-11] นอกจากนี้ยังพบความตื่นตระหนก ความกังวล และความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของนักศึกษา[12]

ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี คือมีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน[13-16] ในปี 2564 เริ่มมีวัคซีนสำหรับฉีดป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวัคซีนที่ฉีดให้กับประชาชนนั้นมีทั้งแบบวัคซีนเชื้อตาย (Inactivated vaccine) วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Viral vector vaccine) และวัคซีนจากสารพันธุกรรม (mRNA vaccine) ทำให้สถานการณ์การป่วยติดเชื้อเริ่มมีแนวโน้มที่ลดลง[17] ในปี พ.ศ. 2565 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลกมีแนวโน้มดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนในการป้องกันโรคระดับครอบคลุมสูง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของประชากรเพิ่มขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงยกเลิกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตรายปรับสถานะเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป[18]

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสถาบันการศึกษาในสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ในระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต 2 สาขาวิชา คือ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นในการผลิตบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และมุ่งเน้นให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน ในปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยกลับมาจัดการเรียนการสอนแบบปกติเป็นครั้งแรกหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มลดลง การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังครั้งนี้ ช่วยให้ทราบพฤติกรรมที่เหมาะสมและพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง เพื่อนำไปใช้ในการวางมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดในกลุ่มนักศึกษา และสถานศึกษาในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ระหว่างวันที่ 9 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 20 เดือนตุลาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2565 ที่ลงทะเบียนในภาคเรียนปกติ จำนวนทั้งหมด 298 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 150 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ นักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ เกณฑ์การคัดออกคือนักศึกษาที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือลาออกในช่วงที่เก็บข้อมูล คำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan[19] ดังนี้

$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2(N-1)+X^2 p(1-p)}$ เมื่อ n คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N คือขนาดของประชากร, e คือระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e = 0.05, 5%), x^2 คือค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (x^2 = 3.841), p คือสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.5)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

แบบสอบถามออนไลน์ส่งให้กับกลุ่มประชากรทั้งหมด จำนวน 298 คน และได้รับคืน จำนวน 150 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response Rate) 100 % ซึ่งเพียงพอสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่าง ในปีการศึกษา 2565 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีที่ 2 และปีที่ 4 (ไม่มีนักศึกษาชั้นปีที่ 3) หลักสูตรสาธารณสุข ศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีที่ 2 ปีที่ 3 และปีที่ 4 สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนสาขาวิชาและชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบออนไลน์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ หลักสูตรสาขาวิชา ชั้นปีที่กำลังศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนครั้งที่ฉีดวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเภทของวัคซีนที่ได้รับ และประวัติการป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัด แบบ Likert Scale มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์) 2 หมายถึง นานๆ จะปฏิบัติ (1-2 วัน/สัปดาห์) และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับควรปรับปรุง คะแนน 1.67-3.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง และคะแนน 3.34-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าระหว่าง 0.84-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีบริบทและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และใช้สถิติ Chi-Square สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชากับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรแบบ Categorical variables คือ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและทันตสาธารณสุข และระดับพฤติกรรม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

การป้องกัน (ระดับสูง และปานกลาง) ซึ่งเป็นข้อมูลแบบนับความถี่ (Frequency data) การใช้สถิติ Chi-Square ช่วยในการทดสอบดูการกระจายตัวของระดับพฤติกรรมแตกต่างกันตามสาขาวิชา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUBI003/2565 ระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 27 มิถุนายน 2566 อาสาสมัครวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อผลการเรียน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.67 เพศชาย ร้อยละ 9.33 อายุเฉลี่ย 20.30 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 31 ปี ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 5,171.33 บาท ส่วนใหญ่เรียนสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 54.67 รองลงมา คือ เรียนสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 45.33 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.00 เคยป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.33 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 100 เข็มที่ 1 ได้รับการฉีดวัคซีนประเภทวัคซีนเชื้อตาย (Inactivated vaccine) ร้อยละ 68.67 เข็มที่ 2 ได้รับวัคซีนชนิดไวรัลเวกเตอร์ (Viral vector vaccine) ร้อยละ 57.33 เข็มที่ 3 ได้รับชนิด mRNA (messenger RNA vaccine) และเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.33

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน ร้อยละ 79.33 รองลงมา คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อนั่งเรียนในชั้นเรียน ร้อยละ 78.67 และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการป่วยคล้ายไข้หวัด ร้อยละ 61.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=150)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	การปฏิบัติต่อสัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุกวัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย
1. สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน	119 (79.33)	23 (15.33)	7 (4.67)	1 (0.67)	0 (0.00)
2. สวมหน้ากากอนามัยเมื่อนั่งเรียนในชั้นเรียน	118 (78.67)	24 (16.00)	8 (5.33)	0 (0.00)	0 (0.00)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	การปฏิบัติต่อสัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุกวัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย
3. รักษาระยะห่างเมื่อต้องพบปะและพูดคุยกับบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร	66 (44.00)	57 (38.00)	27 (18.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. พกแอลกอฮอล์เจลติดตัวตลอดเวลา	62 (41.33)	41 (27.33)	36 (24.00)	10 (6.67)	1 (0.67)
5. ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลบ่อยๆ	71 (47.33)	51 (34.00)	26 (17.33)	2 (1.33)	0 (0.00)
6. ใช้กระดาษทิชชู่ปิดปากปิดจมูกเมื่อไอหรือจาม	75 (50.00)	46 (30.67)	22 (14.67)	6 (4.00)	1 (0.67)
7. หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการป่วยคล้ายไข้หวัด	92 (61.33)	41 (27.33)	16 (10.67)	1 (0.67)	0 (0.00)
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง	45 (30.00)	31 (20.67)	39 (26.00)	30 (20.00)	5 (3.33)
9. หลีกเลี่ยงการไปตลาดนัด หรือถนนคนเดิน	40 (26.67)	35 (23.33)	33 (22.00)	33 (22.00)	9 (6.00)

ภาพรวมนักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง ร้อยละ 92.00 พิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แยกตามสาขาวิชาที่เรียน พบว่า นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง ร้อยละ 92.65 รองลงมา คือ สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง ร้อยละ 92.59 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 150)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวม (n = 150)		
ควรปรับปรุง (1.00-1.66 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (1.67-3.33 คะแนน)	12	8.00
สูง (3.34-5.00 คะแนน)	138	92.00
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (n = 68)		
ควรปรับปรุง (1.00-1.66 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (1.67-3.33 คะแนน)	5	7.35
สูง (3.34-5.00 คะแนน)	63	92.65

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (n = 82)		
ควรปรับปรุง (1.00-1.66 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (1.67-3.33 คะแนน)	7	8.64
สูง (3.34-5.00 คะแนน)	75	92.59

สาขาวิชาที่นักศึกษาเรียนทั้งสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ไม่มีความพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชากับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สาขาวิชา	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค		χ^2	df	p-value
	สูง (จำนวน)	ปานกลาง (จำนวน)			
สาธารณสุขชุมชน	63	5	0.070	1	0.791
ทันตสาธารณสุข	75	7			

*p-value $<$ 0.05

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.67 มีอายุเฉลี่ย 20.30 ปี และได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 5,171.33 บาท ศึกษาในสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 54.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.00 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ร้อยละ53.33 และทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ100.00 ภาพรวม พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง ร้อยละ 92.00 เมื่อพิจารณาแยกตามสาขาวิชา พบว่า นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และทันตสาธารณสุขมีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง ร้อยละ92.65 และร้อยละ 92.59 ตามลำดับ พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะผู้อื่น ร้อยละ 79.33 ทั้งนี้ สาขาวิชาที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ทั้งสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับสูง สาขาวิชาที่เรียนไม่มีความพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p-value = 0.791)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์สะท้อนว่า นักศึกษาทั้งสองสาขาวิชามีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการที่นักศึกษาทั้งสองสาขาวิชาเป็นสายวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ได้รับการศึกษา การให้ความรู้จากรายวิชาต่างๆ ของหลักสูตร รวมทั้งนโยบายของทางวิทยาลัย และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ที่สร้างความตระหนักส่วนบุคคลให้นักศึกษายังคงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี นอกจากนี้กระบวนการจัดการเรียนการสอนของทั้งสองสาขาวิชามีรายวิชาที่ให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น วิชาการป้องกันและควบคุมโรค วิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ วิชาระบาดวิทยา รวมทั้งรายวิชาที่ส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ส่งผลให้นักศึกษาทั้งสองสาขาวิชายังคงมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรค อีกทั้งนักศึกษาได้ผ่านประสบการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วก่อนหน้า ซึ่งนักศึกษาบางคนก็เคยป่วยติดเชื้อมาแล้ว ถึงแม้สถานการณ์ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ลดระดับความรุนแรงลงจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษายังคงอยู่ระดับที่สูง พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่นักศึกษาส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน รวมทั้งสวมหน้ากากอนามัยเมื่อนั่งเรียนในชั้นเรียน ซึ่งพฤติกรรมที่ดีเหล่านี้ จะช่วยทำให้นักศึกษาลดความเสี่ยงต่อการป่วยติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากห้องเรียนหรือจากสถานศึกษาได้ ถึงแม้สถานการณ์ปัจจุบันการป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะอาการจะไม่รุนแรงมาก สามารถรักษาตามอาการ และรักษาได้ด้วยตนเองที่บ้าน แต่ส่งผลกระทบทำให้นักศึกษาต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตนเอง และเสี่ยงต่อการเป็นพาหะแพร่เชื้อให้กับเพื่อนร่วมชั้นได้ต่อไป

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่บางพฤติกรรมยังปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพื้นที่แออัด เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและบริบทของพื้นที่ ดังนั้น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เข้าถึงได้ง่ายภายในวิทยาลัย รวมถึงการจัดทางเลือกที่ปลอดภัยในการเข้าถึงร้านอาหารจะช่วยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องในกลุ่มนักศึกษา

แม้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะถูกปรับลดระดับเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แต่นักศึกษาหรือกลุ่มคนหนุ่มสาวที่ติดเชื้ออาจมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการ และยังสามารถเป็นพาหะนำเชื้อไปสู่บุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันตนเองพื้นฐานของนักศึกษายังคงมีความจำเป็น และมีบทบาทสำคัญในการลดการแพร่เชื้อในสังคม อย่างไรก็ตาม ภายหลังการปรับระดับสถานการณ์โรควิถีชีวิตของนักศึกษาเริ่มกลับสู่ภาวะปกติ ส่งผลให้สถานศึกษาสามารถจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มรูปแบบ ทั้งนี้ อัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่ม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

นักศึกษาลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการได้รับวัคซีนครบถ้วนตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การแพร่ระบาดในสถานศึกษาลดลงตามไปด้วย

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่เรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์ และพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 94.97[20] และพบการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับสูง โดยนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยสูงสุด[21] อีกทั้งการศึกษาในนักศึกษาแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 94.1[22] ในขณะที่การศึกษาในภาพรวมนักศึกษาที่เรียนด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัยในประเทศตุรกีส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.0 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง[23] นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่านักศึกษาทั้งสายการแพทย์และไม่ใช่การแพทย์ในประเทศลิเบียมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนการป้องกันโรคโดยรวมร้อยละ 92.7[24] ในขณะที่การศึกษาในนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มการเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้านศึกษาศาสตร์ พบว่านักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน[25] อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาในนักศึกษาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งรายงานว่า มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ[26]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

แม้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะถูกจัดเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับดีและปฏิบัติเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ควรมีการเฝ้าระวังและกระตุ้นเตือนพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกิจกรรมกลุ่มและการเรียนการสอนที่มีการใกล้ชิดกัน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ อีกทั้งการจัดเตรียมจุดล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ยังคงเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญเพื่อลดการติดเชื้อในสถานศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/หลักสูตร

1. ควรบูรณาการทักษะการประเมินความเสี่ยงส่วนบุคคลร่วมกับรายวิชาชีพ โดยการเชื่อมโยงพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 กับพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว

2. การส่งเสริมการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงโดยควบคู่กับการสนับสนุนของทางวิทยาลัย เช่น การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และพื้นที่ออกกำลังกายภายในอาคารหรือนอกอาคาร ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสาขาวิชากับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ พฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมออาจได้รับอิทธิพลจากบริบทด้านเวลา ภาระการเรียน และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของนักศึกษา นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์แบบรายงานตนเองอาจก่อให้เกิดอคติจากการรายงานตนเอง และความแตกต่างในการตีความคำถาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกคนที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. [cited 2024 Sep 3]. Available from: https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19
2. Ruan S. Likelihood of survival of Coronavirus disease 2019. Lancet Infect Dis 2020; 20(6): 630-1.
3. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. J Chin Med Assoc 2020; 83(3): 217-20.
4. Chakraborty I, Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, Effects on Society, Global Environment and Prevention. Sci Total Environ 2020; 728: 138882.
5. World Health Organization. (2020). COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum [Internet]. [cited 2025 Sep 3]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-%28pheic%29-global-research-and-innovation-forum?utm_source=chatgpt.com
6. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. Viruses 2021; 13(2): 202. doi: 10.3390/v13020202.
7. Lin YF, Duan Q, Zhou Y, et al. Spread and Impact of COVID-19 in China: A Systematic Review and Synthesis of Predictions from Transmission-Dynamic Models. Front Med (Lausanne) 2020; 7:321. doi: 10.3389/fmed.2020.00321.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา 2563; 137(ตอนพิเศษ 48 ง)

9. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr 2020; 87(4): 281-6.

10. แก้วใจ มาลีลัย, ภคิน ไชยช่วย, จินดา คำแก้ว, พนาไพร โฉมงาม, นุชจรินทร์ แก่นบุปผา. การประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2564; 5(3): 106-18.

11. วิทยา วาโย, อภิรดี เจริญนุกูล, ฉัตรสุดา กานกายันต์, จรรยา คนใหญ่. การเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาด ของไวรัส COVID-19 : แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563; 14(34): 285-98.

12. อภิญญา อิงอาจ, ณัฐพร กาญจนภูมิ, พรพรรณ เชยจิตร. ความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร 2563; 17(2): 94-113.

13. Alrasheedy AA, Abdulsalim S, Farooqui M, Alsahali S, Godman B. Knowledge, Attitude and Practice About Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic and Its Psychological Impact on Students and Their Studies: A Cross-Sectional Study Among Pharmacy Students in Saudi Arabia. Risk Manag Healthc Policy 2021; 14: 729-41.

14. Sazali MF, Rahim SSSA, Mohamed MH, Omar A, Pang NTP, Jeffree MS, et al. Knowledge, attitude and practice on COVID-19 among students during the early phase of pandemic in a university in Borneo, Malaysia. J Public Health Res 2021; 10(3): 2122.

15. White MS, Omer M, Mohammad GN. Knowledge, attitude and practice on prevention of airborne and droplet infections during the outbreak of corona virus among the College Students in University of Bisha, Saudi Arabia. Int J Contemp Res Rev 2020; 11: 20773-6

16. แก้วใจ มาลีลัย, ปิยะณัฐฏ์ จันทวารีย์, สาวิตรี สุมาโท, ศตายุ ผลแก้ว. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565; 8(3): 61-70.

17. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers on vaccine [Internet]. [Cited 2023 Oct 2] Available from: https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-vaccines

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.276296

18. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา 2565; 139(ตอนพิเศษ 223 ง).

19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educ Psychol Meas 1970; 30: 607-10.

20. ศศินา สิมพงษ์, ศิรกิาญน์ อปุสิทธิ์, ศิริพร นครลา, สิรินารถ ต้นสวรรค์, สุจิตรา ส่งสุข, สุทธิ โพธิ์ไทร, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชธานี. 2564; 10(2): 148-58.

21. ศศิธร ชิดนายี, กาญจนา เตชะวรากร, กรรณิการ์ ปูสุข, กานต์ชนก เวียงนาค, กิ่งกาญจน์ ครุฑกำจร, กิตติญา นาคสวน, และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข 2564; 1(3): 60-71.

22. Alsoghair M, Almazyad M, Alburaykan T, Alsultan A, Alnughaymishi A, Almazyad S, et al. Medical students and COVID-19: knowledge, preventive behaviors, and risk perception. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(2): 842.

23. Cihan E, Pirinççi CS, Gerçek H, Ünüvar BS, Demirdel E. The knowledge levels, preventive behavior and risk perception on COVID-19 of the healthcare students in Turkey. Süleyman Demirel Üniversitesi Saglık Bilimleri Dergisi 2020; 11(3): 342-7.

24. Elhadi M, Msherghi A, Alsoufi A, Buzreg A, Bouhuwaish A, Khaled A, et al. Knowledge, preventive behavior and risk perception regarding COVID-19: a self-reported study on college students. Pan Afr Med J 2020; 35(Suppl 2): 75.

25. จิระภา ขำพิสุทธิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(4): 17-28.

26. Doxtater J, Cruz CP. Knowledge, Risk Perceptions, and Preventive Behaviors in COVID-19 Pandemic Among Medical Laboratory Students in Wyoming. Am Soc Clin Lab Sci 2022 Jan; 35(1): 1-9.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

THE DEVELOPMENT OF LEARNING MODEL FOR ADJUSTING HEALTH BEHAVIOR TO SALINITY REDUCTION AMONG HYPERTENSION PATIENTS IN THE SERVICE OF NONSILALOENG SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, KHONG CHAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: September 24, 2025
Revised: December 12, 2025
Accepted: January 19, 2026

จันทิมา นาถ้ำพลอย[1], ศุภศิลป์ ดีรักษา[2*]
Chantima Nathamploy[1], Supasin Deeraksa[2*]

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม งานวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดบริโภคความเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง แบ่งระยะการศึกษา ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาเพื่ออธิบายระดับความเค็มและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง 119 คน และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง 34 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึกความดันโลหิต และการวัดระดับความเค็ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและกระบวนการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Paired t-tests) และสถิติเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 72.27 อายุเฉลี่ย 64.06 ปี ส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ ระดับสูงและพฤติกรรมระดับปานกลาง การประเมินบริโภคอาหารรสเค็มปานกลางถึงมาก ร้อยละ 90.75 และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 34.45 และระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มหลังการเรียนรู้ดีขึ้น ส่วนระดับความเค็มในอาหาร และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.05$) ข้อเสนอแนะ คือ ควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การลดความเค็ม, ผู้ป่วยความดันโลหิต, รูปแบบการเรียนรู้

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง จังหวัดกาฬสินธุ์
Nonsilaloeng Sub-District Health Promoting Hospital, Kalasin province
[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Sirindhorn college of public health, Khon Kaen province
*Corresponding author E-mail: supasin.copy@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

Abstract

Hypertension is strongly linked to high-salt consumption behavior. This Research and Development (R&D) study aimed to develop and evaluate a learning model for modifying salinity reduction behavior among hypertensive patients in the Nonsilaloeng Sub-district Health Promoting Hospital service area. The two-phase study included: Phase 1 to analysis, describing food salinity and related factors among 119 patients; and Phase 2 to development & evaluation, testing a learning model among 34 patients. Tools included questionnaires, clinical records, salinity measurement, in-depth interviews, and focus groups. Statistical analysis involved descriptive statistics, comparative mean with Paired t-tests, and content analysis.

Results showed that: In Phase 1, most participants were female (72.27%), with a mean age of 64.06 years. Overall, they demonstrated high knowledge and attitude scores but moderate practice levels. Approximately 90.75% consumed moderate-to-high-salt diets, and 34.45% had uncontrolled blood pressure. In Phase 2, following the 8-week learning model intervention, knowledge, attitude, and behavior scores significantly improved. Furthermore, both food salinity levels and blood pressure levels showed a significant reduction ($p\text{-value}<0.05$). The findings indicate that the developed model is effective in modifying health behaviors and improving clinical outcomes. It is recommended that this model be continuously integrated into local healthcare services to manage the behaviors of patients with non-communicable diseases (NCDs).

Keywords: health behavior adjustment, salinity reduction, hypertension patients, learning model

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีผู้ป่วยความดันโลหิตทั่วโลกประมาณ 1.13 พันล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ดังนั้น องค์การอนามัยโลก (Word Health Organization; WHO)[1] ได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease; NCDs) ภายใน พ.ศ. 2568 โดยให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลง ร้อยละ 30 ถือเป็นความท้าทายในการจัดการปัญหาและลดภาระโรค NCDs โดยการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงในประชากรไทย จากข้อมูลสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค[2] พบอัตราตายโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2561 เท่ากับ 13.13 เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 9.73 ทั้งนี้ ข้อมูลของประเทศ พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พบว่า พ.ศ. 2561 เท่ากับ 2,245.09 เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 2,366.09 ซึ่งสถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Health Data Centre; HDC)[3] จากข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมในจังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ 93,563 ราย, 97,910 ราย และ 103,315 ราย ตามลำดับ อำเภอฆ้องชัย มีจำนวน 2,943 ราย, 3,124 ราย และ 3,869 ราย และเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง มีจำนวน 461 ราย, 495 ราย และ 606 ราย ตามลำดับ[3] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทิศทางที่สอดคล้องกันของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในทุกระดับพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรม โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อนั้นมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมร่วม 4 อย่าง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ[2] ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอมาตรการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยหลัก 3 อ. 2 ส. นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ผ่านมา การบริโภคเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการเสียชีวิตด้วยโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด[4] สอดคล้องกับข้อสรุปการสำรวจสุขภาพประชาชน ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า การบริโภคเกลือและโซเดียมมากเกินไปจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ นอกจากนี้ ประชากรไทยกว่า 10 ล้านคน เป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25.4 ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน คือ หัวใจวาย อัมพาต และภาวะไตวาย[5] ดังนั้น เพื่อให้ตอบสนองนโยบายของ WHO ที่ได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ ด้วยการสร้างความร่วมมือ เพิ่มความรู้และความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการติดตามและประเมินทางพฤติกรรมในการลดเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังขาดกลไกที่ชัดเจนในการติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางพฤติกรรมการลดการบริโภคเค็มอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและความสัมพันธ์ของปัจจัยในพื้นที่ การสร้างรูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการประเมินผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรมและความเค็มของอาหาร ผลที่ได้คือการจัดทำแนวทางการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ และประยุกต์ใช้เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระดับความเค็มและโซเดียมในอาหาร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวต่อพฤติกรรม ระดับความเค็มในอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาเพื่ออธิบายระดับความเค็ม/เกลือ และโซเดียมในอาหาร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ ระยะที่ 2 คือ การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาระยะที่ 1 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง จำนวน 606 คน คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรของ Cohen, J.[6] โดยใช้ค่าสัดส่วน (P) ของระดับปริมาณโซเดียมในอาหารจากการศึกษาของ อรนุช ศรีหะดม และคณะ[7] เท่ากับ 0.75 ค่าความเชื่อมั่น ($Z\alpha_{/2}$) ที่ระดับ 0.05 เท่ากับ 1.96 และค่าความคลาดเคลื่อน (e) เท่ากับ 0.07 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 119 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยที่คัดเลือกผู้ป่วย 1 จากใน 6 คน โดยจับฉลากได้ผู้ป่วยที่มีรายชื่อลำดับที่ 4, 10, …. ตามลำดับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

การศึกษาระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างนำตัวแทนจากการศึกษาระยะที่ 1 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการนำค่าเฉลี่ยและค่าความแปรปรวนของ อัยยา โสภาค และคณะ[8] โดยการใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.1[9] กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 คน ปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 โดยใช้สูตรของ อรุณ จิรวัฒน์กุล[10] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาต่อเนื่องของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง มีความสามารถในการสื่อสาร ทั้งทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน และ มีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิต ย้ายถิ่นที่อยู่ หรือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถในการเข้าร่วมการศึกษาได้ต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางเพิ่มเติม

ส่วนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง ในกลุ่มตัวแทนของผู้ป่วยความดันโลหิต จำนวน 5 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประมินความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 12 ข้อ ใช้เกณฑ์ของ Bloom[11] แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) ปานกลาง ร้อยละ 60-79 (8-9 คะแนน) และต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 10 ข้อ โดยใช้แบบวัดของลิเคิร์ท (Likert's scale) เลือกตอบ 3 ระดับ ดังนี้ มาก (3 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) แปลผลตามเกณฑ์ของ Best[12] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง คะแนนระหว่าง 2.34-3.00 ปานกลาง คะแนนระหว่าง 1.67-2.33 และต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 11 ข้อ โดยใช้แบบวัดของลิเคิร์ท (Likert's scale) เลือกตอบแบบ 3 ระดับ และวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best[12] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ เช่นเดียวกับแบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม

ส่วนที่ 5 การรายงานผลทางคลินิก ดังนี้

(1) เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Chem meter) ซึ่งการทดสอบคุณภาพมีความสัมพันธ์สูง (R^2 = 0.8559) จำแนกระดับความเค็ม 3 ระดับ ดังนี้ ระดับเค็มน้อย (สีน้ำเงิน) แปลผล น้อยกว่า 0.70 ระดับเค็มปานกลาง (สีเขียว) แปลผล 0.70-0.90 และ ระดับเค็มมาก (สีแดง) แปลผลมากกว่า 0.90 ขึ้นไป

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

(2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตัล(Digital Blood Pressure Monitor) ที่มีการสอบเทียบมาตรฐาน แปลผลค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure; SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure; DBP)โดยมีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

(1) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อทราบสภาพปัญหาและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รวมทั้งแนวทางข้อเสนอแนะในการออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

(2) กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อเป็นการสรุปข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อกำหนดประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง

ทั้งสองกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยความดันโลหิตจำนวน 5 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน โดยเริ่มกระบวนการวิจัยโดยผู้วิจัย จำนวน 2 คน เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก และกระบวนการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Tryout) ในพื้นที่ตำบลลำชี ผู้ป่วยความดันโลหิตจำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยง (Reliability) ดังนี้ ความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคูเดอร์ริชาร์ตสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.70 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาซ (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.75 และ 0.89 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และระดับความเค็มในอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2568

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง ด้วยการนำข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการประยุกต์ทางทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วย Intervention Mapping (MI) จำนวน 6 ขั้นตอน[13] ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวัตถุประสงค์ การกำหนดกระบวนการ การออกแบบชุดกิจกรรม การกำหนดแผนงาน และการประเมินผล จากกลุ่มอาสาสมัครที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน โดยศึกษาในเดือน เมษายน 2568 ระยะเวลารวม 1 เดือน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยทดลองใช้โปรแกรม 8 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่าสำหรับการศึกษาระยะที่ 2 จำนวน 34 คน ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2568

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่าสำหรับการศึกษาระยะที่ 2 จำนวน 34 คน โดยศึกษาในเดือน กรกฎาคม 2568 ระยะเวลารวม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบาย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน เพื่ออธิบายความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย (Paired t-tests) ก่อน-หลังการทดลอง (Mean difference), 95% CI และ p-value และสถิติเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการถอดบทสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง KLS.REC21/2568 ลงวันที่ 29 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาระยะที่ 1 พบว่า

การศึกษาข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และระดับความเค็มในอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 72.27 มีอายุเฉลี่ย 64.06 ปี (S.D. = 8.96) สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.99 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 78.99 อาชีพหลัก เกษตรกร ร้อยละ 80.08 สิทธิการรักษา สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.44 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,838.66 บาท (S.D. = 4,065.62) ดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 25.77 (S.D. = 4.72) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.73 ปี (S.D. = 4.44) และจำนวนรับประทานยาความดันโลหิตเฉลี่ย 1.73 เม็ด (S.D. = 0.73)

ความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.59 คะแนน (S.D. = 2.54) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 37.82 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.45 และระดับต่ำ ร้อยละ 27.73

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.28 คะแนน (S.D. = 0.36) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูงร้อยละ 47.90 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.90 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.20

พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.92 คะแนน (S.D. = 0.32) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 55.46 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 28.57 และระดับสูง ร้อยละ 15.97

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

ระดับความเค็ม มีค่าเฉลี่ย 0.83 (S.D. = 0.12) ส่วนใหญ่ ระดับเค็มปานกลาง (สีเขียว) ร้อยละ 55.46 รองลงมา ระดับเค็มมาก (สีแดง) ร้อยละ 35.29 และระดับเค็มน้อย (สีน้ำเงิน) ร้อยละ 9.24

ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) เฉลี่ย 135.12 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 11.81) น้อยที่สุด 106 มิลลิเมตรปรอท และมากที่สุด 164 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) เฉลี่ย 77.39 มิลลิเมตรปรอท (S.D. =10.00) น้อยที่สุด 53 มิลลิเมตรปรอท และมากที่สุด 103 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ ควบคุมความดันโลหิต ร้อยละ 65.55 และควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 34.45

การศึกษาระยะที่ 2 พบว่า

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 ประยุกต์กับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยรูปแบบของการใช้ Intervention Mapping (IM) เป็นฐานในการพัฒนา 6 ขั้นตอน ดังนี้

(1) การวิเคราะห์ปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับสูง ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ระดับความเค็มโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

(2) การออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์วัตถุประสงค์ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์วัตถุประสงค์ (n = 12)

วัตถุประสงค์ทางการศึกษา	องค์ประกอบของความสัมพันธ์		
	ความรู้ฯ	ทัศนคติฯ	พฤติกรรมฯ
ระดับความเค็มในการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสม	ส่วนใหญ่จะมีความรู้ฯ ระดับสูง แต่ยังมีบางส่วนไม่เข้าใจปริมาณโซเดียมที่ซ่อนอยู่ในอาหารแปรรูปและเครื่องปรุงรส	ส่วนใหญ่มีทัศนคติฯ ระดับปานกลาง โดยมีความเชื่อว่าการลดเค็มทำให้รสชาติอาหารไม่อร่อย และการควบคุมโซเดียมทำได้ยาก	ส่วนใหญ่พฤติกรรมการบริโภคฯ ระดับปานกลาง โดยยังคงบริโภคอาหารรสเค็มและไม่หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป
ข้อเสนอแนะ	ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและให้สื่อสาธิตการอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำ และการปรุงอาหารรสอ่อน	ส่งเสริมกิจกรรมสาธิตเมนูรสชาติอร่อยแต่โซเดียมต่ำ และการนำประสบการณ์ผู้ป่วยที่ลดเค็มแล้วสุขภาพดีขึ้น เพื่อสร้างแรงจูงใจและทัศนคติบวก	ควรแนะนำการวางแผนเมนูประจำสัปดาห์ การลดปริมาณเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร และติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

(3) การกำหนดกระบวนการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากการวิเคราะห์ปัญหาและการออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์วัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อออกแบบกิจกรรมเชิงรุก เน้นการฝึกทักษะการปรุงอาหารร่วมกับการสร้างแรงจูงใจจากประสบการณ์ผู้ป่วยต้นแบบ เพื่อจัดการพฤติกรรมด้วยการวางแผนเมนู และลดเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมลดเค็มและควบคุมระดับความดันโลหิตที่ยั่งยืน

(4) การออกแบบชุดกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับขั้นตอนกระบวนการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ออกแบบชุดกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์

สัปดาห์	ชื่อกิจกรรม	สาระการเรียนรู้	ผลของความคาดหวังในความรู้	ระยะเวลา
1	อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1: รู้จักโรคความดันโลหิตสูงและโทษของการกินเค็ม	ความหมายและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง, ความสัมพันธ์ระหว่างความเค็มกับระดับความดันโลหิต, ภาวะแทรกซ้อน และการประเมินการบริโภคเค็ม	สามารถอธิบายสาเหตุและโทษของการบริโภคเค็มเกินได้ และรู้จักวิธีประเมินการบริโภคโซเดียมของตนเอง	2 ชม.
2	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1: ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเค็ม	สำรวจพฤติกรรมการกินครัวเรือน, วิธีการปรุงอาหาร, การใช้เครื่องปรุงรส และวัดความดันโลหิตเบื้องต้น	สามารถระบุจุดที่มีความเสี่ยงต่อการบริโภคเค็มเกินในครัวเรือนตนเอง	1 ชม.
3	อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2: เมนูสุขภาพลดเค็ม	วิธีปรุงอาหารลดเค็ม, การใช้เครื่องเทศแทนเกลือ, การอ่านฉลากโภชนาการ และการสาธิตเมนูสุขภาพ	สามารถปรุงอาหารลดเค็มได้ถูกต้อง และเลือกซื้ออาหารโดยดูฉลากโภชนาการได้	2 ชม.
4	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2: ฝึกปรุงเมนูลดเค็มที่บ้าน	ติดตามการปรุงอาหารจริง, ให้คำแนะนำการปรับปรุงเมนูชูสุขภาพ และการลดปริมาณเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร	สามารถปรับสูตรอาหารและลดเครื่องปรุงได้ในชีวิตประจำวัน	1 ชม.
5	อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3: การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติบวก	เล่าเรื่องผู้ป่วยที่ลดเค็มแล้วสุขภาพดีขึ้น, เทคนิคการสร้างแรงจูงใจตนเอง และการตั้งเป้าหมายลดเค็ม	มีทัศนคติเชิงบวกต่อการลดเค็ม และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	2 ชม.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

สัปดาห์	ชื่อกิจกรรม	สาระการเรียนรู้	ผลของความคาดหวังในความรู้	ระยะเวลา
6	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3: ติดตามและเสริมแรง	ตรวจสอบความก้าวหน้า, การให้กำลังใจ, และปรับแผนการลดเค็มตามปัญหาที่พบ	สามารถรักษาพฤติกรรมการลดเค็มได้อย่างต่อเนื่อง	1 ชม.
7	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4: การวางแผนเมนูประจำสัปดาห์	ร่วมกันวางแผนเมนูลดเค็ม, การจัดรายการซื้อของ, และประเมินความพร้อมในครัว	สามารถวางแผนและเตรียมอาหารลดเค็มได้ด้วยตนเอง	1 ชม.
8	อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 4: ประเมินผลและสรุปบทเรียน	ทบทวนความรู้และทักษะ, ประเมินพฤติกรรม, สรุปประสบการณ์และแผนดำเนินต่อ	สามารถสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และวางแผนรักษาพฤติกรรมลดเค็มต่อไปได้	2 ชม.

(5) การกำหนดแผนงานเพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการลดระดับความเค็มในอาหารและช่วยลดระดับความดันโลหิต ด้วยการค้นหาปัญหารวมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มในอาหาร ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เกิดรูปแบบการเรียนรู้ จำนวน 8 สัปดาห์

(6) การประเมินผล ด้วยการสร้างแผนและการประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 8 สัปดาห์

การทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1: รู้จักโรคความดันโลหิตสูงและโทษของการกินเค็ม

สัปดาห์ที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2: เมนูสุขภาพลดเค็ม

สัปดาห์ที่ 5 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3: การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติบวก

สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 4: ประเมินผลและสรุปบทเรียน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวก รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 7 ตามลำดับ

การประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายละเอียด ดังตารางที่ 3

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 34)

ลำดับ	องค์ประกอบ	ช่วงการศึกษา	Mean (S.D.)	Mean diff.	95%CI	p-value
1	ความรู้ฯ	ก่อนศึกษา หลังศึกษา	6.24 (1.81) 7.82 (1.31)	1.59	0.82 ถึง 2.35	< 0.001*
2	ทัศนคติฯ	ก่อนศึกษา หลังศึกษา	2.31 (0.27) 2.54 (0.19)	0.14	0.02 ถึง 0.25	0.019*
3	พฤติกรรมฯ	ก่อนศึกษา หลังศึกษา	1.66 (0.18) 209 (0.26)	0.43	0.32 ถึง 0.54	< 0.001*
4	ระดับความเค็ม	ก่อนศึกษา หลังศึกษา	0.87 (0.08) 0.82 (0.07)	-0.04	-0.08 ถึง -0.01	0.024*
5	ความดันโลหิตตัวบน	ก่อนศึกษา หลังศึกษา	135.41 (5.69) 130.32 (8.22)	-5.09	-8.51 ถึง -1.66	0.004*
6	ความดันโลหิตตัวล่าง	ก่อนศึกษา หลังศึกษา	81.82 (7.73) 73.97 (6.54)	-7.85	-4.38 ถึง -11.32	< 0.001*

*ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยการทดสอบด้วยสถิติ Paired t-tests

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดบริโภคความเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้และพฤติกรรมในระดับปานกลางขึ้นไป แต่การบริโภคอาหารมีความเค็มเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น รูปแบบการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ไปทดลองใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการลดบริโภคเค็มของผู้ป่วย เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ระดับความเค็มในอาหารที่บริโภค รวมถึงระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสรุปได้ว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการและการให้คำปรึกษาเชิงสร้างแรงจูงใจนี้ สามารถประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ ระดับสูงและพฤติกรรมระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรนุช ศรีหะดมและคณะ[7] พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตมีทัศนคติระดับสูง แต่ทัศนคติและพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 7 ของ สม นาสอ้าน และ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

ทิพาพร ราชาไกร[14] พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ นอกจากนี้ ผลของการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความเค็ม มีค่าเฉลี่ย 0.83 ความดันโลหิตเฉลี่ย 135.12/77.39 มิลลิเมตรปรอทและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 34.45 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตของอุบลราชธานี[7] ที่บริโภคเค็ม ร้อยละ 75.00 และการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตประเทศเอธิโอเปีย พบการบริโภคเกลือ ร้อยละ 51.5 และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 58.8[15] ส่วนการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ระดับความเค็มเฉลี่ย 1.00 และค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 138.24/83.26 มิลลิเมตรปรอท[14] ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้

ส่วนการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดบริโภคความเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้ Intervention Mapping (IM)[13] พบว่า หลังการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ค่าคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้น ส่วนระดับความเค็มในอาหารและความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตของ Sirichai Wiriyatanakorn และคณะ[18] และการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 7[14] ซึ่งได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกัน ส่วนรูปแบบแนวคิด IM เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากการทบทวนทฤษฎีที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและชุมชน[13] นอกจากนี้ ผลของการวิจัยและพัฒนาส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่การส่งเสริมความรู้ การสาธิต การให้ข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดความตระหนักและความยั่งยืนทางพฤติกรรม ต่อไป[16-17]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ควรนำรูปแบบการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ไปประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการตัดสินใจเลือกอาหารและการควบคุมความเค็มด้วยตนเอง ควบคู่ไปกับการใช้เทคนิค IM เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายในและความมุ่งมั่นในการรักษาพฤติกรรมในระยะยาว

2. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่และเขตสุขภาพ ควรให้การสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากร เช่น การจัดสรรเครื่องมือวัดความเค็มและการฝึกอบรมทักษะ IM ให้แก่บุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถขยายผลการนำรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิผลนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อื่นๆ ได้

3. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการลดบริโภคเค็มและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในระยะยาว และควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

หรือพื้นที่ที่มีบริบททางวัฒนธรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้นี้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. Geneva: World Health Organization. [internet]. 2022 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1394120230302070611.pdf
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Centre; HDC). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม ราชูปถัมภ์; 2559
5. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
6. Cohen J. (1998). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
7. อรนุช ศรีหะดม, ทักษิณ พิมพ์ภักดิ์, พัจนภา ธานี. ปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านดอนกลางใต้ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2(1): 34-43.
8. อัยยา โสภาค, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คำมะนิตย์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ. ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารรสเค็มต่อความรู้และอัตราค่ากรองไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2565; 9(3): 84-95.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277468

9. Faul F, Erdfelder E, Lang A, 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. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ: การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

11. Bloom B. Taxonomy of Education Objective, Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David Mckay; 1975.

12. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

13. Bartholomew K, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. Planning health promotion program: an intervention mapping approach. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006.

14. สม นาสอ้าน และทิพาพร ราชาไกร. การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563; 27(3): 99-110.

15. Solomon, M., Negussie, Y.M., Bekele, N.T. et al. Uncontrolled blood pressure and associated factors in adult hypertensive patients undergoing follow-up at public health facility ambulatory clinics in Bishoftu town, Ethiopia: a multi-center study. BMC Cardiovasc Disord 2023; 23: 258.

16. ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และฐานิตา เพชรนุ้ย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562; 27(3): 231-39.

17. วุฒิพงษ์ สินทรัพย์, ประวุฒิ พุทธชิน และเสถียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2568; 18(2): 14-25.

18. Wiriyatanakorn, S., Mukdadilok, A., Kantachuvesiri, S., et al. Impact of self-monitoring of salt intake by salt meter in hypertensive patients: A randomized controlled trial (SMAL-SALT). Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.) 2021; 23(10):1852-61.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา

DEVELOPMENT OF A SEAMLESS PRIMARY CARE DELIVERY SYSTEM FOR CAPD PATIENTS WITH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION, LOENGNOKTHA DISTRICT

Received: September 15, 2025
Revised: December 12, 2025
Accepted: January 13, 2026

ปัณณธร สายพลุกษ์[1], ประเสริฐ ประสมรักษ์[2*], วาสนา นิมิตร[1], กนกฉัตร สมชัย[3]
Pannathorn Sayplug[1], Prasert Prasomruk[2*], Wasana Nimit[1], Kanokchat Somchai[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ศึกษาประชากรในกลุ่มญาติที่ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทุกราย จำนวน 69 คน ระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม 2568 ดำเนินการตามกระบวนการ PAOR เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย paired Sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบดูแลผู้ป่วย CAPD ไร้รอยต่อขับเคลื่อนด้วย 4 กลไกหลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบและบุคลากร, การเชื่อมโยงระบบส่งต่อและสื่อสาร, การบูรณาการฐานข้อมูล และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) มีภาวะแทรกซ้อนลดลง และญาติที่ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลคุณภาพชีวิต และมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยมีขนาดผลกระทบระดับปานกลางขึ้นไปทั้งสองกลุ่ม

สรุปได้ว่า ผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อทำให้ตัวชี้วัดหลักดีขึ้นทุกด้าน จึงควรนำไปขยายผลในโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์และศูนย์ไตที่พร้อม

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง, ล้างไตทางช่องท้อง, ระบบบริการปฐมภูมิ, การมีส่วนร่วม

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
Loengnoktha Crown Prince hospital
[2] มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
Mahidol University Amnatchareon Campus
[3] ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
*Corresponding author E-mail: Prasert.pra@mahidol.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

Abstract

This action research aimed to Development of a Seamless Primary Care Delivery System for CAPD Patients with Family and Community Participation in the Loengnoktha District. The study population included all 69 CAPD patients and their caregivers in the area. Data collection was conducted from March to August 2025 using the PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) process. Data were collected using questionnaires for both patients and caregivers, which had reliability scores of 0.93 and 0.87, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with a paired Sample t-test.

The study results revealed that the seamless CAPD care system was driven by four key mechanisms: 1) Development of the system and personnel 2) Linkage of referral and communication systems 3) Integration of databases and 4) Continuous monitoring and evaluation after the implementation of the developed model. This resulted in patients demonstrating significant increases in knowledge and care skills, and improved quality of life compared to the pre-intervention phase (p-value < 0.001), along with a reduction in complications. Furthermore, the accompanying relatives/caregivers showed significant increases in knowledge, care skills, quality of life, and participation in care compared to the pre-intervention phase (p-value < 0.001). Both groups demonstrated an effect size of medium or higher.

In conclusion, the Seamless primary care delivery system for CAPD patients resulted in improvement across all key indicators. Therefore, this model should be expanded for implementation in hospitals equipped with physicians and a fully prepared renal center.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Peritoneal Dialysis, Primary Care System, Participation

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก รวมถึงประเทศไทยและมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี[1] โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากปี ค.ศ. 2019-2023 จำนวน 750 ล้านคน, 770 ล้านคน, 790 ล้านคน, 810 ล้านคน และ 830 ล้านคน ทั่วโลก ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 12[2] ในประเทศไทย ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน โดยมีแนวโน้มการเกิดที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรกลุ่มสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ระบุว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 1.1 ล้านคน, 1.3 ล้านคน, 1.5 ล้านคน และ 1.6 ล้านคน ตามลำดับ หากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้อาการแย่ลง จนเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย (Chronic Kidney disease stage 5: CKD5)[3]

การล้างไตถือเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่สำคัญและช่วยยืดอายุขัยของผู้ป่วยได้หลายปี[4] การเข้าถึงการรักษาโรคไตในระดับโลกยังคงมีความไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีความขาดแคลนในเทคโนโลยีและบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ[5] นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kazancioglu ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการบำบัดทดแทนไตว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หากได้รับการรักษาที่เหมาะสม[6] ในประเทศไทย มีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่ต้องได้รับการล้างไต พ.ศ. 2560-2564 จำนวน 60,795 คน, จำนวน 66,409 คน, จำนวน 68,742 คน, จำนวน 62,081 คน, จำนวน 659,531 คน[3] ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยฟอกไตเพิ่มขึ้น 13,045 ราย ขณะที่จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่รับการล้างไตทางช่องท้องลดลงเกือบร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564

ทั้งนี้ การบำบัดทดแทนไตในรูปแบบต่างๆ ยังเป็นแนวทางที่หน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทยพยายามพัฒนาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การฟอกเลือดผ่านเครื่อง การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ถึงแม้การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดเรื่องผู้บริจาคไตทั่วประเทศน้อย ส่วนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้น การล้างไตทางช่องท้องที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำเองได้บ้านจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ขยายสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองโดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ[7] อย่างไรก็ตาม การจัดบริการล้างไตทางช่องท้อง ยังขาดการบูรณาการและการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะขาดการจัดการแบบ case management และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน ส่งผลให้การประเมิน วางแผน และติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง[8] ความรู้และทักษะของบุคลากรปฐมภูมิไม่เพียงพอ และการดูแลที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง รวมถึงสภาพแวดล้อมบ้านที่ไม่เหมาะสม[9] ซึ่งเป็นผลจากการขาดระบบบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาและประเมินผลระบบบริการที่มีคุณภาพในการให้บริการ

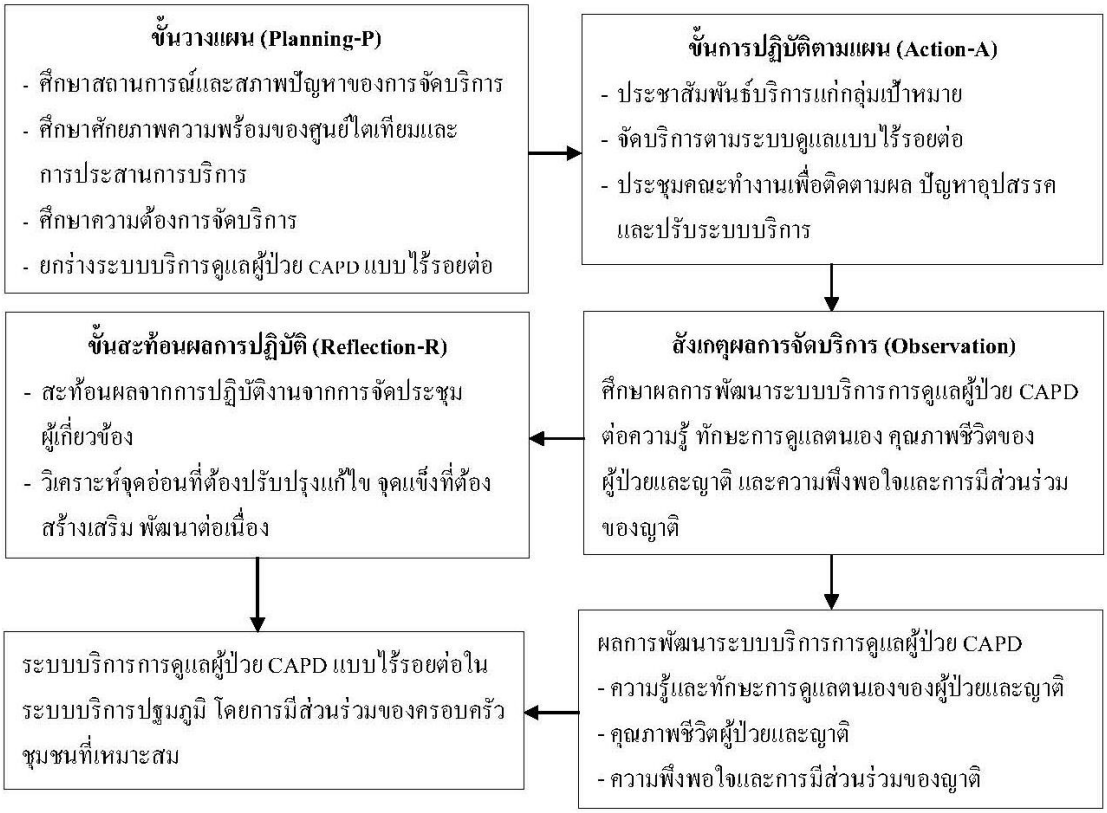
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

จากแนวโน้มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกรับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และเครือข่ายระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญระดับสูงในการจัดการความซับซ้อนของโรค อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลยังขาดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นระบบเพื่อเชื่อมโยงการดูแลในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนาระบบบริการที่สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน ที่มีประสิทธิภาพให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท[10] ประกอบด้วย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาสถานการณ์ความพร้อม ความต้องการในการจัดบริการของศูนย์ไตเทียม เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) ดำเนินการประชาสัมพันธ์บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย ในการจัดบริการตามระบบดูแลแบบไร้รอยต่อ และประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามผล ปัญหาอุปสรรค และปรับระบบบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ดำเนินการศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD โดยการประเมินความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของญาติ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข จุดแข็งที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และญาติที่ดูแลโดยตรง ที่รับบริการที่หน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จำนวน กลุ่มละ 69 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาประชากรทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ศึกษาในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านทุกคน รวม 24 คน 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์คัดเข้า: เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และญาติที่ดูแลโดยตรง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อาศัยอยู่ที่อำเภอเลิงนกทา ระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยและอ่านออก เขียนได้

เกณฑ์คัดออก: เป็นผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ จำนวน 10 ข้อ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom[11] ได้คะแนนร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำได้ดีมาก ทำได้ดี ทำได้ปานกลาง ทำได้น้อย จำนวน 15 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแดเนียล[12] คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีทักษะการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนรวม 80-100 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับการล้างไตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่รู้สึกว่ามีอุปสรรคหรือปัญหาจากการล้างไต คะแนนรวม 60-79 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี แต่ยังมีบางปัญหาหรืออาการที่ยังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน คะแนนรวมต่ำกว่า 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการล้างไตอย่างชัดเจน อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งจากแพทย์และญาติที่ดูแล

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ โดยตอบ เคย ไม่เคย และระบุจำนวนครั้งที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. แบบสอบถามสำหรับญาติที่ดูแล ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom[11] ได้คะแนน ร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำได้ดีมาก ทำได้ดี ทำได้ปานกลาง ทำได้น้อย จำนวน 15 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแดเนียล[12] คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีทักษะการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ การแปลผลจากคะแนนรวม 80-100 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับการล้างไตอย่างมี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

ประสิทธิภาพ โดยไม่รู้สึกว่ามีอุปสรรคหรือปัญหาจากการล้างไต คะแนนรวม 60-79 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี แต่ยังมีบางปัญหาหรืออาการที่ยังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน คะแนนรวมต่ำกว่า 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการล้างไตอย่างชัดเจน อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งจากแพทย์และชุมชน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มีส่วนร่วมประจำ บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแคเนียล[12] คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการทดสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลกุดชุม จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคของแบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ต่อผู้พัฒนาระบบผู้ป่วยและญาติ โดยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6818/2568 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและญาติ การมีส่วนร่วมของญาติ ก่อนและหลังการได้รับบริการที่พัฒนาขึ้น ด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติทุกตัวแปร

ผลการวิจัย

1. ระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) กำหนดโครงสร้างและบทบาทผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลชุมชน บริการติดตามการรักษา ตรวจร่างกาย และส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วางระบบแผนการรักษา สนับสนุนความรู้ทางวิชาการแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นศูนย์กลางรับส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีภาวะแทรกซ้อน จัดหา

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

เครื่องมือ อุปกรณ์ ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหลักเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) รพ.สต. ติดตามอาการและเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ อสม. และชุมชนตามแผนการเยี่ยม เพื่อติดตามอาการทั่วไป ประเมินแผล สังเกตภาวะแทรกซ้อน ติดตามอาการทุก 3 เดือน 3) ครอบครัวและญาติผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เรียนรู้และฝึกฝนการดูแลแผล การเปลี่ยนน้ำยา สื่อสารข้อมูลกับบุคลากรสาธารณสุข 4) อสม. และชุมชน มีบทบาทในการดำเนินการเยี่ยมบ้าน ร่วมติดตามอาการผู้ป่วยล้างไตเบื้องต้น ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สนับสนุนด้านจิตใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ทุก 3 เดือน

2) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและบริหารจัดการผู้ให้บริการ จัดอบรมบุคลากร รพ.สต. ให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ CAPD ขั้นตอนการล้างไต การเปลี่ยนถุงน้ำยา การดูแลแผลและการรักษาความสะอาด การประเมินอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน การสังเกตความผิดปกติ การตัดสินใจส่งต่อและแนวทางการประสานงาน บทบาทของ รพ.สต. และ อสม. ในการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว การใช้แบบฟอร์มประเมินและแนวทางรายงานผล การสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การใช้งาน Line กลุ่ม CAPD การถ่ายภาพแผล/สีน้ำล้างไต ส่งปรึกษาทางไกล พัฒนาคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่และครอบครัว สร้างระบบ “พี่เลี้ยงชุมชน” โดยใช้ อสม. หรือผู้ป่วยแบ่งปันประสบการณ์ สร้างคลังความรู้ในรูปแบบออนไลน์ผ่านวิดีโอ

3) จัดระบบส่งต่อและการสื่อสารทางไกลเพื่อการดูแลผู้ป่วย จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนโดยใช้แบบฟอร์ม CAPD Referral Sheet ส่งต่อจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปตามระดับความรุนแรง มีการกำหนดจุดเชื่อมประสานในแต่ละระดับโดยพยาบาล CAPD โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบกลาง และการให้คำปรึกษาทางไกล เปิด Line กลุ่ม “เครือข่าย CKD CAPD เลิงนกทา” โดยมีสมาชิกเป็นพยาบาลของโรงพยาบาลหลัก รพ.สต. หรือผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนากร กลุ่ม Line ใช้ในการส่งข้อคำถามและคำตอบ ปรึกษาอาการผิดปกติ แจ้งตารางเยี่ยมบ้านหรือเปลี่ยนนัด ส่งวิดีโอสอนวิธีดูแลแผล หรือล้างมือ โดยมีพยาบาลเวร CAPD ออนไลน์ดูแลในเวลาราชการ และกรณีฉุกเฉิน ส่วนการจัดระบบส่งต่อและการสื่อสารทางไกล เชื่อมโยงข้อมูลและการตัดสินใจระหว่างระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผ่าน Line ให้พยาบาลโรงพยาบาลประเมินโดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน กรณีมีการส่งต่อโดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อด้วยแบบฟอร์มมาตรฐาน CAPD Referral Form สามารถแนบส่งได้ทั้งแบบกระดาษหรือ Google Form ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการผิดปกติ การดำเนินการเบื้องต้น ภาพถ่ายประกอบ ดำเนินการส่งแนบผ่านช่องทางที่กำหนดไว้

4) ระบบข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย ใช้ระบบบันทึกออนไลน์ Google Sheet ที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ซึ่งโรงพยาบาลหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลการเยี่ยมบ้านได้ และสรุปผลการดำเนินงานทุกๆ 3 เดือน โดยนำเสนอในการประชุมติดตามแผนการดูแล ส่งต่อ และให้คำปรึกษาโดยจัดตาราง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

เยี่ยมบ้านรายปี ดำเนินงานโดยโรงพยาบาล รายเดือน ดำเนินงานโดย รพ.สต. พร้อมแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน เปิดช่องทางสื่อสารทางไกล (Line กลุ่ม “ชมรมรักษ์ไต”) ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

5) ระบบกำกับติดตามและเสริมพลังการดำเนินงาน แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามระดับตำบล โดยมีผู้แทน รพ.สต., อสม., ครอบครัวผู้ป่วย และผู้นำชุมชน จัดประชุมติดตามความก้าวหน้าทุก 3 เดือน และมีการให้แรงจูงใจ “ครอบครัวต้นแบบ” และ “อสม.ดีเด่นด้านการดูแลล้างไต” ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อบริการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

2. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 62.30 อายุระหว่าง 50-69 ปี ร้อยละ 60.80 (M = 60.77±11.93 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.60 ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.80 (M = 3.77±2.68 ปี) เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 1,500 บาท ร้อยละ 46.40

ความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAPD พบว่า หลังจากการใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีตัวชี้วัดหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทุกด้าน โดยหลังการทดลอง ความรู้ด้านการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (M = 14.13, S.D. = 1.57) เป็น (M = 14.92, S.D. = 0.60, t = 3.85) มีขนาดผลกระทบปานกลาง (d ≈0.50) ทักษะการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 2.79, S.D. = 0.74) เป็นระดับสูง (M = 3.50, S.D. = 0.52, t = 7.24) มีขนาดผลกระทบใหญ่ (d≈0.96) คุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับค่อนข้างดี (M = 75.46, S.D. = 7.43) เป็นระดับดี (M = 85.66, S.D. = 4.38, t = 10.47) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก (d ≈1.37) และส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง จากร้อยละ 36.1 ในปี 2566 เป็น 31.0 ในปี 2568 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAPD ภาพรวม พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ก่อนและหลังการทดลอง (n = 69)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value	Effect size
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล			
ความรู้ด้านการดูแลตนเอง	14.13 (1.57)	มาก	14.92 (0.60)	มาก	3.85	< 0.001	0.50
ทักษะการดูแลตนเอง	2.79 (0.74)	ปานกลาง	3.50 (0.52)	สูง	7.24	< 0.001	0.96
คุณภาพชีวิต	75.46 (7.43)	ค่อนข้างดี	85.66 (4.38)	ดี	10.47	< 0.001	1.37

3. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อญาติที่ดูแลผู้ป่วย ญาติที่ดูแลผู้ป่วย CAPD ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 45-64 ปี (M = 48.22, S.D. = 15.15) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

72.50 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 40.60 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 56.50

หลังจากการใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ผู้ดูแลมีตัวชี้วัดหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทุกด้าน โดยหลังการทดลอง ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (M = 14.53, S.D. = 1.05) เป็น (M = 15.00, S.D. = 0.00, t = 3.66) มีขนาดผลกระทบปานกลาง (d≈0.45) ทักษะการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 3.28, S.D. = 0.44) เป็นระดับมาก (M = 3.96, S.D. = 0.16, t = 12.55) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก (d≈1.55) คุณภาพชีวิตของญาติที่ดูแล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับค่อนข้างดี (M = 75.68, S.D. = 6.64) เป็นระดับดี (M = 91.17, S.D. = 4.19, t = 17.01) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก (d≈2.33) การมีส่วนร่วมดูแลของญาติ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับมาก (M = 3.55, S.D. = 0.54) เป็นระดับมาก (M = 3.94, S.D. = 0.23, t = 6.52) มีขนาดผลกระทบใหญ่ (d≈0.72) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ คุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของญาติที่ดูแลผู้ป่วย CAPD พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ก่อนและหลังการทดลอง (n = 69)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value	Effect size
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล			
ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย	14.53 (1.05)	มาก	15.00(0.00)	มาก	3.66	< 0.001	0.45
ทักษะการดูแลผู้ป่วย	3.28 (0.44)	ปานกลาง	3.96(0.16)	มาก	12.55	< 0.001	1.55
คุณภาพชีวิตของญาติ	75.68 (6.64)	ค่อนข้างดี	91.17(4.19)	ดี	17.01	< 0.001	2.33
การมีส่วนร่วมดูแลของญาติ	3.55 (0.54)	มาก	3.94(0.23)	มาก	6.52	< 0.001	0.72

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการยกระดับกระบวนการให้บริการตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากกลไกสำคัญหลายประการ ได้แก่

1) กลไกการลดช่องว่างบริการผ่านการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ให้บริการอย่างชัดเจนในทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาล, รพ.สต., ครอบครัวและญาติผู้ป่วย, ไปจนถึง อสม. ได้สร้างความชัดเจนในการปฏิบัติงานและลดช่องว่างในระบบบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ เทพไกร[13] ที่ระบุว่า ระบบบริการปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อมีความสำคัญต่อการลดช่องว่างระหว่างบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

การมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงการให้บริการได้อย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) กลไกการเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาระบบนี้มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ให้บริการ และผู้ดูแลในทุกระดับ โดยมีการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติแก่บุคลากรตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงชุมชน เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและแบ่งปันประสบการณ์ เป็นอีกกลไกสำคัญที่สร้างความเข้มแข็งในชุมชน กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร อยู่แดง และคณะ[14] และสุกัญญา อึ้งตระกูล และคณะ[15] ที่ยืนยันถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการใช้กลไกเหล่านี้ช่วยให้ญาติและชุมชนมีความมั่นใจและทักษะเพิ่มขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลที่บ้าน

3) กลไกการกำกับติดตามและการเสริมพลังเพื่อความยั่งยืน การพัฒนาระบบได้รวมเอากลไกการกำกับติดตาม และการเสริมพลังเข้าไว้ด้วยกัน โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระยะทุกๆ 3 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การใช้กลไกการเสริมกำลังใจผ่านการมอบรางวัล ครอบครัวต้นแบบ และ อสม. ดีเด่นด้านการดูแลล้างไต เป็นการสร้างแรงจูงใจ และเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีรัตน์ สิงห์คำ ที่พบว่า นวัตกรรมเสริมพลังและการมอบรางวัลครอบครัวต้นแบบ ช่วยให้ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายมีการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

2. ผลของระบบบริการต่อผู้ป่วย ในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในช่วงก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้ในภาพรวมด้านการดูแลตนเองในระดับมากอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเคยได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการรักษา เมื่อมีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยฯ ได้มีการจัดทำช่องทางการสื่อสารแบบออนไลน์รวบรวมไว้ในแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาและสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้และสามารถกลับมาทบทวนได้ตลอดเวลาทั้งในรูปแบบของโปสเตอร์คู่มือพร้อมภาพ และวีดีโอ ที่สามารถจดจำและเข้าใจได้ง่าย

ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนการพัฒนาระบบบริการฯ (M = 2.79, S.D.= 0.74) ระดับทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาระบบการบริการฯ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระดับมาก (M = 3.50, S.D. = 0.52) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาบางทักษะของผู้ป่วย พบว่ามีบางทักษะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ ได้แก่ เตรียมอุปกรณ์ในการล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเอง ทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ระบุอาการที่เกี่ยวข้องกับ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

ภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้องได้ โดยสามารถเชื่อมต่อท่อระบายกับถุงน้ำยาล้างไตได้อย่างถูกต้อง เนื่องด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการล้างไตทางช่องท้อง อาจเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมอุปกรณ์ ทำการล้างไตทางช้องท้อง เชื่อมต่ออุปกรณ์ต่างๆ ด้วยตนเองทั้งหมด ส่วนการระบุภาวะแทรกซ้อนที่ยังมีทักษะที่ไม่ดีพออาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาประถมศึกษาอาจมีการจดจำรายละเอียด ลักษณะของภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ทั้งหมดจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลร่วมด้วยในการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากระบบบริการดูแลผู้ป่วยฯ ได้มีการสร้างและพัฒนาระบบพี่เลี้ยงชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลและประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ มีช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราณี อรรณพานุรักษ์ และอนัญญา มานิตย์ พบว่า ภายหลังการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี เนื่องจากการได้รับข้อมูลการจัดการตนเอง[17]

3. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อญาติที่ดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลของผู้ป่วยทุกรายล้วนมีความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง[18-20] ด้วยบริบทของสังคมไทยที่มีความคาดหวังต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ต้องมีการใส่ใจในรายละเอียดของการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบคอบ อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต้องมีหน้าที่ในการรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการหารายได้และการดูแลครอบครัว อย่างไรก็ตาม การมีแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้สามารถบันทึกสื่อต่างๆ เก็บไว้เพื่อนำกลับมาทบทวนได้ จึงมีส่วนทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น

ทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังการพัฒนาระบบบริการฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระดับทักษะทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ อยู่ในระดับสูง แต่ผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีพื้นฐานด้านสุขภาพ ขาดความมั่นใจในการจัดการปัญหาเฉียบพลัน จึงได้มีการเยี่ยมเสริมกำลังใจที่บ้านร่วมกับเติมความรู้ ทักษะ และตอบซักถามข้อสงสัยของผู้ดูแล อีกทั้งผู้ดูแลสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์สอบถามข้อสงสัยและทบทวนความรู้ต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ และคณะ พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องหลังพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21]

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลฯ ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับสูง (M = 91.17, S.D. = 4.19) ก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับปานกลาง (M = 75.68, S.D. = 6.64) การที่ผู้ดูแล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

มีคุณภาพชีวิติที่ดีขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากการได้รับการส่งเสริมให้กำลังใจระหว่างผู้ดูแล และจากเจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งได้รับการประเมินคุณภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อเจ้าหน้าที่พบปัญหาได้มีการนำมาปรับปรุงระบบบริการเพื่อออกแบบให้เอื้อต่อพื้นที่ และอาจเป็นผลมาจากการที่มีช่องทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ดูแลแบบออนไลน์ทำให้สามารถขอคำปรึกษาลดความเครียด ความกังวล และการรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่มีการจัดการต่อภาวะอารมณ์ความรู้สึกเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ และคณะ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งปัจจัยด้านภาระผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และอายุผู้ดูแลในครอบครัว สามารถเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ร้อยละ 41[22]

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีระดับการร่วมมือในระดับมากทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ได้รับการดูแลและมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพาไปโรงพยาบาล การดูแลแผล การสังเกตประเมินแผล และติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ อีกทั้งมีการมอบรางวัลครอบครัวต้นแบบ ช่วยเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า ระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม เอื้อต่อบริบทของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรนำไปขยายผลให้เกิดความยั่งยืน อย่างไรก็ตามในอนาคตมีแนวโน้มที่จะมีการขยายของศูนย์ไต หน่วยงานระดับนโยบายควรพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณสำหรับการสร้างความเข้มแข็งของ 4 กลไกหลัก โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรในระบบปฐมภูมิ และใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ควรนำระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ ไปขยายผลในพื้นที่อำเภออื่น และศึกษาเพื่อยืนยันผลนำสู่การเป็นระบบบริการทั่วทั้งจังหวัด โดยเน้นการนำโครงสร้างระบบบริการ ระบบการสื่อสารทางไกลไปประยุกต์ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ และติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน ให้เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป ศึกษาพัฒนาระบบการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและข้อมูลสนับสนุนในการปรับปรุงระบบบริการ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

เอกสารอ้างอิง

1. Jha, V., & Modi, G. Chronic kidney disease: A global health problem. Journal of Nephrology Studies 2018; 15(3): 101-110.
2. World Health Organization. Global health estimates: Chronic kidney disease as a cause of death and disability worldwide. World Health Organization; 2020.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., Zhao, M. H., Lv, J., Garg, A. X., Knight, J., Rodgers, A., Gallagher, M., Kotwal, S., Cass, A., & Perkovic, V. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. The Lancet 2015; 385(9981): 1975-1982. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9.
5. Jha, V., & Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A. Y. M., & Yang, C. W. Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. The Lancet 2013; 382(9888): 260-272. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X.
6. Kazancioglu, R. Risk factors for chronic kidney disease: An update. Kidney International Supplements 2013; 3(4): 368-371. https://doi.org/10.1038/kisup.2013.79.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Promjak, P., Plianbangchan, S., Somrongthong, R., & Laohasiriwong, W. Effects of Modified-Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) Patient's Handling Process on Nurse's Knowledge, Perceived Benefits and Performance in CAPD Care. Medico Legal Update 2021; 21(1): 1752-1759.
9. Praha, N., Sriyuktasuth, A., Puwarawuttipanit, W., Chuengsaman, P., & Kusakunniran, W. (2023). Factors Influencing Telehealth Service Use and Health Outcomes in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: Cross-Sectional Study. Journal of Medical Internet Research, J Med Internet Res 2023; 25: e48623) doi: 10.2196/48623.
10. Kemmis, S., McTaggart, R. The Action Research Planner, 3rd ed., Deakin University Press; Geelong. Victoria; 1988.
11. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277422

12. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
13. พรทิพย์ เทพไกร. แนวทางการบูรณาการระบบบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชนบท. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพแห่งชาติ; 2561.
14. สุภาพร อยู่แดง, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, วิศิษฏ์ ประสิทธิศิริกุล. การพัฒนารูปแบบดารจัดการดูแลผู้ป่วยไตวายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหน่วยไตเทียม สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 13(1): 20-30.
15. สุกัญญา อึ้งตระกูล, ศุพรรณี ตั้งภักดี, จุธาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(4): 49-59.
16. สุนีรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3): 92-99.
17. ราณี อรรณพานุรักษ์, อนัญญา มานิตย์. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558; 26(1): 133-148.
18. นิพร ขัดตา, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรค ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2561; 24(2): 108-129.
19. สุมนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอพพลิเคชั่น ที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารกรมการแพทย์ 2563; 45(3): 42-50.
20. สังวาล พงษ์ศร, กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564; 29(1): 34-44.
21. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, สมจิตร สกุลคู, ณฤดี ทิพย์สุทธิ์, วันเพ็ญ วิศิษฎ์ชัยนนท์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารกองการพยาบาล 2563; 47(1): 190-208.
22. รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒายุ, นันทวรรณ สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29(1): 51-65.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

การพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

DEVELOPMENT AND EFFECTIVENESS EVALUATION OF AN IMAGE RECEPTOR HOLDER FOR RADIOGRAPHIC IMAGING OF THE KNEE AND LEG AT NA DUN HOSPITAL MAHASARAKHAM PROVINCE

Received: September 29, 2025
Revised: December 10, 2025
Accepted: December 21, 2025

สุดาลักษณ์ จันทรเจริญ[1], วรวุฒิ ภูมินา[1], วิศรุต ศรีสว่าง[1], ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์[2*]

Sudalak Chanjaroen[1], Worawut Phumina[1], Witsarut Srisawang[1], Phadoongsit Chamnanborirak[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มารับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 30 คน และนักรังสีการแพทย์ จำนวน 2 คน เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวางแผน ระยะปฏิบัติ ระยะสังเกต และระยะสะท้อนผลดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสี แบบประเมินคุณภาพภาพถ่ายรังสี และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40×50 เซนติเมตร สูง 5 เซนติเมตร ผลิตจากอะคริลิกใส ไม้อัด และท่อพีวีซี มีน้ำหนักรวม 2.8 กิโลกรัม และต้นทุนการผลิต 756 บาท ภายหลังการใช้อุปกรณ์ อัตราการถ่ายภาพซ้ำลดลงจากร้อยละ 23.33 เหลือร้อยละ 6.67 คุณภาพของภาพถ่ายรังสีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p-value < 0.05) ระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีลดลงจากเฉลี่ย 5.01 นาที เหลือ 3.05 นาที (p-value < 0.001) และความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มคุณภาพการถ่ายภาพรังสี ลดการถ่ายภาพซ้ำ และลดระยะเวลาการให้บริการ เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ, การถ่ายภาพรังสี, เข่าและขา

[1] โรงพยาบาลนาดูน

Na Dun Hospital

[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: phadoongsit@smnc.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of an image receptor holder for radiographic imaging of the knee and leg. The study involved 30 patients undergoing knee and leg radiography and 2 radiologic technologists at Nadun Hospital, Maha Sarakham Province. The research was conducted in four phases: planning, action, observation, and reflection, during October 2023 – September 2024. Data collection tools included a radiographic record form, radiographic image quality assessment form, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that the developed image receptor holder featured a rectangular base measuring 40 × 50 cm and 5 cm in height, constructed from clear acrylic, plywood, and PVC pipes. The total weight was 2.8 kilograms, with a production cost of 756 Baht. After implementation, the repeat rate of radiographic imaging decreased from 23.33% to 6.67%. The radiographic image quality significantly improved (p-value < 0.05) in all aspects, including sharpness, density, anatomical positioning, anatomical detail, and image completeness. The average imaging time was reduced from 5.01 minutes to 3.05 minutes (p-value < 0.001). Moreover, patient satisfaction was rated at the highest level ($\bar{X}$ = 4.67, S.D. = 0.47)

In conclusion, the developed image receptor holder was effective in reducing repeat rates, improving radiographic image quality, and shortening imaging time. This device can be feasibly applied in community hospitals with limited resources and personnel.

Keywords: Image Receptor Holder, Radiography, Knee and Leg

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

บทนำ

การถ่ายภาพรังสีเป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะการถ่ายภาพรังสีบริเวณข้อเข่าและขา ซึ่งมีความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรคและอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นบริเวณดังกล่าว[1] การได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพดีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะตำแหน่งการวางแผ่นรับภาพ (Image Receptor) ที่ถูกต้องและเหมาะสม การปรับตำแหน่งผู้ป่วยและอุปกรณ์มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพของภาพรังสีที่ได้รับ[2] การวางตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดการถ่ายภาพซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย[3]

ประเทศไทยในฐานะประเทศกำลังพัฒนา มีระบบสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการให้บริการที่ทั่วถึงและเป็นธรรม โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ มีบทบาทสำคัญในการให้บริการรังสีวิทยาแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล จากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบว่า มีการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาประมาณร้อยละ 30 ของการถ่ายภาพรังสีทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับสถิติทั่วไปที่พบว่าการถ่ายภาพรังสีบริเวณกระดูกขาเป็นการตรวจที่มีความถี่สูง เนื่องจากความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกลุ่มกระดูกนี้ในกิจกรรมประจำวัน การเล่นกีฬา และอุบัติเหตุ[4] ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในการปฏิบัติงานได้แก่ การต้องถ่ายภาพซ้ำเนื่องจากตำแหน่งแผ่นรับภาพไม่เหมาะสม หรือเกิดการเลื่อนของแผ่นรับภาพระหว่างการถ่าย ข้อผิดพลาดในการจัดตำแหน่ง ปัญหาทางเทคนิคการตัดทอนของอวัยวะ สิ่งแปลกปลอม และการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นสาเหตุหลักของการถ่ายภาพซ้ำ[5] การถ่ายภาพซ้ำส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น ซึ่งขัดกับหลักการ ALARA (As Low As Reasonably Achievable) ที่เป็นมาตรฐานสำคัญในการคุ้มครองรังสี[5]การปรับปริมาณรังสีให้เหมาะสมในรังสีวิทยาเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ ที่มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างความจำเป็นในการวินิจฉัยทางภาพกับความปลอดภัยของผู้ป่วย[5] นอกจากนี้ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการ เนื่องจากเกิดความล่าช้า การใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย[3] การจัดตำแหน่งที่ถูกต้องในการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์ของนักรังสีการแพทย์[1] การได้ภาพรังสีข้างของข้อเข่าในมาตรฐานมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและการรักษาสภาวะที่เกี่ยวข้องกับข้อเข่า[10] อย่างไรก็ตาม การได้ภาพรังสีข้างของข้อเข่าในมาตรฐานในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรจำกัด การพึ่งพาความเชี่ยวชาญเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเมื่อต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก หรือในกรณีที่มีบุคลากรใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยการจัดตำแหน่งได้รับความสนใจมากขึ้นในวงการรังสีวิทยา อุปกรณ์สำหรับการจัดตำแหน่งเข่าในสภาพแวดล้อมรังสีเอกซ์ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้การวัดและจัดตำแหน่งมีความแม่นยำมากขึ้น[6] อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์เหล่านี้มักมีราคาสูงและซับซ้อน ไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีงบประมาณจำกัด การพัฒนาอุปกรณ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

ที่เรียบง่าย มีต้นทุนต่ำ และสามารถผลิตได้ในท้องถิ่น จึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจสำหรับโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

การพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขามีความสำคัญในหลายมิติ ประการแรก ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำจะช่วยลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองรังสีสากล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจากผลกระทบของรังสี[5] ประการที่สอง ด้านคุณภาพการให้บริการ การมีอุปกรณ์ที่ช่วยให้การจัดตำแหน่งมีความแม่นยำและสม่ำเสมอ จะส่งผลให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพดีขึ้น ลดเวลาในการตรวจ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[2] ประการที่สาม ด้านประสิทธิภาพการทำงาน การลดการถ่ายภาพซ้ำจะช่วยลดภาระงานของนักรังสีการแพทย์ ทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้นในระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรจำกัด[3] นอกจากนี้ การลดการใช้ฟิล์มหรือแผ่นรับภาพดิจิทัลที่ไม่จำเป็น ยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ประการที่สี่ ด้านการถ่ายทอดความรู้และมาตรฐานการปฏิบัติงาน อุปกรณ์ที่ออกแบบมาอย่างดีสามารถช่วยให้บุคลากรใหม่หรือที่มีประสบการณ์น้อยสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการพึ่งพาความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สม่ำเสมอ[6]

โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีนักรังสีการแพทย์ปฏิบัติงานเพียง 2 คน ให้บริการถ่ายภาพรังสีเฉลี่ย 20-25 รายต่อวัน จากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบว่า มีการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาประมาณร้อยละ 30 ของการถ่ายภาพรังสีทั้งหมด ปัญหาที่พบบ่อยในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การต้องถ่ายภาพซ้ำเนื่องจากตำแหน่งแผ่นรับภาพไม่เหมาะสม หรือเกิดการเลื่อนของแผ่นรับภาพระหว่างการถ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้นและเกิดความล่าช้าในการให้บริการ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำ ลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ และเพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายรังสี อุปกรณ์มีความมั่นคงแข็งแรง และสามารถใช้งานได้ง่าย โดยใช้วัสดุที่มีราคาไม่สูงและหาได้ในท้องถิ่น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางรังสีวิทยาในโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพรังสีบริเวณเข่าและขา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart[7] ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) โดยระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย วันที่ 1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567 มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการศึกษาปัญหาและความต้องการในการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา ออกแบบและสร้างอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพต้นแบบ และทดสอบการใช้งานเบื้องต้นและปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำสู่การพัฒนาในขั้นระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นขั้นตอนการนำอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสีและประเมินคุณภาพภาพถ่ายรังสี และเปรียบเทียบกับการถ่ายภาพรังสีแบบเดิม (ไม่ใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ)

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนการสังเกตการใช้งานอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพและสัมภาษณ์นักรังสีการแพทย์และผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มารับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาที่โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

2. กลุ่มนักรังสีการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาดูน จำนวน 2 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

อายุ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ไม่สามารถสื่อสารได้ และไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้น โดยมีคุณลักษณะดังนี้

- มีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40 x 50 ซม. สูง 5 ซม.
- โครงสร้างทำจากอะคริลิกชนิดใส,ไม้อัด และท่อพีวีซี
- สามารถรองรับแผ่นรับภาพขนาด 14x17 นิ้ว
- น้ำหนักรวมไม่เกิน 2.8 กิโลกรัม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสี ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ท่าที่ใช้ในการถ่ายภาพ
- จำนวนครั้งในการถ่ายภาพ
- ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพ
- เหตุผลในการถ่ายภาพซ้ำ

2.2 แบบประเมินคุณภาพภาพถ่ายรังสี โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการประเมินคุณภาพภาพรังสีของ สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย[8] ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความคมชัด ความหนาแน่น การจัดตำแหน่งอวัยวะ การแสดงรายละเอียดของอวัยวะ และความสมบูรณ์ของภาพ โดยใช้มาตรวัดแบบ Ratting scale โดยแบ่งเป็นแบบ 5 ระดับ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความสะดวกในการใช้งาน ความมั่นคงแข็งแรง ความปลอดภัย และความพึงพอใจโดยรวม โดยใช้มาตรวัดแบบ Ratting scale โดยแบ่งเป็นแบบ 5 ระดับคะแนน (Ratting scale) ประกอบด้วย พอใจน้อยที่สุด (1) พอใจน้อย (2) พอใจปานกลาง (3) พอใจมาก (4) และพอใจมากที่สุด (5) เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51-5.00 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 2.51-3.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 1.00-1.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด[9]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาดูน เลขที่ ND 02/2567 วันที่รับรอง 6 มกราคม 2567 ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาที่โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 13 คน ร้อยละ 43.33 เพศหญิง 17 คน ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 45.87 ปี (S.D. = 16.29) สาเหตุที่มารับการถ่ายภาพรังสีส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุ 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมา คือ ปวดเข่าเรื้อรัง 10 คน ร้อยละ 33.33 และอื่นๆ 4 คน ร้อยละ 13.34 โดยมีการถ่ายภาพรังสีในท่า AP / Lateral 30 คน ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	43.33
หญิง	17	56.67
รวม	**30**	**100**
ช่วงอายุ (ปี) อายุเฉลี่ย = 45.87 ปี (S.D. = 16.29)		
18-30	5	16.67
31-45	8	26.67
46-60	10	33.33
61 ปีขึ้นไป	7	23.33
รวม	**30**	**100**
สาเหตุที่มารับการถ่ายภาพรังสี		
อุบัติเหตุ	16	53.33
ปวดเข่าเรื้อรัง	10	33.33
อื่นๆ	4	13.34
รวม	**30**	**100**

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทการถ่ายภาพรังสี		
AP/Lateral	30	100

2. ผลการพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40 x 50 เซนติเมตร สูง 5 เซนติเมตร ทำจากอะคริลิกชนิดใส, ไม้อัด และท่อท่อพีวีซี น้ำหนักรวม 2.8 กิโลกรัม มีต้นทุนในการผลิต 756 บาท สามารถรองรับแผ่นรับภาพขนาด 14 x 17 นิ้ว การใช้งานทำได้โดยการวางอุปกรณ์บนเตียงถ่ายภาพรังสี ปรับระดับให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ต้องการถ่าย จากนั้นใส่แผ่นรับภาพในช่องยึด และจัดท่าผู้ป่วยตามที่ต้องการ

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ พบว่า อัตราการถ่ายภาพซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) โดยก่อนการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ มีอัตราการถ่ายภาพซ้ำ ร้อยละ 23.33 หลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ มีอัตราการถ่ายภาพซ้ำ ร้อยละ 6.67 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการถ่ายภาพซ้ำก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

รายการ	ก่อนใช้อุปกรณ์ (n = 30)		หลังใช้อุปกรณ์ (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ถ่ายซ้ำ	7	23.33	2	6.67	< 0.001*
ไม่ถ่ายซ้ำ	23	76.67	28	93.33	

4. ผลการศึกษาคุณภาพของภาพถ่ายรังสีหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้อุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.05) ในทุกด้าน ได้แก่ ความคมชัด ความหนาแน่น การจัดตำแหน่งอวัยวะ การแสดงรายละเอียดของอวัยวะ และความสมบูรณ์ของภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพของภาพถ่ายรังสีก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ด้านคุณภาพของภาพ	ก่อนใช้อุปกรณ์ (n = 30)		หลังใช้อุปกรณ์ (n = 30)		p-value
	$\overline{x}$	S.D.	$\overline{x}$	S.D.	
ความคมชัด	3.65	0.53	4.38	0.42	0.012*
ความหนาแน่น	3.72	0.47	4.42	0.38	0.008*
การจัดตำแหน่งอวัยวะ	3.58	0.62	4.45	0.37	0.003*
การแสดงรายละเอียดของอวัยวะ	3.67	0.55	4.32	0.45	0.015*
ความสมบูรณ์ของภาพ	3.70	0.51	4.48	0.39	0.007*

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

5. ผลการศึกษาระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) จากเดิมใช้เวลาเฉลี่ย 5.01 นาที (S.D. = 1.28) เหลือ 3.05 นาที (S.D. = 0.89) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ด้านคุณภาพของภาพ	ก่อนใช้อุปกรณ์ (n = 30)		หลังใช้อุปกรณ์ (n = 30)		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ท่า AP	4.15	1.12	2.68	0.83	< 0.001*
ท่า Lateral	5.87	1.43	3.42	0.95	< 0.001*
เฉลี่ยรวม	5.01	1.28	3.05	0.89	< 0.001*

6. ผลความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67, S.D. = 0.47) เมื่อแบ่งเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจในความสะดวกสบายในการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.77, S.D. = 0.43) รองลงมา คือ ความรวดเร็วในการถ่ายภาพ ($\bar{X}$ = 4.73, S.D. = 0.45) ส่วนความมั่นคงแข็งแรง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 4.62, S.D. = 0.49) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความมั่นคงแข็งแรง	4.62	0.49	มากที่สุด
ความปลอดภัย	4.70	0.47	มากที่สุด
ความรวดเร็วในการถ่ายภาพ	4.73	0.45	มากที่สุด
ความสะดวกสบายในการใช้งาน	4.77	0.43	มากที่สุด
โดยรวม	**4.67**	**0.47**	**มากที่สุด**

สรุปผลการวิจัย

สรุปการพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา ของโรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40 x 50 เซนติเมตร สูง 5 เซนติเมตร ผลิตจากอะคริลิกใส ไม้อัด และท่อพีวีซี มีน้ำหนักรวม 2.8 กิโลกรัม และต้นทุนการผลิต 756 บาท ภายหลังการใช้อุปกรณ์ อัตราการถ่ายภาพซ้ำ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

ลดลงจากร้อยละ 23.33 เหลือร้อยละ 6.67 คุณภาพของภาพถ่ายรังสีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p-value < 0.05) ระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีลดลงจากเฉลี่ย 5.01 นาที เหลือ 3.05 นาที (p-value < 0.001) และความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด อุปกรณ์ดังกล่าวมีต้นทุนในการผลิตที่ไม่สูง สามารถสร้างและใช้งานได้ง่าย มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา ผลการศึกษา พบว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำ เพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายรังสี และลดระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสี รวมทั้งได้รับความพึงพอใจจากนักรังสีการแพทย์และผู้ป่วยในระดับมากถึงมากที่สุด อัตราการถ่ายภาพซ้ำลดลงจากร้อยละ 23.33 เหลือร้อยละ 6.67 หลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมหมาย กันทะเมืองลี้[10] ที่พบว่า หลังจากการพัฒนาคุณภาพภาพถ่ายรังสีทำให้มีคุณภาพดีขึ้นทำให้ภาพเสียของโรงพยาบาลลดลงน้อยกว่าร้อยละ 3 ซึ่งเป็นไปตามหลักการป้องกันอันตรายจากรังสี (ALARA: As Low As Reasonably Achievable)[8] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Atkinson et al.[11] ที่รายงานว่า การปรับปรุงการจัดตำแหน่งและการปฏิบัติงานในแผนกรังสีวิทยาสามารถลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำได้ประมาณร้อยละ 15-20 การลดลงของอัตราการถ่ายภาพซ้ำในการศึกษานี้อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลที่กำหนดให้อัตราการถ่ายภาพซ้ำไม่เกินร้อยละ 5-10[11] สาเหตุหลักของการถ่ายภาพซ้ำในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bushong[12] ที่ระบุว่าการจัดตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุหลักของการถ่ายภาพซ้ำ โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 60-80 ของกรณีทั้งหมด การศึกษาล่าสุด พบว่า อัตราการถ่ายภาพซ้ำที่สูงกว่าร้อยละ 5 ยังคงพบได้ในหลายแผนก โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีอัตราการปฏิเสธสูงสุดถึงร้อยละ 51.67 ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สุด คือ การจัดตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 84.8 การพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพในการศึกษานี้จึงตอบสนองต่อปัญหาหลักที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริง การใช้เทคโนโลยีช่วยในการจัดตำแหน่งสามารถลดการถ่ายภาพซ้ำได้มากถึง 492 ครั้งต่อปี ทำให้ประหยัดเวลาการทำงานมากกว่า 24 ชั่วโมงต่อปี โดยแต่ละครั้งของการถ่ายภาพซ้ำใช้เวลาประมาณ 3 นาที ในขณะที่ลูกค้าที่ใช้ระบบช่วยจัดตำแหน่งสามารถลดอัตราการปฏิเสธได้เฉลี่ยร้อยละ 16 จากอัตราเดิม ด้านการเพิ่มขึ้นของคุณภาพภาพถ่ายรังสี คุณภาพของภาพถ่ายรังสีหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้อุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน (p-value < 0.05) โดยเฉพาะในด้านการจัดตำแหน่งอวัยวะที่เพิ่มขึ้นจาก 3.58 เป็น 4.45 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของอุปกรณ์ในการช่วยให้การจัดตำแหน่งมีความแม่นยำมากขึ้น การจัดตำแหน่งผู้ป่วยที่ถูกต้องมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงความแม่นยำในการวินิจฉัย โดยช่วยให้ได้ภาพที่สามารถใช้ในการวินิจฉัยได้ การเพิ่มขึ้น

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

ของคุณภาพภาพในด้านความคมชัดและความหนาแน่นสอดคล้องกับหลักการของการถ่ายภาพรังสีดิจิทัลที่ต้องการการจัดตำแหน่งแผ่นรับภาพที่ถูกต้องเพื่อให้ได้ภาพที่มีคุณภาพดี[13] อุปกรณ์ช่วยจัดตำแหน่งมีบทบาทสำคัญในการลดความจำเป็นของการถ่ายภาพซ้ำ โดยการจัดตำแหน่งที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการได้ภาพที่ชัดเจนและแม่นยำตั้งแต่ครั้งแรก ด้านการลดลงของระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสี ระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 5.01 นาที เหลือ 3.05 นาที (p-value < 0.001) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของอุปกรณ์ในการเพิ่มความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน การลดลงของเวลานี้ส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและแผนกรังสีวิทยา โดยผู้ป่วยจะได้รับความสะดวกสบายมากขึ้นจากการลดระยะเวลารอคอย และแผนกสามารถให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้นในระยะเวลาเดียวกัน ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Carlton & Adler[14] ที่กล่าวว่า การใช้อุปกรณ์ช่วยในการจัดตำแหน่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้ประมาณร้อยละ 15-25 โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีปริมาณงานสูงและบุคลากรจำกัด และด้านความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ระดับความพึงพอใจของทั้งนักรังสีการแพทย์และผู้ป่วยที่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดแสดงให้เห็นถึงการยอมรับของอุปกรณ์ในทางปฏิบัติ นักรังสีการแพทย์มีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความสะดวกในการใช้งานและการลดระยะเวลา (คะแนนเฉลี่ย 5.00) ซึ่งสะท้อนถึงการตอบสนองต่อความต้องการในการปฏิบัติงานจริง ส่วนผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความสะดวกสบายและความรวดเร็ว (คะแนนเฉลี่ย 4.77) ซึ่งแสดงถึงการได้รับประสบการณ์การรักษาที่ดีขึ้น การได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงอย่างยั่งยืน[15] โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนที่การเปลี่ยนแปลงต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับ

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมทางรังสีวิทยาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางรังสีวิทยา และส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางรังสีวิทยาที่มีคุณภาพของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ โดยปรับวัสดุหรือขนาดให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละแห่ง

2. ควรจัดอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ให้แก่นักรังสีการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

3. ควรตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัยในการใช้งาน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

4. ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) สำหรับการใช้อุปกรณ์ เพื่อให้การใช้งานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีมาตรฐาน

5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นกับอุปกรณ์ที่มีจำหน่ายในท้องตลาด เพื่อประเมินความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Yurt A, Ikinci A, Sezen O. Optimization of knee and leg radiography: technical factors and positioning considerations. Turk J Med Sci 2022; 52(3): 445-52.
2. Wang H, Zhang L, Chen M. Improving radiographic image quality through optimal positioning: a systematic review. Eur J Radiol 2021; 142: 109118.
3. Raghav P, Kumar S, Patel N. Analysis of repeat radiographic examinations: causes and impact on patient care. Int J Radiol 2023; 28(4): 156-64.
4. Radiographic positioning examples. Common radiographic procedures and positioning techniques. J Med Imaging Technol 2024; 42(3): 78-89.
5. Zhou X, Liu Y, Wang S. ALARA principle in digital radiography: current practices and future directions. Radiat Prot Dosimetry 2024; 198(1): 23-31.
6. Stull MA, Johnson KL, Thompson R. Development of positioning aids for knee radiography in resource-limited settings. Radiography 2021; 27(2): 234-41.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย. เกณฑ์มาตรฐานการประเมินคุณภาพภาพรังสี. กรุงเทพฯ: สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย; 2560.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
10. สมหมาย กันทะเมืองลี้. การวิเคราะห์ภาพดิจิตอลทางรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ โรงพยาบาลนครปฐม.วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560; 12(4): 28-35.
11. Atkinson S, Williams L, Murphy D. Quality improvement in radiology: reducing repeat examinations through enhanced positioning techniques. Radiol Technol 2020; 91(4): 312-25.
12. Bushong SC. Radiologic science for technologists: physics, biology, and protection. 12th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277954

13. Seeram E. Digital radiography: physical principles and quality control. 3rd ed. Cham: Springer; 2022.

14. Carlton RR, Adler AM. Principles of radiographic imaging: an art and a science. 6th ed. Boston: Cengage Learning; 2023.

15. Rogers EM. Diffusion of innovations. 6th ed. New York: Free Press; 2023.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา)

DEVELOPING A MODEL FOR INTEGRATED ELDERLY HEALTH CARE FROM THE COMMUNITY TO THE HOSPITAL IN A SEAMLESS MANNER (CASE STUDY)

Received: September 02, 2025
Revised: October 01, 2025
Accepted: November 17, 2025

เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม[1*], กรภัทร อาจวานิชชากุล[1], สุภาพร ปานิเสน[1], วิจิตย์ ทองแสน[1]

Ekkaphong Tangkittikasem[1*], Koraphat Artwanischakul[1], Supapron Panisen[1] ,Wijit Thonsan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบฯ 3) การนำรูปแบบฯไปใช้ 4) การประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในหมู่บ้านมากที่สุด รองลงมา คือ อยากมีอุปกรณ์ช่วยพยุงขณะลุกนั่งหรือเดิน อยากมีรายได้เสริมเพื่อลดภาระลูกหลาน ส่วนรูปแบบฯ นั้น ได้เชื่อมโยงกิจกรรมใน 3 มิติ คือ มิติความมั่นคง มิติการมีส่วนร่วมกับสังคม มิติสุขภาพและระบบบริการ ภายใต้การขับเคลื่อนการทำงานของ 4 เสาหลัก คือ ภาคประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จากรูปแบบดังกล่าวที่ได้ผสานรอยต่อระหว่างชุมชนกับภาคีเครือข่ายสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกด้าน ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ดีขึ้น การนำเอารูปแบบฯไปใช้ในพื้นที่อื่น ควรคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทของแต่ละพื้นที่ด้วย

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, เชิงบูรณาการ, แบบไร้รอยต่อ

[1] โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย
Photak Hospital Pho Tak District, Nong Khai Province
*Corresponding author E-mail: awaken_kim@hotmail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

Abstract

This research aimed to develop a seamlessly integrated healthcare model for the elderly spanning from the community to the hospital, comprising four stages: 1) studying problems and needs in elderly healthcare; 2) developing the model; 3) implementing the model; and 4) evaluation. Data were collected through questionnaires, focus group discussions, and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and content analysis.

The results revealed that the majority of elderly participants expressed the strongest preference for an elderly care center within their village, followed by assistive equipment for standing, sitting, or walking, and supplementary income to reduce the burden on their children and grandchildren. The model integrated activities across three dimensions: security, social participation, and health and service systems, operationalized through four main pillars: the public sector, Sub-district Administrative Organization, community hospital, and District Public Health Office. Following implementation of the model, elderly participants demonstrated a statistically significant improvement in quality of life (p-value < 0.001), with overall satisfaction at a moderate level. This model, which integrates the interface between the community and network partners, comprehensively addresses the healthcare needs of the elderly across all dimensions, resulting in improved quality of life. When adapting this model to other areas, consideration should be given to the contextual differences of each setting.

Keywords: Health care, Elderly, Integrated, Seamless

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โลกได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และส่งผลต่อชีวิตมนุษย์[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายๆ ประเทศทั่วโลก และประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20[2] และอายุเฉลี่ยประมาณ 75 ปี และจะมีอายุเฉลี่ยเป็น 85 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป[3] จากจำนวนผู้สูงอายุผู้ของจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 75,975, 93,866 และ 97,716 คิดเป็นร้อยละ 19.9, 18.2 และ19.11 ซึ่งเป็นแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลผู้สูงอายุของในพื้นที่อำเภอโพธิ์ตาก ร้อยละ 19.01 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว[4] จะเห็นว่า ผู้สูงอายุมักพบปัญหาสุขภาพและปัญหาในการดำรงชีวิตมากกว่าวัยอื่นๆ[5] ถึงแม้จะมีหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เข้ามาร่วมกันดูแล แต่เป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ[6] ด้วยปัญหาที่มีความซับซ้อนในหลายๆ มิติ ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงจะต้องมองให้ครอบคลุมทั้งเชิงสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “Active Aging” ที่มุ่งแน่นการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาผู้สูงอายุให้พึ่งตนเองได้ มีหลักประกันที่มั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[7] โดยเฉพาะภาครัฐจึงควรมีระบบที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ ประกันด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ดีให้กับประชาชนได้อย่างทั่วถึง[8] ดำรงไว้ซึ่งการดูแลแบบเกื้อกูลกันทั้งในครอบครัว ชุมชน และเสริมด้วยการจัดบริการสุขภาพของรัฐฯ ควบคู่กันไป

พื้นที่ของอำเภอโพธิ์ตาก มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วนกันอยู่ ซึ่งต่างทำหน้าที่เฉพาะบทบาทตนเอง ดังนั้น การจัดโครงการหรือกิจกรรมใดๆ ในเชิงสุขภาพจึงมีลักษณะซ้อนทับกันอยู่ ถ้าหากสามารถเชื่อมโยงและพัฒนาร่วมกันกันตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลได้ก็จะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเกื้อหนุน และมีกลไกเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย ให้สามารถตอบสนองในดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนได้อย่างเต็มที่[9] ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา) ของอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 46 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การพัฒนารูปแบบฯ 3) นำรูปแบบฯไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 4) การประเมินผลฯ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีชื่อตามทะเบียนราษฎร์ของอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Taro Yamane จำนวน 360 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยมีสัดส่วนเท่ากับ 0.5 ระดับความเชื่อมั่น 95% และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบจัดกลุ่มและหาสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากบ้านเลขที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่และไม่ใส่คืน จนได้ครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น มี 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) แบบสอบถามปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) 4 (เห็นด้วยมาก) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 2 (เห็นด้วยน้อย) 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาร่างรูปแบบฯ มี 2 กิจกรรม คือ 1)การจัดกิจกรรมการเสวนา เพื่อเปิดโอกาสให้คนในหมู่บ้านร่วมแสดงความเห็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติและร่างรูปแบบฯ ก่อนนำไปใช้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกด้วยการจับสลาก เพื่อหาตำบลและหมู่บ้านต้นแบบได้ตำบลโพธิ์ตากและหมู่บ้านนำร่องอีก 3 หมู่บ้าน ที่จะใช้ดำเนินการจัดกิจกรรมเสวนาสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการนั้น ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 18 คน ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมชาวไทพวนและผู้สูงอายุ สาธารณสุขอำเภอ/รพ.สต. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธิ์ตาก และประธาน อสม. ทั้ง 3 หมู่บ้าน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกการสนทนา และแบบบันทึกการประชุม เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic analysis)

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบฯไปใช้ โดยบูรณาการทำงานของประชาชนและภาคีเครือข่าย โดยจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งในระดับชุมชนและผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งงอกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่จะใช้รูปแบบฯในหมู่บ้าน จำนวน 41 คน ได้มาจากการคัดเข้าตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ร่างกายแข็งแรง ยินดีให้ความร่วมมือ และเกณฑ์คัดออก คือ บกพร่องทางการสื่อสาร และไม่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบฯในโรงพยาบาล จำนวน 11 คน ที่ได้จากการสุ่มโดยบังเอิญกับผู้สูงอายุในใช้รูปแบบในชุมชนมาก่อน และเข้าใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ไม่มีอาการรุนแรงของโรค ยินดีให้ข้อมูลและสื่อสารเข้าใจ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามที่ใช้กับผู้สูงอายุที่จะใช้รูปแบบฯ ในหมู่บ้าน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ 2) แบบสอบถามที่ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบฯ ในโรงพยาบาล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ (In-depth Interview) ในประเด็นรูปแบบบริการของโรงพยาบาลที่ได้รับ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pair Sample t-Test และวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งการมีส่วนร่วมทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบการสังเกต เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 82/2567 เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

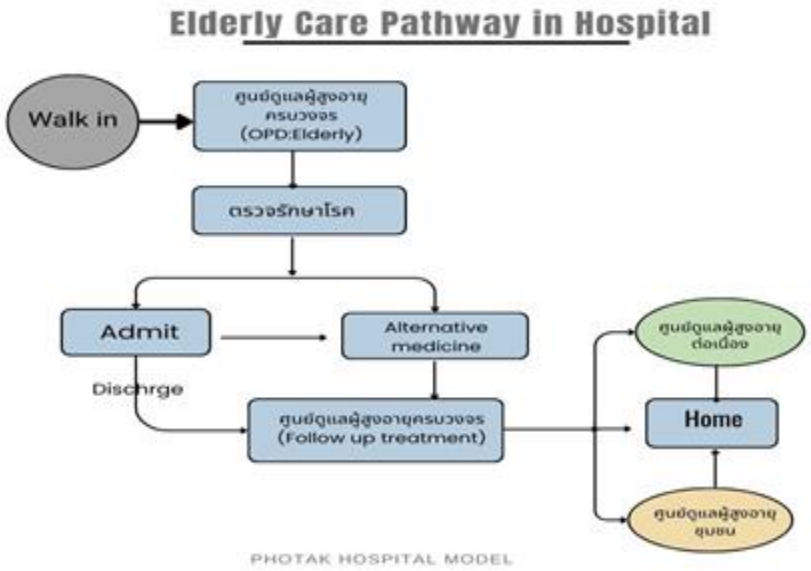
1. การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ67.8 มีอายุระหว่าง 61-69 ปี ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.2 จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 85 ทำอาชีพการเกษตร ร้อยละ 76.7 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 85 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.8 เป็นต้น จากผลการสำรวจฯ พบว่าผู้สูงอายุอยากให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในหมู่บ้านมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.83) รองลงมา คือ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

อยากได้อุปกรณ์ช่วยพยุงร่างกายในการลุก-นั่ง หรือขณะเดิน ($\bar{X}$ = 4.03, S.D. = 0.91) ส่วนความต้องการสถานที่ออกกำลังกายภายในหมู่บ้านน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 1.44, S.D. = 0.71) รองลงมา คือ อยากมีสถานที่พักผ่อนภายในหมู่บ้าน ($\bar{X}$ = 2.15, S.D. = 0.50) เป็นต้น

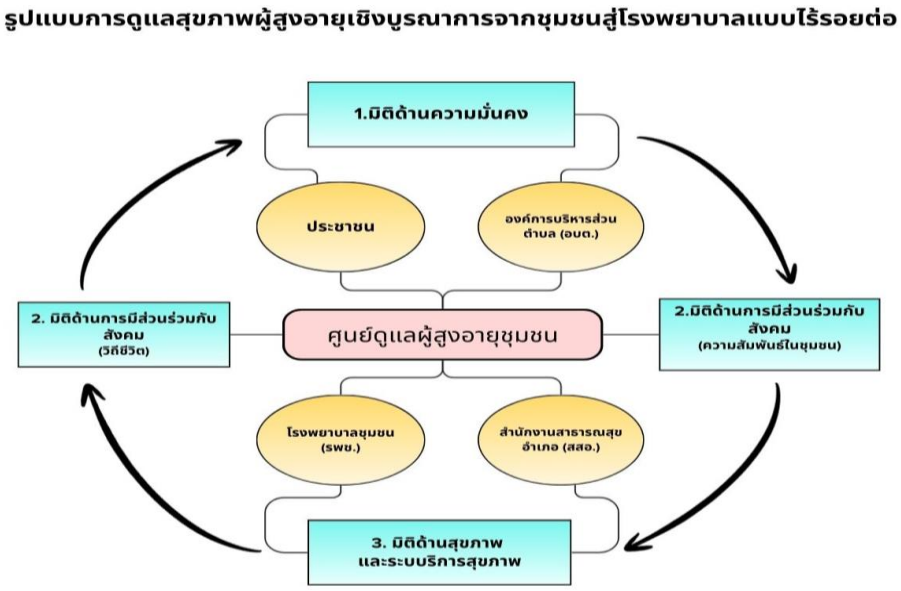
2. การพัฒนารูปแบบฯ โดยการจัดประชุมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมองภาพที่อยากให้เป็นในอนาคต บนรากฐานที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลได้สะดวกยิ่งขึ้น ประกอบกับการนำเอาผลที่ได้จากการสำรวจฯ กับข้อมูลที่การจัดเสวนาเพื่อสะท้อนปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และผสมผสานกิจกรรมที่หลากหลายภายใต้แนวคิดที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ คือ 1) มิติด้านความมั่นคงที่เป็นการส่งเสริมชุมชนเข้มแข็ง สร้างกองทุนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และพัฒนางานเพิ่มรายได้โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 2) มิติด้านการมีส่วนร่วมกับสังคม เป็นการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับบทบาท และการให้เกียรติผู้สูงอายุ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น 3) มิติด้านสุขภาพ/ระบบบริการสุขภาพ สร้างการเรียนรู้และการฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้สูงอายุ และส่งเสริมการเข้าถึงมีระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ผ่านกลไกเชื่อมต่อข้อมูลภายใต้การขับเคลื่อนระบบการทำงานของ 4 เสาหลัก ดังนี้ *เสาหลักที่ 1:* ภาคประชาชน โดยมีคณะกรรมการฯทำงานรวมกับอาสาไทพวน ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชน 2) จัดตั้งกองทุนสุขภาพผู้สูงอายุไทพวน 3) ส่งเสริมการเรียนรู้กับการดูแลสุขภาพ 4) เสริมทักษะสร้างรายได้จากงานทอผ้า สมุนไพร จักสาน เป็นต้น 4) จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์งานฝีมือ ซึ่งมีการประชุมติดตามการดำเนินทุกเดือน *เสาหลักที่ 2* : องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ตาก (อบต.) มีคณะทำงานกำกับการดูแลผู้สูงอายุ จัดตั้งกองทุนสูงวัย โดยสนับสนุนเงินทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งกำหนดไว้ในแผนรายปี รวมถึงการพัฒนาการดำรงชีพ และการปรับสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ เป็นต้น *เสาหลักที่ 3*: โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุครบวงจรภายในโรงพยาบาล พัฒนาแนวทางปฏิบัติ Elderly Care Pathway in Hospital ในการให้บริการผู้สูงอายุ โดยมีทีมประสานงานในการเชื่อมต่อบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เป็นต้น แสดงดังภาพที่ 1

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453



ภาพที่ 1: Elderly Care Pathway in Hospital

เสาหลักที่ 4 : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง (Continuing of Care) ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการปฏิบัติงานในการการประสานงานการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล และศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home visit) การเยี่ยมบ้านประเมินผู้สูงอายุการเยี่ยมบ้านติดตามการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นต้น แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาฯ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

3. ผลการใช้รูปแบบฯ

1) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.94, S.D. = 0.19) และข้อที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก คือ ความกล้าที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ด้วยสติ ($\bar{X}$ = 3.71, S.D. = 0.71) รองลงมา คือ ความพึงพอใจในชีวิตกับความสุขและความสงบ ($\bar{X}$ = 3.53, S.D. = 0.67) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย คือ การได้ออกไปทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นภายในหมู่บ้าน ($\bar{X}$ = 2.17, S.D. = 0.89) รองลงมา คือ ความสามารถในการออกกำลังกายได้เป็นประจำ เช่น การเดิน การยกแขน-ยกขา เป็นต้น ($\bar{X}$ = 2.34, S.D. = 0.85) เป็นต้น และภายหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.35, S.D. = 0.21) โดยข้อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การจักสาน ท่อผ้า เป็นต้น ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.76) รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ได้ง่าย ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.98) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้เวลาว่างในการสนทนากับกลุ่มเพื่อนสูงวัยด้วยกัน ($\bar{X}$ = 2.78, S.D. = 1.08) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ($\bar{X}$ = 2.93, S.D. = 0.46) เป็นต้น และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้น 0.45 คะแนน (95%CI = 0.36-0.48)ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ (n = 41)

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D	Mean difference	95% CI	t	p-value
ก่อนพัฒนาฯ	2.94	0.19				
			0.45	0.36-0.48	13.49	< 0.001
หลังพัฒนาฯ	3.39	0.18				

2) ด้านความพึงพอใจ ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ในชุมชน พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.44, S.D. = 1.07) เมื่อแยกเป็นรายด้านจะเห็นว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังนี้ (1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำด้านการกินและวิธีการปรุงอาหาร ($\bar{X}$ = 3.61, S.D. = 1.22) (2) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงต่อการให้คำแนะนำการป้องกันการล้ม ($\bar{X}$ = 3.78, S.D. = 0.96) (3) ด้านการส่งเสริมอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดฝึกอบรมทักษะงานฝีมือ เช่น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

การทอผ้า การจักสาน เพื่อทำเป็นอาชีพเสริม ($\bar{X}$ = 4.27, S.D. = 0.83) (4) ด้านกองทุนสุขภาพหมู่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.49, S.D. = 0.74) (5) ด้านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจความร่วมมือของชาวบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดูแลผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 4.51, S.D. = 0.63)

3) ผลการใช้รูปแบบฯ ในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.5 มีอายุระหว่าง 66-70 และ 71-75 ปี ร้อยละ 45.5 เท่ากัน ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากและได้รับจากลูกหลานร้อยละ 54.5 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 81.1 มีความสามารถในการทำงานได้บ้าง ร้อยละ 54.5 ภาวะสุขภาพมีอาการปวดตึงร่างกายบางส่วน ร้อยละ 63.6 เมื่อยามเจ็บป่วยมีลูก-หลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ100 เป็นต้น ความพึงพอใจของผู้สูงอายุผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลโพธิ์ตาก ภายหลังที่มีศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.89, S.D. = 0.23) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การมีแพทย์ที่คอยให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ($\bar{X}$ = 4.53, S.D. = 0.51) รองลงมา คือ มีความรวดเร็วในการให้รับบริการ ($\bar{X}$= 4.47, S.D. = 0.64) ส่วนข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีสถานที่ให้บริการที่เพียงพอ ($\bar{X}$ = 1.93, S.D.= 0.96) และ มีเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการ ($\bar{X}$ = 2.60, S.D. = 0.50) เป็นต้น ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุมีความประทับใจต่อระบบที่รองรับการเข้าบริการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยการแบ่งโซนพื้นที่แยกส่วนออกจากผู้ป่วยทั่วไป การมีแพทย์และพยาบาลที่คอยให้บริการ รวมถึงมีกระบวนการเชื่อมโยงบริการภายในโรงพยาบาลผ่านพยาบาล OPD Elderly ส่งผลให้การรอคอยการรับบริการที่รวดเร็ว สามารถความประทับใจกับบริการที่ได้รับมากขึ้นตามลำดับ ตลอดจนมีระบบการประสานที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในชุมชนผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่องในชุมชนและศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบฯ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. รูปแบบฯ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพไปพร้อมๆ กัน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเชิงบูรณาการระหว่างกลไกทางด้านสังคม (อบต./ชุมชน/ครอบครัว) และกลไกด้านสุขภาพ (รพช./สสอ./รพ.สต.) โดยองค์กรในแต่ละด้านต้องมีบทบาทชัดเจนของตนเอง ประกอบกับการมีศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบทบาทของภาคประชาชนชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การถ่ายทอดความรู้เพิ่มพูนภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) การสร้างขวัญกำลังใจกับผู้สูงอายุ โดยมีคณะกรรมการฯ ชมรมชาวไทพวน และ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

กลุ่มอาสาไทพวนเข้ามาช่วยกันทำงานในการดูแลผู้สูงอายุแบบเครือญาติ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ของชาวไทพวนที่มีความเชื่อ ประเพณี พิธีกรรม และวัฒนธรรมทางด้านจิตใจที่ดีงาม มีความสามัคคี มีน้ำใจและรักพวกพ้อง เป็นต้น[10] นับว่าเป็นจุดแข็งของชาติพันธ์นี้ ขณะเดียวกันศูนย์ฯ ก็เป็นแกนกลางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้ามารวมตัวกันในการส่งเสริม-ฟื้นฟูสุขภาพ การทำอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาหารของชาวไทพวนมีความโดดเด่นเรื่องการนำสมุนไพรมาปรุงเป็นอาหาร “นอนนาในพงไพร (ชื่ออาหารพื้นบ้าน)” ภายใต้สโลแกนที่ว่ากินปลาเป็นหลักกินผักเป็นยา ที่กลายเป็นวัฒนธรรมต้อนรับนักท่องเที่ยว ประกอบกับการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยการทำลูกประคบ/ย่องหม่อง เอาไว้ใช้เองจนเกิดชมรมผู้สูงอายุด้านสมุนไพร และได้เป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 8 เข้าประกวดระดับประเทศ และในการส่งเสริมการท่อผ้าลายไทพวน โดยเพิ่มลายใหม่ๆที่ทันสมัยเข้าไปผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถสร้างรายได้เสริมอีกทาง และแบ่งรายได้ส่วนหนึ่งเข้ากองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ประกอบกับมีการระดมทุนจากลูก-หลานชาวไทพวนเข้าไปต่อยอดในกองทุนเพิ่มเติม

และองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ตากได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุน โดยใส่ไว้ในกองทุนสูงวัยที่ตั้งขึ้น โดยกำหนดเป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหมวดของการสร้างอาชีพและรายได้ที่มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโดยตรงที่มีบทบาทในการเชื่อมประสานทรัพยากรต่างๆ ทั้งโครงการ กิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกให้การดำเนินงานอื่นๆ กับหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โดยมีระบบหรือกลไกสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมเป้าหมาย จนได้รับรางวัลชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2568 สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ แสงทอง[11] พบว่า การส่งเสริมการรวมกลุ่มให้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ในการทำงานและหารายได้เป็นการสนับสนุนศักยภาพ (action ageing) ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุโดยตรงที่จะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ทั้งการสืบทอดภูมิปัญญา นำไปต่อยอดสร้างอาชีพต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะนุช เรืองโพน[12] ที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ จึงต้องมีการส่งเสริมให้เป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ชี้แนะคนในสังคมให้ดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องเหมาะสม และไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และคณะ[13] พบว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจะส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน และการพัฒนาทักษะผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสรรค์ชุมชนและสังคมให้ดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณค่า และเมื่อผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะที่เป็นประโยชน์แล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพึ่งพาตนเองมากกว่าการรอรับประโยชน์สวัสดิการของรัฐเพียงอย่างเดียว[14]

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ตาก โดยการจัดรถรับส่ง กรณีฉุกเฉินและผู้ป่วยหนัก รวมถึงผู้สูงอายุเข้าสู่บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ที่มีระบบรองรับโดยมีศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรที่ถูกจัดตั้งขึ้น (OPD:ผู้สูงอายุ) และมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานเชื่อมต่อระบบบริการภายในโรงพยาบาล โดยจัดพื้นที่บริการแยกส่วนจากผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้เพื่ออำนวยสะดวกให้ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการภายในโรงพยาบาลได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ประกอบกับผู้บริหารได้ให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบอย่างเต็มที่ โดยกำหนดเป็นนโยบายหลัก รวมทั้งการประเมินและปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน จะเห็นว่า การมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเป็นระบบ มีกระบวนการหรือมาตรฐานงานรองรับ ช่วยให้เกิดการพัฒนางานต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพที่หลากหลายจากสหวิชาชีพได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์[15] ที่พบว่า การมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพร้อมในการเรียนรู้ และมีความเสียสละ มีความตั้งใจร่วมกันพัฒนาส่งผลให้เกิดความร่วมมือของทุกๆ คน และสร้างผลงานคุณภาพได้ดียิ่งขึ้น และในการส่งต่อและดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องชุมชน โดยมุ่งเน้นการจัดการความรู้เข้าสู่กระบวนการเชื่อมโยงกับการฟื้นฟูสุขภาพที่ให้ความสำคัญการกับทำงานแบบหนุนเสริมสร้างของภาคีเครือข่ายในผ่านบูรณาการที่ผสมผสานระหว่างศูนย์บริการ (Integrated Service center Model) ทั้งระบบชุมชนและหน่วยงานภาครัฐฯ ที่เข้ามาทำงานร่วมกัน โดยมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องทำงานร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ในการเชื่อมต่อข้อมูลเป็นทั้งหน่วยประสาน-ปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อม และการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น

2. ผลลัพธ์ภายหลังที่นำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากอย่างเช่น การส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ กองทุนสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาอาชีพเสริม เป็นต้น จากแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เข้าช่วยกันดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ ในการเสริมสร้างสุขภาพที่คลอบคลุมทั้งเศรษฐกิจและสังคมให้กับผู้สูงอายุภายใต้กฎเกณฑ์ชุมชน ความเชื่อและทรัพยากรในชุมชน อย่างไรก็ตามการผสมผสานภูมิปัญญาพื้นบ้านร่วมกับความต้องการการมีภาวะสุขภาพที่ดีสู่กระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการบูรณา นำไปสู่กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลทางบวกกับการสร้างเสริมสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรธรรมชาติ[16] สอดคล้องกับการศึกษาของ เริงชาติ ศรีขจรวงศ์ และคณะ[17] พบว่า การพัฒนานวัตกรรมและกระบวนการเชิงบูรณาการในการกำหนดรูปแบบและการจัดสวัสดิการแห่งรัฐในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ควรจัดให้ครอบคลุมบริการทางสังคม การประกันสังคม การช่วยเหลือทางสังคม และ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

การสนับสนุนหุ้นส่วนทางสังคมโดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อน จึงรู้สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นเจ้าของพื้นที่ และมีการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์ และคณะ[18] ที่พบว่า การใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมและวัฒนธรรม จะสร้างความเหมาะสมกับวิถีชุมชนในแต่ละท้องถิ่น และองค์กรภาคีต่างๆ มีการบูรณาการทำงานเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของการจัดระบบบริการรองรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโพธิ์ตากนั้น มีกลไกการเชื่อมโยงข้อมูลและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว สามารถสร้างความพึงพอใจและความประทับใจกับกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์ [19]ที่พบว่า ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรและให้การดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ รวมทั้งการเชื่อมโยงการบริการอย่างชัดเจน ทันสถานการณ์ และไร้รอยต่อ (Seamless) ที่จะรองรับการส่งต่อเพื่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชน

จากความร่วมมือหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมถึงการออกแบบและจัดกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถเชื่อมโยงกับการใช้งบประมาณและทรัพยากรของชุมชนภายใต้ข้อกำหนด กฎเกณฑ์ กติกาในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่สามารถผสมผสานทั้งการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ โดยอาศัยฐานครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการเกื้อหนุน และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพและการจัดบริการสุขภาพและสังคม[20] การบูรณาการทำงานร่วมกันของภาครัฐกับครอบครัวและชุมชน สามารถตอบสนองและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้เป็นอย่างดีทำให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการต่อยอดและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม[21] จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืนได้นั้น จะต้องเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบ สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง[22] ซึ่งจุดเด่นการศึกษานี้ คือ ชมรมชาวไทพวนที่เป็นกลุ่มชาติพันธ์ ที่มีขนบธรรมเนียมและประเพณีเป็นเอกลักษณ์ โดยเฉพาะการทอผ้าลายไทพวนที่สามารถสร้างความโดดเด่นทางวัฒนธรรม และกลายเป็นจุดขายในเชิงการท่องเที่ยว ช่วยส่งเสริมความร่วมมือและสร้างเข้มแข็งของชุนชนได้เป็นอย่างดี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา) ได้ใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน (Community-based) โดยอาศัยครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นกลไกสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและเกิดความต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จนสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น และการสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำเอารูปแบบฯไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทและสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่

2. ควรใช้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชนให้เต็มศักยภาพในการใช้เป็นสถานดูแลชั่วคราวในช่วงกลางวัน (Day care) ขณะที่ลูก-หลานออกไปทำงานนอกบ้าน

3. ควรมีการติดตามประเมินผลกระบวนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภายในโรงพยาบาลซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพบริการได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ตลอดจนภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธิ์ตากทุกท่าน ที่สำคัญขอกราบขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ทางสังคมประจำปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ebooks.m-society.go.th/ebooks/detail/823
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย.[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1/926

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายประจำปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://wwwnko2.moph.go.th/plan/index.php?plan=w5-yearreport
5. สุเทพ คาเมฆ, กฤติมา อินทะกูล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงบูรณาการในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท กรณีศึกษา เทศบาลตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง 2564; 10 (1): 74-88.
6. นฤมล ปิ่นพรม. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4): 623-629.
7. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. [Internet]. 2002 [cited 2024 Jan 10]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
8. สุภชัย นาคสุวรรณ์, กรีรัตน์ อุปลา, อรวรรณ หนูเสมียน. การพัฒนาระบบและนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช [รายงานการวิจัย]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2562.
9. พัฒนภาณุ ทูลธรรม และคณะ. การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านเรื่องเล่า กรณีศึกษา ตำบลบ้านหนุน อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง 2563; 9(2): 78-90.
10. เกศรี วิวัฒนปฐพี และคณะ. อัตลักษณ์และพื้นที่ทางสังคม: ภาพสะท้อนวิถีชีวิตไทพวนในภาคอีสาน. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2566; 9(10): 62-77.
11. จุฑารัตน์ แสงทอง. สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารกึ่งวิชาการ 2560; 38(1): 6-28.
12. ปิยะนุช เรืองโพน. รูปแบบการจัดการความรู้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา เทศบาลนครสกลนคร. วารสารชุมชนวิจัย 2564; 15(4): 42-56.
13. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/1463/1/2559_107.pdf
14. ธนิกานต์ สังฆโสภณ. การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนนโยบาย เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(3): 76-89.
15. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(37): 250-261.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277453

16. สามารถ ใจเตี้ย. การเสริมสร้างสุขภาพสังคมผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28 (2): s186-s194.
17. เริงชาติ ศรีขจรวงศ์, ภักดี โพธิ์สิงห์. นวัตกรรมกระบวนการเชิงบูรณาการสำหรับกำหนดรูปแบบการจัดสวัสดิการแห่งรัฐในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2566; 9(4): 426-440.
18. รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์, นิภา กิมสูงเนิน, เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมณ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม; 44(3): 11-22
19. อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์, นันทิกานต์ หวังจิ. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2568; 10(1): 731-737.
20. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยายาวในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2713/p022-031.pdf?sequence=2&isAllowed=y
21. รังสิยา นารินทร์, เรณู มีปาน. นวัตกรรมการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน:อาสาปันสุข. พยาบาลสาร 2558; 42(4): 1-11.
22. นิสิต บุญอะรัญ, กองทิพย์ ปีนะกาโน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอ ปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2567;17 (3): 73-86.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPING A CARE MODEL FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE AREA UNDER THE RESPONSIBILITY IN NONG PHOK HOSPITAL, NONG PHOK DISTRICT, ROI ET PROVINCE

Received: October 12, 2025
Revised: December 29, 2025
Accepted: February 04, 2026

วัลลาลักษณ์ พลซื่อ
Wallaluk Polsue

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับชุมชนมักขาดความต่อเนื่อง เกิดการกำเริบซ้ำ และเพิ่มภาระต่อครอบครัว การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตบริการโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด และประเมินผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดำเนินการ 2 วงรอบ รวม 24 สัปดาห์ (ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568) ศึกษาบริบทและปัญหาด้วยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 63 คน จากนั้นร่วมพัฒนารูปแบบกับภาคีเครือข่ายและทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท 30 คน (คัดเลือกแบบเจาะจง) ประเมินก่อน-หลังด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ 15 ข้อ และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI 26 ข้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test ผลการวิจัยได้รูปแบบการดูแลเอ็นพีเอช (NPH Care Model) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลแบบเครือข่าย การเสริมสร้างพลังอำนาจ การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการแบบบูรณาการ หลังดำเนินการคะแนนความพึงพอใจเพิ่มจาก 10.43±2.28 เป็น 13.50±1.22 (p-value < 0.001) และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 74.40±7.59 เป็น 92.06±3.74 (p-value < 0.001) สรุปว่า รูปแบบการดูแลเอ็นพีเอชช่วยยกระดับความต่อเนื่องของการดูแลโดยใช้เครือข่ายชุมชนเป็นฐานและเพิ่มผลลัพธ์รายงานโดยผู้ป่วย ควรขยายผลสู่พื้นที่ใกล้เคียงและติดตามประเมินผลระยะยาว

คำสำคัญ: รูปแบบ, การดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
Nong Phok Hospital, Roi Et Province
Corresponding author E-mail: Wallaluktong@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

Abstract

This action research aimed to develop a care model for patients with schizophrenia in the catchment area of Nong Phok Hospital, Roi Et Province, and to assess changes in patient satisfaction and quality of life. The study was conducted over 24 weeks in two cycles (October 2024-March 2025). Context and needs were explored through document review, in-depth interviews, and focus group discussions with 63 stakeholders. The developed model was then implemented with 30 purposively selected patients with schizophrenia. Outcomes were measured before and after implementation using a 15-item satisfaction questionnaire and the WHOQOL-BREF-THAI (26 items). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The study produced the NPH Care Model comprising four components: network-based care, empowerment, capacity building, and integrated management. After implementation, mean satisfaction scores increased from 10.43±2.28 to 13.50±1.22 (p-value < 0.001), and mean quality-of-life scores increased from 74.40±7.59 to 92.06±3.74 (p-value < 0.001). The findings suggest that the NPH Care Model improves continuity of care through community networks and enhances patient-reported outcomes. Further scale-up and long-term evaluation are recommended.

Keywords: Model, Care, Schizophrenic Patient

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่กระทบต่อการคิด การรับรู้ความเป็นจริง และการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 24 ล้านคน มักเริ่มแสดงอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไปจากโรคทางกายร่วมและปัจจัยสุขภาพที่เกี่ยวข้อง[1] อาการสำคัญครอบคลุมทั้งอาการทางบวก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมผิดปกติ และอาการทางลบ เช่น แยกตัว เฉื่อยชา และการบกพร่องด้านการดูแลตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[2-3] ในเชิงระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและการจัดการภาวะเสี่ยง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบร่วมกับพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเสี่ยงก่อความรุนแรง ซึ่งเป็นประเด็นที่กฎหมายด้านสุขภาพจิตกำหนดให้ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น[4]

สำหรับบริบทพื้นที่โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลย้อนหลังปี 2562-2566 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสะสมเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 598 ราย (ปี 2562) เป็น 775 ราย (ปี 2566) และพบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับพฤติกรรมก้าวร้าว/คลุ้มคลั่งและเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้น (23, 26, 52, 62 และ 57 รายตามลำดับ)[5] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของระบบติดตามรักษาต่อเนื่องและการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

ช่องว่างเชิงประจักษ์และเชิงปฏิบัติ: แม้มีงานศึกษาที่เสนอรูปแบบการดูแลเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับเครือข่ายชุมชนเพื่อเสริมความต่อเนื่องของการดูแล[6] และมีงานที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับโรงพยาบาลซึ่งเน้นระบบการประสานงานและการติดตาม[7] รวมทั้งการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลในระดับตำบลที่ชี้ให้เห็นจุดเปราะบางของระบบสนับสนุนในชุมชน)[8] อย่างไรก็ตาม งานวิชาการยังชี้ว่า “ตราบาป” เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและการยอมรับในชุมชนและระบบสุขภาพ[9] ขณะเดียวกัน งานที่มุ่งพัฒนาการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนย้ำถึงความจำเป็นของการเสริมศักยภาพผู้ดูแลและกลไกประสานงานข้ามหน่วยบริการ[10] และมีงานที่พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อดูแลเชิงรุกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยเน้นการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและการจัดการภาวะวิกฤติ[11] ตลอดจนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในบริบทบริการเฉพาะพื้นที่[12] เมื่อพิจารณาเฉพาะบริบทหนองพอก ยังพบข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการติดตามรักษา การประสานงานเครือข่าย และทักษะของผู้ดูแล/ชุมชนในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะวิกฤติ ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงการกำเริบซ้ำและเหตุรุนแรงซ้ำในชุมชน[5] ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ[13] เป้าหมายสำคัญ คือ เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดการกำเริบซ้ำ และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน และประเมินผลการปฏิบัติงาน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 24 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้จนถึงขั้นประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบในเขตโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์

ศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่และระบบบริการเดิม ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา/อุปสรรค และนโยบายหรือแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากเอกสาร/รายงานการดำเนินงาน และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากหน่วยบริการ รวมถึงการเก็บข้อมูลภาคสนามตามความเหมาะสม (เช่น แบบสำรวจ/แบบสัมภาษณ์)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

เพื่อนำไปสู่การระบุประเด็นปัญหาและความต้องการเชิงระบบของพื้นที่ และนำเสนอผลต่อเวทีประชาคมเพื่อสะท้อนสถานการณ์ร่วมกับชุมชน

2. ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยนำข้อมูลบริบท และนโยบายพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ของกระทรวงสาธารณสุขมาออกแบบพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มีการแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

2.2 การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แนวทางสนับสนุนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ต่อไป จำนวน 2 วงรอบ (ครั้งที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2567 ครั้งที่ 2 เดือนธันวาคม 2567)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประเมินผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษา ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนท้องถิ่น

2. กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่จริงในอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนละ 9 คน รวมทั้งหมด 63 คน

2.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

2.2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ ตามรหัสโรค F200-F209 จากแพทย์ในโรงพยาบาลหนองพอก หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีประวัติการรักษาอาการทางจิตในพื้นที่อำเภอหนองพอก 2) ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองพอก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 จนถึงปัจจุบัน 3) ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 4) ผู้ป่วยที่ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย และยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล 5) ผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลได้ และมีการตัดสินใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างเต็มใจ

2.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากมีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถรับการรักษาหรือกิจกรรมในโครงการวิจัยได้ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลและกิจกรรมต่าง ๆ ของการวิจัย 4) ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากพื้นที่ หรือไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างระยะเวลาของการศึกษาหรือการติดตาม 5) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หรือเลือกที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการ

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) ประสบการณ์การการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เรื่องสั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภท Role Model และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก ประกอบด้วย

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาผู้ดูแลหลัก และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คือ พึงพอใจ ให้ 1 คะแนน และไม่พึงพอใจ ให้ 0 คะแนน

2.3 ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ไม่เลยให้ 1 คะแนน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

โดยเครื่องมือได้รับการทดสอบแล้ว พบว่า ความเที่ยงตรง (validity) มีค่า content validity = 0.65 และความเชื่อมั่น (reliability) มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84[14]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: ทบทวนเอกสาร/สถิติในพื้นที่ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแล สนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุปัญหา-ความต้องการ

ระยะที่ 2: ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมภาคีเครือข่ายเพื่อออกแบบองค์ประกอบรูปแบบ จัดทำคู่มือ/สื่อ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3: เก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนทดลองใช้ (สัปดาห์ที่ 9) และหลังทดลองใช้ครบ 24 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 24) พร้อมบันทึกการดำเนินกิจกรรมและการสะท้อนผลในแต่ละรอบการติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ระยะที่ 1-2 (เชิงคุณภาพ): วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จัดหมวดหมู่ ประเด็นหลัก และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบ

2. ระยะที่ 3 (เชิงปริมาณ): ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และทดสอบความแตกต่างก่อน–หลังด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t-test) หากข้อมูลไม่เป็นปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE-0722567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยละเอียด รวมทั้งขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. บริบทและสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 40.70 (S.D. = 9.87) มีมัธยฐานของรายได้ 1,000 บาท (P_{25} = 800 บาท : P_{75} = 2,000 บาท) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 76.7 สถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ บิดา/มารดา/พี่น้อง ร้อยละ 90.0 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่ารายจ่าย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 66.7 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ชมเชยบ้าง มีการดุด่า ต่อว่า ตักเตือนกันบางครั้ง ร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคร่วมมากที่สุด ร้อยละ 86.7 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการทางจิตกำเริบ และมีอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ด ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยรูปแบบที่ได้ คือ NPH Care Model เป็นการพัฒนาเชิงระบบที่บูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากับบริบทของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักการสำคัญดังนี้

2.1 การดูแลแบบเครือข่าย (Network-based Care): รูปแบบนี้ยึดหลักการสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายในพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญคือการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต, อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ทีมนี้ทำหน้าที่ร่วมกันในการจัดทำ แผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะตัว เช่น อาการ, สภาพแวดล้อมที่บ้าน และความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งจะแตกต่างจากแผนการรักษามาตรฐานทั่วไป

2.2 การเสริมสร้างพลัง (Power-Empowerment): รูปแบบนี้เน้นการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาสามารถดูแลตนเองและจัดการกับอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ได้มองว่า ผู้ป่วยและญาติเป็นเพียงผู้รับบริการ แต่เป็นหุ้นส่วนสำคัญในกระบวนการรักษา มีการจัดฝึกอบรมทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน เพื่อให้เกิดการแบ่งปันประสบการณ์และความรู้จากผู้ที่เคยประสบปัญหาคล้ายกัน ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

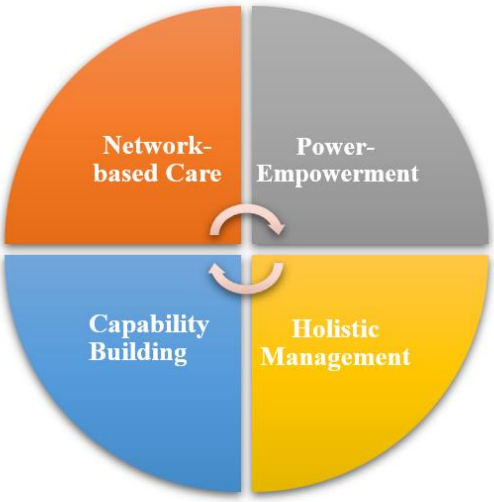
2.3 การจัดการแบบบูรณาการ (Holistic Management): รูปแบบนี้เป็นการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ทั้งโรงพยาบาลแม่ข่าย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตำรวจ โดยมีการจัดทำโปรโตคอลการประสานงานที่ชัดเจนสำหรับการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งเข้าสู่การรักษา เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.4 การพัฒนาศักยภาพ (Capability Building): การพัฒนาศักยภาพไม่ได้จำกัดอยู่แค่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่ขยายไปถึงชุมชนทั้งหมด เพื่อลดการตีตราทางสังคมที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการรณรงค์ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องและส่งเสริมการยอมรับในชุมชน นอกจากนี้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

ยังรวมถึงการพัฒนาทักษะเฉพาะทางให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์และการจัดการวิกฤต เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป NPH Care Model ไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญกับการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมมิติด้านสังคมและชุมชนอย่างครบถ้วน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลหนองพอกได้อย่างแท้จริง ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.07 คะแนน (95%CI = 2.43-3.69) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น 17.66 คะแนน (95%CI = 14.64-20.69) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$ (S.D.)		$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	ก่อน	หลัง				
ความพึงพอใจ	10.43 (2.28)	13.50 (1.22)	3.07	2.43-3.69	9.99	< 0.001
คุณภาพชีวิต	74.4 (7.59)	92.06 (3.74)	17.66	14.64-20.69	11.94	< 0.001

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเรียกว่า “NPH Care Model” ซึ่งเป็นการบูรณาการให้เข้ากับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น รายได้น้อย เคยใช้สารเสพติด และมีประวัติอาการกำเริบซ้ำ NPH Care Model ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ คือ การดูแลแบบเครือข่าย ที่เน้นการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพในชุมชนเพื่อสร้างแผนการดูแลรายบุคคล การเสริมสร้างพลัง เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ การจัดการแบบบูรณาการ โดยสร้างโปรโตคอลการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ การพัฒนาศักยภาพ เพื่อลดการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับโรค หลังจากการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวเป็นเวลา 24 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า NPH Care Model เป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างแท้จริง

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท “NPH Care Model” ในการศึกษานี้เกิดจากการวิเคราะห์บริบทจริงของอำเภอหนองพอก และการทำงานร่วมกับภาคีในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โสด และมีประวัติใช้สารเสพติด ซึ่งสะท้อนความเปราะบางต่อการขาดความต่อเนื่องในการดูแลและความเสี่ยงกำเริบซ้ำ อีกทั้งพื้นที่มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ผู้ดูแลขาดศักยภาพ (โดยเฉพาะผู้ดูแลสูงอายุ) และความกังวลของชุมชนต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ส่งผลให้การติดตามรักษาในชุมชนทำได้ยาก จึงออกแบบ NPH Care Model ให้ขยาย “ขอบเขตการดูแล” จากโรงพยาบาลไปสู่การจัดการเชิงระบบที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล-ปฐมภูมิ-ครอบครัว-ชุมชนอย่างบูรณาการ สอดคล้องกับงานในประเทศที่ชี้ว่า ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขึ้นกับการบูรณาการระบบบริการและการประสานงานเครือข่ายอย่างมีโครงสร้าง มากกว่าการพึ่งพาหน่วยบริการใดเพียงลำพัง[6-7,10] ดังนั้น กระบวนการที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของการศึกษานี้จึงสามารถอภิปรายตามองค์ประกอบหลักของรูปแบบได้ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่ง (Network-based Care)

รูปแบบ NPH Care Model ให้ความสำคัญกับ “ทีมดูแลระดับชุมชน” และการทำงานแบบเครือข่ายเพื่อให้การดูแลเกิดความต่อเนื่องและตอบสนองต่อความเสี่ยงได้ทันท่วงที แทนที่จะให้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

โรงพยาบาลเป็นผู้รับภาระเพียงลำพัง ทีมเครือข่าย ประกอบด้วย บุคลากรจากโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย โดยร่วมกันจัดทำ “แผนการดูแลรายบุคคล” ที่คำนึงถึงปัจจัยเฉพาะราย เช่น รูปแบบอาการ สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความพร้อมผู้ดูแล และความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีแผนรายบุคคลทำให้การติดตาม การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน และการจัดการภาวะเสี่ยงมีทิศทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน อีกทั้งทำให้การประสานงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน (เช่น ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งหรือเสี่ยงก่อเหตุรุนแรง) สามารถดำเนินการได้รวดเร็วและปลอดภัยขึ้นในทางปฏิบัติ ลักษณะการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่ายดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ ธัญญลักษณ์ ไขยสุข และคณะ ที่เน้นการดูแลเชิงรุกโดยเชื่อมระบบบริการกับเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล[6] และสอดคล้องกับงานของภัครินทร์ ชิดดี และคณะ ที่ชี้ความสำคัญของ “ระบบติดตามและการประสานงาน” ในระดับบริการที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพมากขึ้น[7] นอกจากนี้ การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลในระดับตำบลที่รายงานจุดเปราะบางของระบบสนับสนุนในชุมชน ยังสะท้อนว่าหากไม่มีเครือข่ายที่ชัดเจนและบทบาทที่แบ่งหน้าที่เหมาะสม ผู้ป่วยมักเสี่ยงต่อการหลุดการดูแลและกลับมากำเริบซ้ำ[8]

2. การเสริมสร้างพลัง (Power-Empowerment) และการพัฒนาศักยภาพ (Capability Building)

รูปแบบนี้เปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวจาก “ผู้รับบริการ” มาเป็น “หุ้นส่วนในการดูแล” โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการอยู่ร่วมกับโรค การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การจัดการความเครียดและพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนการติดต่อประสานเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ การจัดตั้ง/ใช้กลไกสนับสนุน (เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือการให้คำปรึกษาเชิงระบบ) ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลลดความโดดเดี่ยว เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลต่อเนื่อง และมีแนวทางรับมือที่เหมาะสมมากขึ้น ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน ซึ่งเน้นว่าการเสริมศักยภาพผู้ดูแลและการมีระบบสนับสนุนเป็นหัวใจของการลดการกำเริบซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิต[10] รวมถึงสอดคล้องกับงานที่เสนอการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุก ซึ่งชี้ว่า ทักษะของผู้ดูแลและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง-ตอบสนองต่อภาวะวิกฤติเป็นปัจจัยสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและชุมชน[11] ทั้งนี้ งานในระดับพื้นที่หลายแห่งยังชี้ว่าความรู้/ทักษะของผู้ดูแลเป็นจุดอ่อนสำคัญของระบบดูแลในชุมชน หากไม่พัฒนาอย่างเป็นระบบจะทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง และเพิ่มความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์[8,10]

3. การจัดการแบบบูรณาการ (Holistic Management)

NPH Care Model มิได้มุ่งเพียงลดอาการหรือเพิ่มการกินยาสม่ำเสมอ แต่ให้ความสำคัญกับการจัดการเชิงระบบ เช่น การกำหนดแนวปฏิบัติการประสานงานเมื่อเกิดเหตุเสี่ยง (protocol/ขั้นตอนการนำส่ง) การแบ่งบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารกับชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การทำงานระดับชุมชนในลักษณะนี้มีความสำคัญต่อการลด “ตราบาป”

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการและการยอมรับของชุมชน งานของ Phelan และคณะชี้ว่า การลดตราบาปจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการโดยรวม[9] เมื่อชุมชนเข้าใจมากขึ้น ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง การช่วยเหลือ และการส่งต่อจะดีขึ้น ส่งผลต่อความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และสมาชิกชุมชน นอกจากนี้ รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในบริบทบริการเฉพาะพื้นที่ยังสนับสนุนว่า การมีโครงสร้างประสานงานชัดเจนก่อน-ระหว่าง-หลังการรักษามีส่วนสำคัญต่อการลดความเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล[12]

4. ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ยืนยันประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ด้านปริมาณของการศึกษานี้ พบว่า หลังดำเนินรูปแบบครบ 24 สัปดาห์ คะแนนความพึงพอใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการบูรณาการการดูแลผ่านเครือข่าย การเสริมพลัง และการจัดการเชิงระบบ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการจริงมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีทักษะและความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในภาพรวม แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับงานในประเทศที่รายงานว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยอาศัยเครือข่ายชุมชนสามารถยกระดับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ลดภาวะวิกฤติ และลดความเสี่ยงการกำเริบรุนแรงได้[10-11] และสอดคล้องกับงานในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงที่ชี้ว่าการประสานงานหลายหน่วยงานและมาตรการความปลอดภัยเชิงระบบช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล[12] อีกทั้งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ทำให้รูปแบบได้รับการปรับปรุงจากข้อมูลจริงผ่านวงรอบการวางแผน-ปฏิบัติ-สังเกต-สะท้อนผล จนได้รูปแบบที่เหมาะกับบริบทพื้นที่และนำไปใช้ได้จริง[13]

โดยสรุป NPH Care Model แสดงศักยภาพในการเป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงอย่างเป็นระบบ ผ่านการแก้ไขข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในชุมชน การพัฒนาเครือข่ายและศักยภาพผู้ดูแล และการจัดการเชิงบูรณาการที่ลดตราบาปและเพิ่มความปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของข้อสรุปเชิงสาเหตุ งานวิจัยระยะต่อไปควรพิจารณาการติดตามระยะยาว และเพิ่มตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย/การกำเริบซ้ำเชิงเหตุการณ์ (เช่น การนำส่งฉุกเฉิน การขาดยา หรือการก่อเหตุซ้ำ) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบให้รอบด้านยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรบูรณาการ NPH Care Model เข้ากับระบบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาล และ รพ.สต. โดยกำหนดบทบาทของเครือข่ายและระบบติดตามที่ชัดเจน ควบคู่กับการสนับสนุนเชิงนโยบายให้มี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

ทรัพยากรเพียงพอเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. และเครือข่ายชุมชนในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการลดตราบาป อีกทั้งควรดำเนินการวิจัยติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน และพิจารณาการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลหนองพอก ที่กรุณาอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia. Geneva: WHO; 2022.
2. มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคจิตเภท. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.rama.mahidol.ac.th
3. วรลักษณา ธีราโมกข์. โรคจิตเภท (Schizophrenia). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลมนารมย์; 2564.
4. จุมภฏ พรมสีดา. พ.ร.บ.สุขภาพจิต ระบุชัด พบ ‘ผู้มีภาวะอันตราย-ต้องรักษา’ สามารถแจ้งพนักงานปกครอง ให้ส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.thecoverage.info
5. โรงพยาบาลหนองพอก. ยอดสะสมของผู้ป่วยจิตเวช ปี 2562-2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลหนองพอก; 2567.
6. ธัญญลักษณ์ ไขยสุข, กานดา ศรีโพธิ์ชัย, ณัฏฐพร ยี่วาศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับบริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566; 8(2): 521-531.
7. ภัครินทร์ ชิดดี, สุจริต ทุมจันทร์, เพชรศรี สารรัตน์, อัชรา พิลาทอง, พิสมัย ทิพย์วารี, ดาราพร สิงห์ทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3): 489-496.
8. สาวินี คลังคา, ลฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, อรุณณี ใจเที่ยง. การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. Nurs Sci J Thai 2564; 40(3): 31-41.
9. Phelan SM, Salinas M, Pankey T, Cummings G, Allen JP, Waniger A, et al. Patient and health care professional perspectives on stigma in integrated behavioral health: Barriers and recommendations. Ann Fam Med 2023; 21(2): 56-60.
10. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมน ลัคนาวิวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตาม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277646

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 130-142.

11. วิภาวี จันทมัตตุการ, นพรัตน์ ไชยชำนิ, สินศักดิ์ สุวรรณโชติ, สายฝน เอกวรางกูร. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 2566; 11(37): 85-104.
12. ชารีนา ตะโละ, นวรัตน์ ไวชมภู. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2567; 4(2): 58-70.
13. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิรวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบ 100 ตัวชี้วัด และแบบ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา

THE EFFECTS OF A PROGRAM TO PROMOTE PROFESSTIONAL NURSES' COMPETENCIES FOR CARING PATIENTS WITH ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME

นิภาพร กวดวงษา[1], นาฏนภา อารยะศิลปธร[2*],
จรินทร โคตพรม[2], พัชนี สมกำลัง[2]
Nipabhorn Kaudwongsa[1], Nadnapa Arayasinlapathon[2*],
Jarintorn Koteprom[2], Patchanee Somkumlung[2]

Received: June 26, 2025
Revised: February 07, 2025
Accepted: February 07, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็น แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลองเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ และศึกษาระดับความพึงใจของพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะ แบบประเมินความพึงพอใจ หาความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.83 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.32, S.D.= 0.41) และหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.66, S.D. = 0.19) 2) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.88, S.D.= 0.19)

ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา ไปใช้ในโรงพยาบาลพื้นที่ทำวิจัย และโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ, สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, การดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา

[1] โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม
Nawa Hospital, Nakhon Phanom province
[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University
*Corresponding author E-mail: nadnapa_a@npu.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

Abstract

This quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design aimed to compare the mean scores of competencies, as well as to assess the level of satisfaction among nurses after receiving a competency promotion program for caring patients with alcohol withdrawal syndrome. The sample consisted of 33 professional nurses. The research instruments included a competency assessment form, and a satisfaction questionnaire. The content validity and reliability were established, with Cronbach's alpha coefficients of 0.83 and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

Results: 1) The professional nurses' competencies mean scores significantly increased after the intervention of the program (p-value < 0.001). The mean scores before receiving the program were at a moderate level ($\bar{X}$ = 2.32, S.D. = 0.41), after the mean scores improved to a high level ($\bar{X}$ = 3.66, S.D. = 0.19) 2) The satisfaction mean score following the program was at the highest level ($\bar{X}$ = 4.88, S.D. = 0.19).

Therefore, the competency promotion program for caring patients with alcohol withdrawal syndrome should be implemented in the hospital where the study was conducted and the others with similar contexts.

Keywords: Competency Promotion Program, Professional Nurses' Competency, Alcohol Withdrawal Syndromes

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

บทนำ

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Syndromes) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ที่มีภาวะติดสุราหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลงอย่างรวดเร็ว มีอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทผิดปกติ ได้แก่ อาการสั่น หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน วิตกกังวล ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง รวมไปถึงมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น หลงผิด ประสาทหลอน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษามักเกิดอาการชักทั้งตัว (grand mal seizure) เกิดภาวะสมองสับสน หรือ Delirium tremens (DTs)[1] เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงร้อยละ 48 เป็นสาเหตุของเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 20[2] ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ดื่มสุราแบบอันตรายสูงถึง 1.8 ล้านคน และมีผู้เสพติดติดสุรามากกว่า 9 แสนคน[3] ซึ่งเป็นพฤติกรรมหลักที่นำไปสู่การเกิดภาวะถอนพิษสุรา

พยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีภาวะถอนพิษสุรา เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในทุกขั้นตอนของการรักษา พยาบาลต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอและเหมาะสม ทั้งความรู้ทางวิชาการ ทักษะทางวิชาชีพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและจริยธรรม คัดกรองอาการได้ในระยะเริ่มต้น และดูแลได้อย่างรวดเร็ว จัดการกับอาการทางจิตประสาท ผูกยึดผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และป้องกันอันตรายจากการถูกทำร้ายในขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะถอนพิษสุรา[4-5] โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลชุมชน เพราะมีความท้าทายหลายประการ ได้แก่ การประเมิน การคัดกรองอาการเริ่มต้นที่ไม่ชัดเจน การจัดการและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การบริหารยา การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและสับสน การป้องกันการถูกทำร้ายจากผู้ป่วย จากสถานการณ์ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม[6]พบผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปี 2564-2565 มีผู้ป่วย 129 และ 76 ราย ตามลำดับ พบว่า สมรรถนะของพยาบาลผู้ดูแลแตกต่างกันตามประสบการณ์ ทั้งความรู้และทักษะส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ในภาพรวม งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาหว้ายังไม่มีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราอย่างเป็นรูปธรรม ยังไม่มีการพัฒนาและประเมินสมรรถนะอย่างชัดเจน การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ปัญหาสำคัญในการดูแลคือ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะชักยังมีความล่าช้า พยาบาลยังมีสมรรถนะในการใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา การบริหารยา การจัดการผู้ป่วยที่อาการทางจิตประสาทแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละคน พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยยังขาดความสามารถในการประเมินคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยทำร้ายในขณะปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในร้อยละ 50 มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งยังต้องการพยาบาลต้องการความช่วยเหลือในด้านการจัดการเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานออกมาได้ผลดี และต้องการฝึกฝน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

ในเรื่องการตัดสินใจต่อภาวะวิกฤติ ในขณะเดียวกันพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนต้องดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค จึงยังไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหรือได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะของ Bandura[7] เป็นแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลได้ โดยมีหลักการสำคัญ คือ การพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (self-efficacy) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามที่คาดหวัง (outcome expectancies) โดยความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ (Enactive mastery experience) การสังเกตเห็นความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) การพูดชักจูงและให้กำลังใจจากผู้อื่น (Verbal persuasion) และการมีสภาพอารมณ์และร่างกายที่พร้อม (Physiological and affective states) มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่า โปรแกรมหรือรูปแบบในการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานในหลายบริบท เช่น การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้องอกสมอง ผ่านกิจกรรมการปฐมนิเทศ การให้ความรู้ สถานการณ์จำลอง การมอบหมายงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้[8] เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ[9] เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลในภาวะที่มีการระบาดหรือภายหลังการระบาดของโรค COVID-19 พบว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะที่จัดกิจกรรมการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงในสถานการณ์ต่างๆ ช่วยเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้[10] เพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด[11] และเพิ่มความรู้ด้านวิชาการและทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[12]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่สร้างมาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura[7] มาใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาล เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม ที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 โดยมี เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการวิจัย เช่น มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การลาหรือไปราชการในระยะยาว

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางของ Cohen[13] ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.5 ค่ากำลังทดสอบ (power of the test) เท่ากับ 0.95 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ใช้สถิติ paired sample t-test แทนค่าคำนวนในโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน แต่เนื่องจากมีพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพียง 33 คน ผู้วิจัยจึงนำเข้าสู่การวิจัยทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่สร้างมาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura[7] ประกอบด้วย กิจกรรมปลุกพลัง (Stimulating) กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) กิจกรรมการให้แรงกระตุ้น (Activating) กิจกรรมการสนับสนุนการเป็นแบบอย่าง (Role modelling) และสร้างทักษะสู่สมรรถนะเป้าหมาย (Training)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ประวัติการอบรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราโดยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล[14] มี 7 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร ด้านการใช้ระบบสารสนเทศและการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านบุคลิกภาพ รวมทั้งหมดจำนวน 50 ข้อ ให้คะแนนตามมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคอร์ท (Likert Rating Scale)[15] พฤติกรรมบ่งชี้สมรรถนะ 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 1 = น้อย 2 = ปานกลาง 3 = มาก และ 4 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามหลักการแบ่งอันตรภาคชั้น[15] สามารถแบ่งสมรรถนะออกเป็น 3 ระดับ คือ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง มีสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง มีสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.00 หมายถึง มีสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

2) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล จำนวน 10 ข้อ แบบ (Rubric score) ให้คะแนนตามมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคอร์ท (Likert Rating Scale) [15] พฤติกรรมบ่งชี้ทักษะ 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 0 = ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 2 = ปฏิบัติถูกต้องส่วนน้อย 3 = ปฏิบัติถูกต้องส่วนใหญ่ และ 4 = ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kotler[16] ประกอบด้วย ด้านรูปแบบของโปรแกรม ด้านแนวทางการจัดการเรียนรู้ ด้านการใช้โปรแกรม จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนตามมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคอร์ท (Likert Rating Scale) ใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจมากที่สุด กำหนดคะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย

3.41 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

1.75 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง

1.00 – 1.74 หมายถึง น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา 1 ท่าน จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัยต่อไป

การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หลังได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการวิจัยตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทุกขั้นตอนได้จริง ด้านความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) ของแบบประเมินสมรรถนะ และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบโปรแกรมการทดลองทั้ง 3 ท่านดังกล่าว โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.89, 0.92 ตามลำดับ การหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

3) ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

4) ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินการทดลองโดยจะนัดมาเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 12 ครั้ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนตาม SMART Model ได้แก่ 1) S: Stimulation ปลุกพลัง 2) M: Motivation สร้างแรงจูงใจ 3) A: Adding Knowledge ให้ความรู้ 4) R: Role modelling ดูตัวอย่าง T: Training สร้างทักษะสู่สมรรถนะเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 8 กิจกรรม ใช้เวลาทดลองโปแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “สัญญาใจ” ใช้เวลา 1.30-2 ชั่วโมง สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทบทวนบทบาทหน้าที่ในการดูแล เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จนนำไปสู่การกำหนด “สัญญาใจ” กิจกรรมที่ 2 “เป้าหมายมีไว้พุ่งชน” ใช้เวลา 1.30-2 ชั่วโมง สนทนาแลกเปลี่ยนด้านผลลัพธ์การดูแล นำไปสู่การทำความเข้าใจตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล เพื่อกำหนดผลลัพธ์การดูแลร่วมกัน กิจกรรมที่ 3 “เรียนรู้ไปด้วยกัน” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้โดยร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ผ่านมา โดยมุ่งเน้นให้เกิดการแลกเปลี่ยน การให้ข้อเสนอแนะ และการสะท้อนบทบาทพยาบาล

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

องค์ประกอบที่ 2 สร้างความรู้สู่ทักษะที่ถูกต้องผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 “สร้างความรู้ เสริมความมั่นใจ” โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม ประกอบการใช้สื่อการสอน เช่น สไลด์บรรยาย กรณีศึกษา และคลิปวิดีโอ ในหัวข้อ แนวคิดและพยาธิสรีวิทยา การรักษา การประเมินและเฝ้าระวัง การพยาบาล การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การวางแผนจำหน่าย คุณลักษณะของพยาบาล การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม การนำหลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ กิจกรรมที่ 5 “พัฒนาทักษะสู่ปฏิบัติการพยาบาลได้ปลอดภัย” โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ บรรยายร่วมกับการสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง

สัปดาห์ที่ 3-4 ดำเนินกิจกรรมในลักษณะ การนิเทศในระหว่างปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยและวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จะทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศงานในระหว่างปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ประกอบด้วย การพัฒนาทัศนคติ ฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลแรกรับ การให้ข้อมูล การใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การพยาบาลที่มีภาวะวิกฤต การผูกมัด การบริหารยาฉีด การจัดการความเสี่ยง การให้คำปรึกษา การวางแผนการจำหน่าย

องค์ประกอบที่ 3 สร้างความสามารถสู่ความสำเร็จ สัปดาห์ที่ 5

วันที่ 1 ผู้วิจัยขอนัดหมายกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองในช่วงบ่ายวันใดวันหนึ่งของสัปดาห์ โดยใช้เวลาประมาณ 4 ชม. กิจกรรมที่ 6 “ลงมือทำ สร้างความสำเร็จ” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองเริ่มตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การดูแลในสถานการณ์ฉุกเฉิน การดูแลในหอผู้ป่วย จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสู่การบำบัดฟื้นฟู โดยทีมผู้วิจัยและวิทยากรผู้มีประสบการณ์ในการดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกสอนและให้คำปรึกษาในขณะฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการประเมินผลให้ข้อมูลป้อนกลับรายบุคคลเพื่อนำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 7 “เติมพลังใจ สร้างพลังบวก” ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ร่วมกันทบทวนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทบทวนความสำเร็จ แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

องค์ประกอบที่ 4 ติดตามประเมินสมรรถนะและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

สัปดาห์ที่ 6-8 กิจกรรมที่ 8 “ก้าวสู่เป้าหมาย” โดยติดตามประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ประเมินระดับสมรรถนะรายบุคคล และให้ผู้ร่วมวิจัยประเมินระดับสมรรถนะของตนเองตามการรับรู้ของตนเอง รวมทั้งติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

ภายหลังดำเนินกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านวิชาชีพ ได้แก่ 1) ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ 1) อุบัติการณ์การเกิดภาวะชักจากการขาดสุรา 2) อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่การวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลของการใช้โปรแกรมเพื่อนำเสนอและเผยแพร่ต่อไป

3. ระยะหลังทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินระดับสมรรถนะฯ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงประเด็นการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลักประโยชน์ เสมอภาค ความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และได้เสนอขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และได้รับการรับรองโครงการวิจัย REC 006/67 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.30 ($\bar{x}$ = 37.0, S.D.= 11.00) มีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 1-38 ปี ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.30 ($\bar{x}$ = 16.8, S.D.= 11.50) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 96.40 ไม่เคยเข้าอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา พบว่า สมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.32, S.D.= 0.41) แยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร ด้านการประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช มีสมรรถนะในระดับปานกลาง ด้านความรู้ และด้านทักษะทางปัญญามีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนในตารางที่ 1

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.836$, p-value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะรายด้านพบว่า สมรรถนะทุกด้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาล และการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired samples t-test (n = 33)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา	คะแนนเฉลี่ย						t	p-value
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ด้านที่ 1 คุณธรรมจริยธรรม	2.33	0.47	ปานกลาง	3.57	0.45	สูง	9.430	< 0.001
ด้านที่ 2 ความรู้	1.86	0.48	ต่ำ	3.50	0.42	สูง	15.897	< 0.001
ด้านที่ 3 ทักษะทางปัญญา	1.96	0.53	ต่ำ	3.64	0.28	สูง	16.209	< 0.001
ด้านที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร	2.38	0.62	ปานกลาง	3.73	0.31	สูง	14.550	< 0.001
ด้านที่ 5 การประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ	2.43	0.42	ปานกลาง	3.69	0.29	สูง	12.663	< 0.001
ด้านที่ 6 การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช	2.06	0.44	ปานกลาง	3.50	0.24	สูง	15.225	< 0.001
ด้านที่ 7 บุคลิกภาพ	2.85	0.51	ปานกลาง	3.87	0.18	สูง	10.726	< 0.001
คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะโดยรวม	2.32	0.41	ปานกลาง	3.66	0.19	สูง	9.836	< 0.001

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.88, S.D.= 0.19) โดยในด้านรูปแบบของโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.92, S.D.= 0.12) ด้านแนวทางการจัดการเรียนรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.83, S.D.= 0.19) ด้านการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.78, S.D.= 0.27)

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราสามารถเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราและสร้างความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

อภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่การวิจัย พบว่า สามารถเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราได้ เนื่องจากโปรแกรมพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและมีการรูปแบบการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน ประกอบกับการประยุกต์ใช้แนวคิดในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของBandura[7] ที่มีแนวคิดสำคัญ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการกระทำพฤติกรรมใดๆ จะมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นจาก 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมของตนเองว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่การวิจัยที่พัฒนาขึ้น ได้นำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นองค์ประกอบของโปรแกรมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา 2) สร้างความรู้สู่ทักษะที่ถูกต้องผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา 3) สร้างความสามารถสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา และ 4) สร้างความเชื่อมั่นสู่สมรรถนะเป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา โดยมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้เกิดความตระหนักรู้ในสมรรถนะของตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถพัฒนาสมรรถนะของตนเองจากระดับปานกลางสู่ระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร มูลดี และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร[11] พบว่า การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี และไม่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยในมะเร็งเคมีบำบัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยโปรแกรมประกอบด้วยการอบรมภาคทฤษฎี และการอบรมภาคปฏิบัติ ผลการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.371$, p-value = 0.018)

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา จากผลการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาล

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย เป็นรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับที่สูงขึ้น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาลและการพัฒนาองค์กร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาศ ผดุงญาติ[17] ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยติดสุราระยะถอนพิษสุราอยู่ในระดับมาก เพราะช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการของพยาบาล ทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย มีความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปการประเมินผลโปรแกรมควรศึกษาผลลัพธ์ในด้านผู้รับบริการ และผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลซึ่งเป็นเป็นการพัฒนารายบุคคล การศึกษาต่อไป ควรพัฒนาระบบหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราเป็นไปตามมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. บุญกุล โลกะพันธ์, พิชัย แสงชาญชัย, วนิดา รัตนสุมาวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพ้อสับสนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 67(1): 71-80.
2. Vigouroux A, Garret C, Lascarrou JB, Martin M, Miailhe AF, Lemarié J, Dupeyrat J, Zambon O, Seguin A, Reignier J, & Canet E. Alcohol withdrawal syndrome in ICU patients: Clinical features, management, and outcome predictors. PloS one. [Internet]. 2021 [cited on 2025 June 11]; 16(12): e0261443. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261443
3. สาวิตรี อัยฌางค์กรชัย. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

4. สุดาดวง พัฒนสาร, มะลิวรรณ อังคณิตย์, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564; 39(3): 71-80.
5. นุชนาจ เนตรบุตร. การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565; 7(1): 86-101.
6. งานเวชระเบียน. ข้อมูลสถิติผู้มารับบริการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม 2566.
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
8. สุลักขณา จันทวีสุข, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, สมปอง พะมุลิลา และอุษาวดี อัศดรวิเศษ. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สำหรับพยาบาลปริศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้องอกสมองโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 21(3): 48-57.
9. ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, ผาณิต หลีเจริญ, จารุณี วารหัส, อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง, นัยนันต์ เตชะวณิช, และดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ. การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในภาวะที่มีการระบาดของ COVID-19: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566; 17(3): 510-530.
10. อารีย์ ชูศักดิ์, สมดี อนันต์ปฏิเวธ, ปณัฏฐา บุญธนเมธี. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2564; 35(3): 107-125.
11. สุภาพร มูลดี, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี และไม่เคยผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26(2): 78-90.
12. อารีย์ เสถียรวงศา. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 14: 114-24.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.275971

14. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละระดับ: สมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล (The Competency of Psychiatric Nursing in the Practice of Nursing) ในคู่มือบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2568]; 1-14. เข้าถึงได้จาก: www.suanprung.go.th/nurse_standard/pdf/12.pdf

15. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.

16. Kotler, P. Marketing Management. 10th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall; 2000.

17. จุฑามาศ ผดุงญาติ. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราระยะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2568]; 1-15. เข้าถึงได้จาก: https://atg-h.moph.go.th/node/717

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

FACTORS INFLUENCING JOB BURNOUT AMONG PUBLIC HEALTH PERSONNEL WORKING IN SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS, CHONBURI PROVINCE

Received: October 05, 2025
Revised: February 09, 2026
Accepted: March 14, 2026

ภาสวุฒิ ภักดิบดี[1], สุริวิภา มั่งคั่ง[1], ปภัสสร โสมะเค็ง[1],
กัมปนาท ฉายชูวงษ์[1*], วีรพงศ์ มิตรสันเที๊ยะ[1], ธารินี ลีละทีป[1]
Phatsawut Phakdibdee[1], Suriwipa Mangkang[1], Paphasorn Somakeng[1],
Kampanart Chaychoowong[1*], Weeraphong Mitsanthia[1], Tharinee Leelathip[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี จำนวน 117 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุไม่เกิน 35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในสายวิชาชีพ มีความยืดหยุ่นทางจิตใจในเกณฑ์ปกติ มีความคิดเห็นในระดับมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน การแบ่งเวลา ลักษณะงานที่ได้รับความพึงพอใจในงาน ความก้าวหน้าในงาน และระบบบริหาร แต่ภาระงานอยู่ในระดับน้อย และความเครียดอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 28.21 ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความเครียดมาก (p-value < 0.001) ภาระงานมาก (p-value = 0.005) ความสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ (p-value = 0.016) และงานสายวิชาชีพ (p-value = 0.046)

ดังนั้น ควรมีการปรับภาระงานให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน และพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเครียดในบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน, บุคลากรสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
*Corresponding author E-mail: kampanart@scphc.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

Abstract

This research aimed to investigate the factors influencing job burnout among 117 public health personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals in Chonburi Province. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, specifically multiple logistic regression at a statistical significance level of 0.05.

The results revealed that the majority of the sample were female, aged 35 years or less, held a bachelor's degree, and worked in professional positions. Most participants had a normal level of resilience and expressed a high level of perspective regarding interpersonal relationships, work environment, time management, job characteristics, job satisfaction, career advancement, and administrative systems. However, workload was reported at a low level, and stress level was at a low to moderate. Additionally, 28.21% of participants experienced job burnout, which was significantly influenced by high stress (p-value < 0.001), high workload (p-value = 0.005), poor interpersonal relationships in the workplace (p-value = 0.016), and professional positions (p-value = 0.046).

Therefore, workload should be adjusted to align with roles and responsibilities, positive workplace relationships should be promoted, and a continuous stress surveillance system should be developed to prevent burnout among health personnel.

Keywords: Job burnout, Public health personnel, Sub-district health promoting hospital

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

บทนำ

ในยุคปัจจุบันที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การขาดแคลนบุคลากร ภาระโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน หรือความคาดหวังที่สูงจากประชาชน[1] ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ ต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความกดดันจากการทำงาน และข้อจำกัดด้านทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องภายใต้ภาวะกดดัน อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานด่านหน้าในการให้บริการแก่ประชาชน[2-3]

ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นภาวะของความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ที่เกิดจากความเครียดและแรงกดดันเรื้อรังในที่ทำงาน โดย Herbert Freudenberger จิตแพทย์ชาวอเมริกัน เป็นผู้เสนอแนวคิดนี้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1974 จากการสังเกตอาการอ่อนล้าและความสิ้นหวังของอาสาสมัครที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง[4] ซึ่งภาวะดังกล่าวสะท้อนปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ประสบความสำเร็จ ขาดแรงจูงใจ หรือที่เรียกว่า Cynicism ซึ่งอาจส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และลดประสิทธิภาพการทำงานโดยรวม[1,5] โดยบุคลากรด้านสุขภาพถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระงานที่เข้มข้น การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และแรงกดดันจากความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัว[6] โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด และภาระงานที่หลากหลาย[7] ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากยิ่งขึ้น

สถานการณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพในประเทศไทย พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาวะหมดไฟเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 2.7, 4.7 และ 12.2 ตามลำดับ[8] นอกจากนี้ จากสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟ โดยมีสาเหตุมาจากภาระความรับผิดชอบในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ประกอบกับจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.0[9] โดยอาจมีสาเหตุมาจากการที่บุคลากรต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และเครื่องมือ โดยมีจำนวนเจ้าหน้าที่จำกัดแต่ต้องรับผิดชอบภาระงานที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นงานด้านการบริการ งานเชิงรุกในชุมชน งานด้านเอกสารรายงาน รวมทั้ง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

นโยบายจากหน่วยงานต้นสังกัดที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งบริบทเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานจนอาจทำให้ลาออกจากงานได้[10-11]

แม้งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศจะพบปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น เพศ[12] ประสบการณ์ทำงาน[12] ตำแหน่งงาน[13] ภาระงาน[10-11,13] ความเครียด[14] และสภาพแวดล้อมในการทำงาน[15] อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการศึกษาที่เจาะจงบริบทของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จัดเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีภาระงานหลากหลายและทรัพยากรจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างปัจจัย รวมถึงการพัฒนาโมเดลเชิงพยากรณ์ที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และแนวทางการแปลผลวิจัยสู่เชิงนโยบายหรือการบริหารจัดการในระดับปฐมภูมิยังมีอยู่อย่างจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะ เพื่อให้สามารถออกแบบมาตรการป้องกันและจัดการภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

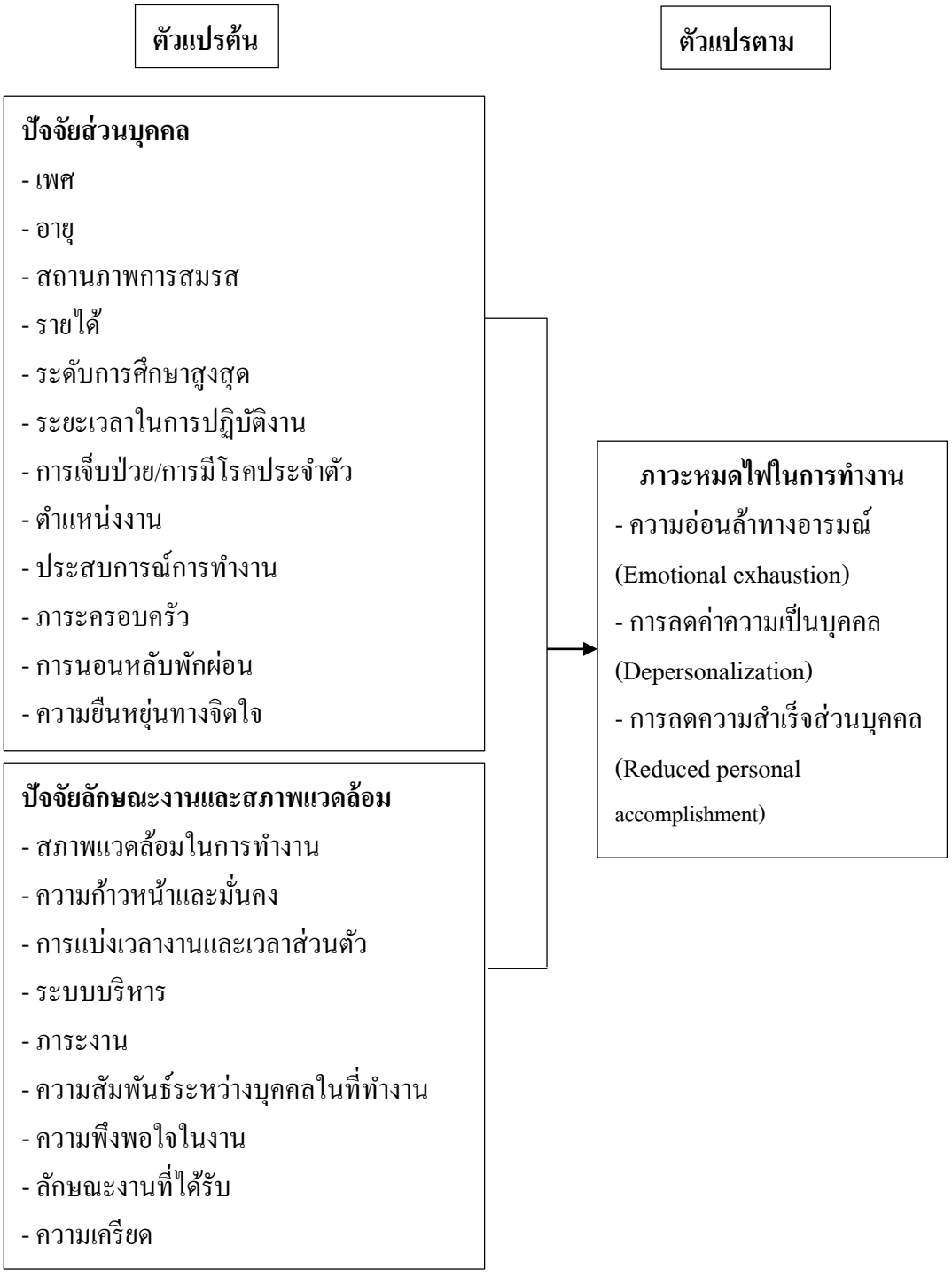
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดและทฤษฎีการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน[14] มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด รายละเอียดดังภาพที่ 1

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเภทตอบเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2567-มกราคม 2568

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และเกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างลาป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไปในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล หรือมีประวัติวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ระหว่างการรักษาทางจิตเวช ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวนทั้งหมด 204 คน[16]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยโดยที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจนของ Daniel[17] ดังนี้

จากสูตร

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\propto}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\frac{\propto}{2}}}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 204 คน[16] (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567)

Z คือ ค่ามาตราฐานใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

$\propto$ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของแอลฟ่า ($\propto$ error)

p คือ ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 17.0[9]

d คือ ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนดเท่ากับ 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{(204)(0.17)(0.83)(1.96^2)}{(0.05)^2(204-1)+(0.17)(0.83)(1.96^2)}$$
$$n \approx 106$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรข้างต้น ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ จำนวน 106 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 117 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และนำมาสร้างแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด

2. ข้อมูลลักษณะงานและสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความก้าวหน้าและมั่นคง ระบบบริหาร ภาระงาน การแบ่งเวลางานเวลาส่วนตัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน ความพึงพอใจในงาน ลักษณะงานที่ได้รับ และความเครียด เป็นแบบสอบถามแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ

3. แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้แบบวัดความเบื่อหน่ายล้าในการทำงานฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI)[18] เป็นแบบสอบถามแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามความเหมาะสม โดยข้อคำถามทุกข้อมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 หลังจากนั้นตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข อำเภอสัตหีบ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา และ 2) สถิติเชิงอนุมาน คือ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านลักษณะงานและสภาพแวดล้อม กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 105-2567 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2567 โดยคำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักในการเคารพในตัวบุคคล หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักยุติธรรม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.49 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 60.68 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.63 ปฏิบัติงานในสายวิชาชีพ ร้อยละ 82.91 และความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.70 รายละเอียดดังตารางที่ 1

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 117)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	20.51
หญิง	93	79.49
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	71	60.68
มากกว่า 35 ปี	46	39.32
($\bar{X}$ = 35.85, S.D. = 10.39)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	5.98
ปริญญาตรี	92	78.63
สูงกว่าปริญญาตรี	18	15.39
ตำแหน่งงาน		
สายวิชาชีพ	97	82.91
สายสนับสนุน	20	17.09
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ		
ต่ำกว่าเกณฑ์	30	25.64
เกณฑ์ปกติ	64	54.70
สูงกว่าเกณฑ์	23	19.66

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน การแบ่งเวลา ลักษณะงานที่ได้รับ ความพึงพอใจในงาน ความก้าวหน้าในงาน และระบบบริหาร คิดเป็นร้อยละ 81.20, 79.49, 75.21, 74.36, 72.65, 71.79, และ 54.70 ตามลำดับ ส่วนภาระงานอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51.28 และระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลางและน้อย ร้อยละ 75.21 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะงานและสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 117)

ลักษณะงานและสภาพแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน		
ระดับมาก	95	81.20
ระดับน้อย	22	18.80

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

ลักษณะงานและสภาพแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
สภาพแวดล้อมในการทำงาน		
ระดับมาก	93	79.49
ระดับน้อย	24	20.51
การแบ่งเวลา		
ระดับมาก	88	75.21
ระดับน้อย	29	24.79
ลักษณะงานที่ได้รับ		
ระดับมาก	87	74.36
ระดับน้อย	30	25.64
ความพึงพอใจในงาน		
ระดับมาก	85	72.65
ระดับน้อย	32	27.35
ความก้าวหน้าในงาน		
ระดับมาก	84	71.79
ระดับน้อย	33	28.21
ระบบบริหาร		
ระดับมาก	64	54.70
ระดับน้อย	53	45.30
ภาระงาน		
ระดับมาก	57	48.72
ระดับน้อย	60	51.28
ความเครียด		
ระดับมากและมากที่สุด	29	24.79
ระดับปานกลางและน้อย	88	75.21

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 28.21 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 71.79 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยจำแนกตามภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 117)

ภาวะหมดไฟ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะหมดไฟ	33	28.21
ไม่มีภาวะหมดไฟ	84	71.79

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ได้แก่ ความเครียดมาก (p-value < 0.001) ภาระงานมาก (p-value = 0.005) ความสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ (p-value = 0.016) และงานสายวิชาชีพ (p-value = 0.046) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (n=117)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
สายวิชาชีพ	1.906	0.957	3.968	1	0.046	6.729	1.031	43.915
ภาระงานมาก	1.487	0.531	7.842	1	0.005	4.422	1.562	12.517
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ	1.442	0.598	5.808	1	0.016	4.230	1.309	13.667
ความเครียดมาก	2.141	0.557	14.806	1	0.000	8.512	2.860	25.337
Constant	-4.457	1.094	16.601	1	0.000	0.012		

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุไม่เกิน 35 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และทำงานในสายวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจในเกณฑ์ปกติ มีความคิดเห็นในระดับมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน การแบ่งเวลา ลักษณะงานที่ได้รับความพึงพอใจในงาน ความก้าวหน้าในงาน และระบบบริหาร อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างระบุว่า ภาระงานที่ได้รับอยู่ในระดับน้อย และระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลางและน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 28.21 ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานได้แก่ ความเครียดมาก ภาระงานมาก ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ และตำแหน่งงานในสายวิชาชีพ

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี อยู่ที่ร้อยละ 28.21 ซึ่งถือว่าสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในพื้นที่อื่น เช่น จังหวัดนนทบุรี ที่พบความชุกของภาวะหมดไฟร้อยละ 17.0[9] และจังหวัด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

พระนครศรีอยุธยา ที่พบความชุกเพียงร้อยละ 0.69[13] ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า บริบทของแต่ละพื้นที่อาจมีอิทธิพลต่อระดับความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร โดยพื้นที่อำเภอเมืองชลบุรี เป็นเขตเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง และมีความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าพื้นที่อื่น อาจทำให้ภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับลักษณะงานที่ต้องรับผิดชอบหลายบทบาทพร้อมกัน ซึ่งเมื่อไม่มีระบบสนับสนุนหรือทรัพยากรที่เพียงพอ อาจส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่ภาวะหมดไฟได้ในที่สุด[19] อีกทั้งช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลของแต่ละการศึกษาอาจไม่ตรงกัน เช่น หากอยู่ในช่วงที่มีภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายเร่งรัดหรือสถานการณ์โรคระบาด อาจมีผลทำให้ระดับความเครียดและภาวะหมดไฟสูงขึ้นในระยะเวลานั้นได้[5] ดังนั้น ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่จึงอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยลักษณะงานและสภาพแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อระดับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และความสามารถในการรับมือกับความเครียดของบุคลากรในแต่ละบริบท โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากและเครียดมากที่สุด มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าบุคลากรที่มีระดับความเครียดในระดับเครียดปานกลาง และเครียดน้อยถึง 8.51 เท่า ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความเครียดมีบทบาทสำคัญในการพยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร[14] สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ที่พบว่าความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ[20] ทั้งนี้ ภาวะหมดไฟในการทำงานอาจเป็นผลสะสมของปัจจัยทางจิตใจที่เกิดจากความตึงเครียดในระยะยาว[3] โดยเฉพาะในบริบทของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องรับมือกับภาระงานที่มาก และความคาดหวังจากผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจทำให้ความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ความรู้สึกเหนื่อยล้า หมดพลังใจ และหมดความสนใจในงานที่ทำ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะหมดไฟในการทำงาน[1-2]

ตำแหน่งงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีตำแหน่งในสายวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าบุคลากรในสายสนับสนุนถึง 6.73 เท่า ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของภาระงานและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสายวิชาชีพที่มักต้องเผชิญกับความกดดันโดยตรงจากผู้รับบริการ ความเร่งรีบในการให้บริการทางสุขภาพ และข้อจำกัดของทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและภาวะหมดไฟได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของบทบาทการทำงานต่อระดับภาวะหมดไฟ พบว่า พนักงานในตำแหน่งงานที่ต่างกันมีระดับภาวะหมดไฟที่แตกต่างกัน[21] โดยภาระงานของสายวิชาชีพจะมีความซับซ้อน และมีความรับผิดชอบสูง แต่กลับขาดโอกาสในการพัฒนาและก้าวหน้าในวิชาชีพ อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟ[22] นอกจากนี้ สายสนับสนุนมักมี

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

บทบาทที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารหรือระบบสนับสนุนที่มีโอกาสได้รับการจัดสรรงานอย่างเป็นระบบมากกว่า และอาจมีโอกาสรับมือกับภาวะเครียดได้ดีกว่า เนื่องจากไม่ได้รับแรงกดดันโดยตรงจากผู้ป่วยหรือญาติ อันเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีระดับภาวะหมดไฟน้อยกว่าสายวิชาชีพโดยรวม

ภาระงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีภาระงานมากมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าบุคลากรที่มีภาระงานน้อยประมาณ 4.42 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าปริมาณงานที่มากเกินไป โดยเฉพาะเมื่อมาพร้อมกับความซับซ้อนของงานและข้อจำกัดด้านเวลา ส่งผลให้บุคลากรต้องใช้พลังงานทางร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การลดลงของเวลาพักผ่อน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน และความพึงพอใจในหน้าที่การงาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และนำไปสู่ภาวะหมดไฟในที่สุด[23-24] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ซึ่งพบว่า ภาระงานที่มากขึ้นส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานเพิ่มมากขึ้น[9] โดยภาระงานนั้นยังมีผลกระทบต่อภาวะหมดไฟเมื่อบุคลากรมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น[25] ดังนั้น การจัดสรรภาระงานให้เหมาะสม และสนับสนุนระบบบริหารจัดการงานที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและลดระดับความรุนแรงของภาวะหมดไฟในบุคลากร โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและกำลังคน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในระดับต่ำจะมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่า 4.34 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในระดับสูง การมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน การให้ความช่วยเหลือในงาน และการมีเพื่อนร่วมงานที่สามารถให้คำปรึกษาเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาในการทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวทางอารมณ์ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะหมดไฟได้อย่างมีนัยสำคัญ[26] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยพบว่า บุคลากรที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บริหารและผู้ร่วมงานจะส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง[9] ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กรนั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งหากสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดีก็จะเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงานได้[15] ดังนั้น องค์กรควรส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตร สนับสนุนความร่วมมือ และสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือกันในทีม เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะหมดไฟในบุคลากร โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจประสบข้อจำกัดด้านทรัพยากรและจำนวนบุคลากร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรกำหนดนโยบายหรือโปรแกรมที่มุ่งเน้นการจัดการความเครียด สำหรับบุคลากรโดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับความเครียดสูง

2. ควรมีการประเมินและจัดสรรภาระงานให้มีความเหมาะสมกับกำลังคนและบริบทของหน่วยงาน โดยเฉพาะในตำแหน่งสายวิชาชีพที่มีภาระหน้าที่สูง

3. ควรส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตรและสร้างเครือข่ายการสนับสนุนในทีม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี และบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Report: Primary health care on the road to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. World Health Organization. Burnout an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Maslach C, Leiter MP. Burnout. In: G Fink, editor. Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior. Cambridge: Academic Press; 2016: p. 351-7.
4. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychother: Theory Res Pract 1975; 12(1): 73-82.
5. Di Giuseppe M, Nepa G, Prout TA, Albertini F, Marcelli S, Orrù G, Conversano C. Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of defense mechanisms. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(10): 5258.
6. เต็มสิริ ป.ปาน. ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตาภิบาลจังหวัดสงขลา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2564; 26(1): 24-36.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.
8. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียดภัยเงียบของสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

9. นิตยา เพ็ญศิรินภา. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนนทบุรีในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(1): 84-96.
10. สุธิดา ทวิชสังข์, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, ณัฐนารี เอมยงค์. ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2567; 10(1): 17-28.
11. Apaydin EA, Rose DE, Yano EM, Shekelle PG, McGowan MG, Antonini TL, Valdez CA, Peacock M, Probst L, Stockdale SE. Burnout among primary care healthcare workers during the covid-19 pandemic. J Occup Environ Med 2021; 63(8): 642-5.
12. Mohamed NA, Mohamed YA, Haji Mohamud RY, Gabow AA. Evaluation of the prevalence and risk factors of burnout syndrome among healthcare workers: a cross-sectional study. World J Psychiatry 2025; 15(2): 98496.
13. กช พิทักษ์วงศ์โรจน์, ธาตรี โบสิทธิพิเชฎฐ์, ศรัณย์ ศรีคำ, ธนกมณ ลีศรี. ภาวะหมดไฟจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567; 18(3): 839-50.
14. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. Local Reg Anesth 2020; 13: 171-83.
15. เกียรติภูมิ สายไทย, พรเพ็ญ อัครวัชรางกูร, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่สัมพันธ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2566; 6(4): 338-48.
16. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี. รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี; 2567.
17. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 7th ed. New Jersey: John Wiley and Sonc Inc; 1999.
18. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2560.
19. Kunno J, Supawattanabodee B, Sumanasrethakul C, Wiriyasirivaj B, Yubonpunt P. Burnout prevalence and contributing factors among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey study in an urban community in Thailand. PLoS One 2022; 17(8): e0269421.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277502

20. Devebakan N. The relationship between burnout and perceived stress: a sample of healthcare workers. Psychiatry Behav Sci 2018; 8(4): 178.

21. Baker S. The impact of occupational role on the burnout level experienced by higher education professionals [Doctoral dissertation]. Seattle, University of Seattle; 2022.

22. ศรีสกุล เฉียบแหลม, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. แพทยสารทหารอากาศ 2562; 65(2): 44-52.

23. Ng LP, Chen IC, Ng HF, Lin BY, Kuar LS. Influence of job demands and job control on work–life balance among Taiwanese nurses. J Nurs Manag 2017; 25(6): 438-48.

24. Wang QQ, Lv WJ, Qian RL, Zhang YH. Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: a cross-sectional study. J Nurs Manag 2019; 27(8): 1835-44.

25. Dewi RS, Riana IG. The effect of workload on role stress and burnout. J Multidiscip Acad 2019; 3(3): 1-5.

26. Bouhaba A, Boumaaize Z, El Madhi Y, Soulaymani A, Mokhtari A, Hami H. Impact of interpersonal relationships on academic burnout among trainee teachers: a comprehensive study. Eur Psychiatry 2024; 67(S1): S176.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง และการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของข่า ขมิ้นชัน และไพล

CHEMICAL COMPOSITION ANALYSIS BY HIGH PERFORMANCE THIN LAYER CHROMATOGRAPHY AND ANTIOXIDANT ACTIVITY OF *ALPINIA GALANGA*, *CURCUMA LONGA* AND *ZINGIBER CASSUMUNAR*

จริยา แก้วคำภา[1], กอบกุล นงนุช[2], ภานิชา พงศ์นราทร[3], รณชัย ภูวันนา[3], นฤวัตร ภักดี[3*]

Chariya kaewkampa[1], Khobkul Nongnutch[2], Panicha Pongnaratorn[3], Ronnachai Poowanna[3], Naruwat Pakdee[3*]

Received: December 25, 2025
Revised: February 01, 2026
Accepted: March 07, 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพสูง และมีการใช้พืชสมุนไพรในการแพทย์แผนไทยอย่างยาวนาน โดยเฉพาะพืชในวงศ์ Zingiberaceae ได้แก่ ข่า (*Alpinia galanga* (L.) Willd.) ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) และไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.) ซึ่งมีสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่สำคัญ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ลายพิมพ์ทางเคมีของสมุนไพรทั้งสามชนิดด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง (HPTLC) และประเมินฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH ผลการศึกษาพบว่า ขมิ้นชันมีปริมาณสารสกัดหยาบสูงที่สุด (21.48%) รองลงมา คือ เหง้าไพล (10.36%) และเหง้าข่า (7.09%) การวิเคราะห์ HPTLC ที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร พบตำแหน่ง spot ที่สอดคล้องกับสารมาตรฐาน ได้แก่ ตำแหน่งที่ 1 bisdemethoxycurcumin ($R_f = 0.35$) ตำแหน่งที่ 2 demethoxycurcumin ($R_f = 0.44$) และตำแหน่งที่ 3 curcumin ($R_f = 0.57$) แสดงถึงการมีสารในกลุ่ม

[1] หลักสูตรการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร จังหวัดสกลนคร
Master of Thai Traditional Medicine Program in Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon province

[2] สาขาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ คณะอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร สกลนคร จังหวัดสกลนคร
Department of Science and Mathematics, Faculty of Industrial and Technology, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon province

[3] สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร จังหวัดสกลนคร
Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon province

*Corresponding author E-mail: naruwat.pa@rmuti.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

curcuminoids สำหรับการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ พบว่า เหง้าข่าแสดงฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยค่า IC_{50} เท่ากับ 0.1285 mg/ml เหง้าขมิ้นชันมีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.0409 mg/ml และเหง้าไพลมีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.1283 mg/ml สรุปผลการศึกษา สมุนไพรข่า ขมิ้นชัน และไพล มีสารสำคัญในกลุ่ม curcuminoids และมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ โดยขมิ้นชันมีฤทธิ์ดีที่สุด ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ข่า, ขมิ้นชัน, ไพล, ทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง, ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

Abstract

Thailand is recognized for its rich biodiversity and long-standing use of medicinal plants in Thai traditional medicine. Among these, members of the Zingiberaceae family *Alpinia galanga* (L.) Willd. (*A. galanga*), *Curcuma longa* L. (*C. longa*) and *Zingiber cassumunar* Roxb. (*Z. cassumunar*) are notable sources of biologically active compounds. This study aimed to analyze the chemical fingerprints of these three herbal species using high performance thin layer chromatography (HPTLC) and to evaluate antioxidant activity using DPPH assay. The results revealed that *C. longa* exhibited the highest crude extract yield (21.48%), followed by *Z. cassumunar* (10.36%) and *A. galanga* (7.09%). HPTLC analysis at wavelengths of 254 and 366 nm demonstrated spots corresponding to the reference standards: bisdemethoxycurcumin (R_f = 0.35), demethoxycurcumin (R_f = 0.44), and curcumin (R_f = 0.57), indicating the presence of curcuminoids in the samples. Antioxidant activity testing showed that *A. galanga* exhibited an IC_{50} value of 0.1285 mg/ml, *C. longa* exhibited an IC_{50} value of 0.0409 mg/ml and *Z. cassumunar* exhibited an IC_{50} value of 0.1283 mg/ml. In conclusion, *A. galanga*, *C. longa* and *Z. cassumunar* contain curcuminoid compounds and demonstrate antioxidant activity, with *C. longa* showing the strongest effect. These findings provide fundamental information that can support the development of future herbal health products.

Keywords: *Alpinia galanga*, *Curcuma longa*, *Zingiber cassumunar*, High performance thin layer chromatography, Antioxidant activity

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

บทนำ

ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพสูง พืชสมุนไพรมีความสำคัญในการแพทย์แผนไทยมาอย่างยาวนาน ถูกใช้ในการรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การจำแนกตามลักษณะทางพฤกษศาสตร์ได้แก่ ไม้ต้น ไม้เถาเลื้อย พืชล้มลุก และพืชที่มีลำต้นใต้ดิน โดยเฉพาะพืชกลุ่มหัวเหง้าที่อยู่ในวงศ์ Zingiberaceae เช่น ข่า (*Alpinia galanga* (L.) Willd.) ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) และไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.)[1-2] เป็นสมุนไพรที่ได้รับความนิยม และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ หลายตำรับได้แก่ ยาธาตุบรรจบ ยาหอมเทพจิตร ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร และยาประสะไพล เป็นต้น โดยการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ เหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน เหง้าไพล พบว่า มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ ต้านเชื้อแบคทีเรีย ต้านเชื้อรา ต้านไวรัส ต้านมะเร็ง บรรเทาอาการปวด และป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด[3-4] โดยมีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญในกลุ่ม curcuminoids[5]

จากการวิจัยของ Acharya ได้ศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารสกัดเหง้าข่า พบว่ามีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ และลดปวด[6-8] โดยสารออกฤทธิ์หลัก คือ curcumin, demethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin และ galangin และผลการศึกษาทางคลินิก พบว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีข่าเป็นส่วนประกอบสามารถลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้[9-12] การศึกษาของ Buhrmann พบว่า curcumin จากขมิ้นชันมีคุณสมบัติต้านการอักเสบ ต้านแบคทีเรีย ต้านไวรัส และต้านมะเร็ง[13] และจากรายงานการวิจัยของ Ah-Reum Han พบว่าสารสกัดเหง้าไพลสามารถลดปวด ใช้รักษาอาการอักเสบ เหง้าเป็นส่วนหลักของพืชที่นำมาใช้ทางการแพทย์ เนื่องจากมีองค์ประกอบทางเคมี ได้แก่ phenylbutenoid curcuminoids และ volatile oil ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ฤทธิ์ต้านการอักเสบ ฤทธิ์ต้านมะเร็ง ฤทธิ์ต้านเชื้อรา ฤทธิ์ต้านจุลินทรีย์ ป้องกันและบำรุงระบบประสาท และใช้เป็นเครื่องสำอาง[14]

ในการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพสมุนไพรตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟี ซึ่งสามารถแสดงลักษณะลายพิมพ์ทางเคมี (chemical fingerprint) เปรียบเทียบกับสารมาตรฐานที่สามารถระบุคุณภาพของสมุนไพรได้[15] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาลักษณะลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง (HPTLC) และทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH ของเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนายาตำรับสมุนไพร รวมถึงเป็นแนวทางในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการผลิตภัณฑ์สมุนไพร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูงของสารสกัด เหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

2. เพื่อเปรียบเทียบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH assay ของสารสกัดเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การสกัดสารสำคัญ และการศึกษาลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีของสารสกัดเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล ด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง (High performance thin layer chromatographic identification)

1.1 การเตรียมตัวอย่าง และการสกัดสมุนไพร

ตัวอย่างสมุนไพรที่ใช้ 3 ชนิด จากแหล่งร้านขายสมุนไพร เวชพงศ์โอสถ เทรดดิ้ง จำกัด โดยมีเอกสารรับรองความถูกต้องของสมุนไพรเหง้าข่า เลขที่ HBTH0553A เหง้าขมิ้นชัน เลขที่ HBTH0551A เหง้าไพล เลขที่ HBTH0363A นำมาบดละเอียดตัวอย่างละ 200 กรัม และหมักในตัวทำละลายเอทานอล 95% ปริมาตร 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราส่วน 1:5 หมักเป็นเวลา 7 วัน[16-17] กรองด้วยกระดาษกรอง Whatman No.1 และระเหยตัวทำละลายด้วยเครื่อง rotary evaporator ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส แรงดัน 150 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหมุน 50 รอบต่อนาที ทำการระเหยเพื่อให้ได้สารสกัดเข้มข้น โดยชั่งน้ำหนักสารสกัดที่ได้ และคำนวณร้อยละผลผลิตสารสกัดหยาบ

1.2 การเตรียมสารมาตรฐานและสารละลายตัวอย่าง

ชั่งสารมาตรฐาน curcuminoid 1 มิลลิกรัม ละลายในเอทานอล 95% ปริมาตร 500 ไมโครลิตร และปรับให้มีความเข้มข้น 0.1 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และชั่งสารสกัดหยาบของเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล 10 มิลลิกรัม ละลายด้วยเอทานอล 95% ปริมาตร 1,000 ไมโครลิตร และปรับให้มีความเข้มข้น 5 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร

1.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วย HPTLC

นำสารละลายมาตรฐานและสารสกัดสมุนไพรจาก ข้อ 1.2 มาทำการ spot สารบนแผ่น TLC (Silica gel 60 F254, Merck) ด้วยเครื่อง sample application CAMAG Linomat 5 ตัวอย่างละ 2 ไมโครลิตร จากนั้นนำไปวางใน TLC tank ที่ใช้วัฏภาคเคลื่อนที่ ประกอบด้วย dichloromethane: toluene: methanol ในอัตราส่วน 8: 1.5: 0.5 โดยปริมาตร รอวัฏภาคเคลื่อนที่ไปถึง solvent front จากนั้นนำแผ่น TLC ออกมาวางให้แห้ง ตรวจสอบแผ่นโครมาโทกราฟีภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร และ 366 นาโนเมตร และแสงขาว แล้วนำไปตรวจด้วย TLC scanner-CAMAG Linomat 5 นำไปคำนวนหาค่า R_f[18-19]

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

2. การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH (2,2-Diphenyl-1-picrylhydrazyl (DPPH) radical scavenging activity)

2.1 การเตรียมสารละลาย DPPH สารละลายมาตรฐาน และสารละลายตัวอย่าง

ชั่งสาร DPPH ปริมาณ 7.886 มิลลิกรัม ละลาย และปรับปริมาตรด้วยเอทานอล 95% ให้ครบ 100 มิลลิลิตร ได้สารละลาย DPPH ความเข้มข้น 0.2 มิลลิโมลาร์ เตรียมสารมาตรฐาน Trolox โดยชั่งสาร 10 มิลลิกรัม ละลายด้วยเอทานอล 95% ปรับปริมาตรเป็น 100 มิลลิลิตร และเจือจางให้ได้ความเข้มข้น 0, 20, 40, 60, 80 และ 100 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร การเตรียมสารสกัดเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล โดยชั่งสารสกัด 1 มิลลิกรัม ละลายในเอทานอล 95% ปริมาตร 1,000 ไมโครลิตร นำไปเจือจางให้ได้ความเข้มข้นที่กำหนด ได้แก่ เหง้าข่าและเหง้าไพลมีความเข้มข้น 15.625, 31.25, 62.5, 125 และ 250 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ส่วนเหง้าขมิ้นชันมีความเข้มข้น 1.875, 3.75, 7.5, 15 และ 30 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร

2.2 การวิเคราะห์ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH

การทดสอบทำโดยปิเปตสารละลาย DPPH 0.2 มิลลิโมลาร์ ปริมาตร 100 ไมโครลิตร เติมสารมาตรฐาน Trolox หรือสารสกัดสมุนไพรที่ความเข้มข้นต่างๆ ปริมาตร 100 ไมโครลิตร เก็บไว้ในที่มืดที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 30 นาที แล้วนำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 517 นาโนเมตร คำนวณเปอร์เซ็นต์การยับยั้งอนุมูลอิสระ DPPH (%Radical scavenging activity) และหาค่าความเข้มข้นของสารสกัดที่สามารถยับยั้งอนุมูลอิสระได้ 50% (IC_{50})[20-23]

ผลการวิจัย

1. ผลการสกัดสมุนไพร

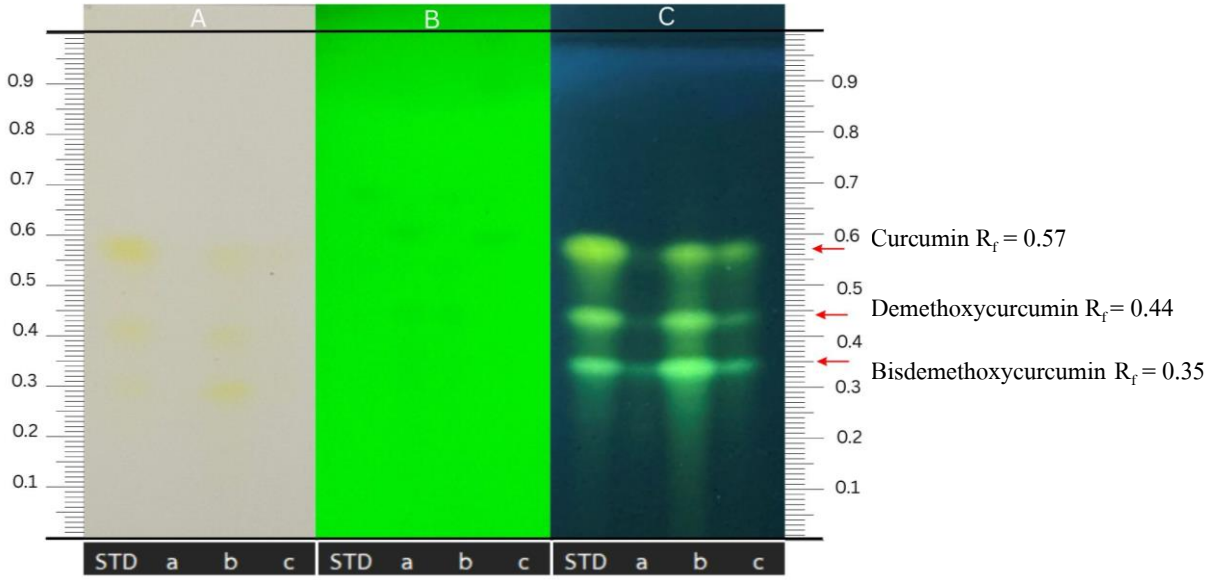
การสกัดสมุนไพร 3 ชนิด ด้วยการหมักในเอทานอล 95% พบว่า ร้อยละของสารสกัดหยาบ (%yield) มีความแตกต่างกัน โดยสมุนไพรที่มีร้อยละสารสกัดหยาบสูงที่สุด คือ เหง้าขมิ้นชัน (21.48%) รองลงมา คือ เหง้าไพล (10.36%) และเหง้าข่า (7.09%) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละผลผลิตสมุนไพร

Extracts	Character	%yield
เหง้าข่า	สีเหลืองทอง หนืดข้น	7.09%
เหง้าขมิ้นชัน	สีส้มเข้ม หนืดข้น	21.48%
เหง้าไพล	สีเหลืองเข้ม หนืดข้น	10.36%

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

2. ลักษณะลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง



ภาพที่ 1 HPTLC fingerprint ภายใต้แสงขาว (A) รังสีอัลตราไวโอเลตความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร (B) รังสีอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร (C)

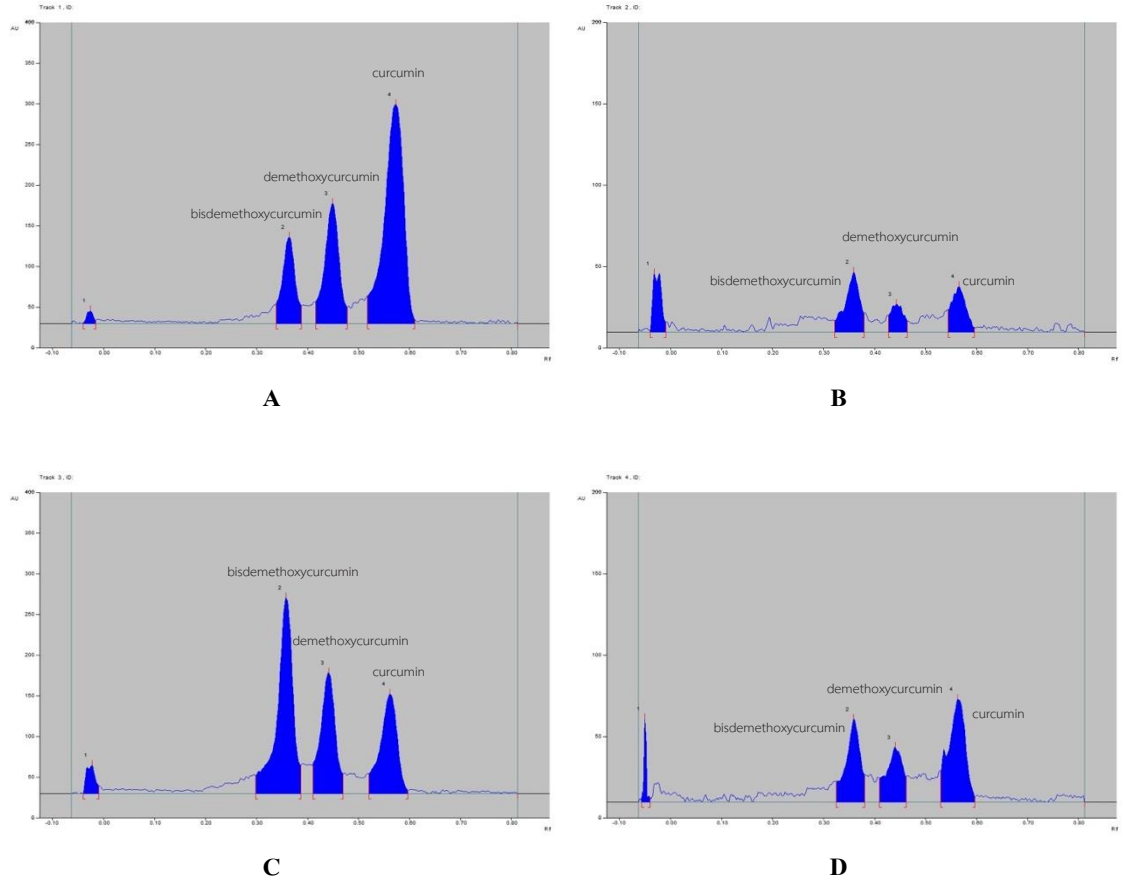
หมายเหตุ (STD) สารมาตรฐาน curcuminoids (a) สารสกัดเหง้าข่า (b) สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน และ (c) สารสกัดเหง้าไพล

จากภาพที่ 1 แสดงลักษณะโครมาโทแกรมชนิดแผ่นบางของสารสกัดเหง้าข่า สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน และสารสกัดเหง้าไพล โดยใช้วัฏภาคเคลื่อนที่ dichloromethane: toluene: methanol (8: 1.5: 0.5) ผลของ HPTLC fingerprint (ภาพที่ 1) พบแถบสีเหลืองเมื่อดูด้วยแสงขาว พบแถบสีดำเมื่อวิเคราะห์ภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร และพบแถบสีเขียวเมื่อดูเมื่อวิเคราะห์ภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร โดยสารมาตรฐาน curcuminoids พบ 3 spot ได้แก่ spot ที่ 1 คือ bisdemethoxycurcumin มีค่า R_f เท่ากับ 0.35 spot ที่ 2 คือ demethoxycurcumin มีค่า R_f เท่ากับ 0.44 spot ที่ 3 คือ curcumin มีค่า R_f เท่ากับ 0.57 ส่วนสารสกัดสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดพบ spot ที่มีค่า R_f ตรงกับสารมาตรฐาน ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 2

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

ตารางที่ 2 ค่า R_f ของสารสกัดสมุนไพรเมื่อตรวจสอบที่รังสีอัลตราไวโอเลตความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร

Samples	R_f value		
	Spot 1 bisdemethoxycurcumin	Spot 2 demethoxycurcumin	Spot 3 curcumin
สารมาตรฐาน curcuminoids	0.35	0.44	0.57
สารสกัดเหง้าข่า	0.35	0.44	0.57
สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน	0.35	0.44	0.57
สารสกัดเหง้าไพล	0.35	0.44	0.57

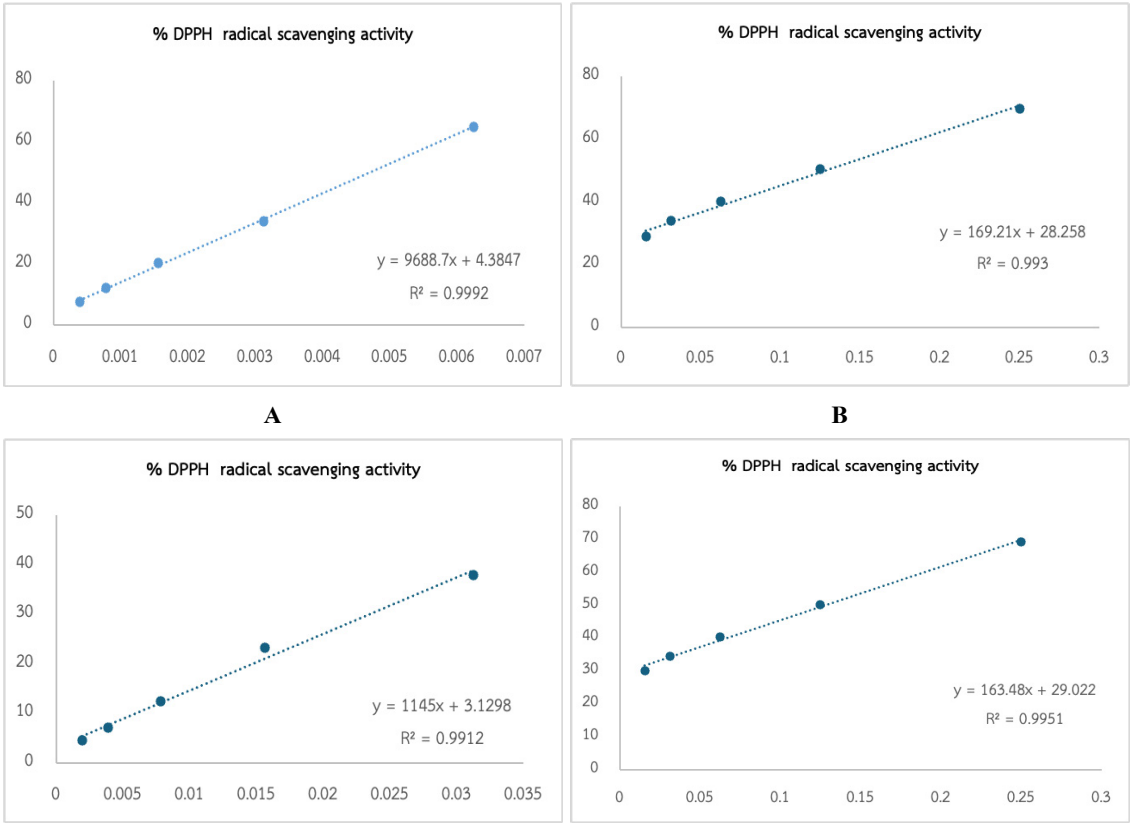


ภาพที่ 2 HPTLC chromatogram ภายใต้รังสีอัลตราไวโอเลตความยาวคลื่น 420 นาโนเมตร (A) สารมาตรฐาน curcuminoids (B) สารสกัดเหง้าข่า (C) สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน (D) สารสกัดเหง้าไพล

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

3. การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ

การวิเคราะห์สารต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล ด้วยวิธี DPPH พบว่า เมื่อนำค่าร้อยละการยับยั้งอนุมูลอิสระของสารสกัดทั้ง 3 ชนิด มาสร้างกราฟสมการเส้นตรง สารสกัดเหง้าข่าได้สมการเส้นตรง $y = 169.21x + 28.258$, $R^2 = 0.993$ สารสกัดเหง้าขมิ้นชันได้สมการเส้นตรง $y = 1145x + 3.1298$, $R^2 = 0.9912$ และสารสกัดเหง้าไพลได้สมการเส้นตรง $y = 163.48x + 29.022$, $R^2 = 0.9951$ แสดงดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กราฟฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของ (A) สารมาตรฐาน Trolox (B) สารสกัดเหง้าข่า (C) สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน (D) สารสกัดเหง้าไพล

ตารางที่ 3 ค่า IC_{50} จากสารสกัดเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล

Samples	IC_{50} (mg/ml)	p-value
Trolox	0.0047	
สารสกัดเหง้าข่า	0.1285	< 0.05
สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน	0.0409	
สารสกัดเหง้าไพล	0.1283	

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

พบว่า ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดเหง้าข่ามีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.1285 mg/ml เหง้าขมิ้นชันเท่ากับ 0.0409 mg/ml ซึ่งมีประสิทธิภาพดีที่สุด เหง้าไพลมีค่าเท่ากับ 0.1283 mg/ml และสารมาตรฐาน Trolox มีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.0047 mg/ml แสดงดังตารางที่ 3

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง และการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของปริมาณสารสกัดและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด และมีองค์ประกอบทางเคมีของสารออกฤทธิ์แตกต่างกันตามชนิดของสมุนไพร ปัจจัยด้านพันธุกรรม สภาพแวดล้อม การปลูก และกระบวนการสกัด[24] รวมทั้งความเหมาะสมของตัวทำละลายที่ใช้ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการละลายสารออกฤทธิ์ โดยเฉพาะสารฟีนอลิกซึ่งมีคุณสมบัติเป็นสารมีขั้ว จึงสกัดได้ดีด้วยตัวทำละลายมีขั้ว เช่น เมทานอล หรือเอทานอล ในความเข้มข้นที่เหมาะสม[25] การเลือกตัวทำละลายจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการสกัดแบบ solid–liquid ดังนั้น ความมีขั้ว (polarity) จะส่งผลต่อร้อยละสารสกัดหยาบโดยตรง[26]

จากผลการวิเคราะห์ลักษณะลายพิมพ์ทางเคมีด้วยเทคนิค HPTLC พบ 3 spot ที่มีค่า R_f ใกล้เคียงกันทั้ง 3 ตัวอย่าง สอดคล้องกับสารมาตรฐาน curcuminoids ซึ่งยืนยันว่าสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด มีองค์ประกอบทางเคมีบางชนิดเหมือนกัน โดยเฉพาะสารกลุ่ม curcuminoids ที่พบในสมุนไพรวงศ์ Zingiberaceae[27-28] ดังนั้น จากการศึกษาการใช้เทคนิค HPTLC สามารถใช้เป็นวิธีการตรวจสอบมาตรฐานสมุนไพรและผลิตภัณฑ์แปรรูปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการควบคุมคุณภาพสมุนไพรตาม Thai herbal pharmacopeia[29-30]

เมื่อวิเคราะห์ด้วย TLC densitometer ที่ความยาวคลื่น 420 นาโนเมตร พบว่า โครมาโทแกรมของสารมาตรฐาน curcuminoids ทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ bisdemethoxycurcumin, demethoxycurcumin และ curcumin มีตำแหน่งใกล้เคียงกันกับสารสกัดสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด โดยพบว่า เหง้าข่าพบสาร curcuminoids แต่มีพื้นที่ใต้กราฟน้อยที่สุด แสดงถึงมีองค์ประกอบทางเคมีของสาร curcuminoids ในข่าน่าจะมีปริมาณน้อย สอดคล้องกับรายงานองค์ประกอบทางเคมีของเหง้าข่าแตกต่างจากเหง้าขมิ้นชัน โดยมีสารสำคัญหลักได้แก่ galangin และ 1'-acetoxychavicol acetate ที่มีคุณสมบัติต้านอักเสบผ่านกลไกการลดการแสดงออกของ NF-ΚB และการสร้างอนุมูลอิสระ[31] เหง้าขมิ้นชันมีปริมาณสาร curcuminoids สูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบทางเคมีจากการศึกษาของ Li et al. (2011)[32] และเหง้าไพลพบสาร curcuminoids ทั้ง 3 ชนิด รองลงมา จากการรายงานพบว่า เหง้าไพลมีสารสำคัญหลัก คือ phenylbutenoids และ diarylheptanoids ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบผ่านกลไกการยับยั้งเอนไซม์ COX-2 และ iNOS[33]

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วย DPPH assay พบว่า เหง้าขมิ้นชันมีฤทธิ์สูงสุด โดยมีค่า IC_{50} ต่ำที่สุด ใกล้เคียงกับสารมาตรฐาน Trolox รองลงมา คือ เหง้าไพล และเหง้าข่า แสดงให้เห็นว่าสารสกัดจากสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดมีคุณสมบัติในการต้านอนุมูลอิสระแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธี HPTLC ที่พบว่า ปริมาณสารกลุ่ม curcuminoids ในสมุนไพร เหง้าขมิ้นชัน มีปริมาณ curcumin, demethoxycurcumin และ bisdemethoxycurcumin ซึ่งสารประกอบ phenolic สามารถยับยั้ง lipid peroxidation เอนไซม์ รวมทั้งไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างอนุมูลอิสระ เช่น COX-2, iNOS และ NF-ΚB ทำให้ลดกระบวนการอักเสบที่เกิดร่วมกับ oxidative stress ส่วนเหง้าข่า สาร galangin และสารประกอบฟีนอลิก สามารถยับยั้งกลไกการเกิด oxidative stress และเหง้าไพลมีสารสำคัญในกลุ่ม phenylbutenoids และ essential oils มีคุณสมบัติลดการอักเสบและยับยั้งการสร้าง reactive oxygen species จากเซลล์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า curcumin สามารถกำจัดอนุมูลอิสระและยับยั้งปฏิกิริยาออกซิเดชันในระดับเซลล์ได้[34-36] ดังนั้น การเลือกใช้วัตถุดิบสมุนไพรที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์สูงและเหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการต้านอนุมูลอิสระและการประยุกต์ใช้ร่วมกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาอื่น เช่น ต้านการอักเสบและระงับปวด ซึ่งเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพในอนาคต ทำให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีระบบนำส่งแบบใหม่ เช่น nanostructured lipid carriers (NLCs) และ nanoemulsions เพื่อเพิ่มการดูดซึมและความเสถียร[37-38] สำหรับเหง้าไพลและเหง้าข่ามีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระต่ำกว่า แต่สารสำคัญของพืชทั้งสองมีคุณสมบัติเด่นในด้านอื่น เช่น ต้านการอักเสบ ต้านจุลชีพ และลดอาการปวด[39-40]

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า เหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล มีองค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระที่แตกต่างกัน โดยเหง้าขมิ้นชันมีปริมาณสารสกัดสูงที่สุดและแสดงฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระมากที่สุด รองลงมาคือ เหง้าข่า และเหง้าไพล ผลการวิเคราะห์ด้วยเทคนิค HPTLC พบสาร curcuminoids ในสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด ข้อมูลเหล่านี้แสดงว่า เหง้าขมิ้นชันมีศักยภาพสูงสุดในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ต้านอนุมูลอิสระ ส่วนเหง้าข่าและเหง้าไพลสามารถนำไปใช้ร่วมกันเพื่อเสริมฤทธิ์ทางชีวภาพในสูตรตำรับหรือผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนสถานที่และอุปกรณ์การวิจัยจากสาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร จังหวัดสกลนคร และทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เลขที่ กภท.4/2568 (กท 64-14-2-10-04)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

เอกสารอ้างอิง

1. Phumthum M, Balslev H. Using ICPC-2 standard to identify Thai Zingiberaceae of pharmacological interest. Plants (Basel) 2020; 9(7).
2. Jitpromma T, Saensouk S, Saensouk P, Boonma T. Diversity, traditional uses, economic values, and conservation status of Zingiberaceae in Kalasin province, Northeastern Thailand. Horticulturae 2025; 11(3): 247.
3. Ali BH, Blunden G, Tanira MO, Nemmar A. Some phytochemical, pharmacological and toxicological properties of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe): a review of recent research. Food Chem Toxicol 2008; 46(2): 409-20.
4. Prasad S, Gupta SC, Tyagi AK, Aggarwal BB. Curcumin, a component of golden spice: from bedside to bench and back. Biotechnol Adv 2014; 32(6): 1053-64.
5. Anand P, Kunnumakkara AB, Newman RA, Aggarwal BB. Bioavailability of curcumin: problems and promises. Mol Pharmaceutics 2007; 4(6): 807-18.
6. Acharya SD, Ullal SD, Padiyar S, Rao YD, Upadhyaya K, Pillai D, et al. Analgesic effect of extracts of *Alpinia galanga* rhizome in mice. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao 2011; 9(1): 100-4.
7. Daily JW, Yang M, Park S. Efficacy of turmeric extracts and curcumin for alleviating the symptoms of joint arthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Med Food 2016; 19(8): 717-29.
8. Mahae N, Chaiseri S. Antioxidant activities and antioxidative components in extracts of *Alpinia galanga* (L.) Sw. Agr Nat Resour 2009; 43(2): 358-69.
9. Prasad S, Tyagi AK, Aggarwal BB. Recent developments in delivery, bioavailability, absorption and metabolism of curcumin: the golden pigment from golden spice. Cancer Res Treat 2014; 46(1): 2-18.
10. Sandur SK, Pandey MK, Sung B, Ahn KS, Murakami A, Sethi G, et al. Curcumin, demethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin, tetrahydrocurcumin and turmerones differentially regulate anti-inflammatory and anti-proliferative responses through a ROS-independent mechanism. Carcinogenesis 2007; 28(8): 1765-73.
11. Araya-Sibaja AM, Vargas-Huertas F, Quesada S, Azofeifa G, Vega-Baudrit JR, Navarro-Hoyos M. Characterization, antioxidant and cytotoxic evaluation of demethoxycurcumin and bisdemethoxycurcumin from *Curcuma longa* cultivated in Costa Rica. Separations 2024; 11(1): 23.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

12. Hassanein EHM, Abd El-Maksoud MS, Ibrahim IM, Abd-Alhameed EK, Althagafy HS, Mohamed NM, et al. The molecular mechanisms underlying anti-inflammatory effects of galangin in different diseases. Phytother Res 2023; 37(7): 3161-81.

13. Buhrmann C, Brockmueller A, Mueller AL, Shayan P, Shakibaei M. Curcumin attenuates environment-derived osteoarthritis by Sox9/NF-kB signaling axis. Int J Mol Sci 2021; 22(14).

14. Han AR, Kim H, Piao D, Jung CH, Seo EK. Phytochemicals and bioactivities of *Zingiber cassumunar* Roxb. Molecules 2021; 26(8).

15. Cieśla Ł M, Waksmundzka-Hajnos M. Application of thin-layer chromatography for the quality control and screening the free radical scavenging activity of selected pharmacuetical preparations containing *Salvia officinalis* L. extract. Acta Pol Pharm 2010; 67(5): 481-5.

16. วริษา ผลาหาร, นฤวัตร ภักดี, ภานิชา พงศ์นราทร, จตุพร ประทุมเทศ, รณชัย ภูวันนา. การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธีโครมาโทกราฟีแบบผิวบาง โครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดใบกระดูกไก่ดำ. วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 2568; 4(2): 82-97.

17. ปภาภัสสร์ ธีระพัฒนวงศ์, วรินทร์ โอนอ่อน, ศศลักษณ์ แก้วบุตรา. การทดสอบหาองค์ประกอบทางพฤกษเคมี สารประกอบฟีนอลิกทั้งหมดและฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของไพล ขมิ้นชัน และขิงที่สกัดด้วยเทคนิควิธีการแช่หมักในตัวทำละลายที่แตกต่างกัน. Health Science, Science and Technology Reviews 2566; 16(3): 53-69.

18. นฤมล วิถีธรรมศักดิ์, นพวรรณ์ พรศิริ, กุลภัสร โภชนกุล. การตรวจเอกลักษณ์ทางเภสัชเวทและฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของสมุนไพรว่านนางคำ. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2565; 17(1): 48-60.

19. จิตรลดา คงคำ, อดิสรณ์ คงคำ. การเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีของสมุนไพรใช้แทนกันระหว่างโกษฐ์เชียงและไพล ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560; 36(3): 360-7.

20. สุชาดา มานอก, ปวีณา ลิ้มเจริญ. การวิเคราะห์ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระโดยวิธี DPPH, ABTS, FRAP และปริมาณสารประกอบฟีนอลิกทั้งหมดของสารสกัดสมุนไพรในตำรับยาหอมเทพจิตร. ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์ 2558; 15(1): 106-17.

21. Kedare SB, Singh RP. Genesis and development of DPPH method of antioxidant assay. J Food Sci Technol 2011; 48(4): 412-22.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

22. Baliyan S, Mukherjee R, Priyadarshini A, Vibhuti A, Gupta A, Pandey RP, et al. Determination of antioxidants by DPPH radical scavenging activity and quantitative phytochemical analysis of *Ficus religiosa*. Molecules 2022; 27(4).

23. Silva F, Veiga F, Cardoso C, Dias F, Cerqueira F, Medeiros R, et al. A rapid and simplified DPPH assay for analysis of antioxidant interactions in binary combinations. Microchem J 2024; 202: 110801.

24. IvanoviĆ M, MakoterK, IslamČ eviĆ Razboršek M. Comparative study of chemical composition and antioxidant activity of essential oils and crude extracts of four characteristic Zingiberaceae herbs. Plants (Basel) 2021; 10(3).

25. Thepthong P, Rattakarn K, Ritchaiyaphum N, Intachai S, Chanasit W. Effect of extraction solvents on antioxidant and antibacterial activity of *Zingiber montanum* rhizomes. ASEAN J Sci Technol Rep 2023; 26: 1-9.

26. Na Nongkhai T, Maddocks SE, Phosri S, Sangthong S, Pintathong P, Chaiwut P, et al. In vitro cytotoxicity and antimicrobial activity against acne-causing bacteria and phytochemical analysis of Galangal (*Alpinia galanga*) and bitter Ginger (*Zingiber zerumbet*) extracts. Int J Mol Sci 2024; 25(20): 10869.

27. Kotra VSR, Satyabanta L, Goswami TK. A critical review of analytical methods for determination of curcuminoids in turmeric. J Food Sci Technol 2019; 56(12): 5153-66.

28. Monton C, Theanphong O, Pathompak P, Suksaeree J, Chankana N. Curcuminoid contents in rhizomes of some Zingiberaceous plants sold via online platforms: influence of species and cultivation location. Int J Food Sci 2024; 2024: 5929119.

29. Thongkhao K, Tungphatthong C, Pichetkun V, Gaewtongliam S, Wiwatcharakornkul W, Sukrong S. Combining DNA and HPTLC profiles to differentiate a pain relief herb, *Mallotus repandus*, from plants sharing the same common name, "Kho-Khlan". PLoS One 2022; 17(6): e0268680.

30. Urumarudappa SKJ, Tungphatthong C, Sukrong S. Mitigating the impact of admixtures in Thai herbal products. Front Pharmacol 2019; 10: 1205.

31. Singh G, Kapoor IP, Singh P, de Heluani CS, de Lampasona MP, Catalan CA. Chemistry, antioxidant and antimicrobial investigations on essential oil and oleoresins of *Zingiber officinale*. Food Chem Toxicol 2008; 46(10): 3295-302.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279493

32. Li S, Yuan W, Deng G, Wang P, Yang P, Aggarwal B. Chemical Composition and Product Quality Control of Turmeric (Curcuma longa L.). Pharm Crops 2011; 2: 28-54.

33. Han AR, Kim MS, Jeong YH, Lee SK, Seo EK. Cyclooxygenase-2 inhibitory phenylbutenoids from the rhizomes of *Zingiber cassumunar*. Chem Pharm Bull (Tokyo) 2005; 53(11): 1466-8.

34. Akter J, Hossain MA, Takara K, Islam MZ, Hou DX. Antioxidant activity of different species and varieties of turmeric (*Curcuma* spp): Isolation of active compounds. Comp Biochem Physiol C Toxicol Pharmacol 2019; 215: 9-17.

35. Das KC, Das CK. Curcumin (diferuloylmethane), a singlet oxygen ((1)O(2)) quencher. Biochem Biophys Res Commun 2002; 295(1): 62-6.

36. Ak T, Gülçin İ. Antioxidant and radical scavenging properties of curcumin. Chemico-Biological Interactions 2008; 174(1): 27-37.

37. Can Karaca A, Rezaei A, Qamar M, Assadpour E, Esatbeyoglu T, Jafari SM. Lipid-based nanodelivery systems of curcumin: recent advances, approaches, and applications. Food Chem 2025; 463: 141193.

38. Sun R, Wei C, Tang X, Sun Y, Ji J. Nanostructured lipid carrier-filled hydrogel beads for the delivery of curcumin: digestion, intestinal permeation, and antioxidant bioactivity after gastrointestinal digestion. Pharmaceutics 2025; 17(5): 541.

39. Pithayanukul P, Tubprasert J, Wuthi-Udomlert M. In vitro antimicrobial activity of *Zingiber cassumunar* (Plai) oil and a 5% Plai oil gel. Phytother Res 2007; 21(2): 164-9.

40. Lin K, Fu D, Wang Z, Zhang X, Zhu C. Analgesic and anti-inflammatory effects of galangin: a potential pathway to inhibit transient receptor potential vanilloid 1 receptor activation. Korean J Pain 2024; 37(2): 151-63.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานต่อความสามารถแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความพึงพอใจในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล

THE EFFECTS OF PROBLEM-BASED LEARNING ON NURSING PROBLEM SOLVING ABILITY AND SATISFACTION IN A PRIMARY MEDICAL CARE COURSE OF NURSING STUDENTS

Received: October 05, 2025
Revised: March 10, 2026
Accepted: April 03, 2026

วัลรี ทรายสมุทร[1], ประภาพร สุวรรณกูฏ[1*], จารุณี จันทร์เปล่ง[1],
Wanree Saisamuth[1], Prapaporn Suvarnnakuta[1*], Jarunee Janpleng [1],

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning: PBL) กับเกณฑ์คะแนนร้อยละ 60 ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น และ 2) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนรู้แบบ PBL การวิจัยใช้รูปแบบ one-group posttest-only design กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 112 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดการเรียนการสอนแบบ PBL เรื่องแนวทางการวินิจฉัยกลุ่มอาการที่พบบ่อย 2) แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษา ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ one-sample t-test และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนเท่ากับ 20.04 จากคะแนนเต็ม 25 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์คะแนนร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยมีนักศึกษาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 97.32 นอกจากนี้ ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนรู้แบบ PBL โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51) โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติจริง ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานมีผลต่อความสามารถในการแก้ปัญหาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน, การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น, ความสามารถในการแก้ปัญหา, ความพึงพอใจของนักศึกษา

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
Lecturer, Faculty of Nursing , St.Teresa International University
*Corresponding author E-mail: prapa.suvarn@hotmail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

Abstract

This quasi-experimental study aimed to: (1) compare nursing students' problem-solving ability after learning through Problem-Based Learning (PBL) with the criterion score of 60% in the Primary Medical Care course, and (2) examine students' satisfaction with the PBL learning approach. The study employed a one-group posttest-only design. The sample consisted of 112 third-year nursing students enrolled in the academic year 2024, selected through purposive sampling.

The research instruments included: (1) a PBL instructional manual on the topic Diagnostic Approaches for Common Clinical Syndromes, (2) a learning achievement test, and (3) a student satisfaction questionnaire. The reliability of the questionnaire, determined using Cronbach's alpha coefficient, was .96. Data were collected from February to May 2025. Data analysis was performed using one-sample t-test and descriptive statistics.

The results showed that the students' mean posttest score was 20.04 out of 25, which was significantly higher than the 60% criterion (p-value < 0.001), with 97.32% of the students achieving scores above the criterion. In addition, the overall satisfaction of students toward the PBL approach was at the highest level (mean = 4.51), particularly in aspects related to active participation and hands-on learning experiences.

The findings indicate that Problem-Based Learning effectively enhances students' problem-solving ability and learning achievement in the Primary Medical Care course.

Keywords: Problem-based learning, Primary diagnosis, Problem-solving ability, Student satisfaction

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

บทนำ

การศึกษาในศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (learning and innovation skills) เช่น ทักษะการคิดขั้นสูง การคิดเชิงวิพากษ์ การแก้ปัญหา การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ผู้เรียนที่สามารถใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความ ประเมินผล และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะสามารถปรับตัวและประสบความสำเร็จในสังคมแห่งการเรียนรู้ได้[1] สอดคล้องกับสภาการพยาบาลที่กำหนดมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมุ่งเน้นให้บัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะด้านการคิดอย่างเป็นระบบ การคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา ตลอดจนมีความสามารถในการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการใช้กระบวนการวิจัยหรือการสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลและสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2] ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์จึงควรมุ่งเน้นการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน โดยผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (facilitator) ส่งเสริมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากสถานการณ์จริง การทำงานเป็นทีม และการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้เรียนและผู้เชี่ยวชาญ[3] หนึ่งในแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว คือ การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning: PBL) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองผ่านกระบวนการทำงานเป็นกลุ่มย่อยภายใต้การชี้แนะของผู้สอน กระบวนการเรียนรู้แบบ PBL ช่วยส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต[4] การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานสามารถส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น พบว่านักศึกษามักประสบปัญหาเมื่อไปฝึกปฏิบัติสถานการณ์จริง การเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติได้ไม่ดี ปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา ที่เน้นการบรรยายและการนำเสนอกรณีศึกษาในชั้นเรียน ทำให้นักศึกษามีโอกาสในการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์ค่อนข้างจำกัด แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ PBL ในการศึกษาพยาบาล แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในรายวิชาพื้นฐานหรือรายวิชาทางการพยาบาลทั่วไป ขณะที่การศึกษาที่มุ่งเน้นการใช้ PBL ในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในบริบทของการศึกษาพยาบาลยังมีค่อนข้างจำกัด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

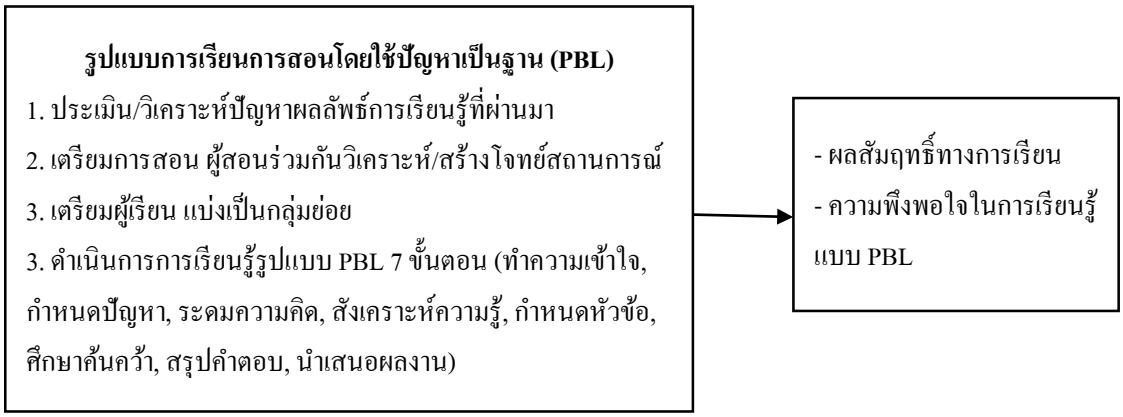
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษากับเกณฑ์มาตรฐาน และศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนรู้รูปแบบดังกล่าว ผลการวิจัยคาดว่า จะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก และเพิ่มประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลังการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ในหัวข้อการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น กับเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 60
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนรู้แบบ PBL ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานของการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์จริงหรือใกล้เคียงจริง เพื่อกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ การค้นคว้าหาความรู้และการทำงานร่วมกัน ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนแก้ปัญหาที่กำหนด ร่วมมือกันค้นหาความรู้ และสังเคราะห์คำตอบด้วยตนเองตามกระบวนการ 7 ขั้นของ Barrows (1980)[4] และตัวแปรตาม คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หมายถึง คะแนนของนักศึกษาหลังเรียน ซึ่งวัดจากแบบประเมินผลการเรียนแบบ PBL วิชาการรักษาโรคเบื้องต้นในหัวข้อการวินิจฉัยแยกโรคกับเกณฑ์คะแนนมาตรฐานร้อยละ 60 และความพึงพอใจในการเรียนรู้ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ แบบ PBL เขียนเป็นแผนภาพ ได้ดังนี้



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบ one-group posttest-only design วัดความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษาหลังได้รับการเรียนรู้แบบ PBL เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 60 เก็บข้อมูล เดือน กุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ในปีการศึกษา 2567 จำนวน 112 คน โดยใช้วิธีการศึกษาจากประชากรทั้งหมด (census) เนื่องจากจำนวนนักศึกษามีจำนวนไม่มาก และอยู่ในชั้นปีเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการจัดการเรียนการสอนแบบ PBL เรื่องแนวทางการวินิจฉัยกลุ่มอาการที่พบบ่อย ประกอบด้วย แนวทางการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองตามโจทย์สถานการณ์ จำนวน 5 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการไข้ ไอ หอบ มีเสมหะ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ใจสั่น 2) กลุ่มอาการปวดท้อง ท้องเสีย ซีด ตาเหลือง บวม ปวดหลังและปวดข้อ 3) กลุ่มอาการทาง ตา หู คอ จมูก 4) กลุ่มอาการระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ 5) กลุ่มอาการระบบประสาท ร่วมกับการใช้คำถามปลายเปิดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 3 ข้อ คือ 1) อธิบายอาการ อาการแสดงและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดอาการ 2) อธิบายหลักและวิธีการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการเหล่านี้ได้ 3) รวบรวมและประมวลข้อมูลเพื่อให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น วางแผนการพยาบาลและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ และเกรดเฉลี่ยสะสม (CGPA)

2. แบบประเมินผลการเรียนแบบ PBL วิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ 1) การระบุและวิเคราะห์ปัญหา 2) ทักษะการแก้ปัญหา 3) การนำเสนอความรู้ 4) กระบวนการกลุ่ม 5) ความรับผิดชอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง นำเสนอความรู้ได้ครอบคลุมเนื้อหา อธิบายถ่ายทอดความคิดให้กลุ่มเข้าใจได้ง่าย สามารถผสมผสานความรู้ที่ตนหามาได้กับความรู้ที่ได้จากสมาชิกกลุ่มมาใช้ในการพิสูจน์สมมุติฐานหรือตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ถูกต้องเหมาะสม สร้างสมมุติฐานได้เหมาะสม เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการสร้างวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ดี สามารถเชื่อมโยงความคิดเห็นของผู้อื่นไปสู่การเรียนรู้ได้ดี มีการอ้างอิงแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง ก่อนลงความเห็นและมีการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ถูกต้องเหมาะสม นำเสนอความรู้ได้ครอบคลุมเนื้อหา อธิบายถ่ายทอดความคิดให้กลุ่มเข้าใจได้ง่าย สามารถผสมผสานความรู้ที่ตนหามาได้กับความรู้ที่ได้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

จากสมาชิกกลุ่มมาใช้ในการพิสูจน์สมมุติฐานหรือตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ถูกต้องเหมาะสม เสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิก แก้ไขความขัดแย้งของกลุ่ม มีส่วนช่วยให้กลุ่มทำงานไปได้ด้วยดีอย่างสม่ำเสมอ ตรงต่อเวลา เข้ากลุ่มทุกครั้ง รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย สนใจ กระตือรือร้นในการทำงานกลุ่ม มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ

คะแนน 4 หมายถึง ทำทั้ง 5 ด้านได้เป็นส่วนใหญ่

คะแนน 3 หมายถึง ทำได้พอใช้

คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นส่วนน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เหมาะสม ไม่ชัดเจน

3. แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อชุดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem Base Learning : PBL) วิชาการรักษาโรคเบื้องต้น จำนวน 15 ข้อ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราเอกสารและทบทวนวรรณกรรม เป็น rating scale 5 ระดับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ[6]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ คู่มือการจัดการเรียนการสอนแบบ PBL เรื่องแนวทางการวินิจฉัยกลุ่มอาการที่พบบ่อย แบบประเมินผลการเรียนแบบ PBL วิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 5 ข้อ แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อชุดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน จำนวน 15 ข้อ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน นำมาหาค่า IOC = 0.65-0.80 และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อชุดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem Base Learning : PBL) วิชา การรักษาโรคเบื้องต้น จำนวน 15 ข้อ ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนการสอนรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นมาแล้ว จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยผลของการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงปกติของคะแนนโดยใช้ Shapiro-Wilk test และพิจารณากราฟ Histogram พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นกับเกณฑ์คะแนนมาตรฐานร้อยละ 60 ด้วยสถิติ one-sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เอกสารรับรองเลขที่ TRSU 012/2567 ลงวันที่ 24 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 105 คน ร้อยละ 93.75 เพศชาย จำนวน 7 คน ร้อยละ 6.25 และมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.50-2.99 มากที่สุด ร้อยละ 46.43 รองลงมามีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า 2.49 ลงมา ร้อยละ 27.68 เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.00-3.49 ร้อยละ 20.54 และมีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.50 ขึ้นไปน้อยที่สุด ร้อยละ 5.35

2. นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาหลังเรียนเท่ากับ 20.04 คะแนน (S.D. = 2.82) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 18.89, p-value < 0.001) และมี ขนาดอิทธิพลในระดับสูง (Cohen's d = 1.79) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการแก้ปัญหารายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) ในหัวข้อการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นกับเกณฑ์คะแนน (ร้อยละ 60 เท่ากับ 15 คะแนน) โดยใช้สถิติ one-sample t-test (n = 112) ,คะแนนเต็ม 25 คะแนน

คะแนน	M	S.D.	t	p-value	Cohen's d
ความสามารถในการแก้ปัญหารายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น	20.04	2.82	18.89***	.000	1.79

* p-value < 0.001

3. นักศึกษาผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 60 หลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) ในหัวข้อการวินิจฉัยแยกโรค จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 97.32 และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.68 ดังแสดงในตารางที่ 2

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

ตารางที่ 2 จำนวนนักศึกษาและร้อยละของคะแนนที่ผ่านเกณฑ์หลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) ในหัวข้อการวินิจฉัยแยกโรค

คะแนน	จำนวน (คน)	คิดเป็น (ร้อยละ)
-ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 60	109	97.32
-ไม่ผ่านเกณฑ์	3	2.68
รวม	112	100

3. โดยภาพรวมนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นในระดับมากที่สุด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 5 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนักศึกษา ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.62 รองลงมา คือ ข้อ 8 เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.60 และข้อ 12 นักศึกษามีโอกาสในการปรับปรุง แก้ไข และอภิปรายเหตุผลเกี่ยวกับข้อค้นพบของกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.59 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 13 มีลำดับขั้นตอนเข้าใจง่าย ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.25 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น จำแนกรายข้อและโดยรวม (n = 112)

ข้อ	รายการ	M	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	คำชี้แจงในคู่มือผู้เรียนมีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.53	0.58	มากที่สุด
2	ใช้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง	4.51	0.55	มากที่สุด
3	ปัญหาที่ใช้กระตุ้น และท้าทายให้นักศึกษาแสวงหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่ง เรียนรู้ต่างๆ	4.52	0.64	มากที่สุด
4	เน้นการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย	4.51	0.64	มากที่สุด
5	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนักศึกษา	4.62	0.55	มากที่สุด
6	เน้นกระบวนการแก้ปัญหาของนักศึกษา	4.58	0.57	มากที่สุด
7	เน้นกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลของนักศึกษา	4.56	0.58	มากที่สุด
8	เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง	4.60	0.57	มากที่สุด
9	นักศึกษาได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและครูผู้สอนในระหว่างการทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรม	4.58	0.59	มากที่สุด
10	ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถและพัฒนาทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกายตามระบบ วินิจฉัยแยกโรคให้การรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม	4.48	0.60	มากที่สุด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

ข้อ	รายการ	M	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
11	มีประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ใน วิชาชีพของตนเองได้	4.57	0.58	มากที่สุด
12	นักศึกษามีโอกาสในการปรับปรุง แก้ไข และอภิปรายเหตุผลเกี่ยวกับข้อค้นพบของกลุ่ม	4.59	0.57	มากที่สุด
13	มีลำดับขั้นตอนเข้าใจง่าย	4.25	0.67	มาก
14	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานสามารถสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้	4.40	0.69	มาก
15	เวลาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีความเหมาะสม	4.36	0.67	มาก
	โดยรวม	4.51	0.43	มากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความพึงพอใจในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลสามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning: PBL) ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาหลังเรียนเท่ากับ 20.04 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์คะแนนร้อยละ 60 (15 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 97.32 แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานสามารถส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาได้

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นอยู่ในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยรวม = 4.51, S.D. = 0.43) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ (ค่าเฉลี่ย = 4.62) การได้ลงมือปฏิบัติจริง (ค่าเฉลี่ย = 4.60) และการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการปรับปรุงผลงาน (ค่าเฉลี่ย = 4.59) สะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการเรียนรู้แบบ PBL

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning: PBL) ในหัวข้อการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.04 จากคะแนนเต็ม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

25 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ผ่านขั้นต่ำร้อยละ 60 (15 คะแนน) ตามแนวทางการประเมินผลการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา[7] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ถึง ร้อยละ 97.32 ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้แบบ PBL สามารถส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในรายวิชาที่ต้องใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เช่น การวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการความรู้ทางวิชาการ การสังเกต การสื่อสาร และการตัดสินใจเชิงคลินิก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Walsh (2005)[8] ที่อธิบายว่าการเรียนรู้แบบ PBL ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองผ่านกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา ตั้งสมมติฐาน ค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม และสรุปผล ซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้เชิงลึกมากกว่าการเรียนแบบท่องจำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ มานพ ชาชิโย และวาสนา ชาชิโย (2567)[5] ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้แบบ PBL สามารถพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา และเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรนุช ชูศรี และคณะ (2565)[9] ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้แบบ PBL ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นช่วยให้คะแนนหลังเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุจิมา ติลการยทรัพย์ และคณะ (2568)[10] ที่พบว่า ภายหลังการจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความสามารถแก้ปัญญาทางการพยาบาลทารกแรกเกิด การคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 19.882, p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐานสามารถพัฒนาความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้

ในด้านความพึงพอใจ ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้แบบ PBL โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.51, S.D. = 0.43) โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนักศึกษา การเปิดโอกาสให้ได้ลงมือปฏิบัติ และการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและทัศนคติเชิงบวกต่อการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Trilling และ Fadel (2009)[3] ที่ระบุว่า การเรียนรู้แบบ PBL ช่วยพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เช่น การคิดเชิงวิพากษ์ การทำงานร่วมกัน และการแก้ปัญหา และจากการการศึกษาของ ศศิธร ชิดนายี และคณะ (2561)[11] ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เนื่องจากรูปแบบการเรียนรู้ดังกล่าวช่วยส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนความรู้ การได้เรียนรู้อย่างลึกซึ้ง และสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความพึงพอใจโดยรวมจะอยู่ในระดับมากที่สุด แต่รายการ “ลำดับขั้นตอนเข้าใจง่าย” มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ารายการอื่น (ค่าเฉลี่ย = 4.25) ซึ่งอาจเนื่องมาจากนักศึกษาบางส่วน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

ยังไม่คุ้นเคยกับรูปแบบการเรียนรู้แบบ PBL ที่มีขั้นตอนการเรียนรู้หลายขั้นตอน โดยเฉพาะผู้เรียนที่เคยเรียนรู้ในรูปแบบการบรรยายมาก่อน ดังนั้น การจัดการเรียนรู้แบบ PBL ในอนาคตควรมีการอธิบายขั้นตอนการเรียนรู้ให้ชัดเจน และจัดทำคู่มือหรือแนวทางการเรียนรู้ที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ได้ง่ายยิ่งขึ้น

โดยภาพรวม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการจัดการศึกษาทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่

1. การวิจัยใช้รูปแบบ one-group posttest-only design ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการวัดก่อนเรียน จึงไม่สามารถยืนยันได้อย่างสมบูรณ์ว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการจัดการเรียนรู้แบบ PBL เพียงอย่างเดียว

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันเดียวกัน จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังบริบทของสถาบันอื่น

3. การประเมินผลการเรียนรู้เป็นการวัดผลในระยะสั้นหลังการจัดการเรียนรู้ จึงยังไม่สามารถสะท้อนผลของการเรียนรู้แบบ PBL ต่อการปฏิบัติงานจริงในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning: PBL) ไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาต่างๆ ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการเรียนรู้เชิงรุกของนักศึกษา

1.2 ควรพัฒนาเครื่องมือหรือคู่มือการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ให้มีขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับผู้เรียน โดยเฉพาะผู้เรียนที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบ PBL มาก่อน เพื่อช่วยสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ/การวิจัยต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เช่น pretest-posttest control group design เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของการออกแบบการวิจัย และช่วยยืนยันว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการจัดการเรียนรู้แบบ PBL โดยตรง

2.2 ควรศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ในรายวิชาอื่นๆ ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนรู้ในบริบทของรายวิชาที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น รายวิชาการพยาบาลเฉพาะทาง วิชาการพยาบาลจิตเวช หรือวิชาการพยาบาลสาธารณสุข

2.3 ควรมีการติดตามผลระยะยาวของนักศึกษาที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยรูปแบบ PBL โดยเฉพาะในช่วงการฝึกปฏิบัติทางคลินิกหรือการปฏิบัติงานจริง เพื่อประเมินผลต่อการพัฒนาทักษะการวินิจฉัย การคิดเชิงวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. วัชรา เล่าเรียนดี, และคณะ. กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อพัฒนาทักษะการคิดและยกระดับคุณภาพการศึกษา. นครปฐม: เพชรเกษมการพิมพ์; 2560.
2. สภาการพยาบาล. มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnc.or.th/files/2020/TQF_Bachelor_Nursing.pdf
3. Trilling B, Fadel C. 21st century skills: Learning for life in our times. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
4. Barrows HS, Tamblyn RM. Problem-based learning: An approach to medical education. New York: Springer; 1980.
5. มานพ ชาชิโย, วาสนา ชาชิโย. ผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ. วารสารวิจัยการศึกษา 2567; 23(3): 97-106.
6. พงศ์เทพ จิระโร. เอกสารประกอบการสอนวิชาวิจัยทางสุขภาพ. นครนายก: สำนักวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา; 2564.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. แนวทางการประเมินผลการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2563.
8. Walsh A. Problem- based learning in nursing education: Exploring learner- centered pedagogies. Nurse Educ Today 2005; 25(3): 210-7.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277735

9. อรนุช ชูศรี, และคณะ. ผลของการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์: วิชาการรักษาโรคเบื้องต้น. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565; 38(2): 270-80.
10. สุจิมา ติลการยทรัพย์, เทพอนงค์ ณ นคร, วิไลวรรณ แสงธรรม, สมจิต ศิริสุข. การพัฒนาความรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลทารกแรกเกิดด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยการจัดการเรียนรู้แบบปัญหาเป็นฐาน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2568; 20(1): 94-100.
11. ศศิธร ชิดนายี, อนัญญา คูอาริยะกุล, ภราดร ล้อธรรมมา, ศรีสุดา งามขำ, ดวงใจ พรหมพยัคฆ์. ผลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อความสามารถแก้ปัญหาทางการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2561; 10(2): 180-93.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

ประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

EFFECTIVENESS OF A SELF-EFFICACY PROGRAM FOR PREVENTING ALLERGIC SYMPTOMS IN SCHOOL-AGED CHILDREN WITH RHINITIS AT SOMDET PHRA SANGHARAJA 19 HOSPITAL

Received: November 30, 2025
Revised: February 26, 2026
Accepted: April 07, 2026

การัณญา กาญจนอรุโณทัย
Karunya Kanchanarunotai

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และ 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบ Paired Sample T Test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สะท้อนว่า โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้เด็กมีความรู้ที่ถูกต้องและปรับพฤติกรรมในการเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้ นำไปสู่การควบคุมอาการโรคจมูกอักเสบได้

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้เด็กที่เป็นโรคจมูกอักเสบเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยลดอาการ เช่น การล้างจมูกและการใช้ยาพ่นจมูกอย่างถูกวิธี ภายใต้โปรแกรม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดความรุนแรงและความถี่ของอาการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง, การป้องกันอาการภูมิแพ้, เด็กวัยเรียน, โรคจมูกอักเสบ

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
Outpatient nursing work, Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital
Corresponding author E-mail: Karunyakan@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

Abstract

This quasi-experimental study one-group pretest–posttest design. The objectives were: (1) to examine the levels of knowledge and preventive behaviors regarding allergic symptoms among school-aged children with allergic rhinitis; (2) to compare the mean knowledge scores before and after participation in the program; and (3) to compare the mean preventive behavior scores before and after participation in the program. The sample consisted of 30 school-aged children diagnosed with allergic rhinitis, selected through simple random sampling. The research instruments included a self-efficacy enhancement program for allergy prevention, a demographic data questionnaire, a knowledge assessment questionnaire, and a preventive behavior assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, paired sample t-tests.

The results revealed that after participation in the program, the mean scores of knowledge and preventive behaviors were significantly higher than those before participation (p-value < 0.05). These findings reflect that the self-efficacy enhancement program effectively improved children's knowledge and facilitated behaviors adjustments to avoid triggers, leading to better control at allergic rhinitis symptoms.

Recommendations: It is recommended to encourage children with allergic rhinitis to participate in structured activities that help reduce symptoms, such as proper nasal irrigation and correct use of intranasal medications. This approach can enhance self-care potential reduce the severity and frequency of symptoms, and ultimately improve the quality of life among affected children.

Keywords: Self-Efficacy, Allergy Prevention, School-Age Children, Rhinitis

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

บทนำ

โรคจมูกอักเสบเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน เกิดจากการอักเสบของเยื่อบุจมูกภายหลังสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ส่งผลให้มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล จาม คันจมูก และระคายเคืองตา[1] ซึ่งกระทบต่อการนอนหลับ สมาธิ การเรียน และคุณภาพชีวิตโดยรวม[2] ข้อมูลการสำรวจในกรุงเทพมหานครพบความชุกในเด็กอายุ 6-7 ปี ร้อยละ 15 และอายุ 13-14 ปี ร้อยละ 17.5 สะท้อนแนวโน้มปัญหาที่พบได้บ่อยในวัยเรียน[3] โดยเฉพาะช่วงอายุ 10-14 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านการคิดอย่างมีเหตุผล เริ่มตัดสินใจและดูแลตนเองมากขึ้น ขณะเดียวกันระดับแอนติบอดีจำเพาะต่อสารก่อภูมิแพ้มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ[4] ทำให้อาการแสดงเด่นชัดและมีโอกาสกำเริบบ่อยหากขาดทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสม

บริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ พบจำนวนครั้งการรับบริการของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567[5] จำนวน 72, 162 และ 274 ครั้ง ตามลำดับ และเป็นอันดับหนึ่งของคลินิกกุมารเวชกรรมในปีล่าสุด อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเวชระเบียนและการปฏิบัติงานพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น การไม่มาตรวจตามนัด และการไม่สามารถระบุหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม[6] สะท้อน “ช่องว่างองค์ความรู้” ในระดับพื้นที่ คือ แม้เด็กได้รับการรักษาตามแนวทาง แต่ยังขาดการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ ตามแนวคิดของ Bandura[7] ซึ่งจะทำให้เด็กโรคจมูกอักเสบมีอาการที่ดีขึ้น

การศึกษานี้จึงพัฒนาโปรแกรม โดยเน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของเด็ก ร่วมกับการติดตามประเมินผลหลังการทดลอง เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยจะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เชิงประจักษ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และเป็นแนวทางในการบูรณาการโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้าสู่การดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

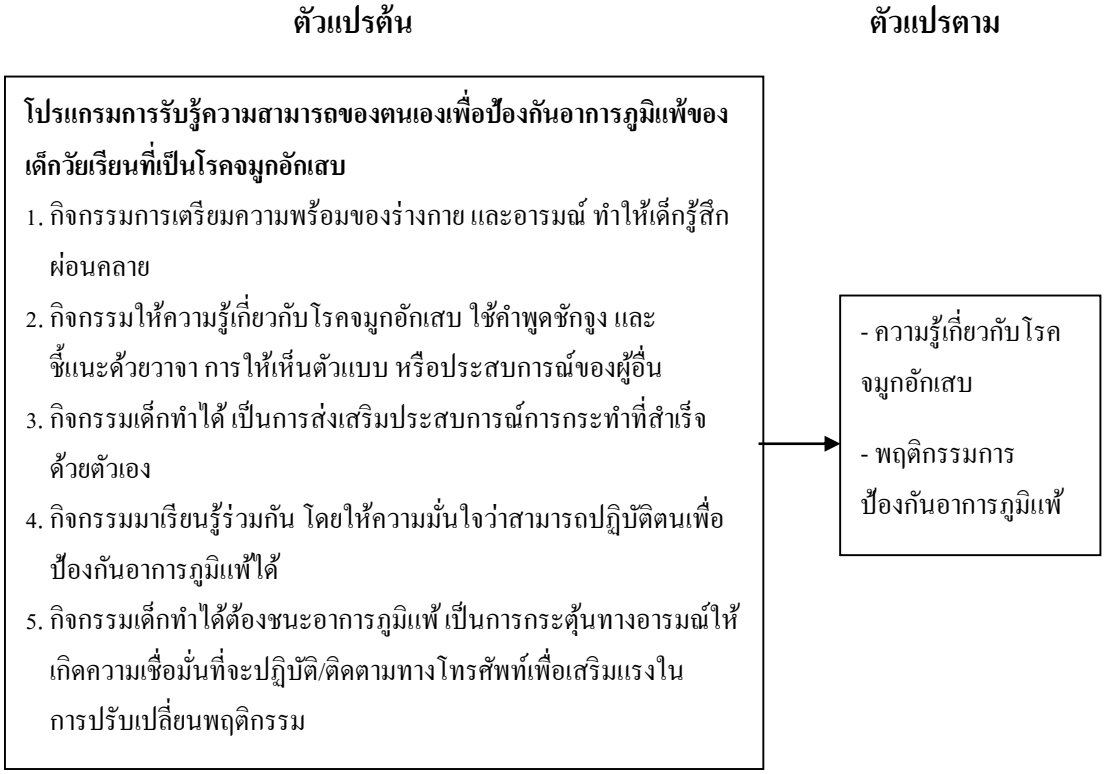
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest and posttest design) ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนอายุ 10-14 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และเข้ารับบริการที่คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

กลุ่มตัวอย่าง วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน 2568 โดยใช้วิธีจับฉลากตามลำดับรายชื่อจนได้ครบตามจำนวนกำหนดกลุ่มตัวอย่าง Cohen,1988[8] ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect size, d) = 0.54

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

สูตรคำนวณโดยประมาณสำหรับการทดสอบแบบจับคู่ คือ

[n = {(Z{α/2} + Z_{β})^2}{d^2}] แทนค่า [n = {(1.96 + 0.84)^2}{0.54^2}]

[n = {(2.8)^2}{0.29}] [n = {7.84}{0.29} = 27] ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เด็กอายุ 10-14 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคจมูกอักเสบ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนได้ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง ผู้ปกครอง และเด็กยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด และถอนตัวจากการวิจัย

การควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน 1) โปรแกรมดำเนินภายในระยะเวลา 2 วัน และติดตาม 3 เดือน ลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ภายนอกที่มีผลรุนแรง 2) ใช้ช่วงเวลาห่าง 3 เดือน ก่อนทำ Posttest ลดผลจำคำตอบ 3) ใช้เครื่องมือชุดเดิม 4) ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์ 5) กำหนดเกณฑ์คัดออกกรณีไม่เข้าร่วมครบกิจกรรม

ดังนั้น แม้ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ได้ดำเนินการควบคุมปัจจัยคุกคามความเที่ยงตรงภายในอย่างเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูร่า (Bandura, 1997)[7]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การออกกำลังกาย ระยะเวลาที่เด็กมีอาการของโรคจมูกอักเสบ การรักษาที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมในบ้าน ชนิดที่นอน ผู้ปกครองที่ดูแลใกล้ชิด และช่องทางการได้รับความรู้โรคจมูกอักเสบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการทบทวนแนวคิด วรรณกรรม และบทความวิจัยเกี่ยวกับความรู้โรคจมูกอักเสบ และการรักษา[6,9] แปลผลระดับคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ของ (Bloom, 1971)[10] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ตอบถูก 0-11 ข้อ (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย, ตอบถูก 12-15 ข้อ (ร้อยละ 60-79) หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง, ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประยุกต์จากแนวทางการดูแลเด็กที่เป็นโรคจมูกอักเสบ กรมอนามัย[11] กระทรวงสาธารณสุข ในการป้องกันมี 5 ด้าน คือ 1) การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น 2) การบริหารยาด้วยตนเอง 3) การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

อาการได้ 4) การออกกำลังกาย และ 5) การดูแลสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ, 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์), 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (3-5 วัน/สัปดาห์), 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน (6-7 วัน/สัปดาห์) การแปลผลค่าคะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1-29 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำ, คะแนน 30-59 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับปานกลาง, คะแนน 60-80 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเฉพาะทางสาขาเด็กวิกฤต 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเท่ากับ 1.0

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลทองผาภูมิ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยแบบวัดความรู้ใช้วิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสันใช้สูตร KR-20[12] ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามพฤติกรรมใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[13] ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71 รวมทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.72

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนทดลอง (Pretest) วันแรกก่อนเริ่มกิจกรรม เด็กทำแบบวัดความรู้ 20 ข้อ (ตอบถูก = 1 ผิด = 0) และแบบสอบถามพฤติกรรม 20 ข้อ (Rating scale 1-4) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. การให้โปรแกรม (Intervention) ดำเนินกิจกรรม 2 วัน รวม 7 กิจกรรม เน้น 1) การให้ความรู้ 2) การดูตัวแบบผ่านวีดีทัศน์ 3) การฝึกปฏิบัติจริง (ล้างจมูก/พ่นยา) 4) การเสริมแรงทางบวก 5) การประเมินสิ่งแวดล้อมร่วมกับผู้ปกครอง

3. การติดตามผล โทรศัพท์ติดตาม 1 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และนัดติดตามที่คลินิก 3 เดือน

4. ระยะหลังทดลอง (Posttest) ประเมินซ้ำที่ 3 เดือน หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้แบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมชุดเดิม เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Paired Samples T Test

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

ขั้นตอนการทดลอง

เริ่มต้น ⟶ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (30 คน) ⟶ เข้าสู่โปรแกรม

วันที่ 1

กิจกรรมที่ 1 (30 นาที) เตรียมความพร้อม / แนะนำ / Pre-test

กิจกรรมที่ 2 (1 ชม. 30 นาที) ให้ความรู้ + วีดีทัศน์ + เอกสาร

กิจกรรมที่ 3 (1 ชม. 30 นาที) ฝึกล้างจมูก + ใช้ยาพ่น

กิจกรรมที่ 4 (30 นาที) เสริมความมั่นใจ

วันที่ 2

กิจกรรมที่ 5 (30 นาที) ทักทาย

กิจกรรมที่ 6 (1 ชม. 30 นาที) ทบทวน + ประเมินบ้าน + แนะนำผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 7 (1 ชม. 30 นาที) สาธิต + ฝึกปฏิบัติ + ซักถาม

ติดตามผล (โทรศัพท์ 20 นาที/คน)

ขั้นหลังการทดลอง

พบที่คลินิก ⟶ Post-test ⟶ สิ้นสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพัฒนาโครงร่าง ทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาเครื่องมือ เดือนมกราคม-เมษายน 2568 และโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เลขที่ 13/2568 วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 หมดอายุวันที่ 30 เมษายน 2569 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติ โดยดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม–กันยายน 2568 เป็นการปฏิบัติงานวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของการปฏิบัติงานประจำรวม 176 วัน ได้แสดงรายละเอียดของโครงการ ต่อเด็กวัยเรียนและผู้ปกครอง การเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และผลการศึกษาจะเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 11.13 ปี (S.D.= 1.50) มีอายุ 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 ศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 73.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจมูกอักเสบ ร้อยละ 26.7 ได้รับการรักษาด้วยยาพ่น ร้อยละ 56.7 สิ่งแวดล้อมในบ้าน มีการเลี้ยงแมวหรือสุนัข ร้อยละ 60.0 ชนิดที่นอนเป็นฟูก ร้อยละ 66.6 มีการออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ร้อยละ 36.7 มารดาเป็นผู้ปกครองที่ดูแลใกล้ชิด ร้อยละ 46.7 เคยได้รับความรู้โรคจมูกอักเสบ ร้อยละ 53.3 โดยได้รับความรู้โรคจมูกอักเสบจากการประชาสัมพันธ์จาก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 56.3 ได้รับความรู้โรคจมูกอักเสบจากสื่อทางโซเชียล ไลน์หรือสื่อทางโทรทัศน์ วิทยุ ร้อยละ 31.2 ได้รับความรู้โรคจมูกอักเสบ จากการแนะนำจากคนรอบข้าง เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อน ร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ (n = 30)

ชื่อตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	63.3
หญิง	11	36.7
อายุ		
10 ปี	15	50.0
11 ปี	7	23.3
12 ปี	2	6.7
13 ปี	1	3.3
14 ปี	5	16.7
Mean = 11.13, S.D.= 1.50, Min = 10, Max = 14		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	70.0
มัธยมศึกษา	9	30.0
โรคประจำตัวร่วม		
ไม่มีโรคประจำตัว	21	70.0
มีโรคประจำตัว	9	30.0
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจมูกอักเสบ		
1-3 ปี	23	76.7
4-6 ปี	5	16.7
7-10 ปี	2	6.7
Mean = 2.93, S.D.= 2.12, Min = 1, Max = 10		
การรักษาที่ได้รับ		
ยารับประทาน	13	43.3
ยาพ่นจมูก	17	56.7

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

ชื่อตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งแวดล้อมในบ้าน		
แมว สุนัข	18	60.0
แมลงสาบ	3	10.0
ตุ๊กตา	1	3.3
ที่บ้านมีคนสูบบุหรี่	5	16.7
บ้านติดทุ่งหญ้า	1	3.3
บ้านติดถนน	2	6.7
ชนิดที่นอน		
ฟูก	20	66.6
เสื่อ	0	0
ซักผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์	5	16.7
ใช้ผ้าปูที่นอนกันไรฝุ่น	5	16.7
การออกกำลังกาย		
วิ่ง	11	36.7
เดิน	9	30.0
ปั่นจักรยาน	6	20.0
ไม่ออกกำลังกาย	4	13.3
ผู้ปกครองที่ดูแลใกล้ชิด		
บิดา	7	23.3
มารดา	14	46.7
ญาติ	9	30.0
การได้รับความรู้โรคจมูกอักเสบ		
ไม่เคย	14	46.7
เคย	16	53.3
ช่องทางได้รับความรู้โรคจมูกอักเสบ		
ประชาสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์	9	56.3
การแนะนำจากคนรอบข้าง เช่น ญาติ เพื่อน	2	12.5
สื่อโซเชียล ไลน์ เฟสบุ๊ค โทรทัศน์ วิทยุ	5	31.2

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

2. ระดับของความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบ ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.3 พบความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 ไม่พบความรู้ระดับน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละระดับความรู้โรคจมูกอักเสบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ จำแนกตามระดับความรู้ (n = 30)

ระดับความรู้	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้มาก (≥ 80%)	18	60.0	28	93.3
ระดับความรู้ปานกลาง (60-79%)	9	30.0	2	6.7
ระดับความรู้น้อย (< 60%)	3	10.0	0	0
ระดับความรู้ภาพรวม	$\bar{x}$= 15.20, S.D.= 3.20		$\bar{x}$= 18.30, S.D.= 1.40	

3. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้อยู่ในระดับปฏิบัติสูง ร้อยละ 83.3 ระดับปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 16.7 ระดับปฏิบัติต่ำ ไม่พบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละระดับพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ จำแนกตามระดับความรู้ (n=30)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปฏิบัติสูง (≥ 80%)	19	63.3	25	83.3
ระดับปฏิบัติปานกลาง (60-79%)	11	36.7	5	16.7
ระดับปฏิบัติต่ำ (< 60%)	0	0	0	0
ระดับพฤติกรรม ภาพรวม	$\bar{x}$=59.80, S.D.=7.10		$\bar{x}$=64.30, S.D.=6.60	

*p-value < 0.05

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.80, p-value < 0.001) โดยมีช่วงความ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

เชื่อมั่นร้อยละ 95 ของความแตกต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.77 ถึง 4.43 และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (Cohen's d = 0.87) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	($\bar{x}$)	S.D.	Mean Difference	95% CI	t	p-value	Cohen's d
ก่อนเข้าโปรแกรม	15.20	3.20					
หลังเข้าโปรแกรม	18.30	1.40	3.10	1.77 to 4.43	4.80	< 0.001*	0.87

*p-value < 0.05

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.30, p-value < 0.001) โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของความแตกต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.36 ถึง 6.64 และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (Cohen's d = 0.78) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	($\bar{x}$)	S.D.	Mean Difference	95% CI	t	p-value	Cohen's d
ก่อนเข้าโปรแกรม	59.80	7.10					
หลังเข้าโปรแกรม	64.30	6.60	4.50	6.64 to 2.36	4.30	< 0.001*	0.78

*p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบและพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถส่งเสริมความรู้และปรับพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.3 และมีพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของ Bandura ที่ระบุว่า ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติจริง และการได้รับแรงสนับสนุนจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.80, p-value < 0.001) โดยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของความแตกต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.77-4.43 และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (Cohen's d = 0.87) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุไรรัตน์ กีบาง[14] พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีทางเดินหายใจเล็ก เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นทำให้อาการภูมิแพ้กำเริบ ต้องล้างจมูกให้ถูกวิธีจะช่วยลดอาการแพ้ลง พยาบาลต้องสอนผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้และความเชื่อมั่นว่าการล้างจมูกด้วยตนเองได้ จะลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาร์ธินีย์ แสนยศ, วรกัญญา ยาทองไชย[15] พบว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา และการได้รับข้อมูลสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยระดับสูง การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.30, p-value < 0.001) โดยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของความแตกต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.36-6.64 และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (Cohen's d = 0.78) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พญา สมดี, ยุรี พงษ์จาตุระวิทย์, นุจรี ชัยมงคล[6] พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ในเด็กวัยเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษราภรณ์ อ่อนทอง, นฤมล ธีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์[16] พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แสดงว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบ เพื่อเสริมพฤติกรรมในการป้องกันอาการภูมิแพ้ แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปต้องอาศัยระยะเวลา การติดตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำความรู้เกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบ กิจกรรมการล้างจมูก และการใช้ยาพ่นจมูกตามโปรแกรมฯ ไปสอนเด็กและผู้ปกครอง เพื่อช่วยลดอาการของโรคและส่งเสริมพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นไม่ให้เกิดอาการกำเริบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำอันทรงคุณค่า ตลอดจน นพ.สมชาย ไวฑิตานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่คลินิกกุมารเวชกรรม รวมถึงผู้ปกครองและเด็กวัยเรียนทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. The Allergy, Asthma, and Immunology Association of Thailand. Allergic expert.org. [Internet]. [cited 2025 Jan 8]. Available from: http://allergy.or.th/2016/resources_expert_detail
2. Meltzer, E.O. Quality of Life in Adults and Children with Allergic Rhinitis. Journal of Allergy Clinical Immunology 2016; 103(Suppl): 45-53.
3. วิไลวรรณ วัฒนกิจ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสาธารณสุข 2563; 14(4): 233-242.
4. Ward, L.S., Hisley, M.S., & Kennedy, M.A. Maternal-Child Nursing Care 2th ed. Philadelphia: Davis Company; 2016.
5. สถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19. เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี; 2567.
6. พิมพ์พญา สมดี, ยุรี พงษ์จาตุระวิทย์, และนุจรี ชัยมงคล. พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(1): 43-53.
7. Bandura, A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. Psychological Review; 1997.
8. Cohen J. Statistic Power Analysis for The Behavior Sciences. New York: Academic Press; 1988.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278667

9. ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทย (ฉบับ ปรับปรุง พ.ศ.2565) วารสารหู คอ จมูก และใบหน้า. 2565; 23(1): 53-312.
10. Bloom. B. S. Hasting JT, and Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. กรมอนามัย. แนวทางการดูแลเด็กที่เป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. Kuder GF, and Richardson MW. The Theory of The Estimation of Test Reliability. Psychometrika Journal. 1937; 2(3): 151-60. DOI: 10.1007/BF02288391.
13. Cronbach LJ. Essentials of Psychological Testing. 5th ed. New York, Harper & Row; 1990.
14. จุไรรัตน์ กีบาง. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและพัฒนาความสามารถผู้ปกครองในการล้างจมูกเด็กต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ของผู้ปกครอง. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(1): 236-244.
15. วาร์ธินีย์ แสนยศ, วรกัญญา ยาทองไชย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(3): 32-40.
16. เกษราภรณ์ อ่อนทอง, นฤมล ธีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 29(2): 36-46.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย

FACTORS ASSOCIATED WITH PROBLEMATIC DIGITAL MEDIA USE AMONG PRESCHOOL CHILDREN

Received: December 19, 2025
Revised: February 08, 2026
Accepted: April 04, 2026

วารีรัตน์ วรรณโพธิ์[1], รักษ์สุดา ชูศรีทอง[1*], ปาริชาติ อาษาธง[1], เอื้อมพร สุ่มมาตย์[1]

Wareerat Wannapoe[1], Ruksuda Choosrithong[1*], Parichart Arsarthong[1], Ueamporn Summart[1]

บทคัดย่อ

ในปัจจุบัน เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มเข้าถึงสื่อดิจิทัลตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 240 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.33 ขณะที่ร้อยละ 36.67 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา ได้แก่ ระดับความรู้ของผู้ปกครอง (Adjusted OR = 1.87, 95% CI: 1.05-3.33; p-value = 0.034) ระยะเวลาการใช้สื่อของเด็ก (Adjusted OR = 6.12, 95% CI: 1.64-22.64; p-value = 0.007) การปฏิบัติตนของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย (Adjusted OR = 2.80, 95% CI: 1.5-5.04; p-value = 0.001) และระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัล (Adjusted OR = 2.07, 95% CI: 1.15-3.77; p-value = 0.016)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และการกำกับดูแลการใช้สื่อดิจิทัลของผู้ปกครอง เพื่อป้องกันพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: สื่อดิจิทัล, พฤติกรรมการใช้สื่อ, เด็กปฐมวัย, ผู้ปกครอง, การการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University
*Corresponding author E-mail: Ruksuda.cho@reru.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

Abstract

At present, preschool children tend to access digital media at an increasingly younger age, which may increase the risk of problematic digital media use and adversely affect child development. This study aimed to examine the level of problematic digital media use among preschool children and to analyze factors associated with such behavior. The study sample consisted of 240 parents of preschool children, selected using a multistage sampling method. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression analysis.

The results showed that the majority of preschool children exhibited normal digital media use (63.33%), while 36.67% were classified as being at risk of problematic digital media use. Factors significantly associated with problematic digital media use among preschool children included parental knowledge level (Adjusted OR = 1.87, 95% CI: 1.05-3.33; p-value = 0.034), children's duration of digital media use (Adjusted OR = 6.12, 95% CI: 1.64-22.64; p-value = 0.007), parental practices regarding digital media use with preschool children (Adjusted OR = 2.80, 95% CI: 1.50-5.04; p-value = 0.001), and parental perception regarding digital media use (Adjusted OR = 2.07, 95% CI: 1.15–3.77; p-value = 0.016).

These findings highlight the importance of promoting parental knowledge and strengthening parental supervision of digital media use to prevent problematic digital media use among preschool children.

Keywords: digital media, media use behavior, preschool children, parents, digital media addiction

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

บทนำ

ในยุคดิจิทัลปัจจุบัน เทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทอย่างลึกซึ้งต่อชีวิตมนุษย์ทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงสำคัญของพัฒนาการสมองและการวางรากฐานด้านพฤติกรรม เด็กเล็กจำนวนมากสามารถเข้าถึงสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต และแพลตฟอร์มออนไลน์ตั้งแต่อายุยังน้อย ส่งผลให้ประสบการณ์การเรียนรู้ พฤติกรรม และการพัฒนาสมองได้รับอิทธิพลจากสื่อดิจิทัลมากขึ้น[1-2] แม้ว่าสื่อดิจิทัลจะสามารถส่งเสริมทักษะบางด้านได้ แต่การใช้อย่างขาดการกำกับดูแลที่เหมาะสมอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ สมาธิ และการกำกับตนเองในเด็กปฐมวัย[3-5] ข้อมูลระดับสากลสะท้อนความสำคัญของปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมากกว่าร้อยละ 60 ใช้สื่อหน้าจอเกินหนึ่งชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเกินกว่าคำแนะนำด้านสุขภาวะเด็กเล็ก และมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านพฤติกรรมและพัฒนาการ[6-7] งานวิจัยระบุว่า การใช้สื่อเป็นเวลานานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองที่ลดลง อารมณ์หงุดหงิด และความยากลำบากในการยับยั้งพฤติกรรม ซึ่งล้วนเป็นลักษณะสำคัญของการใช้สื่อในลักษณะที่เป็นปัญหา[7-9] ขณะที่งานวิจัยนานาชาติระบุว่า เด็กปฐมวัยร้อยละ 30-50 มีพฤติกรรมการใช้สื่อในระดับเสี่ยง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในระยะยาว[7-10]

ในประเทศไทย สถานการณ์มีแนวโน้มคล้ายคลึงกับบริบทสากล โดยพบว่า เด็กปฐมวัยมากกว่าร้อยละ 70 ใช้สื่อดิจิทัลเป็นประจำทุกวัน และในหลายพื้นที่มีระยะเวลาใช้สื่อเฉลี่ยสูงถึง 2-4 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลอย่างชัดเจน[11-12] บริบทจังหวัดร้อยเอ็ดสะท้อนภาพปัญหาในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ผู้ปกครองมีภาระงานด้านเกษตรกรรม ทำให้มีเวลาในการดูแลเด็กจำกัด เด็กจำนวนมากจึงใช้สื่อดิจิทัลในช่วงเวลาที่ผู้ปกครองทำงาน รายงานจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่พบว่า เด็กสามารถเข้าถึงสมาร์ตโฟนตั้งแต่อายุยังน้อยและใช้สื่อเป็นประจำทุกวัน[13] งานวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสนับสนุนข้อมูลดังกล่าว โดยรายงานว่า เด็กปฐมวัยมากกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการใช้สื่อในระดับเสี่ยง และมีเวลาใช้สื่อเฉลี่ยมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน[14-15] ตัวเลขเหล่านี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และสะท้อนถึงการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของพื้นที่ร้อยเอ็ดอย่างรอบด้าน

การใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัยส่งผลกระทบต่อพัฒนาการหลายด้านอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอารมณ์ที่ลดลง ความหงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น พฤติกรรมก้าวร้าว และความสามารถในการกำกับตนเองที่ถดถอย ซึ่งล้วนส่งผลต่อทักษะการเรียนรู้ การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาวะด้านจิตใจในระยะยาว[3-5,8-10] งานวิจัยจำนวนมากชี้ว่า ปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดจากระยะเวลาใช้สื่อเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งด้านเด็ก ผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อม เช่น ระดับความรู้และการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับผลกระทบของสื่อ รูปแบบการกำกับดูแลการใช้สื่อ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ทัศนคติของครอบครัวต่อเทคโนโลยี ตลอดจนสภาพการดูแลเด็กในบริบทชนบทที่ผู้ปกครองมีเวลาเฝ้าดูแลจำกัด[11,14-16]

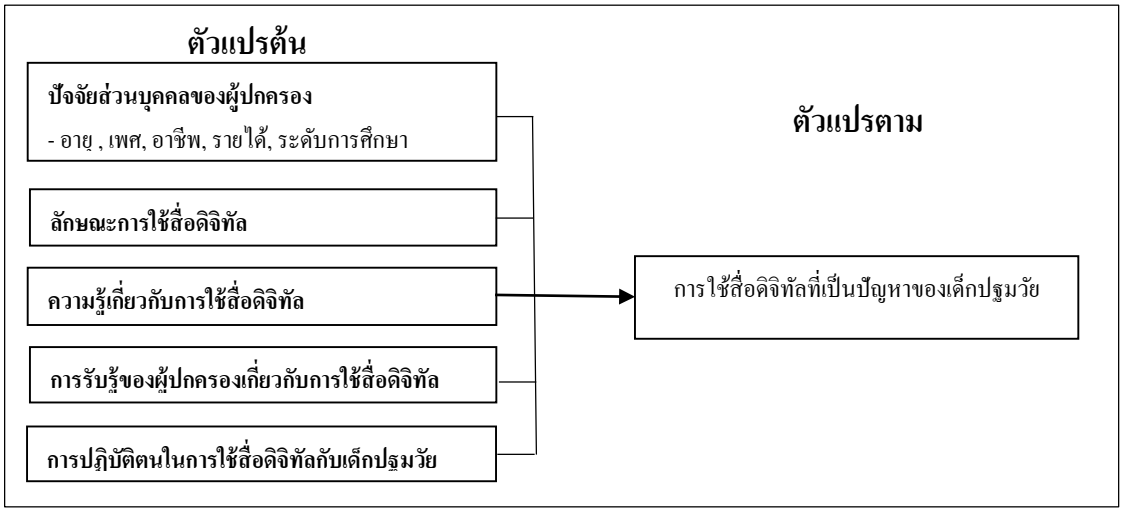
การทบทวนวรรณกรรมระดับสากลและในประเทศพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเกิดพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาและอาจเป็นตัวกำหนดระดับความรุนแรงของปัญหาได้[5,9-12,14-16] ความซับซ้อนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เพื่อให้เข้าใจปัญหาพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาของเด็กปฐมวัยอย่างแท้จริง ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อค้นหาต้นเหตุและกลไกเชิงพฤติกรรมของปัญหา ตลอดจนสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้พัฒนาการป้องกันและการส่งเสริมการใช้สื่อที่เหมาะสมในบริบทของประเทศไทย และจังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป[9-16]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Conceptual Framework) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการกำกับดูแล กับระดับการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาของเด็กปฐมวัย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัยในจังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด[16] เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 3-6 ปี ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 39,135 คน ตามฐานข้อมูลกรมอนามัย พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทโดยตรงในการกำกับการใช้สื่อดิจิทัลของเด็ก จึงถูกกำหนดให้เป็นหน่วยวิเคราะห์หลักของงานวิจัยนี้

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่ตามภูมิศาสตร์ สุ่มเลือก 7 อำเภอ ได้แก่ เมืองร้อยเอ็ด เสลภูมิ ธวัชบุรี เกษตรวิสัย สุวรรณภูมิ โพนทอง และหนองพอก จากนั้นสุ่มศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และชุมชน เพื่อคัดเลือกผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ครอบคลุมทั้งเขตเมืองและชนบท

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วน (p-value = 0.48, d = 0.10, $\alpha = 0.05$) ได้อย่างน้อย 200 คน และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมเป็น 240 คน ซึ่งเพียงพอและเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์เชิงสถิติในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 4 ส่วน ซึ่งได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง แบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) จำนวน 10 ข้อ กำหนดการให้คะแนนแบบถูก-ผิด โดยให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง ตามเกณฑ์ของ Bloom การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ ≥80; 8.00-10.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.99; 6.00-7.99 คะแนน) และระดับต่ำ (ร้อยละ <60; 1.00-5.99 คะแนน)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา จำนวน 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 20 ข้อ และ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน จำนวน 10 ข้อ การแปลผลใช้คะแนนรวมเฉลี่ย และกำหนดเกณฑ์ตามแนวคิดของ Best[16] เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) และระดับน้อย (1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาของเด็กปฐมวัย ใช้เครื่องมือ Game Addiction Screening Test: Parent Version (GAST) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองเชิงพฤติกรรมจากมุมมองผู้ปกครอง ครอบคลุมด้านการควบคุมตนเอง ความหมกมุ่น และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 11 ข้อ แบบ Likert 4 ระดับ ให้คะแนนรวม 0-33 คะแนน โดยคะแนน 0-8 อยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 9-11 เป็นกลุ่มเสี่ยง และคะแนน ≥12 สะท้อนพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา ทั้งนี้ เครื่องมือดังกล่าวใช้เพื่อคัดกรองระดับความเสี่ยง มิใช่การวินิจฉัยทางจิตเวช

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาพัฒนาการเด็ก การใช้สื่อดิจิทัลในปฐมวัย และการวิจัยทางการพยาบาล โดยประเมินความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมาย จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.97

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในพบว่า แบบประเมิน GAST มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ปกครองมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามการปฏิบัติตนของผู้ปกครองมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง ลักษณะการใช้สื่อของเด็กปฐมวัย และระดับการรับรู้ของผู้ปกครอง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) โดยนำเสนอค่า Crude Odds Ratio (OR) และ Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด (เลขที่ 002/2564 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564) ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวโดยสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนได้

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.08 มีอายุเฉลี่ย 42.99 ปี (S.D. = 13.76) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.69 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 57.08 ในด้านความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 46.67 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.75 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.75 และมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.08 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย (n = 240)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	17.92
หญิง	197	82.08
อายุ (ปี)		
Mean (S.D.)	42.99 (13.76)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	84	34.75
มัธยมศึกษา	112	51.69
ปริญญาตรีขึ้นไป	44	13.56
รายได้ (บาท)		
< 10,000	137	57.08
> 10,000	103	42.92

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา-มารดา	112	46.67
ปู่ย่า-ตายาย	105	43.75
อื่นๆ	23	9.58
อาชีพ		
เกษตรกรรม	153	63.75
รับจ้าง	45	18.75
อื่นๆ (ค้าขาย,รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ,)	42	17.50
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	129	53.75
ขยาย	111	46.25
สถานภาพการสมรส		
คู่	161	67.08
หม้าย/หย่า/แยก	79	32.91

เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์แท็บเล็ตเป็นสื่อดิจิทัลหลัก คิดเป็นร้อยละ 41.25 ครัวเรือนส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ดิจิทัล จำนวน 1-2 เครื่อง คิดเป็นร้อยละ 67.50 ความถี่ในการใช้สื่อดิจิทัลส่วนใหญ่อยู่ที่วันละ 1 ครั้ง และระยะเวลาการใช้สื่อเฉลี่ยอยู่ในช่วง 30-60 นาทีต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการใช้สื่อ 29.04 นาที (S.D. = 19.36) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อุปกรณ์สื่อสารดิจิทัลที่เด็กใช้		
โทรทัศน์	51	21.25
โทรศัพท์	9	3.75
แท็บเล็ต	99	41.25
จำนวนอุปกรณ์ดิจิทัลในครัวเรือน		
1 เครื่อง	61	25.42
1-2 เครื่อง	162	67.50
3-4 เครื่อง	11	4.58
ตั้งแต่ 5 เครื่องขึ้นไป	6	2.50

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ในการใช้ต่อวัน		
1 ครั้ง	80	55.08
> 1 ครั้ง	106	44.92
Mean (S.D.)	6.41 (1.99)	
ระยะเวลาในการใช้สื่อ		
น้อยกว่า 30 นาที	81	33.75
30-60 นาที	144	60.00
ตั้งแต่ 61 นาทีขึ้นไป	15	6.25
Mean (S.D.)	29.04 (19.36)	

ผู้ปกครองมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับดีในทุกมิติ ได้แก่ การรับรู้ด้านความรุนแรง การรับรู้ด้านประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้ด้านอุปสรรค และการรับรู้ความเสี่ยง โดยการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.75 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัล

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ด้านความรุนแรงของการการใช้สื่อดิจิทัล		
ระดับต่ำ	118	49.17
ระดับดี	122	50.83
Mean (S.D.)	38.29 (5.92)	
การรับรู้ด้านประโยชน์ของการป้องกันการการใช้สื่อดิจิทัล		
ระดับต่ำ	113	47.08
ระดับดี	127	52.92
Mean (S.D.)	41.97 (5.04)	
การรับรู้ด้านอุปสรรคของการป้องกันการใช้สื่อดิจิทัล		
ระดับต่ำ	105	43.75
ระดับดี	135	56.25
Mean (S.D.)	36.53 (5.47)	
การรับรู้ความเสี่ยงของการการใช้สื่อดิจิทัล		
ระดับต่ำ	108	45.00
ระดับดี	132	55.00
Mean (S.D.)	37.33 (4.42)	

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ของการการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาในภาพรวม		
ระดับต่ำ	99	41.25
ระดับดี	141	58.75
Mean (S.D.)	154.14 (14.89)	

เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สื่ออยู่ในระดับปกติ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 ขณะที่เด็กจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 อยู่ในระดับ Problematic Media Use Group ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาปฐมวัย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
Normal	152	63.33
Problematic Media Use Group	88	36.67

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ระดับความรู้ของผู้ปกครอง (Adjusted OR = 1.87, 95%CI: 1.05-3.33) ระยะเวลาการใช้สื่อของเด็ก (Adjusted OR = 6.12, 95%CI: 1.64-22.64) การปฏิบัติตนการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย (Adjusted OR = 2.80, 95%CI: 1.57-5.04) และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลของผู้ปกครอง (Adjusted OR = 2.07, 95%CI: 1.15-3.77) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาของเด็กปฐมวัย จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการมีส่วนร่วมระดับมาก	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัล						0.034
ระดับต่ำ	113	43.36	1			
ระดับสูง	127	30.71	0.76	1.87	1.05-3.33	
ระยะเวลาการใช้สื่อดิจิตอล (นาที)						0.007
น้อยกว่า 30 นาที	81	24.69	1			
30-60 นาที	144	39.58	1.99	1.83	0.98-3.45	
ตั้งแต่ 61 นาทีขึ้นไป	15	73.33	5.33	6.12	1.64-22.64	

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการมีส่วนร่วมระดับมาก	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
การปฏิบัติตนการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็กปฐมวัย						0.001
ระดับสูง	120	35.23	1			
ระดับต่ำ	120	64.77	2.80	2.80	1.57-5.04	
การรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัล						0.016
ระดับต่ำ	99	29.29	1			
ระดับดี	141	41.84	1.73	2.07	1.15-3.77	

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผู้ปกครองเด็กปฐมวัยจำนวน 240 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.08 อายุเฉลี่ย 42.99 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.75 รายได้เฉลี่ย 10,360 บาท ครัวเรือนมีอุปกรณ์ดิจิทัล 1-2 เครื่อง ร้อยละ 67.50 เด็กใช้แท็บเล็ตเป็นหลัก ร้อยละ 41.25 และใช้สื่อ 30-60 นาทีต่อวัน ร้อยละ 60.00 โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลในระดับดี ร้อยละ 58.75

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา ได้แก่ ระดับความรู้ของผู้ปกครอง ระยะเวลาการใช้สื่อของเด็ก การปฏิบัติตน และระดับการรับรู้ (p-value < 0.05) โดยผู้ปกครองที่มีความรู้ระดับสูงมีโอกาสลดพฤติกรรมดังกล่าวได้ 1.87 เท่า (Adjusted OR = 1.87, 95%CI: 1.05-3.33) เด็กที่ใช้สื่อ > 61 นาที/วัน มีความเสี่ยงสูงขึ้น 6.12 เท่า (Adjusted OR = 6.12, 95%CI: 1.64-22.64) และกลุ่ม 30-60 นาที มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.83 เท่า (Adjusted OR = 1.83, 95%CI: 0.98-3.45) ผู้ปกครองที่มีการปฏิบัติตนระดับต่ำเพิ่มความเสี่ยง 2.80 เท่า (Adjusted OR = 2.80, 95%CI: 1.57-5.04) ขณะที่การรับรู้ระดับดีช่วยลดความเสี่ยง 2.07 เท่า (Adjusted OR = 2.07, 95%CI: 1.153.77) ส่วนเพศ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนอุปกรณ์ และความถี่การใช้สื่อ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลอยู่ในระดับปกติ อย่างไรก็ตาม ยังมีเด็กถึงร้อยละ 36.67 ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศที่พบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ 30-50 มีพฤติกรรมการใช้สื่อในระดับเสี่ยงหรืออาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

พัฒนาการ[7-10] เด็กปฐมวัยใช้อุปกรณ์แท็บเล็ตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.25 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Radesky และคำแนะนำของ American Academy of Pediatrics (AAP) ซึ่งระบุว่า อุปกรณ์แบบหน้าจอสัมผัสและสื่อเชิงโต้ตอบมีคุณลักษณะที่ดึงดูดความสนใจของเด็กปฐมวัยได้สูง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และเอื้อต่อการใช้งานเป็นเวลานาน หากขาดการกำกับดูแลที่เหมาะสม สื่อประเภทดังกล่าวอาจลดโอกาสในการฝึกทักษะการรอคอย การยับยั้งพฤติกรรม และการเปลี่ยนความสนใจ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในช่วงพัฒนาการปฐมวัย[4,7] ในด้านระยะเวลาใช้สื่อ เด็กส่วนใหญ่ใช้สื่อเฉลี่ย 30-60 นาทีต่อวัน ซึ่งยังอยู่ในกรอบใกล้เคียงกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตาม การพบว่า เด็กบางส่วนใช้สื่อมากกว่า 61 นาทีต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 6.25 ถือเป็นสัญญาณเตือนเชิงพฤติกรรมที่สำคัญ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ายิ่งเด็กใช้สื่อเป็นเวลานาน ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสมาธิ อารมณ์ และการกำกับตนเองที่ลดลง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่อาจนำไปสู่การใช้สื่อในลักษณะที่เป็นปัญหาในระยะต่อไป[5,8-9] สื่อดิจิทัลแบบอินเทอร์แอ็กทีฟและการใช้สื่อเกินระยะเวลาที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สื่ออย่างมีปัญหาในเด็กปฐมวัย จึงจำเป็นต้องมีการกำกับดูแลทั้งรูปแบบและระยะเวลาใช้งานอย่างเหมาะสมในระดับครอบครัว เพื่อป้องกันผลกระทบต่อพัฒนาการในระยะยาว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า ผลการศึกษาข้อที่ 2 พบว่า ความรู้ของผู้ปกครอง ระยะเวลาการใช้สื่อของเด็ก พฤติกรรมการใช้สื่อของผู้ปกครอง และระดับการรับรู้เกี่ยวกับสื่อดิจิทัลล้วนมีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ถึงบทบาทของครอบครัวในฐานะปัจจัยป้องกันสำคัญ และสะท้อนว่าปัญหานี้มิได้เกิดจากตัวเด็กเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากรูปแบบการกำกับดูแลและสภาพแวดล้อมทางดิจิทัลที่ผู้ปกครองกำหนดในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลในระดับสูงมีโอกาสที่บุตรหลานจะไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหามากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ต่ำ ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิด ความรู้ด้านสื่อ ที่ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในการคัดกรองเนื้อหา กำหนดขอบเขตเวลา และเลือกใช้สื่อให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดการพึ่งพาสื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือหลักในการจัดการอารมณ์หรือความเบื่อหน่ายของเด็ก

สำหรับระยะเวลาการใช้สื่อของเด็ก พบว่า เด็กที่ใช้สื่อดิจิทัลมากกว่า 61 นาทีต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาสูงขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและงานวิจัยก่อนหน้าที่ระบุว่าการใช้สื่อเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธ์กับปัญหาด้านสมาธิ การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นในเด็กปฐมวัย[6,8] ประเด็นนี้สะท้อนว่า ระยะเวลาการใช้สื่อเป็นปัจจัยเร่งความเสี่ยง โดยเฉพาะเมื่อใช้ต่อเนื่องยาวนานโดยขาดการกำกับดูแลที่เหมาะสม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

การปฏิบัติตนของผู้ปกครองในการใช้สื่อดิจิทัลมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ปล่อยให้เด็กใช้สื่อโดยลำพัง หรือขาดกติกาที่ชัดเจน มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สื่อที่เป็นปัญหา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด *co-use* ของ Radesky และคำแนะนำของ AAP ที่เน้นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองระหว่างการใช้สื่อเป็นปัจจัยป้องกันสำคัญต่อการใช้สื่ออย่างเหมาะสมในเด็กปฐมวัย [4,7]

การรับรู้ของผู้ปกครองต่อความเสี่ยงของสื่อดิจิทัลมีบทบาทสำคัญต่อการกำกับดูแล โดยผู้ปกครองที่มีการรับรู้ดีจะติดตามและจัดการการใช้สื่อของเด็กอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการใช้สื่ออย่างมีปัญหา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suga ที่ชี้ว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดู[16]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยครอบครัวเชิงลึกเพื่อเข้าใจการเกิดพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา

2. ควรทำวิจัยแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal) หรือการทดลอง เพื่อให้เข้าใจความเป็นเหตุผลระหว่างปัจจัยของผู้ปกครองและพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหาของเด็กได้ชัดเจนขึ้น แทนการสำรวจแบบภาคตัดขวาง

3. ควรสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีบทบาทในการกำหนดขอบเขตเวลา การเลือกเนื้อหา และการส่วนร่วมในการใช้สื่อกับเด็กปฐมวัย เพื่อป้องกันพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหน่วยงานในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ปกครองเด็กปฐมวัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมตอบแบบสอบถามด้วยความตั้งใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับมีคุณค่าต่อการพัฒนางานวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: WHO; 2020.
2. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations between screen useand child language skills: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr 2020; 174(7): 665-75.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279409

3. Domoff SE, Harrison K, Gearhardt AN, Gentile DA, Lumeng JC, Miller AL. Development and validation of the Problematic Media Use Measure. Psychol Pop Media 2020; 9(4): 435-47.
4. Radesky JS, Weeks HM, Ball R, Schaller A, Yeo S, Durnez J, et al. Young children's use of smartphones and tablets. Pediatrics 2020; 146(1): e20193518.
5. Domoff SE, Borgen AL, Foley RP, Maffett A. Excessive use of mobile devices and children's physical health. Hum Behav Emerg Technol 2020; 2(2): 169-75.
6. Cliff DP, McNeill J, Vella SA, Howard SJ, Santos R, Batterham M, et al. Adherence to 24-hour movement guidelines for the early years: A cross-sectional study. Int J Behav Nutr Phys Act 2021; 18: 44.
7. Radesky JS, Christakis DA. Increased screen time: Implications for early childhood development. Pediatr Clin North Am 2022; 69(2): 299-312.
8. McArthur BA, Browne D, Tough S, Madigan S. Trajectories of screen use during early childhood and associations with developmental outcomes. JAMA Pediatr 2022; 176(6): e220190.
9. Nathanson AI, Alade F, Sharp ML, Rasmussen EE, Christy K. The relation between television exposure and executive function among preschoolers. Dev Psychol 2021; 57(3): 350-62.
10. Domoff SE, Foley RP, Ferkel R. Addictive patterns of media use among young children. Psychol Pop Media 2021; 10(3): 283-94.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2022.
12. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กและเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ: สสส.; 2023.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและการใช้สื่อดิจิทัลในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: สสจ.ร้อยเอ็ด; 2023.
14. ศรีสมพร พันธ์วงษ์, ชาญชัย อินทรสุข. พฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2021; 17(3): 45-58.
15. พิมพ์ชนก แสงทอง, นฤมล วงศ์คำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อดิจิทัลของเด็กปฐมวัยในครอบครัวชนบท. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2022; 40(2): 89-103.
16. Suga T, Okada R, Kondo N. Parental factors associated with problematic media use among preschool children. J Child Fam Stud 2021; 30: 1124-36.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

แนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: มุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย

THE GUIDELINE OF SUB-DISTRICT HEALTH MANAGEMENT FOR PREVENTION AND CONTROL OF LIVER FLUKE AND CHOLANGIOCARCINOMA: THE CIVIL SOCIETAL PERSPECTIVE, LOEI PROVINCE

Received: November 30, 2025
Revised: February 18, 2028
Accepted: April 03, 2026

บุญมา สุนทราวิรัตน์[1], รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์[2*]
Boonma Soontaraviratana[1], Rungnapha Prayoonsirisak[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ และศึกษาแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในมุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย โดยวิจัยเอกสาร ตรวจความชุกไข่พยาธิในปลา ตรวจพยาธิในกลุ่มเสี่ยง 4,200 คน คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 1,400 คน เสนอข้อมูลต่อภาคประชาสังคมเพื่อพัฒนาตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการตำบลต้นแบบ และประเมินผล เก็บขอมูล พฤษภาคม-กันยายน 2568

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของพยาธิใบไม้ตับ คือการกินปลาดิบ 20 เรื่อง อาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ 11 เรื่อง ความชุกของไข่พยาธิในปลา ร้อยละ 16.67 ผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 4.65 และผลการอัลตร้าซาวด์กลุ่มเสี่ยง พบผิดปกติ ร้อยละ 33.71 เสนอข้อมูลต่อภาคประชาสังคมเพื่อร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

แนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในมุมมองประชาสังคม สามารถลดอุบัติการณ์พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงและคาดหวังลดความเสี่ยงของอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีได้ในระยะยาว

คำสำคัญ: พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, ตำบลจัดการสุขภาพ, มุมมองประชาสังคม

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
Loei Provincial Public Health Office
[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani
*Corresponding author E-mail: isntisnt@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

Abstract

This mixed-methods research aimed to study the factors influencing the prevalence of liver fluke and to establish guidelines for sub-district health management for the prevention and control of liver fluke and cholangiocarcinoma from a civil society perspective in Loei Province. The research involved documentary analysis, an examination of parasite eggs in fish, and screening for parasites in a high-risk group of 4,200 people, as well as bile duct cancer screening for 1,400 people. This information was then presented to the civil society sector to develop sub-district health management guidelines. Subsequently, a prototype sub-district was implemented and the results were evaluated. The study was conducted from May to September 2025.

The results indicated that the primary factors influencing liver fluke prevalence were the consumption of raw fish (found in 20 papers) and living near water sources (found in 11 papers). The prevalence of parasite eggs in fish was 16.67%, while liver fluke infection in the high-risk group was 4.65%. Ultrasound examinations in the high-risk group revealed abnormalities in 33.71% of cases. These findings were used to collaboratively define sub-district health management guidelines with civil society.

The implementation of these guidelines from a civil society perspective was found to reduce the incidence of liver fluke in the risk group and is expected to reduce the risk of cholangiocarcinoma in the long term.

Keyword: liver fluke cholangiocarcinoma, sub-district health management, civil societal perspective

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ (Liver fluke) เป็นพยาธิชนิดหนึ่งที่พบได้ในท่อน้ำดีในตับของมนุษย์และสัตว์ ส่วนใหญ่พบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมประเทศไทย โดยชนิดที่พบบ่อย คือ Opisthorchis viverrini และ Clonorchis sinensis นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่เป็นแหล่งพาหะของพยาธิชนิดนี้อย่างแพร่หลาย การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ที่มีอัตราตายสูง[1] เชื่อมโยงสาเหตุการตายในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามทั้งสาเหตุการป่วย/สาเหตุการตายมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด สาเหตุการตายจากมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ ของจังหวัดหนองบัวลำภู คิดเป็น 54 ต่อแสนประชากร ในขณะที่จังหวัดบึงกาฬ พบเพียง 20 ต่อแสนประชากร แต่ในภาพรวมสาเหตุการตายจากมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งท่อน้ำดี จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้เสียชีวิต 15,415 คน คิดเป็นอัตราตาย 23.85 ต่อแสนประชากร หากแยกรายเขตสุขภาพ พบว่า ที่มีอัตราตายสูง คือ เขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 ซึ่งเป็นพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งสิ้น แม้เวลาล่วงเลยไปจากการเริ่มต้นรณรงค์โครงการอีสานไม่กินปลาดิบใน พ.ศ. 2534 อุบัติการณ์ของพยาธิใบไม้ตับ ยังคงสูงต่อเนื่อง อุบัติการณ์สูงสุดประกอบด้วย มุกดาหาร สกลนคร ร้อยเอ็ด นครพนม ชัยภูมิและกาฬสินธุ์ ร้อยละ 8.22, 6.93, 6.10, 5.99, 5.93 และ 4.16 ตามลำดับ[2] อัตราตายด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างปี 2558-2562 ยังคงสูงโดยพบอัตราตาย 25.2, 26.3, 25.1, 24.3 และ 24.8 ตามลำดับ มีจำนวน 16,375 คน 17,070 คน 16,382 คน 15,912 คนและ 26,288 คนตามลำดับ[2] เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราตาย 53.55, 50.98, 42.00, 39.86, 31.73, 31.38 และ 19.79 ตามลำดับ แต่เป็นเพียงแนวโน้มความชุกของสาเหตุการตายจำแนกตามสถานที่ตายเท่านั้น โดย “คนอีสาน” มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยสาเหตุหลักสองประการ คือ การกินปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิอยู่และติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อีกประการ คือ การกินอาหารที่มีสารก่อมะเร็งไนโตรซามีน โดยสารนี้เกิดจากโปรตีนหมัก จากวัฒนธรรมการกินของคนอีสานชอบกินปลาร้า ซึ่งเป็นเครื่องปรุงหลักในการประกอบอาหาร การหมักปลาจากกระบวนการทำปลาร้าส่งผลให้เกิดสารไนโตรซามีน เป็นสารก่อมะเร็งซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวม ภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย Primary sclerosing cholangitis, Liver fluke infestation, Chronic intra–hepatic duct stone, Congenital choledochal cysts, Caroli’s disease, Multiple biliary papillomatosis, Thorotrast exposure[3-4]

จังหวัดเลย ตั้งอยู่ภาคอีสานตอนบน เป็นที่ราบสูงสลับภูเขา มีป่าไม้ที่อุดมสมบูรณ์ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว มันสำปะหลัง และยางพารา ประชาชนมีวัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัฒนธรรมการกินปลาร้าและปลาดิบ ประชากร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

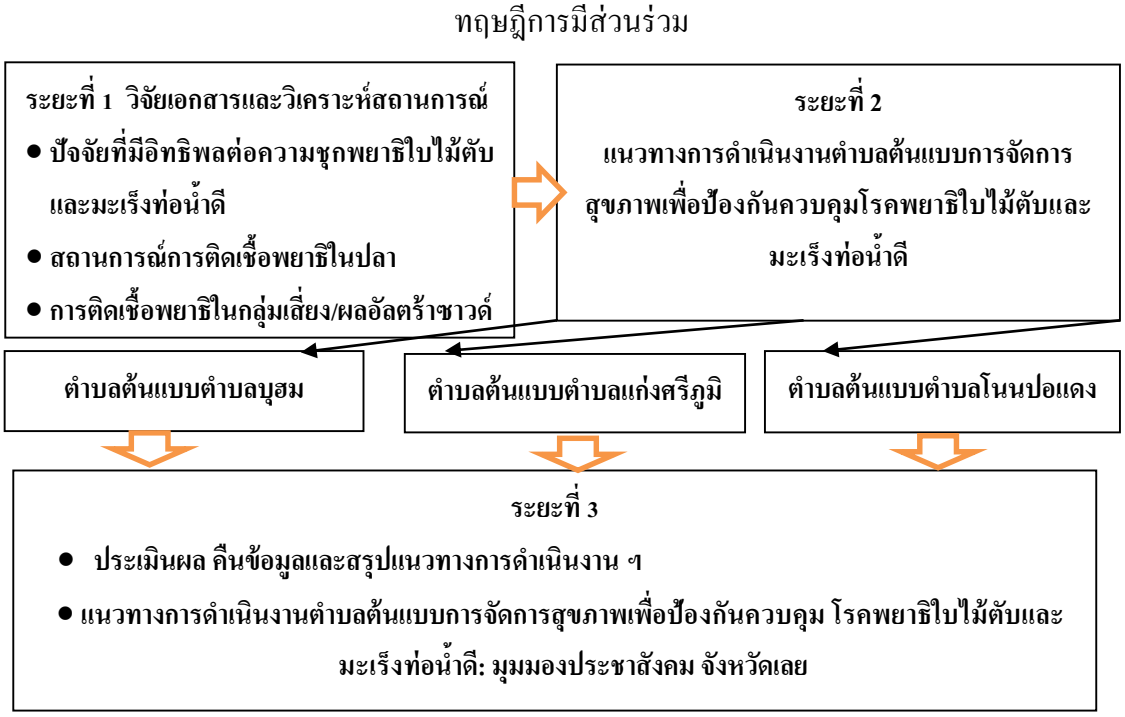
จังหวัดเลยทั้งหมด 641,660 คน แบ่งเป็นชาย 320,861 คน และหญิง 320,799 คน ข้อมูลล่าสุดจากการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจปัสสาวะ ด้วย ATK พบว่า มีอัตราอุบัติการณ์ที่สูงมาก โดยพบว่ากลุ่มเสี่ยงในบางอำเภอมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึง ร้อยละ 82 การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” 5 มาตรการดังนี้ 1) การป้องกันโรคและการคัดกรอง 2) การวินิจฉัยและการรักษา 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิต 4) การวิจัยและพัฒนา และ 5) การติดตามและประเมินผล ดำเนินงานต่อเนื่องยาวนาน มีความเข้มข้นในบางช่วงเวลาแต่ปัญหาที่พบ ยังคงมีอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดเลย[5] ตำบลจัดการสุขภาพ เป็นการดำเนินงานสาธารณสุขภายในตำบลอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา กำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินการพัฒนา และมาตรการทางสังคม รวมทั้งสร้างนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ เน้นการมีส่วนร่วม เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง[6] จังหวัดเลย แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระดับตำบลในรูปแบบตำบลจัดการสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วม บูรณาการภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมในการลดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างยั่งยืนเป้าหมายสำคัญ คือ การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากมาตรการ การคัดกรองโรค การบังคับใช้กฎหมายท้องถิ่น มาตรการทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพตำบล การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา การจัดการสิ่งแวดล้อม สามารถลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลงได้ แต่ในบางพื้นที่ยังคงมีการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ มีระยะก่อโรคยาวนาน หากย้อนไป จังหวัดเลยได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับมากว่า 30 ปี คำถาม คือ ทำไมยังคงมีอุบัติการณ์พยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดการสุขภาพ หากมีความเชื่อมโยงหรือใช้กระบวนการคิดในมุมมองประชาสังคม จะช่วยให้การวางยุทธศาสตร์ภาครัฐในการดำเนินงาน เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอดรับ มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการดำเนินงานคำถามที่น่าสนใจ คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นอย่างไร และแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในมุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในมุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยผสมผสานนี้ (mixed Methodology Research) ดำเนินการวิจัยโดยการวิจัยเอกสาร เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากนั้นศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และความชุกของตัวอ่อนพยาธิในเนื้อปลา สรุปผลและนำเสนอสารสนเทศที่เหมาะสมต่อภาคประชาสังคม เพื่อศึกษามุมมองในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดอุบัติการณ์โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม นำเสนอมุมมองที่เหมาะสมในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติการณ์พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการตามมาตรการที่เสนออย่างเป็นรูปธรรมและสรุปผลการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 การวิจัยเอกสาร ครอบคลุมเนื้อหาการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเป็นเครื่องมือวิจัย เป็นการบันทึกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ความถี่ของการวิจัย จำนวน 30 ความถี่ (วิจัย 1 เรื่องอาจมีมากกว่า 1 ปัจจัย) ด้วย google scholar เมนู การค้นหาขั้นสูง และกำหนดเงื่อนไขการค้นหา ร่วมกับ คำค้น “พยาธิใบไม้ตับ” “มะเร็งท่อน้ำดี” “OV” “Opisthorchis viverrini” “CCA” “Cholangiocarcinoma” และเงื่อนไขแหล่งค้น/ฐานข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติเอกสารวิชาการ ดังนี้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

ก) วารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล Web of Science, WOS (Science Citation Index Expanded), MEDLINE, BIOSIS, Sci Finder (CA SEARCH), Ei Compendex, INSPEC วารสารโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก ที่ยอมรับในระดับนานาชาติ / คัดสรรจาก Springer Nature

ข) วารสารวิชาการที่ตีพิมพ์ในประเทศ มี Journal Impact Factor เฉลี่ยย้อนหลัง 10 ปี (จากฐานข้อมูล Web of Science ปี 2559-2568) ไม่ต่ำกว่า 0.100 หรือ TCI tier 2 ขึ้นไป

การศึกษาระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในมุมมองประชาสังคม โดยแยกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในมุมมองประชาสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ตรวจความชุกไข่พยาธิในปลา แหล่งน้ำสำคัญในจังหวัดเลย 3 แหล่งๆ ละไม่น้อยกว่า 30 ตัวอย่าง

2. ตรวจพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง อำเภอละไม่น้อยกว่า 300 คน 14 อำเภอ เฉลี่ย 4,200 คน

3. ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับ อำเภอละ 100 คน รวม 14 อำเภอ เฉลี่ย 1,400 คน

4. การสนทนากลุ่ม ใน 3 ตำบลต้นแบบฯ ใน 3 อำเภอที่มีอุบัติการณ์การติดพยาธิสูงที่สุด กลุ่มตัวอย่างตำบลละ 10-12 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขประจำกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี พระ ครู/อาจารย์ ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข ตัวแทน 3 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลบุฮม อำเภอเชียงคาน ตำบลแก่งศรีภูมิ อำเภอภูหลวง และ ตำบลโนนปอแดง อำเภอผาขาว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยเอกสาร ใช้แบบบันทึกความถี่ในการเก็บข้อมูล

2. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในมุมมองประชาสังคม ใช้ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบการสร้างเครื่องมือเชิงคุณภาพ โดยสร้างคำถามสืบค้น ทั้งคำถามหลักและคำถามรอง ศึกษามุมมองประชาสังคม โดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ใช้เทคนิค Snowball ในการคัดเลือก ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในระดับตำบล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 การวิจัยเอกสาร และการวิจัยเชิงปริมาณใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลเพื่อนับความถี่ และแบบบันทึกการคัดกรอง ของกรมควบคุมโรค

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

ส่วนที่ 2 คำถามสืบค้น ทั้งคำถามหลักและคำถามรอง ใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม ที่นักวิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและให้คำแนะนำ และนักวิจัยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ข้างเคียงก่อนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดย

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาในลักษณะวิจัยเอกสารเพื่อหารายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุบัติการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พร้อมสรุปอ้างอิง

2. ส่งตรวจตัวอ่อนพยาธิในปลาเกล็ดจากแหล่งน้ำสำคัญของจังหวัดเลย จำนวน 3 แหล่ง คือ เขื่อนแม่น้ำเลย อ่างเก็บน้ำห้วยลิ้นควาย และแม่น้ำโขง

3. ตรวจพยาธิใบไม้ตับกลุ่มเสี่ยง

4. ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับโดยอัลตร้าซาวด์กลุ่มเสี่ยง

5. ดำเนินการตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: มุมมองประชาสังคม ประเมินผลการดำเนินงานและสรุปการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระยะที่ 1 การวิจัยเอกสารและการวิจัยเชิงปริมาณ การวิเคราะห์และแปรผลข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน (Number) ค่าร้อยละ (Percentage) และอัตรา (Ratio)

การศึกษาระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์และแปรผลข้อมูลโดยการสรุปความ การตีความ การทบทวน การให้ความหมายซ้ำ การทวน/สรุปให้ยืนยัน ใช้หัวข้อการสนทนากลุ่ม แนวคำถามชวนคุย การสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกในครัวเรือน แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริมอื่นๆ นำมาอธิบายและเสนอมุมมองร่วมกัน คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอ/ไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์[7] เสนอกลุ่มทบทวน/ยืนยันผล/แก้ไขให้ตรงตามความเป็นจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี COA No. 03/2025 BCNU REC No.04/2025 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิจัยเอกสาร

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	ความถี่รายงานการวิจัย	จำนวน
กินปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ	//// //// //// ////	20
อาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ	//// //// /	11
ไม่มีและ/หรือไม่ใช้ส้วม	//// ////	9
ประวัติครอบครัวปรุงอาหารด้วยปลาดิบ	//// ///	8
มีประวัติการใช้ยา Praziquantel	////	4
เลี้ยงสุนัข/เลี้ยงแมว	//	2
เพศชาย	/	1
รวม	//// //// //// //// //// ////	30

จากตารางที่ 1 พบว่า การศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุบัติการณ์พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 30 เรื่อง คือการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เป็นปัจจัยที่พบมากที่สุด จำนวน 20 งานวิจัย ตามด้วยทำเลที่ตั้งของบ้านอาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ จำนวน 11 งานวิจัย และไม่มี และ/หรือไม่ใช้ส้วม จำนวน 9 งานวิจัย ประวัติครอบครัวปรุงอาหารด้วยปลาดิบ จำนวน 8 งานวิจัย และการมีประวัติการใช้ยา Praziquantel จำนวน 4 งานวิจัย[8-26,30]

ตารางที่ 2 ผลการตรวจพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง และคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดเลย

อำเภอ	ตรวจ OV	ไม่พบ	พบพยาธิ	พบ OV	ร้อยละติด OV	อัลตร้าซาวด์	ผิดปกติ	ร้อยละ
รวม	4,275	4,076	199	154	4.65	1,964	662	33.71
ร้อยละ	100	95.35	4.88	77.39			100	33.71

จากตาราง 2 พบว่า จังหวัดเลย พบอัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 4.65 กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการคัดกรอง 1,964 คน พบผิดปกติ 662 คน คิดเป็นร้อยละ 33.71

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการใน 3 ตำบล คือตำบลแก่งศรีภูมิ อำเภอภูหลวง ตำบลโนนปอแดง อำเภอผาขาว และตำบลบุฮม อำเภอเชียงคาน ผลดังนี้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

1. ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คืออะไร ตอบ A5 “ความอร่อย ไม่กลัวเพราะรู้ว่ามียาฆ่าพยาธิ ก็เลยปล่อยปะละเลย” A2 “ปลาเขื่อนเราติดพยาธิประมาณ 80% นั้นคือถ้าเราทำลาบดิบ ก็ติดพยาธิ 100% เพราะส่วนใหญ่ทำลาบจะต้องใช้ปลาหลายตัว ซึ่งรวมๆ แล้วลาบจะมีพยาธิแน่นอน”

2. ในมุมมองของท่านเราควรแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่อย่างไรจึงจะสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ ตอบ A4 “เราอาจต้องทำโครงการรณรงค์ตรวจพยาธิใบไม้ตับทั้งตำบล แล้วก็รณรงค์ไม่กินปลาดิบทุกหมู่บ้าน ชาวบ้านไม่น่าจะรู้ข้อมูลว่า ปลาเขื่อนเรามีพยาธิสูงมาก” A3 “ต้องเอาหลักสูตรของกรมควบคุมโรคไปสอนนักเรียนของเรา ป.4 ถึง ม.3”

3.ในมุมมองของท่านปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คืออะไร ตอบ B4 “ผมว่ารถสูบส้วมนี่แหละตัวร้าย เทเรี่ยราด เจ้าของสวนอ้อยก็ไม่รู้เรื่อง ซื้อรถละหลายร้อยบาทให้เขาไปเทใส่ไร่อ้อยให้ มันก็กระจายไปทั่ว” B5 “งานบุญงานเทศกาล งานแต่ง เวลาทำกับข้าว มักมีการทำลาบปลาดิบ มันมีเหล้า คนมางานก็กินเลยตามเลย ไม่รู้หรอกว่ามันติดง่ายเพราะปลาเรามีพยาธิเยอะ”

4. มีสิ่งใดที่ท่านต้องการเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่กล่าวมา เพื่อเติมเต็มให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตอบ B10 “ครอบครัวไหนไม่เคยมีคนป่วยมะเร็งตับคงไม่รู้หรอกว่าคนในครอบครัวทุกข์ทรมานยังไง มันลำบากมาก ไม่มีทางแก้ไข สงสารคนป่วย มันเจ็บปวดมาก”

5. ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นใดที่ท่านคิดว่าจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตอบ B1 “ผมเห็นเขาจัดทำธรรมนูญหมู่บ้าน ตำบล เพื่อวางมาตรการป้องกัน โดยเฉพาะการสร้างแหล่งกำจัดสิ่งปฏิกูลจากส้วมของท้องถิ่น ต้องคุยกัน อำเภอละจุดก็น่าจะพอ อำเภอเราไม่มีเลย”

สรุปผลการวิจัย

แนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย เทศบาล/อบต. ร่วมวางแผนการก่อสร้างแหล่งกำจัดสิ่งปฏิกูลจากส้วม, กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น ใช้งบประมาณรณรงค์คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ประสานการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี, รณรงค์ไม่กินปลาดิบ, โรงเรียนดำเนินการจัดการเรียนการสอน ชั้น ป.4-ม.3 หลักสูตร 3 ชม. โดยมุ่งเน้นไม่ให้เด็กติดเชื้อพยาธิ (ทฤษฎีผ้าขาว) และไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับตลอดชีวิต, เสนอข้อมูลในการประชุมประจำเดือน อสม.เพื่อให้ อสม.เดินเคาะประตูบ้าน แจ้งข่าวสาร ปลาเกล็ดขาวติดพยาธิ เพื่อให้ไม่ปรุงอาหารประเภทปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, จัดประชาคมหมู่บ้านในการกำหนดแนวทางการทำงาน, หมู่บ้านที่มีความพร้อมมีความเข้มแข็งของชุมชน จัดทำธรรมนูญสุขภาพ เพื่อเป็นต้นแบบ และขยายผลเมื่อพร้อม, ประชาสัมพันธ์การสร้างห้องส้วมในไร่นา แปลงเกษตรกรรม เพื่อตัดวงจรพยาธิ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

การศึกษาระยะที่ 1 การวิจัยเอกสาร การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำกัดงานวิจัย 30 ความถี่ โดยใช้ google scholar เมนู การค้นหาขั้นสูง กำหนดเงื่อนไขการค้นร่วมกับคำค้น “พยาธิใบไม้ตับ” “มะเร็งท่อน้ำดี” “OV” “Opisthorchis viverrini” “CCA” “Cholangiocarcinoma” เงื่อนไขแหล่งค้น/ฐานข้อมูล การศึกษานี้ ใช้กรอบ “ความจริง” “ความถูกต้องน่าเชื่อถือ” “การเป็นตัวแทน” และ “ความหมาย” ในเงื่อนไข เนื่องจากต้องการบริบทของประเทศไทยและมุ่งนำข้อมูลเสนอต่อภาคประชาสังคมเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาต่างพื้นที่ จะพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใกล้เคียงกัน ในปัจจัยหลัก แต่ไม่เหมือนกันทุกปัจจัย แต่จะพบปัจจัยหลักๆ เสมอ เช่น การกินอาหารที่ปรุงจากปลาเกล็ดแบบดิบหรือสุกๆดิบๆ ปัจจัยเสริมคือ มีที่ตั้งของบ้านอยู่ใกล้แหล่งน้ำ มีปลาชุกชุม มีโอกาสได้กินอาหารที่ปรุงจากปลามากกว่าพื้นที่ที่ตั้งอยู่ไกลจากแหล่งน้ำ เป็นต้น การศึกษาของ ประเสริฐ ประสมรักษ์[20] พบว่า ชุมชนชนบทจะพบอัตราอุบัติการณ์ของติดชื้อพยาธิมากกว่าชุมชนเมือง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ คำมูล พบว่า หมู่บ้านที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำมีโอกาสป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าหมู่บ้านที่ไกลแหล่งน้ำ[21] ปัจจัยที่ศึกษาแต่ละกรณีแตกต่างกันออกไป ตามความเชื่อความสนใจของนักวิจัย การศึกษาของ สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน (r = -0.228, p-value < 0.001)[22] การวิจัยของ ณัฐชา แสงสว่างวัฒนะ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ O viverrini คือ เพศชาย (OR adj = 1.63, 95% CI. 1.03-2.59) การรับประทานก้อยปลาดิบ (OR adj = 3.13, 95%CI. 1.84-5.30) ผู้ที่ไม่เคยกินยากำจัดพยาธิ (OR adj = 1.73, 95%CI. 1.05-2.85)[23] ในขณะที่การศึกษาของ อังษณา ยศปัญญา และคณะ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ตับ คือ การบริโภคปลาส้มดิบ (OR.= 5.36 ,95%CI. 2.54: 11.29) และการกินปลาร้าดิบ (OR, 2.96, 95%CI. 1.98: 8.92)[24] ซึ่งการศึกษาต่างพื้นที่ก็จะพบปัจจัยที่แตกต่างกันออกไป

ความชุกของเมตาเซอคาเรียในปลา พบว่า แตกต่างกันในแต่ละแหล่งน้ำ เขื่อนน้ำเลย มีการติดเชื้อพยาธิสูงสุด ร้อยละ 56 ส่วนเขื่อนห้วยลิ้นควาย และแม่น้ำโขง พบการติดเชื้อร้อยละ 10 ซึ่งแตกต่างกันมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเทียน อาสารินทร์ ที่พบว่า แหล่งน้ำในเขตสุขภาพที่ 8 มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ลำไส้ในอัตราส่วน ร้อยละ 37.82 ประเด็นการติดเชื้อพยาธิในปลาทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงของประชาชนกับการติดเชื้อพยาธิและใช้ประกอบการรณรงค์ไม่กินปลาดิบ ในระดับหมู่บ้าน ตำบล สร้างการตระหนักรู้ถึงพิษภัยของการกินอาหารประเภทปลาดิบหรือสุกๆดิบ[25] และการศึกษาของ จุติกาญน์ ภูเก้าล้วน และคณะ ที่พบว่า อัตราการติดพยาธิในปลามีความชุกแตกต่างกันออกไปในแต่ละจังหวัดของภาคเหนือและภาคอีสาน โดยภาคเหนือ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

พบมากในเชียงราย และน่าน ส่วนภาคอีสานพบมากในอุดรธานี และหนองบัวลำภู[10] เช่นเดียวกับการวิจัยของ จีรศักดิ์ จำปาแก้ว เรื่องการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ในปลาวงศ์ปลาตะเพียนในชุมชนเสี่ยงในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง พบว่า ในกลุ่มปลาเกล็ดขาววงศ์ตะเพียน มีความชุกของไข่พยาธิแตกต่างกัน และแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่[26]

ส่วนที่ 2 การศึกษาแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบฯ

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบเพื่อการป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ อีกทั้งมีความยั่งยืน เพราะการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล ร่วมสะท้อนคิดและนำไปสู่การทบทวนการดำเนินงาน เพื่อกำจัดข้อขัดข้องที่เกิดขึ้นในวงรอบที่ 1 ของการดำเนินงาน[27] ภาครัฐทำหน้าที่ในการชี้ให้เห็นถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหา การแก้ไขปัญหาโดยการนำข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ทั้งข้อมูลการคัดกรองพยาธิในคน การคัดกรองตัวอ่อนพยาธิในปลา การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงโดยการอัลตร้าซาวด์ รวมทั้งข้อมูลทางวิชาการในการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของสารไนโตรซามีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งที่เกิดจากการถนอมอาหารโดยการนำโปรตีนจากสัตว์ไปหมัก ซึ่งปกติประชาชนในภาคอีสานบริโภคอยู่แล้ว คือ ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม ส้มปลา และอื่นๆ หลังจากนั้นกระบวนการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพก็ดำเนินการในภาพของตำบล เมื่อประเมินผลก็เป็นที่น่าพอใจว่ากระบวนต่างๆ ที่ดำเนินการในแต่ละตำบล มีลักษณะคล้ายๆ กันแต่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบริบทและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ แต่สามารถแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ โดยผู้ที่ติดเชื้อได้รับการรักษา รวมถึงการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง ทรัพยากรที่ใช้มักได้จากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี พระโรจน์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีเพียงประเด็น การพัฒนาศักยภาพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ได้อยู่ในแนวทางการดำเนินงานตำบลต้นแบบเพื่อการป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี[28] อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การสร้างธรรมนูญสุขภาพตำบล เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง ยาวนานและมีความยั่งยืน เพราะทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และมีความภาคภูมิใจ แต่การดำเนินงานจะต้องค่อยเป็นค่อยไป ดำเนินการเมื่อพร้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพร้อมด้านบุคคล[29] การวิจัยในครั้งนี้ช่วยส่งเสริมการสร้างความเข้มแข็งชุมชน ผ่านภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม มีธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ต้องมีการติดตามดำเนินการต่อเนื่อง ร่วมทั้งขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ในจังหวัดเลยที่มีอุบัติการณ์สูงและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่นั้นๆ ที่จะส่งผลให้ลดอุบัติการณ์ทั้งพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนติดเชื้อพยาธิตามทฤษฎีผ้าขาว[30] ซึ่งจะช่วยลดปัญหาในระยะยาว

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นการกินปลาเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆดิบๆ การอาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำส่งผลให้การเข้าถึงอาหารประเภทปลาได้ง่าย, ไม่มีหรือไม่ใช้ส้วม, ประวัติครอบครัวปรุงอาหารด้วยปลาดิบ, มีประวัติการใช้ยา Praziquantel ส่วนความชุกของไข่พยาธิในปลาเกล็ดขาว ช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่มุ่งเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อพยาธิโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนตามทฤษฎีผ้าขาว ที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ในระยะยาว การตรวจคัดกรองพยาธิในคนและการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการอัลตราซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง เป็นการสร้างกระแสในการณรงค์ปองกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายนักวิจัย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และภาคประชาสังคม นักวิจัย ขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่ให้ข้อเสนอแนะอื่นๆ รวมถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี ที่กรุณาให้ข้อมูลทางวิชาการและ สนับสนุนการตรวจหาไข่พยาธิในปลาเกล็ดขาว จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประสิทธิ์ วัฒนาภา. ประมวลองค์ความรู้เพื่อการวิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สกว; 2554.
2. ณรงค์ จันทร์แก้ว. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี; 2566.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/ect5.html
4. National Cancer Institute. Cancer Statistic. [Internet]. 2025 [Cited 2025 JAN 12]. Available from: https://seer-cancer-gov.translate.goog/statfacts/html/
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. สรุปผลการดำเนินงานการตรวจราชการจังหวัดเลย เขตสุขภาพที่ 8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย; 2566.
6. กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. ตำบลจัดการสุขภาพ. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2566; 19(1): 8-16.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

7. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2554.
8. กิตติพงษ์ พรมพลเมือง, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. GRC 2014. Graduate Research Conference. Khon Khan University; 2557.
9. เกษร แถวโนนงิ้ว, ไพบูลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชุดไธสง, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. อุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25(3): 370-379.
10. จุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน, อรนาถ วัฒนวงษ์, ทองรู้ กอผจญ. การสำรวจความชุกตัวอ่อนระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ส่งผ่านโรคสู่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มปส.; 2563.
11. ฉัตรชัย คำดอกรับ, เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(3): 75-83.
12. ชัยวัฒน์ ศรีไทย, ศรีวิภา ช่วงไชยะ, จักรกฤษณ์ พลราชม, นพชัย ขบวนแกว, สันติภาพ ตุ่ยไชย, ไพชยนต์ โสดามรรค, อัศราวุธ วงคำม้าง, และสุรศักดิ์ อูปแก้ว. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลนาขมิ้น อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2566; 17(3): 171-180.
13. นพรัตน์ ส่งเสริม, สุพรรณนี พรหมเทศ. บทวิเคราะห์มะเร็งท่อน้ำดี: ความรู้ บทบาทและความท้าทายของนักสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมในประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554; 4(3): 97-103
14. พรพรรณ ปงเมืองมูล, ทวีศักดิ์ จันทร์งาม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ตำบลออย อำเภอปง จังหวัดพะเยา. The National Undergraduate Conference on Statistics 2019, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand: 2562; 2019(1): 36-45.
15. วรกร วิชัยโย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(1): 105-113.
16. วัชพงษ์ แสงนิล, จารุวรรณ์ วงบุตดี, จารุวรรณ ศิริเทพทวี, ณัฏฐวุฒิ แก้วพิฑูลย์. การศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2552.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

17. ศศิธร เจริญประเสริฐ, ณัฐพันธ์ จันสมุทร,พุทธิไกร ประมวล. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ และประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ 2565; 1(1): 16-28.
18. ศักดิ์ชัย กามโร, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2559; 22(1): 5-18.
19. อนุวัตน์ เพ็งพุฒ, จุฑามาศ สุจริต, ดุลศักดิ เทพขันธ์, พุทธิไกร ประมวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561; 11(1): 403-410.
20. ประเสริฐ ประสมรักษ์. เปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกัน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงพื้นที่รอบแหล่งน้ำชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(6): 628-634.
21. เตือนใจ คำมูล, เกศรา แสนศิริทวีสุข, ภูมิพัฒน์ นริษทิ์ภูวพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2564. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชานี. มปส.; 2564.
22. สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลหนองภัยศูนย์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. การประชุม “สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2. 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา; 2558: 113-121.
23. ณัฐชา แสงสว่างวัฒนะ. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ในชุมชนเสี่ยงตำบลท่าสะแก อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาปรสิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
24. อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทร์มหา. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2558; 22(1): 89-97.
25. บุญเทียน อาสารินทร์. ความชุกพยาธิใบไม้ตับในปลาพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2568; 3(1): 86-97.
26. จีรศักดิ์ จำปาแก้ว. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ในปลาวงศ์ปลาตะเพียนในชุมชนเสี่ยงในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278774

27. กัลยาณี ตันตรานนท์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต] 2562. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:86859

28. ปราณี พระโรจน์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 99-105.

29. วันรพี สมณช้างเผือก, นงลักษณ์ ยอดมงคล. การพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนสุขภาพระดับตำบลสู่การจัดการระบบสุขภาพแบบบูรณาการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) โดยใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mednacea.ict. mahidol.ac.th/project/2558000065

30. พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ, บุญมา สุนทราวิรัตน์, ธราพงษ์ กัปโก, ยอดลักษ์ สัยลังกา, สมชาย ชมภูคำ. ตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: มุมมองประชาสังคม จังหวัดสกลนคร เขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ฉบับพิเศษ การประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 13”; 2558: 9-19.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY PRETERM BIRTH PREVENTION MODEL, KALASIN PROVINCE

Received: November 08, 2025
Revised: January 16, 2026
Accepted: March 21, 2026

นันทพร ศรีเมฆารัตน์
NANTAPORN SRIMEKARAT

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลการใช้งาน ดำเนินการ 4 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์, ออกแบบรูปแบบ, ทดลองใช้ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 20-36^{+6} สัปดาห์ 30 คน และ อสม. 62 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การมีส่วนร่วม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: สถานการณ์พบอัตราคลอดก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 14.8 สาเหตุหลักจากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้อง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นบทบาท อสม. ในการประเมินความเสี่ยง วางแผนดูแล ติดตามเยี่ยมบ้าน และประสานการส่งต่อ หลังการทดลองพบว่า อสม. มีส่วนร่วมในระดับดี ($\bar{X}$= 3.23) หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X}$= 1.78) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($\bar{X}$= 3.33) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01 และ p-value < 0.001 ตามลำดับ) และผลการประเมินภาวะเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100

สรุป: รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการติดตามเยี่ยมอย่างเป็นระบบ ช่วยเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การพัฒนารูปแบบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
Kalasin Provincial Public Health Office
Corresponding author E-mail: nantaporn098@gnail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

Abstract

This research and development study with the objective of studying the situation of preterm birth, develop a community-based participatory prevention model, and evaluate its effectiveness. The research was conducted in four phases: situation analysis, model design, implementation, and evaluation. The sample consisted of 30 pregnant women (gestational age 20–36^{+6} weeks) and 62 village health volunteers (VHVs), selected through purposive sampling. Research instruments included questionnaires on general information, community participation, knowledge, and self-care behaviors. Data were analyzed using percentage, mean and standard deviation.

Results: The situational analysis revealed an increasing preterm birth rate of 14.8%, primarily due to a lack of knowledge and proper self-care behaviors among pregnant women. The developed model emphasized the proactive role of VHVs in risk assessment, care planning, home visits, and referral coordination. After implementation, VHVs demonstrated a high level of participation ($\bar{X}$= 3.23). Pregnant women showed statistically significant improvements in mean scores for knowledge ($\bar{X}$= 1.78) and self-care behaviors ($\bar{X}$= 3.33) compared to pre-test levels (p-value < 0.01 and p-value < 0.001, respectively) and the overall risk assessment results of pregnant women were at low risk, 100%.

Conclusion: The community-based participatory model, focusing on systematic home visits and community engagement, effectively enhances the knowledge and self-care behaviors of pregnant women.

Keywords: Preterm birth prevention, community participation, model development

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) หมายถึง การคลอดทารกที่อายุครรภ์ $24^{0/7}$–$36^{6/7}$ สัปดาห์ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกและมารดา รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 11 ของการคลอดทั้งหมด คิดเป็นจำนวนทารกประมาณ 15 ล้านคนต่อปี[1] ในประเทศไทยรายงานจากกระทรวงสาธารณสุขพบ อัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12-13 ของการคลอดทั้งหมด จังหวัดกาฬสินธุ์ รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดปี พ.ศ. 2565-2567 พบร้อยละ 13.5, 14.2 และ 14.8 ของการคลอดทั้งหมดตามลำดับ[2] สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 9 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ[3] สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดมีหลายปัจจัยทั้งด้านมารดา ทารก และสิ่งแวดล้อม เช่น การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ[4] ผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนดมีความรุนแรงหลายด้าน ทางด้านสุขภาพ ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น ภาวะหายใจลำบาก ภาวะติดเชื้อและปัญหาพัฒนาการ[5] ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง และอาจสูญเสียรายได้จากการต้องลางานเพื่อดูแลบุตร[6] ส่วนด้านสังคม ครอบครัวอาจเผชิญกับความเครียดและปัญหาความสัมพันธ์[7]

แนวทางการแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Promotion) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)[8] จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ[9-10] อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่พัฒนารูปแบบเฉพาะสำหรับบริบทของจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

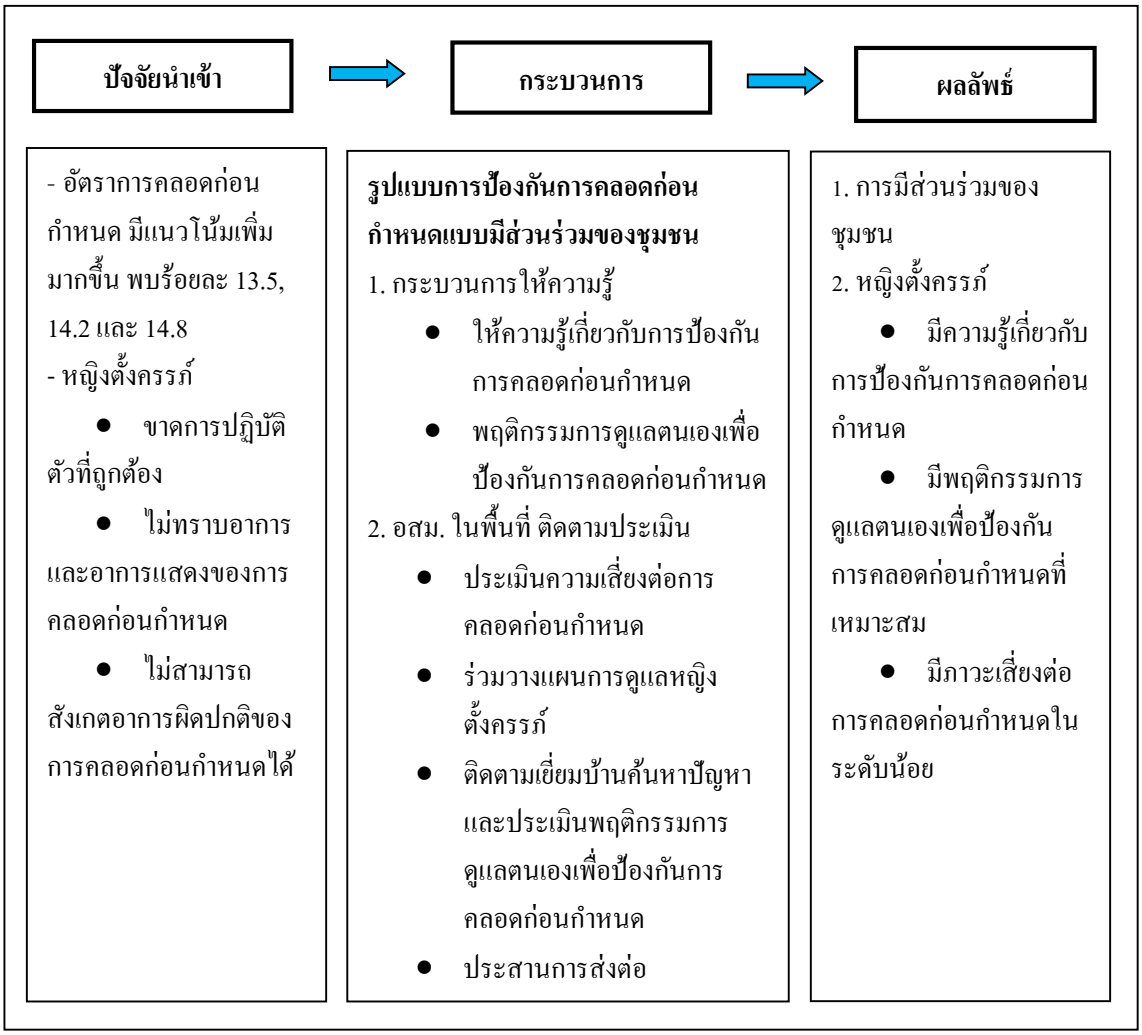
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems Theory)[11] ผู้วิจัยนำรูปแบบแนวคิดการจัดการที่มองภาพแบบเป็นองค์รวม โดยมีระบบย่อยๆ ประกอบอยู่ในระบบใหญ่ มีความสัมพันธ์กันและทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน องค์ประกอบหลักของ Systems Theory ประกอบด้วย 3 ส่วนประกอบหลัก ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Processes) และผลลัพธ์ (Output) โดยอาศัยการนำการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนทำตนเป็นผู้สร้างสรรค์กิจกรรมในกระบวนการพัฒนาให้สามารถแสดงบทบาทที่สร้างสรรค์ได้กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในชุมชน ในเรื่องการตัดสินใจ การเข้าร่วมกิจกรรม และการร่วมรับผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม มาประยุกต์ใช้ ในการสร้างรูปแบบการดูแลเพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้



กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกชั้นแรกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จาก 14 อำเภอที่มีบริการห้องคลอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ตัวแทนตัวอย่าง เป็นอำเภอยางตลาด จำแนกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ใช้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน คือ อสม. ในเขตพื้นที่ อำเภอยางตลาด จำนวน 62 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ $20^{0/7}$-$36^{6/7}$ ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางตลอด อำเภอยางตลอด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน/การมองเห็นและสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กระบวนการวิจัย จำแนกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 : การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา (Analysis Research) ของสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน อสม. 5 คน หญิงตั้งครรภ์ 5 คน สามีหญิงตั้งครรภ์ 5 คน รวมเป็นจำนวน 20 คน นำข้อสรุปที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อเข้าสู่ระยะต่อไป

ระยะที่ 2 : การออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Design and Development) ผู้วิจัยศึกษาการพัฒนาระบบจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำข้อสรุปที่วิเคราะห์ได้จากระยะที่ 1 มาสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน รวมถึงการทำหนังสือขออนุมัติต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

ระยะที่ 3 : การใช้รูปแบบ/การดำเนินการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1. การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด สาเหตุ ภาวะเสี่ยงและอาการอาการแสดงภาวะคลอดก่อนกำหนด แนวทางการรักษารวมถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

กระบวนการที่ 2. การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวิจัยนี้ ใช้การมีส่วนร่วมของ อสม. เป็นบทบาทสำคัญ เน้นการติดตามเยี่ยมในชุมชนหรือที่บ้าน รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

อสม. ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ดำเนินการ

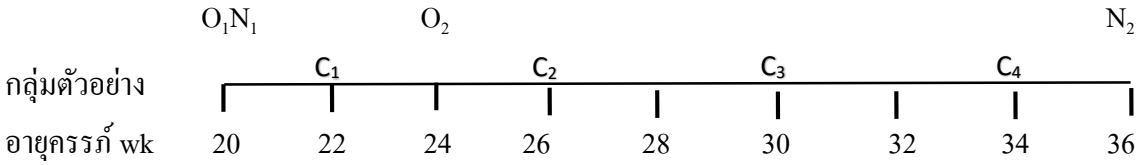
- การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน ร่วมสร้างสภาพแวดล้อมและลดปัจจัยเสี่ยง การให้บริการตรวจคัดกรองพื้นฐาน ส่งเสริมการฝากครรภ์และบริการสุขภาพต่อเนื่อง รวมถึงการประสานการส่งต่อ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

- การติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ร่วมวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการเยี่ยมบ้านค้นหาปัญหาและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 4 ครั้ง

ระยะที่ 4 : ระยะการประเมินผลลัพธ์ เป็นระยะการรวบรวมข้อมูลเพื่อมาวิเคราะห์และสรุป จัดทำเป็นรูปเล่ม และเผยแพร่วารสารต่อไป

สรุปผังกำกับการดำเนินงานดังนี้



แสดงรูปแบบการวิจัย

O_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนทำการทดลอง ในอายุครรภ์สัปดาห์ที่ 20

N_1 หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ ในอายุครรภ์สัปดาห์ที่ 20

C_{1-4} หมายถึง อสม. ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4

O_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังทำการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4

N_2 หมายถึง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด/ปิดโครงการ อายุครรภ์สัปดาห์ที่ 36

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย คำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับการสนทนากลุ่ม และรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ส่วน อสม. รับผิดชอบประเมินความเสี่ยง วางแผนดูแล และติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้งในช่วง 4 เดือน เพื่อค้นหาปัญหา ประเมินพฤติกรรม และประสานการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ตำบลยางตลาดให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัว อาชีพ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส แบบสอบถามข้อมูลของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และบทบาทในชุมชน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาขึ้นจากการศึกษาปัญหาสถานการณ์และความต้องการในการมีส่วนร่วมในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ[12]

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบแบบ 2 ตัวเลือกคือ “ใช่” “ไม่ใช่” จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ได้ 2 คะแนน ตอบผิด ได้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ[12]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำถามสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบทดสอบ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.86-0.93 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์สูง โดยมีค่าระหว่าง 0.83-0.94 จากการทดสอบด้วยสูตร Cronbach’s Alpha และ K-R 20

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระยะศึกษาสถานการณ์และระยะการปฏิบัติการมาตรวจสอบและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้ สถิติพื้นฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์โดย หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบทางสถิติ ด้วยวิธี Pair t-test ที่ระดับ 0.01

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 รหัสวิจัยคือ KLS.REC 237/2567

ผลการวิจัย สรุปได้ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปได้ว่าปัญหาการคลอดก่อนกำหนดสาเหตุหลักเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ขาดทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่ทราบอาการและอาการแสดง รวมถึงไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของการคลอดก่อนกำหนดได้ ไม่มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเข้ามาช่วยกำกับติดตามและให้คำแนะนำเชิงลึกหรือในชุมชนขาดการประสานการส่งต่อ จึงส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

2. รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดกาฬสินธุ์ ต้องเป็นรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย อสม. มีบทบาทร่วมในการประเมินความเสี่ยง วางแผนการดูแล การติดตามเยี่ยมและการประสานงานการส่งต่อ

3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน รายงานผลดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ลักษณะทางประชากร: กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ 30 คน มีอายุเฉลี่ย 27.14 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 33.33 ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่า มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 43.33 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 ใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 40 และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.67 ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน

3.1.2 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 62 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.90 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 58.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 51.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง n = 62 คน

ข้อมูล อสม. กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน n = 62 คน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	9.7
หญิง	56	90.3
อายุ (ปี) Mean+S.D.	38.90±10.79	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	17.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	58.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	12.9
อนุปริญญา/ปวส.	4	6.5
ปริญญาตรี	3	4.8

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

ข้อมูล อสม. กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน n = 62 คน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	28	45.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	32	51.6
ลูกจ้างรายวัน	2	3.2
บทบาทในชุมชน		
อสม.	62	100

3.2 อสม. กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

จากผลการศึกษา พบว่า อสม. จำนวน 62 คน มีส่วนร่วมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.23, S.D.= 1.07) และที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ ($\overline{X}$ = 3.57, S.D.= 2.03) และมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($\overline{X}$ = 2.39, S.D.= 0.99) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

ด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. (n = 62)	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล ระดับการมีส่วนร่วม
1. การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์	3.31	1.21	ดี
2. การติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์	3.57	2.03	ดี
3. ประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	2.39	0.99	น้อย
4. การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน	3.54	1.22	ดี
5. การสร้างสภาพแวดล้อมและลดปัจจัยเสี่ยง	3.12	0.51	ปานกลาง
6. การดูแลสุขภาพและการจัดการความเครียด	3.37	1.01	ดี
7. การให้บริการทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการ	3.42	0.34	ดี
8. การส่งเสริมการฝากครรภ์และบริการสุขภาพ	3.55	0.26	ดี
9. การควบคุมและป้องกันภาวะเสี่ยงอื่นๆ	2.77	1.05	ปานกลาง
10. การประสานการส่งต่อ	3.29	0.21	ดี
โดยรวมคะแนนการมีส่วนร่วมของ อสม.	**3.23**	**1.07**	**มีส่วนร่วมระดับดี**

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

3.3 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 0.95 คะแนน (S.D. = 3.12) มีความรู้ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 1.78 คะแนน (S.D. = 1.59) มีความรู้ในระดับดี รายละเอียดรายด้านดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร กลุ่มทดลอง (n = 30)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรู้	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรู้
1. ด้านภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	1.21	3.35	ปานกลาง	1.86	1.21	ดี
2. ด้านสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด	0.77	2.77	น้อย	1.76	2.03	ดี
3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	0.86	2.13	น้อย	1.71	0.86	ดี
ความรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม	**0.95**	**3.12**	**น้อย**	**1.78**	**1.59**	**ดี**

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง จากการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยรวม 2.41 คะแนน (S.D. = 3.79) พฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 3.33 คะแนน (S.D. = 1.61) พฤติกรรมอยู่ในระดับดี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง n = 30

ตัวแปร กลุ่มทดลอง (n = 30)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	พฤติกรรมเหมาะสมระดับ	$\bar{X}$	S.D.	พฤติกรรมเหมาะสมระดับ
1. ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง	3.16	3.35	ปานกลาง	3.70	1.21	ดี
2. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.01	3.37	ปานกลาง	3.53	2.63	ดี
3. นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8ชม.	3.52	3.71	ดี	3.55	0.98	ดี
4. หลีกเลี่ยงการยกของหนักและเดินทางไกลในช่วงอายุครรภ์ > 28 สัปดาห์	2.26	4.45	ไม่เหมาะสม	3.61	0.78	ดี
5. สังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์	3.13	2.78	ปานกลาง	3.19	3.71	ปานกลาง
6. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	2.42	2.96	ปานกลาง	3.37	1.02	ดี
7. ออกกำลังกายเบาๆ	1.79	5.41	ไม่เหมาะสม	2.91	3.37	ปานกลาง
8. หลีกเลี่ยงความเครียด	1.53	3.97	ไม่เหมาะสม	3.06	2.01	ปานกลาง
9. มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ	2.54	2.44	ปานกลาง	3.45	0.72	ดี
10.ดูแลสุขอนามัยอวัยวะสืบพันธุ์	2.21	3.21	ไม่เหมาะสม	2.87	0.98	ปานกลาง
11.สังเกตอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปวดบั้นเอว ปวดหน่วงท้องน้อย	1.54	5.59	ไม่เหมาะสม	3.17	1.24	ปานกลาง
12.สังเกตอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์	1.89	4.34	ไม่เหมาะสม	3.31	0.01	ดี
13.ขณะตั้งครรภ์ได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล	2.49	3.77	ปานกลาง	3.39	4.02	ดี
14.นับการหดรัดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง	2.51	3.13	ปานกลาง	3.52	0.86	ดี
15.พบอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนดแจ้ง อสม.ประจำหมู่บ้านทันที	2.11	4.47	ไม่เหมาะสม	3.27	0.51	ดี
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม	**2.41**	**3.79**	**ปานกลาง**	**3.33**	**1.61**	**เหมาะสมดี**

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

จากผลการศึกษาสถานการณ์พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 14.8 โดยสาเหตุสำคัญมาจากหญิงตั้งครรภ์ขาดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ระบุว่า ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล[13] นอกจากนี้ การขาดระบบเฝ้าระวังและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน อาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลหรือคำแนะนำที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ไม่สามารถป้องกันหรือจัดการกับภาวะเสี่ยงได้ทันท่วงที

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นเน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประเมินความเสี่ยง วางแผนการดูแล ติดตามเยี่ยม และประสานงานการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation)[8] ที่เชื่อว่าการใช้ทรัพยากรและบุคลากรในชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ บทบาทของ อสม. ในการเข้าถึงหญิงตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด ช่วยให้เกิดการสื่อสาร การให้คำแนะนำ และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระดับดี ($\bar{X}$= 3.23, S.D. = 1.07) หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ซึ่งสะท้อนว่า การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่นำ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดการดูแล ติดตามเยี่ยมและประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง สามารถเพิ่มความรู้ นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และลดภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพแม่และเด็กในระดับชุมชน การสร้างระบบเฝ้าระวังและส่งต่อแบบบูรณาการร่วมกับ Health Station ประจำหมู่บ้าน รวมถึงการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นการบูรณาการความรู้การแพทย์กับศักยภาพชุมชน การสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน โดยการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุกบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อสม. หญิงตั้งครรภ์ และพื้นที่อำเภอยางตลาด ที่ได้มีส่วนช่วยให้ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2024 Oct 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานประจำปี 2567. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2567.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. Science 2014; 345 (6198): 760-5.
5. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. Reprod Health 2013; 10 (Suppl 1): S2.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.278331

6. Petrou S, Eddama O, Mangham L. A structured review of the recent literature on the economic consequences of preterm birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2011; 96(3): F225-32.
7. Aagaard H, Hall EO. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. J Pediatr Nurs 2008; 23(3): 26-36.
8. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
9. Lassi ZS, Middleton PF, Crowther C, Bhutta ZA. Interventions to improve neonatal health and later survival: an overview of systematic reviews. Ebio Medicine 2015; 2(8): 985-1000.
10. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2013; 381 (9879): 1736-46.
11. Hoy and Miskel. Educational Administration Theory, Research, and Practice. Mc Graw Hill. Pp. 18-38, 270-298. [Internet]. 2005 [cited 2023 Jan 21]. Available from:https://www. scirp.org/ (Sczeh2tfqw2orz553k1w0r45)/referencespapers.aspx? referenceid=1849984
12. วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพ ฯ: กองการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ; 2538.
13. นภาพร ห่วงสุขสกุล และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสหเวชศาสตร์ 2567; 9(1): 1-14.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย: กรณีศึกษา เทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPMENT OF A PAIN MANAGEMENT MODEL FOR THE ELDERLY USING THAI WISDOM: A CASE STUDY OF THA MUANG SUB-DISTRICT MUNICIPALITY, SELAPHUM DISTRICT, ROI ET PROVINCE

Received: January 25, 2025
Revised: April 15, 2026
Accepted: April 20, 2026

กิรณานันท์ สนธิธรรม[1], ทองมี ผลาผล[1], ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์[1], ปภัชญา คัชรินทร์[1], ชนิดาวดี สายืน[1], ชาติ ไทยเจริญ[1*]

Kirananan Sonthitham[1], Thongmee Palapol[1], Thanyaluck Tangtumpitak[1], Paphatchaya Kucharin[1], Chanidawadee Sayuen[1], Chart Thaicharoen[1*]

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ปี 2564 มีผู้สูงอายุ 60 และ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.21 และ 14.1 จากการสำรวจบ้านท่าม่วง พบผู้สูงอายุจำนวนมากมีอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และชุมชนมีสมุนไพรบรรเทาอาการปวด ทีมวิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 50 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง รอบที่ 1 ใช้แบบประเมินความปวด (Pain score) และรอบที่ 2 ใช้แบบประเมินความรู้และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Pair t-test

ผลวงรอบ 1 พัฒนาจนได้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรลดการปวด แต่ขาดความรู้ด้านการบำบัดอาการปวด จึงเสริมการเรียนรู้แบบบัดดี้ในวงรอบ 2 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลง (mean difference = 0.59; 95%CI: 0.57-0.60; p-value < 0.001) มีระดับความรู้สูงขึ้น (mean difference = 18.17; 95%CI: 17.72-18.62; p-value < 0.001) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (mean = 4.80, S.D. = 1.43) รูปแบบนี้มีแนวโน้มช่วยลดอาการปวดและเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลวิจัย พบว่า การเสริมการเรียนรู้แบบบัดดี้ช่วยจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และควรขยายผลิตภัณฑ์สมุนไพรลดการปวดไปสู่พื้นที่อื่น และทดสอบประสิทธิผลเพิ่มเติม

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, การดูแลผู้สูงอายุ, ภูมิปัญญาไทย

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University
*Corresponding author E-mail: chart@reru.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

Abstract

Thailand has transitioned into a super-aged society; in 2021, the population aged 60 and 65 or older reached 19.21% and 14.1%, respectively. A community survey in Ban Tha Muang revealed that many older adults suffer from musculoskeletal pain, affecting their quality of life, while the community possesses local herbal wisdom capable of alleviating these symptoms.

This action research aimed to develop a pain management model for older adults using Thai traditional wisdom and to evaluate its effectiveness among 50 participants. Research instruments included self-administered questionnaires; Cycle 1 focused on pain score assessments, while Cycle 2 evaluated knowledge and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-tests. Results from Cycle 1 led to the development of herbal products for pain relief, but identified a knowledge gap in therapy which was addressed through "buddy-based learning" in Cycle 2. Post-intervention, participants showed a significant reduction in pain (mean difference = 0.59; 95% CI: 0.57-0.60; p-value < 0.001), significantly higher knowledge levels (mean difference = 18.17; 95% CI: 17.72-18.62; p-value < 0.001), and the highest level of satisfaction (mean = 4.80, S.D. = 1.43).

This model demonstrates potential in reducing pain and enhancing self-care knowledge. The study concludes that participatory processes and buddy-based learning facilitate appropriate pain management, and recommends expanding herbal product use to other areas while further testing effectiveness in diverse contexts.

Keywords: Health Promotion, health-promotion for elderly, Thai Wisdom

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็น สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society)[1] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว เกิดจากผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวขึ้น เนื่องจากพัฒนาการด้านเทคโนโลยีและความรู้ทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้นประกอบกับประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น ทำให้อัตราการตายลดลง[2]

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เพิ่มมากขึ้น[3] การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก[4-5] โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสื่อมถอยทางร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เก๊าต์ รูมาตอยด์ ไตวายเรื้อรัง สมองเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต[6]

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองด้วยภูมิปัญญาไทย จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12-13 (พ.ศ.2560–2570) ที่ส่งเสริมให้ประชาชนใช้ยาสมุนไพรไทยทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักพบปัญหาสุขภาพจากการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก การเลือกใช้ภูมิปัญญาไทย เช่น ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร การนวด เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุ จะช่วยลดการใช้ยาเกินความจำเป็นและลดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาแผนปัจจุบันได้[7]

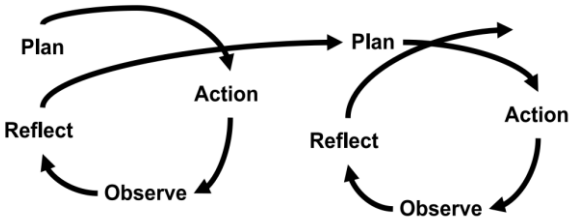
ชุมชนบ้านท่าม่วง ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้สูงอายุในบ้านท่าม่วงหมู่ 3 และหมู่ 4 จำนวน 212 คน ร้อยละ 16.75 จากการสำรวจชุมชนร่วมกับทีม อสม. พบว่า ผู้สูงอายุประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.35 มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 38.24 ปวดเข่า ร้อยละ 25 ปวดหลัง ร้อยละ 22.55 ปวดเอว ร้อยละ 10.78 และปวดขา ร้อยละ 3.43 ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ต้องเสียเวลาไปรักษาและสิ้นเปลืองเงินทองไปกับการซื้อยารักษาอาการปวดดังกล่าวและบางรายไปซื้อน้ำหมักผลไม้ที่โฆษณาว่า มีสรรพคุณช่วยลดอาการปวดแต่อาการไม่ดีขึ้น และเกิดโรคแทรกซ้อนจากสมุนไพรที่ซื้อมาใช้ดังกล่าว โดยจากการศึกษาข้อมูลของคณะผู้วิจัยพบว่าในชุมชนมีสมุนไพรที่สามารถบรรเทาอาการปวด อีกทั้งยังไม่มีโมเดลที่บูรณาการ อสม. กับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นในการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย ในชุมชนเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและยั่งยืน และเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนใช้สมุนไพรไทยทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันต่อไป

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

วัตถุประสงค์การวิจัย

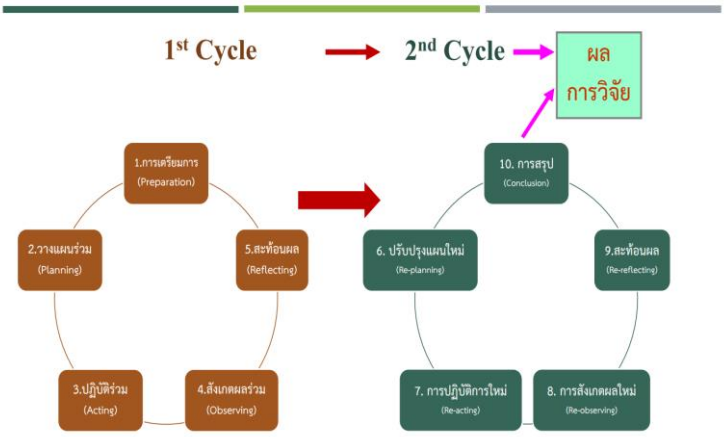
1. เพื่อพัฒนาพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



Kemmis & McTaggart, 1988

สามารถดัดแปลงให้เข้ากับงานวิจัยได้ดังนี้[8]



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาเป็นวงรอบแบบต่อเนื่องจนกว่าจะได้ข้อสรุปแนวทางแก้ปัญหาสำเร็จ มีขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (Plan) ประกอบด้วย กิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมที่ 1 การศึกษาบริบทและเก็บข้อมูลทั่วไป กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการมอบหมายภารกิจ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 ปฏิบัติตามแผนและสนับสนุนการดำเนินงานตามแผน ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 สังเกต กำกับ ติดตาม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6 สรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุหมู่ 3 และหมู่ 4 เขตเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 212 คน กลุ่มตัวอย่างใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดคนเข้าร่วมงานวิจัย คือ 1) ยินดีเข้าร่วมโครงการ 2) ช่วยเหลือตัวเองได้ และ 3) สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้มี 3 ส่วน โดยวงรอบที่ 1 จะใช้ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินความปวดด้วย Pain score ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความปวดชนิด self-report โดยกำหนดให้ผู้ถูกประเมินหากไม่ปวดเลยให้คะแนนเท่ากับ 0 และปวดมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 10 วงรอบที่ 2 ใช้ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ และส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ โดยส่งเครื่องมือในส่วนของความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า Content validity index (CVI) ของแบบสอบถามที่ 2 เท่ากับ 0.93 และได้นำไปหาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่า alpha of Cronbach เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูล แจงนับนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานการเปรียบเทียบคะแนนความปวดและความรู้ภายหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย ใช้สถิติ Pair t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยก่อนการทดสอบได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนความต่างของคะแนนความปวดและความรู้ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า มีการแจกแจงปกติ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านขั้นตอนการเสนอโครงร่างการวิจัย และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ 005/2565 และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และให้สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลในการตัดสินใจยินยอมเข้าเป็นกลุ่มแก่ผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในการให้ข้อมูลและคณะผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยใช้การนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย

ผลการศึกษา สามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
ขั้นการวางแผน (Plan**)** กิจกรรมที่ 1 การศึกษาบริบทและเก็บข้อมูลทั่วไป	พบว่าชุมชนเทศบาลตำบลท่าม่วงมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 16.75 ประสบปัญหาความปวดที่ผู้สูงอายุบางรายต้องใช้จ่ายเงินเพื่อแก้ไขปัญหา และพบว่าในชุมชน มีสมุนไพรที่นำมาใช้แก้ไขปัญหาความปวดได้ เช่น ไพล เป็นต้น
กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการมอบหมาย	วางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย
ขั้นปฏิบัติการ (Action**)** กิจกรรมที่ 4 ปฏิบัติตามแผนและสนับสนุนการดำเนินงานตามแผน	ใช้กรอบแนวคิดของสเตตเลอร์[9] พัฒนาปรับปรุงจัดสร้างเป็นรูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย โดยรูปแบบประกอบด้วย 1) การซักประวัติตรวจร่างกาย 2) การวินิจฉัยเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม โดยเอาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จัดทำขึ้น ไปบำบัดตามความเหมาะสมของระดับและตำแหน่งของความปวด 3) ประเมินผลโดยใช้วิธีโทรศัพท์สอบถาม พร้อมทั้งได้จัดทำมาตรฐานการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย 4) นำมาประยุกต์ใช้ศึกษานำร่องโดยแต่ละทีมร่วมกันประเมินการปฏิบัติเมื่อมีผู้สูงอายุที่มีภาวะปวด แล้วนำผลการใช้รูปแบบมาปรับปรุงด้านมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
	ด้วยภูมิปัญญาไทย 5) ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย พร้อมเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง
ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) กิจกรรมที่ 5 สังเกต กำกับ ติดตาม	จากสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบในทุกระยะ พบว่า น้ำมันนวด สเปรย์สมุนไพร และลูกประคบสมุนไพร มีความอิ่มตัวในการพัฒนาแล้ว
ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) กิจกรรมที่ 6 สรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน	ความรู้ในการบำบัดความปวดด้วยตนเองยังมีจุดบกพร่อง จึงนำไปสู่การดำเนินการในวงรอบที่ 2

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย

ผลการศึกษาใน**วงรอบการพัฒนาที่ 2** สามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)	วางแผนการพัฒนาความรู้แบบบัดดี้พี่สอนน้อง โดยจัดให้ผู้สูงอายุ และ อสม. จับคู่เป็นบัดดี้กัน
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) พัฒนาความรู้ผู้สูงอายุแบบบัดดี้เพื่อนช่วยเพื่อน	ให้ อสม. ที่ปฏิบัติได้ครอบคลุมสมบูรณ์จับคู่เป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้สูงอายุที่ปฏิบัติการบำบัดความปวดได้ไม่ครอบคลุมแล้วร่วมอภิปรายผลร่วมกันเพื่อสร้างการเรียนรู้สู่ความรู้ที่ดีต่อไป ซึ่งพัฒนาต่อเนื่องระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2565
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)	สังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบ ฯ พบว่า น้ำมันนวด สเปรย์สมุนไพร และลูกประคบสมุนไพร มีความเพียงพอในการใช้ผู้สูงอายุ และ อสม. มีความรู้อยู่ในระดับสูงและมีความรู้การบำบัดความปวดครอบคลุมถูกต้องมากขึ้น
ขั้นที่ 5 สรุปและประเมินผลการวิจัย	ต้องเน้นให้มีการพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุแบบบัดดี้เพื่อนช่วยเพื่อน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนโดยการประชุมปรึกษาอภิปรายเรียนรู้ร่วมกันในทุกๆ เดือน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 56.0 รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	40.0
หญิง	30	60.0
อายุ (ปี)		
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	28	56.0
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	18	36.0
ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	4	8.0
สถานภาพสมรส		
โสด	2	4.0
คู่	35	70.0
หม้าย/หย่า/แยก	13	26.0
ระดับการศึกษา		
จบการศึกษาระดับ ป.4	16	32.0
จบการศึกษาระดับประถมศึกษา	30	60.0
จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา	4	8.0
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	40	80.0
ครอบครัวขยาย	10	20.0
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	22	44.0
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	28	56.0
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแล	35	70.0
ไม่มีผู้ดูแล	15	30.0
ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ		
กลุ่มติดสังคม	30	60.0
กลุ่มติดบ้าน	20	40.0

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ คะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างลดลง 0.59 คะแนน (95%CI: 0.57-0.60; p-value < 0.001) และความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 18.17; 95%CI: 17.72-18.62; p-value < 0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด คะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean different	95 %CI	p-value
ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด			0.59	0.57-0.60	< 0.001
ก่อน	4.35	0.31			
หลัง	3.76	0.36			
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้			18.17	17.72-18.62	< 0.001
ก่อน	32.98	0.52			
หลัง	51.16	0.39			

2. ผลการประเมินผลความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย พบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน ความพึงพอใจโดยรวมที่ระดับมากที่สุด (mean = 4.80, S.D. = 1.43) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินผลความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย

ความพึงพอใจรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านกระบวนการ			
1. การประชาสัมพันธ์โครงการ	4.70	1.20	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมของเวลาและสถานที่ในการจัดกิจกรรม	4.70	1.20	มากที่สุด
3. การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรม	4.70	1.20	มากที่สุด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

ความพึงพอใจรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านวิทยากร			
4. มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้	4.90	1.70	มากที่สุด
5. มีความสุภาพและเป็นมิตร	5.00	1.79	มากที่สุด
ด้านความรู้และประโยชน์			
6. ความรู้เรื่องสมุนไพรในท้องถิ่น	4.75	1.30	มากที่สุด
7. ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด – 19	4.75	1.30	มากที่สุด
8. ความรู้ในการทำลูกประคบ น้ำมันนวด และสเปรย์สมุนไพร	4.80	1.40	มากที่สุด
9. สามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน	4.75	1.30	มากที่สุด
ความพึงพอใจรวม	4.80	1.43	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายในมิติของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้ว่า การสังเกตและการสะท้อนกลับเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินผู้ร่วมพัฒนารูปแบบว่าสามารถปฏิบัติตามแนวทางหรือวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งยืนยันด้วยผลการสะท้อนกลับจากวงรอบที่ 1 ในประเด็น “กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้การบำบัดความปวดด้วยตนเอง” จึงได้มีการพัฒนาความรู้โดยใช้การเรียนรู้แบบฝึกปฏิบัติแบบบัดดี้เพื่อนช่วยเพื่อน ในวงรอบที่ 2 ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้อยู่ในระดับสูงและมีความรู้การบำบัดความปวดครอบคลุมถูกต้องมากขึ้น

และสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย โดยการศึกษาในวงรอบที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการบรรเทาอาการปวด และในชุมชนมีสมุนไพรที่สามารถนำมาบรรเทาอาการปวดหลายชนิด เช่น ไพล เป็นต้น คณะผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ร่วมกันพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรขึ้น คือ ยาหม่อง ลูกประคบ และสเปรย์สมุนไพร สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทอง วัชรนุกูลเกียรติ และคณะ[10] ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่ารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ และการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการหกล้ม และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

การหกล้มในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพในเรื่องของอาการปวดเป็นส่วนใหญ่ อาการปวดที่พบบ่อยจะเป็นอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและอาการปวดบริเวณข้อและกระดูก ส่วนใหญ่เวลามีอาการจะบรรเทาอาการปวดด้วยการใช้ยาแก้ปวดและมีบางส่วนที่ใช้ยานวดและยาทาลดปวด จากการสอบถามความต้องการผู้สูงอายุมีความต้องการลดอาการปวดโดยไม่ใช้ยา และใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นส่วนประกอบ มีความต้องการทำผลิตภัณฑ์ยาหม่อง ลูกประคบ และสเปรย์สมุนไพร[11] นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาเรื่อง ผลของยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม[12] พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ยาพอกสมุนไพรสามารถลดความปวดและความฝืดของข้อเข่าช่วงเวลาในการลุกเดินได้ ส่งผลให้ความสามารถในการใช้งานดีขึ้น ทีมวิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยในวงรอบที่ 1 เมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 1 ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย คือ น้ำมันนวด สเปรย์สมุนไพร และลูกประคบสมุนไพร แต่กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้การบำบัดความปวดด้วยตนเอง จึงได้มีการพัฒนาความรู้โดยใช้การเรียนรู้แบบฝึกปฏิบัติแบบบัดดี้เพื่อนช่วยเพื่อนในวงรอบที่ 2 และเมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้อยู่ในระดับสูงและมีความรู้การบำบัดความปวดครอบคลุมถูกต้องมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลง (mean difference = 0.59; 95%CI: 0.57-0.60; p-value < 0.001) ความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 18.17; 95%CI: 17.72-18.62; p-value < 0.001) เนื่องจากรูปแบบที่ใช้ในการวิจัย จะเน้นที่การลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง จึงส่งผลให้คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังอบรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในร้านอาหารเขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม[13] พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย (คะแนนเฉลี่ย 20.6±2.0 คะแนน) มากกว่าก่อนการทดลอง (คะแนนเฉลี่ย 15.9±2.9 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) แสดงว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกระบวนการมีส่วนร่วม มีส่วนช่วยพัฒนาให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เนื่องจากได้รับความรู้และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และภายหลังใช้รูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทย ค่าเฉลี่ย คะแนนความปวด หลังการใช้รูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสมุนไพรไทยที่ใช้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการปวดได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ผลของยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ บ้านคลองนุ้ย ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา[14] พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการใช้ยาสมุนไพรพอกเข่า ในผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดเข่าแบบรุนแรง หลังจากใช้สมุนไพรพอกเข่า สามารถลดระดับอาการปวดเข่าได้ ที่ค่าระดับความเจ็บปวด ก่อนการทดลองความ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

เจ็บปวดเข่า อยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 30.27 ระดับความปวดเข่าหลังทดลอง พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 33.07 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value = 0.013) แสดงให้เห็นว่า ยาพอกสมุนไพรที่สรรพคุณของตัวยาเป็นรสร้อน ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อมีผลต่อการบรรเทาอาการปวดเข่า ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 100 และมีอาการปวดลดลง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ สามารถนำมาเป็นทางเลือกให้กับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน ความพึงพอใจโดยรวมที่ระดับมากที่สุด (mean = 4.80, S.D. = 1.43) เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งมีขั้นตอนสำคัญ คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนซึ่งการวิจัยที่ทำขึ้นนี้ เป็นการทำในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการปวด ดังนั้น วิจัยชิ้นนี้ ถือเป็นวิจัยที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย คือ ต้องการลดอาการปวดที่ตนเองมี สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น[15] พบว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ด้วยหลัก 3ก. 1ข. 1ส. ดังนี้ 1) กองทุน 2) กิจกรรม 3) การติดตามกลุ่มเสี่ยง 4) ข้อมูลทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย และ 5) ส่วนร่วม การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า การมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.29, 95% CI 0.11-0.45, p-value < 0.001) ด้านกระบวนการพัฒนาหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.41, 95% CI 0.23-0.57, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.54, 95% CI 0.37-0.70, p-value < 0.001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 1.43, 95% CI 1.28-1.57, p-value < 0.001) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.57) และจากการติดตามเยี่ยมโดยคณะผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมการอบรม พบว่า ผู้สูงอายุสามารถนำผลิตภัณฑ์น้ำมันนวด สเปรย์สมุนไพร และลูกประคบสมุนไพร ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง[16] นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรยังนำไปใช้ในการลดอาการปวด ทำให้อาการปวดลดลง และมีผู้สูงอายุบางส่วนที่จัดหาสมุนไพรมาปลูกไว้ในสวนบริเวณบ้านของตัวเอง แสดงให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการร่วมงานวิจัย และเชื่อมั่นว่า สมุนไพรที่นำมาใช้ในการวิจัย สามารถลดอาการปวดในผู้สูงอายุได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่า[16] ผลของยาพอกสมุนไพร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

ลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หลังการพอกสมุนไพรในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)[12] ด้วยเหตุนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้นำลูกประคบ ยาหม่องไพล และสเปรย์สมุนไพรไปใช้ จึงสามารถลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้ในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอาการปวดในชุมชนเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งในความเป็นจริงแล้วยังมีผู้สูงอายุในและนอกพื้นที่อีกเป็นจำนวนมากที่ประสบปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก จึงควรมีแนวทางในการนำผลิตภัณฑ์สมุนไพรและรูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยดังกล่าว ไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอาการปวดในพื้นที่อื่น และเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง control group และ uncontrol group อันจะทำให้ผู้นำผลการวิจัยไปใช้มั่นใจมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สังคมสูงวัยระดับสุดยอด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/20463/21073.pdf
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลบริการประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/service_information
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23843
4. ชฎาพร คงเพ็ชร์, อารีย์ ยมกกุล, เรณู อาจสาลี. การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงวัยสุขภาพดี. วารสารพยาบาล 2564; 70(4): 44-51.
5. บัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์, อัจฉรา จินวงษ์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ต.สร้างก่อ จ.อุดรธานี. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559; 17(2): 57-69.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

6. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
7. ปฏิภาณี ขันธโภค, และคณะ. การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบรรเทาความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุ ต.มหาดไทย อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง. วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2564; 16(2): 103-116.
8. จักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์, พัชรี อมรสิน, สุกัญญา สระแสง, สายชล ชิณกธรรม. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2562; 8(1): 110-120.
9. Stetler CB. Stetler model. In: Rycroft-Malone J, Bucknall T, editors. Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010: p. 51-81.
10. รุ่งทอง วัชรนุกูลเกียรติ, วรรณกร ตาบ้านดู่, นิตยา เติมแก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2567; 41(2): 175-184.
11. อุบลวรรณ สุวรรณภูสิทธิ์, นิศานาถ แก้ววินัด. ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2559. รายงานโครงการการจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์เชิงชุมชนสังคม.
12. อุมาพร เคนศิลา, อนันต์ศักดิ์ จันทรศรี. ผลของยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 29(4): 13-21.
13. ศรุตยา ประภาพันธ์, รจฤดี โชติกาวินทร์, วันดี นิลสำราญจิต. ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตเทศบาลนครนครปฐม จ.นครปฐม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561; 11(1): 69-77.
14. พรรธน์ชญมน เกตุรุ่ง, ฟาดีละฮ์ ดอเลาะ, นิอัสมาอ์ มูดี, ลุกมาน สือรี, อัถพงศ์ ปิ่นทองพันธ์, สิทธิกร แซ่หล่อ. ผลของยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ บ.คลองนุ้ย ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. ใน: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 16; [ม.ป.ท.]; สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; [ม.ป.ป.]. น. 1622-1629.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279369

15. รุ่งทอง วัชรนุกูลเกียรติ, วรรณกร ตาบ้านดู่. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อ.กระนวน จ.ขอนแก่น. วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น 2567; 31(1):108-121.

16. รสสุคนธ์ แสงมณี, อนงค์ ภิบาล. ประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3): 76-86.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL CHARACTERISTICS AND HEALTH CARE ATTITUDES AMONG STUDENTS OF LIBERAL ARTS

Received: January 22, 2026
Revised: April 07, 2026
Accepted: April 26, 2026

เกษศราภรณ์ บัวคำทุม[1], แก้วใจ มาลีลัย[2*]
Katesaraporn Buakhamthum[1], Kaewjai Maleelai[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์แห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์แห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2567 จำนวน 339 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีเท่ากับ 0.84 เก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ถึง 10 ธันวาคม 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล สถิติที่ใช้หาความสัมพันธ์ คือ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.36 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.71 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.58 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,583 บาทต่อเดือน ทัศนคติในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.36 คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ โรคประจำตัว ($\chi^2 = 8.211$, p-value = 0.016)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเสริมสร้างทัศนคติด้านสุขภาพเชิงป้องกัน และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับมหาวิทยาลัย

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, ทัศนคติ, การดูแลสุขภาพ, นักศึกษาศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัย

[1] โรงพยาบาลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา
Sung Noen Hospital, Sung Noen District, Nakhon Ratchasima
[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
*Corresponding author E-mail: kaewjai@scphub.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

Abstract

This cross-sectional survey investigated the relationship between personal characteristics and healthcare attitudes among students in the Faculty of Arts at a university. The study included 339 undergraduate students enrolled in the 2024 academic year. Researchers collected data using a structured questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.84, administered online from November 25 to December 10, 2024. They analyzed the data using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the Chi-square test to examine associations between variables.

The results indicated that the majority of participants were female (61.36%), with a mean age of 20.71 years. Most students reported no underlying health conditions (95.58%), and the average monthly expenditure was 6,583 THB. Regarding healthcare attitudes, 61.36% of the students demonstrated a high level of positive attitudes. Among the personal characteristics examined, having an underlying health condition was the only factor significantly associated with healthcare attitudes (χ^2=8.211, p-value = 0.016). The findings show that students' health conditions influence their attitudes toward healthcare.

These findings can inform health policies and programs that support preventive attitudes and encourage the development of sustainable healthy habits at the university.

Keywords: Personal Factors, Attitudes, Health Care, Liberal Arts Students, University

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

บทนำ

สถานการณ์สุขภาพของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง แตกต่างกันตามเพศและช่วงอายุ สะท้อนถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มประชากร[1] โดยเฉพาะนักศึกษามหาวิทยาลัยซึ่งอยู่ในช่วงวัยเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นผู้ใหญ่และเริ่มรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น งานวิจัยในนักศึกษาพยาบาล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ชั้นปี รายได้ และสถานที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ สะท้อนว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของนักศึกษา[2]

อย่างไรก็ตาม นักศึกษาบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านโภชนาการ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง การรับประทานอาหารไม่ครบมื้อ การบริโภคอาหารว่างและเครื่องดื่มน้ำอัดลม รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว[3] นอกจากนี้ การศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยยังพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับชั้นปี รายได้ และประวัติภาวะน้ำหนักเกินในครอบครัว[4] ขณะเดียวกัน ยังมีรายงานว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพบางด้านที่ไม่เหมาะสม โดยคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และปัจจัยทางครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5] พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวสอดคล้องกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การใช้ยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย และการได้รับมลพิษทางอากาศ โดยมีปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและกายภาพเป็นตัวเร่งสำคัญ[6]

นักศึกษาในช่วงวัยอุดมศึกษามักเผชิญความท้าทายในการรักษาวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี การเปลี่ยนผ่านจากระดับมัธยมสู่ชีวิตมหาวิทยาลัยส่งผลให้เกิดรูปแบบการนอนที่ไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และการลดลงของกิจกรรมทางกาย[7-8] พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษายังได้รับอิทธิพลจากความเครียดทางการเรียน แรงกดดันทางสังคม และข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ[9-11] นอกจากนี้ ตารางเรียนที่ไม่สม่ำเสมออาจนำไปสู่ภาวะอดนอน ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะทางสมอง อารมณ์ และสุขภาวะโดยรวม[12] ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพกายและจิต และจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยง[13] ขณะเดียวกัน พบว่า นักศึกษามีความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับสูง และแม้จะมีการรณรงค์ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

พฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะทัศนคติด้านสุขภาพซึ่งเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ[14]

งานวิจัยก่อนหน้ารายงานว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ รายได้ และสถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นและนักศึกษา[15] ในทางทฤษฎี ทัศนคติ (Attitude) เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ที่ระบุว่า ทัศนคติมีผลโดยตรงต่อความตั้งใจ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายหรือการเข้ารับการตรวจสุขภาพ[16] แม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ แต่ยังขาดงานศึกษาที่มุ่งเน้นนักศึกษากลุ่มมนุษยศาสตร์ ซึ่งมีลักษณะการเรียนรู้ ภาระงาน และบริบททางสังคมที่แตกต่าง โดยอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและทัศนคติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาเป็นประเด็นสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการส่งเสริมสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา แม้มีงานวิจัยหลายชิ้นศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยรวม แต่ยังพบ “ช่องว่างความรู้” เกี่ยวกับทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ ซึ่งมีรูปแบบการเรียนรู้ พฤติกรรมการใช้ชีวิต และปัจจัยความเครียดที่แตกต่างจากสาขาอื่น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับนักศึกษากลุ่มมนุษยศาสตร์ การพัฒนานโยบายด้านสุขภาวะของมหาวิทยาลัยให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะกลุ่ม และใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการวางแผนด้านสุขภาพเชิงป้องกันในระดับสถาบันอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์แห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ โรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายรายเดือน) มีความสัมพันธ์ทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์แห่งหนึ่ง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลวิจัยระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์แห่งหนึ่ง ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งหมด 2,818 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่มอร์แกน[17] ดังนี้

$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2(N-1)+X^2 p(1-p)}$ เมื่อ n=ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = ขนาดของประชากร e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e = 0.05, 5%) x^2= ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (x^2= 3.841) และ p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.5) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์แห่งหนึ่ง ภาคตะวันออกเฉียง ประจำปีการศึกษา 2567 ทุกชั้นปี จำนวน 339 คน สุ่มเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ชั้นปีที่กำลังศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็น แบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย คำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ มีมาตราวัด 5 ระดับ มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (4 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เกณฑ์การพิจารณาระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์[18] ดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อคณบดีคณะศิลปศาสตร์เพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัย จากนั้นประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย เชิญชวนให้นักศึกษาเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางกลุ่มสื่อสารต่างๆ ของทางคณะและกลุ่มสื่อสารของนักศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

การวิจัย ขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย นัดวันเวลาในการเก็บข้อมูล ส่งแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ Google form ให้กับผู้ประสานงานช่วยเก็บข้อมูล เพื่อส่งต่อให้อาสาสมัครวิจัย ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 5-10 นาที เก็บข้อมูลด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จากนักศึกษาที่ยินดีตอบแบบสอบถามออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับรูปแบบการวิจัย หลังจากนั้นทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และทดลองใช้เครื่องมือก่อนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกับกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.70-1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีบริบทและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ มีเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพโดยใช้ Chi-square

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S038/2567 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 อาสาสมัครวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีข้อแม้ ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนวิชาใดๆ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจากการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับและทำลาย หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.36 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 20.71 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.58 ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,583 บาทต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะส่วนบุคคล (n = 339)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	131	38.64
หญิง	208	61.36
อายุ (ปี)		
18-19	97	28.61
20-21	178	52.51
22 ปีขึ้นไป	64	18.88
อายุเฉลี่ย 20.71 อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 24 ปี		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	324	95.58
มีโรคประจำตัว	15	4.42
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ (บาทต่อเดือน)		
1,000-5,000	133	39.23
5,001-10,000	191	56.34
≥10,001	15	4.42
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,583 บาท ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด 13,000 บาท		

ส่วนที่ 2 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์

นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ส่วนใหญ่ เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำช่วยป้องกันโรค อันตรายต่างๆ ได้ ร้อยละ 45.43 รองลงมา คือเห็นด้วยกับการออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพร่างกายดีได้ ร้อยละ 38.35 ดังตารางที่ 2

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ (n = 339)

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่เสียเวลาและไม่จำเป็น	16 (4.72)	31 (9.14)	85 (25.07)	65 (19.17)	142 (41.89)
2. ท่านคิดว่าการมีสุขภาพดี คือการมีร่างกายและจิตใจที่ แข็งแรง	142 (41.89)	122 (35.99)	40 (11.80)	28 (8.26)	7 (2.06)
3. ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องที่จำเป็น	120 (35.40)	106 (31.27)	72 (21.24)	39 (11.50)	2 (0.59)
4. ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำช่วยป้องกันโรค อันตรายต่างๆ ได้	154 (45.43)	113 (33.33)	56 (16.52)	13 (3.83)	3 (0.88)
5. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้ร่างกาย แข็งแรงปราศจากโรคภัย	132 (38.94)	116 (34.22)	58 (17.11)	28 (8.26)	5 (1.47)
6. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารเช้าทำให้ท่านมีสมาธิในการเรียนมากขึ้น	146 (43.07)	107 (31.56)	61 (17.99)	20 (5.90)	5 (1.47)
7. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารราคาแพงจะได้รับคุณค่าทางอาหารมากกว่าอาหารราคาถูก	19 (5.60)	54 (15.93)	78 (23.01)	102 (30.09)	86 (25.37)
8. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต	57 (16.81)	30 (8.85)	73 (21.53)	113 (33.33)	66 (19.47)
9. การนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ	10 (2.95)	21 (6.19)	59 (17.40)	127 (37.46)	122 (35.99)
10. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพร่างกายดีได้	131 (38.64)	130 (38.35)	60 (17.70)	14 (4.13)	4 (1.18)

ทัศนคติในการดูสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.36 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.28 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.36 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

ตารางที่ 3 ภาพรวมระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ (n = 339)

ทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	208	61.36
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	123	36.28
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	8	2.36

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพ

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 8.211$, p-value = 0.016) ขณะที่คุณลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ และค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพ (n = 339)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับทัศนคติ จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	df	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ				0.015	2	0.993
ชาย	80 (61.07%)	48 (36.64%)	3 (2.29%)			
หญิง	128 (61.54%)	75 (35.96%)	5 (2.40%)			
อายุ (ปี)				0.392	4	0.983
18-19	58 (59.79%)	35 (36.08%)	4 (4.12%)			
20-21	110 (61.80%)	65 (36.52%)	3 (1.69%)			
≥ 22	40 (63.49%)	23 (36.51%)	1 (1.59%)			
โรคประจำตัว				8.211	2	*0.016
ไม่มี	200 (61.73%)	118 (36.42%)	6 (1.85%)			
มี	8 (53.33%)	5 (33.33%)	2 (13.33%)			
ค่าใช้จ่าย (บาทต่อเดือน)				2.012	4	0.733
1,000-5,000	80 (60.15%)	48 (36.09%)	5 (3.76%)			
5,001-10,000	120 (62.83%)	70 (36.65%)	1 (0.52%)			
≥10,001	8 (53.33%)	5 (33.33%)	2 (13.33%)			

*p-value <0.05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่านักศึกษาที่มีโรคประจำตัวควรได้รับการพิจารณาเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของมหาวิทยาลัย เพื่อเสริมสร้างทัศนคติด้านสุขภาพเชิงป้องกันและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ ทัศนคติด้านสุขภาพของนักศึกษาครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพในระดับมหาวิทยาลัยควรบูรณาการการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตควบคู่กัน เพื่อสนับสนุนสุขภาวะองค์รวมของนักศึกษาอย่างยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

นักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งอธิบายได้จากปัจจัยด้านลักษณะบุคคลและบริบททางการศึกษา เนื่องจากผู้เรียนในสาขาศิลปศาสตร์มักให้ความสำคัญกับพฤติกรรมมนุษย์ คุณภาพชีวิต และความเข้าใจผู้อื่น ส่งผลให้เกิดการรับรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้าที่รายงานว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยมีทัศนคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และทัศนคติมีบทบาทเป็นตัวแปรสื่อระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ[15] รวมทั้งแตกต่างจากการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ที่พบว่า ทัศนคติด้านสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง[19] ในขณะเดียวกันผลการศึกษในนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา พบว่า นิสิตมีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างตามเพศและชั้นปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยด้านลักษณะบุคคลมีบทบาทต่อทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ[20]

นักศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้นักศึกษาส่วนใหญ่ยังเห็นว่า การมีสุขภาพดีหมายถึงการมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง และนักศึกษามองว่า การตรวจสุขภาพประจำปีช่วยป้องกันโรคร้ายแรงได้ ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเสริมสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง และการรับประทานอาหารเช้าช่วยเพิ่มสมาธิและประสิทธิภาพในการเรียน ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน ซึ่งเน้นการเข้าใจและอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาสุขภาพของตนเอง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

ดังนั้น ทัศนคติเชิงบวกของนักศึกษาในการดูแลสุขภาพจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพตามคำแนะนำทางการแพทย์

การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ จะมีมิติทางพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษากลุ่มศิลปศาสตร์เป็นผู้ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ สังคม ภาษา และวัฒนธรรม ทำให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์ การสะท้อนคิด (Self-reflection) และความไวต่อประเด็นด้านสุขภาวะมากกว่านักศึกษาบางสาขา ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพที่อยู่อาศัย เพศ อายุ และสถานะการฉีดวัคซีน[13]

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) สามารถอธิบายได้ว่า การมีโรคประจำตัวอาจส่งผลต่อองค์ประกอบด้านทัศนคติ (Attitude) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนอธิบายว่าทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมของบุคคล[16] ประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือการต้องดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องอาจทำให้บุคคลประเมินผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ส่งผลให้นักศึกษาบางรายตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น ขณะที่บางรายอาจเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้ หรือรับรู้ข้อจำกัดด้านสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่ทัศนคติด้านสุขภาพที่ลดลงได้

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนทัศนคติระดับต่ำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรค (13.33% เทียบกับ 1.85%) สะท้อนว่า ภาวะสุขภาพเรื้อรังอาจเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Perceived behavioral control) และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[16] นักศึกษาที่ต้องเผชิญข้อจำกัดทางร่างกายหรือความเครียดจากการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องอาจเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจหรือมองว่าการดูแลสุขภาพเป็นภาระ ส่งผลให้มีทัศนคติด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มทั่วไป ทั้งนี้แนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพชี้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงจูงใจภายในมีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[21]

ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมหาวิทยาลัยควรมุ่งเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจควบคู่กับการดูแลสุขภาพกาย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่มีโรคประจำตัว เช่น การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการเพิ่มการรับรู้ความสามารถใน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

การดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นการบูรณาการสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน[22-23]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณคณะศิลปศาสตร์ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่การทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ. สถิติสุขภาพคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2569] เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/analysis/index.php
2. มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ชะบา คำปัญโญ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ. Naresuan University Journal: Science and Technology 2560; 25(3): 67-76.
3. สราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์, ภัทร ยันตรกร, ธัชกร พุกกะมาน. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ศึกษาศาสตร์สาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2560; 1(1): 34-45.
4. ปัณณทัต ตันธนปัญญากร, นภัสรัญชน์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์, นลพรรณ ขันติกุลานนท์, อารีย์ สงวนชื่อ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กับระดับดัชนีมวลกายของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2564; 16(2): 27-41.
5. จิราเจต สีดาหัส, ปิยะพร ขวัญสูงเนิน, พิมพ์ประไพ พ่วงกลาง, ธวัชชัย เอกสันติ, พัชรินทร์ ยุพา. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2565; 8(2): 60-73.
6. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 26]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

7. Deliens T, Clarys P, De Bourdeaudhuij I, Deforche B. Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. BMC Public Health 2014; 14: 53. doi: 10.1186/1471-2458-14-53.

8. Sogari G, Velez-Argumedo C, Gómez MI, Mora C. College students and eating habits: a study using an ecological model for healthy behavior. Nutrients 2018; 10(12): 1823. doi: 10.3390/nu10121823.

9. Heller S, Reichel JL, Mülder LM, et al. The association between health behaviours and academic performance moderated by trait mindfulness amongst university students: An observational study. Front Public Health 2024; 12: 1340235. doi: 10.3389/fpubh.2024.1340235.

10. Al-Matalka SK, Nazzal M, Jaber AF, Oteir A, Abu-Alim M. Health-promoting lifestyle behaviors among Jordanian university students. Am J Occup Ther 2023; 77(Suppl 2): 7711505100p1. doi: 10.5014/ajot.2023.77S2-PO100.

11. Palmer C, Strickland T, Moore N, Moore S, Martinez J. The mental and physical health of college students. ENGL 1102 Showcase 2024; (8).

12. Hutchesson MJ, Whatnall MC, Yazin N, et al. Health behavior interventions for university students measuring mental health outcomes: A scoping review. Front Public Health 2022; 10: 1063429. doi: 10.3389/fpubh.2022.1063429.

13. Yandutkina K, Nukeshtayeva K, Bolatova Z, Dauletkaliyeva Z, Kayupova G, Takuadina A, et al. Determinants of health behaviors among university students: Insights from a cross-sectional study in the Karaganda region. J Clin Med Kazakhstan 2024; 21(4): 59-65. doi: 10.23950/jcmk/14966.

14. Shekari F, Habibi P, Nadrian H, et al. Health-risk behaviors among Iranian university students, 2019: a web-based survey. Arch Public Health 2020; 78: 131. doi: 10.1186/s13690-020-00514-y.

15. Alves RF. The relationship between health-related knowledge and attitudes and health risk behaviours among Portuguese university students. Glob Health Promot 2024; 31(1): 36-44. doi: 10.1177/17579759231195561.

16. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process 1991; 50(2): 179-211.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279095

17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970; 30: 607-10.

18. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 6th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1989.

19. กรฎา มาตยากร, วิษณุ โรจน์สุวรรณ. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ 2567; 35(3): 129-41.

20. กฤษดา ตามประดิษฐ์. พฤติกรรมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ 2563; 12(2): 1-12.

21. Conner M, Norman P. Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models. 3rd ed. Maidenhead: Open University Press; 2015.

22. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1986 [cited 2026 Apr 26]. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/healthy-settings

23. World Health Organization. Achieving well-being: A global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 26]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/wha-76---achieving-well-being--a-global-framework-for-integrating-well-being-into-public-health-utilizing-a-health-promotion-approach

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

การป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

CONTROL AND PREVENTION OF ELECTRONIC CIGARETTES IN SCHOOLS THROUGH COMMUNITY PARTICIPATORY IN NONG RAKHANG SUBDISTRICT, SANOM DISTRICT, SURIN PROVINCE

Received: November 20, 2025
Revised: April 08, 2026
Accepted: April 26, 2026

อังสุมารินทร์ ไชยราช[1*], พิมพา ประทิพย์เนตร[1]
Ungsumarin Chaiyarach[1*], Pimpa Prathipnet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในระดับตำบลเฉพาะกรณีโรงเรียนที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยการประชาคม ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group) 33 คน คัดเลือกเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้นำชุมชน อบต. อสม. ครู ตัวแทนหมู่บ้าน และกลุ่มตอบแบบสัมภาษณ์ 71 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์ มีกระบวนการวิจัย 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนปฏิบัติการ 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะดำเนินกิจกรรมตามแผน 4) ระยะประเมินผล

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 71 คน พบว่า บุคคลในครอบครัวของนักเรียนสูบบุหรี่ร้อยละ 59.2 เพื่อนในกลุ่มนักเรียนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 46.5 ก่อนปฏิบัติอัตราการสูบบุหรี่นักเรียนร้อยละ 8.4 ลดลงเหลือร้อยละ 5.6 กิจกรรมที่ดำเนินร่วมกันแบ่งเป็นการให้ความรู้และรณรงค์ผ่านสื่อหน้าเสาธง กิจกรรมกีฬาเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” แผนเผชิญเหตุและนโยบายโรงเรียนสีขาวในโรงเรียน การสอดส่องร้านค้า ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ อบรมและทำข้อตกลงชุมชน พร้อมคำขวัญ “ตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า” และการให้ความรู้ ติดตามพฤติกรรมของครอบครัว ผลลัพธ์ชี้ให้เห็นว่าการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ชุมชน และครอบครัวสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญและยั่งยืน

คำสำคัญ: การป้องกันควบคุม, บุหรี่ไฟฟ้า, โรงเรียน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์
Nong Rakhang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province
*Corresponding author E-mail: jeaweaw@hotmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to study the prevention and control of e-cigarettes in schools through community Participatory at the sub-district level, specifically for schools willing to participate in the research project through community assemblies. The research was conducted with two sample groups: 33 focus group participants purposively selected from community leaders, local administrative organization members, village health volunteers, teachers, and village representatives; and 71 interview respondents. Qualitative data were collected from focus group discussions, and quantitative data were obtained from interviews. The research process consisted of four phases: (1) pre-action phase, (2) action phase, (3) activity implementation phase according to the plan, and (4) evaluation phase.

The research results found that 59.2% of students' family members smoked, and 46.5% of peers in the group had smoking behavior. Before implementation, the student smoking rate was 8.4%, which decreased to 5.6%. Joint activities included providing knowledge and campaigning through flagpole media, network sports activities ("Friends Caring for Friends"), emergency response plans, and school policies. Additional measures included monitoring shops, installing no-smoking signs, training, and establishing community agreements under the slogan "Nong Ra Khang Subdistrict doesn't want e-cigarettes," as well as providing knowledge and monitoring family behavior. The results indicated that coordination between schools, communities, and families could significantly and sustainably reduce the rate of e-cigarette smoking among students.

Keywords: Prevention and control, e-cigarettes, schools, community participatory

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นบุหรี่ชนิดหนึ่งที่มีการใช้ทั่วโลกโดยเฉพาะวัยรุ่น มีความอยากรู้ อยากลองในสิ่งใหม่ ควันที่ถูกพ่นออกมาส่งผลต่อสุขภาพทั้งตัวผู้สูบเองและบุคคลรอบข้าง ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีสารนิโคติน ทำให้มีการติดบุหรี่ไม่แตกต่างกับบุหรี่ทั่วไป[1] บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายกว่าฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้[2] อีกทั้งก่อให้เกิดโรคหอบหืดในกลุ่มวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[3] โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคปอดอักเสบรุนแรงจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI)[4] และเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง[5]

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 57 ล้านคน สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน หรือร้อยละ 17.4 โดยกลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ ร้อยละ 21.0 ข้อมูลผลการสำรวจยังพบว่า 60.8% ของนักสูบหน้าใหม่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี สูงถึง 9.5 แสนคน และในจำนวน 10 คนที่ติดบุหรี่ 7 คนจะเลิกไม่ได้ตลอดชีวิต ส่วน 3 คน เลิกได้ แต่จะติดบุหรี่เฉลี่ยมากกว่า 20 ปี การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากกลยุทธ์การตลาดของบริษัทและเครือข่ายผู้จำหน่ายที่มุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชน ขณะเดียวกันอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนและสตรีก็สูงขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์และเทคนิคดึงดูดลูกค้าใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สูบรายใหม่อย่างน้อยปีละ 100,000 คน และเยาวชนอายุ 15-18 ปี มีความเสี่ยงเข้าสู่การติดบุหรี่สูง[6] ผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 78,742 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวนทั้งหมด 57 ล้านคน สูบทุกวัน 40,724 คน และสูบแบบไม่ทุกวัน 38,018 คน โดยผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน อายุระหว่าง 15-24 ปี[6] มี 32 ประเทศ รวมถึงประเทศไทย ที่ออกกฎหมายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนและป้องกันการเริ่มสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน[7]

ประเทศไทยออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มีผลใช้เมื่อ 4 กรกฎาคม 2560 โดยจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบทั้งระดับชาติและจังหวัด เพื่อกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และป้องกันผู้สูบหน้าใหม่ ทั้งนี้ คณะกรรมการระดับจังหวัดมีหน้าที่เสนอแผนยุทธศาสตร์ กำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม และป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงยาสูบ รวมถึงสนับสนุนการลดและเลิกสูบ[8]

กฎหมายกำหนดให้สถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% และมีการขับเคลื่อน “7 มาตรการเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่” เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน[9]และต่อมาในปี 2564 ได้มีการออกคู่มือเกณฑ์การประเมินสถานศึกษาปลอดบุหรี่ สำหรับสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา[10] เพื่อผลักดันให้โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่อย่างแท้จริงโดยเร็ว

จากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในพื้นที่ตำบลหนองระฆัง ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มผู้นำชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน พบว่า นักเรียนเริ่มสูบบุหรี่ อายุน้อยสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โดยการชักชวนจากรุ่นพี่นอกโรงเรียน ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และมีนักเรียนหญิง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจากการชักชวนของกลุ่มเพื่อน โดยสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเวลาที่ไปทำการบ้านที่บ้านเพื่อน และสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเวลาพักเที่ยงในห้องน้ำ มุมอับของโรงเรียน รวมถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเวลาที่รวมกลุ่มกันที่ร้านอาหารในหมู่บ้าน โดยเด็กนักเรียนให้ข้อมูลถึงแหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้า สามารถซื้อในตัวอำเภอ และสั่งซื้อทางอินเตอร์เน็ต เหตุผลหลักของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน คือ อยากรู้ อยากลอง อยากเท่ อยากเห็น การต่อต้านครอบครัว พฤติกรรมการลอกเลียนแบบการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ญาติ และอิทธิพลจากเพื่อน จะเห็นว่ากลุ่มนักเรียน ยังขาดความรู้ความเข้าใจและยังมองว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีกลิ่น หรือรสชาติที่หลากหลาย ในด้านกลุ่มผู้นำชุมชน พบว่า การสร้างกฎระเบียบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน และการบังคับใช้กฎหมายยังขาดความเข้มงวดและจริงจัง ไม่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง รวมถึงการทำงานร่วมมือกันระหว่างโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ยังขาดความร่วมมือ ขาดการเชื่อมประสานระหว่าง โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน ที่จะช่วยในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน หรือชุมชน อย่างจริงจัง และไม่สามารถแก้ไขปัญหาบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างตรงจุด[11]

จากเหตุผลและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นสมควรและเป็นประโยชน์ในการศึกษาการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เข้ามาใช้ในพื้นที่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน ส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนลดลงและเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการ จัดการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลการจัดการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

4. เพื่อศึกษา ปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จในการจัดการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำถามการวิจัย

การป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองระฆังเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ในการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสัมภาษณ์ พื้นที่ทำการวิจัย ได้แก่ การเลือกพื้นที่ในระดับตำบลเฉพาะกรณีในโรงเรียนที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการประชาคม ระยะเวลาดำเนินการวิจัย วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่วิจัย ได้แก่

ประชากร ที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนแต่ละหมู่บ้านในเขตตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 122 คน ได้แก่

1. กลุ่มผู้นำชุมชน, ตัวแทน อบต. ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สารวัตรกำนัน 26 คน ตัวแทน อบต. 1 คน กลุ่ม อสม. 79 คน และกลุ่มตัวแทนแต่ละหมู่บ้าน 8 คน

2. ประชากร ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ประเมินผลกิจกรรมแผนงานหรือโครงการ ได้แก่ เด็กนักเรียน อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ศึกษาอยู่จริงในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 86 คน ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 33 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 21 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนแต่ละหมู่บ้านในเขตตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยเลือก กลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ขั้นต่ำร้อยละ 20 ของจำนวนทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นจริง จำนวน 33 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ชุมชน,ตัวแทน อบต. ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สารวัตรกำนัน 6 คน ตัวแทน อบต. 1 คน 2) กลุ่ม อสม.16 คน และ 3) กลุ่มตัวแทนแต่ละหมู่บ้าน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กำหนดให้ผู้เข้าร่วมต้องมีชื่อหรืออาศัยอยู่ในตำบลหนองระฆังไม่น้อยกว่า 6 เดือน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ สื่อสารภาษาไทยได้ และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป รวมถึงยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 33 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มละ 11 คน เท่ากัน

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ประเมินผลกิจกรรมแผนงานหรือโครงการ ได้แก่ เด็กนักเรียน อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ศึกษาอยู่จริงในโรงเรียนแห่งหนึ่งในระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 71 คน โดยมีวิธีการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ 0.05[12]

สูตร $$n = \frac{N Z^2_{\alpha/2}\ P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\alpha/2}\ P(1-P)}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 86 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนคะแนนการบริโภคยาสูบของเยาวชนในสถานศึกษา พ.ศ. 2565 (มัธยมศึกษาตอนต้น) ร้อยละ 17.60 (0.18)[13]

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร $$n = \frac{(86)(1.96)^2\ (0.18)(1\text{-}0.18)}{(86\text{-}1)0.05^2 + 1.96^2\ (0.18)(1\text{-}0.18)}$$

$$n = \frac{(86)(3.84)(0.18)(0.82)}{(85)(0.0025) + (3.84)(0.18)(0.82)}$$

$$n = 63.31$$

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 63.31 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาผู้ตกสำรวจหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความถูกต้องและความแม่นยำทางด้านสถิติในการสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10[14] เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการวิจัย เป็นจำนวน 70.34 คน ดังนั้นในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน

ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 71 คน เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างมีจำนวนประชากรแตกต่างกันในแต่ละชั้นเรียน จึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาสัดส่วนที่เหมาะสมของประชากรในแต่ละชั้นเรียน ใช้สูตรการคำนวณสัดส่วน

$$n^i = \frac{N^i}{N} \times n^i$$

1. ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 33 คน $\frac{33}{86} \times 71 = 27$ คน
2. ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 21 คน $\frac{21}{86} \times 71 = 17$ คน
3. ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 32 คน $\frac{32}{86} \times 71 = 27$ คน

จากนั้นจึงโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม Excel

ขั้นตอนการทำวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

1) ระยะก่อนปฏิบัติการ (Preliminary Phase) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม รพ.สต.หนองระฆัง โรงเรียนแห่งหนึ่ง อบต.หนองระฆัง และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขออนุญาตเข้าพื้นที่ จะเริ่มหลังจากได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการโดยเริ่มจากชี้แจงรายละเอียดและประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ จากนั้นลงพื้นที่เก็บข้อมูลบริบทและปัญหาในโรงเรียนโดยสัมภาษณ์นักเรียน 71 คน ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชนในระยะ 2 ถัดไป

2) ระยะปฏิบัติการ (Action Phase) วิเคราะห์สภาพปัญหาในระยะที่ 1 คืนข้อมูลโดยจัดสนทนากลุ่มจากตัวแทน 33 คน เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ แบ่งกลุ่มย่อยระดมความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไข และสรุปร่วมกันเป็นแผนกิจกรรมหรือโครงการเพื่อแก้ปัญหาในอนาคต

3) ระยะดำเนินกิจกรรมตามแผน (Implementation Phase) ระยะนี้จะมีการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ประกอบด้วย จัดอบรมให้ความรู้ เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้กฎหมายและการดำเนินงานควบคุมยาสูบตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และประเมินกิจกรรมที่ดำเนินตามแผนงาน/โครงการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

4) ระยะประเมินผลหลังการปฏิบัติการ (Evaluation) ติดตามความสำเร็จของโครงการภายใน 3 เดือน โดยประเมินจากจำนวนผู้เข้าร่วม ผลความรู้ก่อน-หลัง เก็บข้อมูลนักเรียน 71 คน หลังดำเนินกิจกรรม เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อน-หลัง และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค รวมถึงปัจจัยความสำเร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประเด็นคำถาม คือ ศึกษาปัญหา ระดับความรุนแรง แนวทางแก้ไข ความต้องการความรู้ของชุมชนและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนในด้านความตรงของเนื้อหา โครงสร้าง รูปแบบ และภาษา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.741-0.834 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.7 แสดงว่า เครื่องมือมีคุณภาพ และความน่าเชื่อถือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลบันทึกในคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบบสัมภาษณ์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอผลในรูปแบบบรรยาย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ใบรับรอง COA No. 2/2568 วันที่ 17 มกราคม 2568-16 มกราคม 2569

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่ศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 38.02 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน $\bar{x}$ = 3.16 S.D. = 0.60 Min = 1.80 Max = 4.00 ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับจากผู้ปกครอง $\bar{x}$ = 40.91 S.D. = 16.37 Min =20 Max = 100 ส่วนใหญ่บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 50.7

สภาพปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน พบว่า บุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่ คือ พ่อ ร้อยละ 54.7 รองลงมา คือ ตา ร้อยละ 30.9 ปัจจุบันนักเรียนสูบบุหรี่

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ไฟฟ้า/บุหรี่มวน ร้อยละ 4.2 เพื่อนในห้องหรือเพื่อนในกลุ่มมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 46.5 ประเภทบุหรี่มวน ร้อยละ 60.6 รองลงมา บุหรี่ไฟฟ้า/บุหรี่มวน ร้อยละ 21.2 และบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 18.1

ด้านความรู้ ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับสูง ร้อยละ 73.8 รองลงมามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับปานกลาง ร้อยละ 23.0 และมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 89.4 รองลงมามีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.6

ด้านทัศนคติ พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับดี ร้อยละ 60.6 รองลงมามีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 38.0 และทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในระดับดีเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 76.1 รองลงมา มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 21.1 และมีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

ด้านการรับรู้ พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าระดับมาก ร้อยละ 91.5 รองลงมามีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.6 และมีการรับรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 93.0 รองลงมา มีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0 ตามลำดับ

ผลที่ได้จากกระบวนการ การป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินกิจกรรมโครงการ การมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านโรงเรียนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม กิจกรรมส่งเสริมความรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมหน้าเสาธง ได้แก่ การให้ความรู้หน้าเสาธง การสื่อสารผ่านสื่อรณรงค์ เรื่องความรู้ และโทษของบุหรี่ไฟฟ้า วันละ 1 คำ การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ได้แก่ กีฬาฟุตบอล ทุกวัน เวลา 17.00-18.00 น. มีสมาชิกในทีม 29 คน รวมถึงกิจกรรมการจัดตั้งเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” และการสุ่มตรวจพฤติกรรมของนักเรียนพฤติกรรมเสี่ยงโดยมีครูและแกนนำนักเรียนเป็นผู้ดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายใต้กรอบนโยบายโรงเรียนสีขาว ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ 6 เดือน

2. ด้านชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม อย่างต่อเนื่องตลอดโครงการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 79 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 33 คน ร่วมสอดส่องดูแล ตรวจร้านค้า/ร้านชำในพื้นที่ จำนวน 42 ร้าน ทุกวันที่ 25 ของเดือน รณรงค์ผ่านเสียงตามสาย โดยผู้ใหญ่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน 1 ครั้งตลอดโครงการ รวมถึงการกำหนดข้อตกลงร่วมของชุมชน ภายใต้คำขวัญ “ตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า”

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

3. ด้านครอบครัวเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ติดตามพฤติกรรมบุตรหลานอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน และทำหน้าที่เป็นแบบอย่างที่ดี โดยมีการสื่อสารผ่านการประชุมผู้ปกครองภาคเรียนละ 1 ครั้ง

ประเมินภาพรวมกิจกรรมการดำเนินโครงการก่อน-หลังดำเนินกิจกรรม เพื่อประเมินอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ผลการดำเนินโครงการก่อน-หลังดำเนินกิจกรรมเพื่อประเมินอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียน ชี้ให้เห็นว่า อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนลดลง จากเดิม คือ อัตราการสูบบุหรี่ก่อนดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 8.4 ลดลงเหลือร้อยละ 5.6

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านสภาพปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน พบว่า บุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่ คือ พ่อ ร้อยละ 54.7 ปัจจุบันนักเรียนสูบบุหรี่ไฟฟ้า/บุหรี่มวน ร้อยละ 4.2 เพื่อนในห้องมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 46.5 บุหรี่มวน ร้อยละ 60.6 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าบุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 59.2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา สะท้อนถึงบทบาทของแบบอย่างในครอบครัวที่เอื้อต่อการรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมปกติ ทั้งนี้ผลงานวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคมที่อธิบายว่า บุคคลมีแนวโน้มเลียนแบบพฤติกรรมจากบุคคลใกล้ชิด แม้ว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่จะมีเพียง ร้อยละ 4.2 แต่การที่เพื่อนในกลุ่มมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงถึง ร้อยละ 46.5 สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการขยายพฤติกรรมในอนาคต เนื่องจากอิทธิพลของเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการทดลองสูบในวัยรุ่น นอกจากนี้ การพบการใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับบุหรี่มวน ยังแสดงให้เห็นถึง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคยาสูบที่ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.8 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 23.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 ชี้ให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อ การประชาสัมพันธ์ รวมถึงการถ่ายทอดความรู้จากครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความรู้ที่ถูกต้องแก่เยาวชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sutfin และคณะ (2015) ที่ชี้ว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่องสามารถเพิ่มระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นได้[15]

แต่ยังพบว่า มีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิด เช่น ความเข้าใจเรื่องอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าต่อหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.8 ซึ่งสะท้อนว่าการสื่อสารข้อมูลบางประเด็นยังไม่ทั่วถึง ตรงกับผลการศึกษา

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ของ Wang และคณะ (2021) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของบุหรี่ไฟฟ้าในบางด้าน เช่น อันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์หรือผลระยะยาวต่อสุขภาพ ยังอยู่ในระดับต่ำ[16]

ด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 60.6 ซึ่งแสดงถึง ความตระหนักและการยอมรับมาตรการควบคุมยาสูบในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kowitt และคณะ (2019) ที่ระบุว่าทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนนโยบายสาธารณะด้านการห้ามใช้และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า[17]

แต่ยังพบว่า มีบางกลุ่มที่มีทัศนคติคลาดเคลื่อน เช่น ร้อยละ 12.4 เห็นว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยของ Glantz และ Bareham (2018) ยืนยันว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้เป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป เนื่องจากยังคงมีสารพิษและสารก่อมะเร็งในระดับที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ[18]

ด้านการรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับมาก ร้อยละ 91.5 แสดงว่าข้อมูลจากสื่อต่างๆ และกิจกรรมรณรงค์สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Marynak และคณะ (2017) ที่พบว่า การเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสารสาธารณะและสื่อออนไลน์มีผลอย่างมากต่อการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า[19]

อย่างไรก็ตามยังมีความเข้าใจผิดบางประเด็น เช่น การคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสาเหตุของฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ร้อยละ 45.1 ซึ่งไม่ถูกต้อง แต่สะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างยังขาดการแยกแยะระหว่างมลพิษทางอากาศกับอันตรายจากควันบุหรี่ไฟฟ้า งานวิจัยของ Grana, Benowitz และ Glantz (2014) ชี้ว่าการสื่อสารข้อมูลที่ไม่ชัดเจนอาจก่อให้เกิดการตีความผิดและทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า[20]

กระบวนการ การป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ด้านโรงเรียนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม การส่งเสริมความรู้และตระหนักรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมหน้าเสาธง จัดกิจกรรมสร้างสรรค์ คือ กีฬาฟุตบอล กิจกรรมการจัดตั้งเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” สุ่มตรวจกระเป๋านักเรียน มีแผนเผชิญเหตุร่วมทุกภาคส่วน และนโยบายโรงเรียนสีขาว บทบาทของโรงเรียนในการส่งเสริมความรู้ การสร้างกิจกรรมสร้างสรรค์ และการจัดตั้งเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร และคณะ[21] ที่พบว่า การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์และการสร้างแกนนำนักเรียนสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ การประกาศนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย World Health Organization[22] ที่ชี้ว่า การมีนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ช่วยลดอัตราการริเริ่มสูบบุหรี่ในวัยเรียนได้

2. ด้านชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ร่วมสอดส่องดูแล จัดทำป้ายห้ามสูบบุหรี่ ตรวจร้านค้าในชุมชนโดย อสม.รณรงค์ผ่านเสียงตามสายและป้ายประชาสัมพันธ์ จัดอบรมให้ความรู้ และจัดทำข้อตกลงร่วม เพื่อควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ โดยใช้คำขวัญ “ชาวตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ไฟฟ้า” การดำเนินงานของชุมชน เช่น การเฝ้าระวัง การทำป้ายห้ามสูบบุหรี่ และการตรวจสอบร้านค้า โดย อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภาพร อินทร์สุข[23] ที่พบว่า ชุมชนที่มีกติกาส่วนรวมและการเฝ้าระวังโดยอาสาสมัคร มีอัตราการใช้บุหรี่ของเยาวชนลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการใช้คำขวัญและการรณรงค์ผ่านเสียงตามสายยังตรงกับงานวิจัยของ Thrasher et al.[24] ที่แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารสาธารณะ (Public Campaign) สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและลดการยอมรับพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนได้

3. ด้านครอบครัวเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ให้ความรู้ผู้ปกครอง ติดตามพฤติกรรม และเป็นแบบอย่างที่ดี ครอบครัวที่ให้ความรู้และเป็นต้นแบบที่ดี มีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม Bandura[25] และงานวิจัยของ นฤมล ศรีสุข[26] ที่พบว่าเด็กที่มีพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ มีโอกาสริเริ่มใช้บุหรี่ต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า

ปัญหา อุปสรรค ที่พบคือ ผู้ปกครองบางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า บางรายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นแบบอย่างไม่เหมาะสม และคนในชุมชนจำนวนมากยังเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตราย

ความสำเร็จในการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่าย ประชาชนและนักเรียนให้ความร่วมมือดี โรงเรียน ครอบครัว และชุมชนทำงานเชื่อมประสานกัน พร้อมทั้งมีการรณรงค์ระดับตำบลภายใต้คำขวัญ “ชาวตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า” ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและหน่วยงานราชการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรศึกษาความพึงพอใจและความพร้อมของประชาชนในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกคนที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือ รวมทั้งขอขอบคุณที่ปรึกษา ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข ผู้ช่วยนักวิจัย และอาจารย์ทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำความรู้ ข้อเสนอแนะ และกำลังใจตลอดการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

เอกสารอ้างอิง

1. ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, รัชพร ศรีเดช, อนุสรณ์ แน่นอุดร. บทบาทพยาบาลกับการสร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในสถาบันอุดมศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2566; 72(1): 64-70.
2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2565.
3. Li X, Zhang MM, Zhang R, Chen F, Shao L, Zhang A. Association between e-cigarettes and asthma in adolescents: A systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med. 2022; 62(6): 953-960.
4. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ปอดอักเสบรุนแรง (EVALI). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://mahidol.ac.th/temp/2022/11/Press-Release.pdf
5. Mravec B, Tibensky M, Horvathova L, Baba P. E-cigarettes and cancer risk. Cancer Prev Res (Phila) 2022; 13(2): 138-143.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ปีที่จัดพิมพ์ 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
7. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. บุหรี่ไฟฟ้า 9 สาเหตุที่ทำให้ “บุหรี่ไฟฟ้า” เป็น “สินค้าต้องห้าม” ในเปิดโปงข้อเท็จจริงเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ชุดที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2566.
8. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา. 2560; 134(39ก): 27-47.
9. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่สำหรับสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: ไอคอนพริ้นติ้ง; 2563.
10. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือเกณฑ์การประเมินสถานศึกษาปลอดบุหรี่สำหรับสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: ไอคอนพริ้นติ้ง; 2564.
11. อังสุมารินทร์ ไชยราช. (2567). การศึกษาข้อมูลนำร่อง (Pilot Study) เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ในพื้นที่ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์.
12. สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
13. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า. นนทบุรี: กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ; 2567.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

14. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด; 2558.
15. Sutfin EL, McCoy TP, Morrell HE, Hoeppner BB, Wolfson M. Electronic cigarette use by college students. Drug Alcohol Depend 2015; 157: 167-175.
16. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette use among middle and high school students—United States, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021; 70(37): 1310-1312.
17. Kowitt SD, Osman A, Meernik C, Zarkin GA, Ranney LM, Goldstein AO. Vaping flavors: user perceptions, preferences, and associated behaviors. Prev Med Rep 2019; 13: 145-148.
18. Glantz SA, Bareham DW. E-cigarettes: use, effects on smoking, risks, and policy implications. Annu Rev Public Health 2018; 39: 215-235.
19. Marynak KL, Gentzke AS, Wang TW, Neff LJ, King BA. Exposure to electronic cigarette advertising among middle and high school students—United States, 2014–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017; 66(21): 597-601.
20. Grana RA, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. Circulation 2014; 129(19): 1972-1986.
21. ศิริพร วัฒนกุล, จันทนา พงษ์สวัสดิ์, อารีย์ แสงทอง. ผลของการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์และการสร้างแกนนำนักเรียนต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น. วารสารวิจัยและพัฒนาสาธารณสุข 2563; 13(2): 45-57.
22. World Health Organization. Tobacco-free schools: evidence and implementation guidance. Geneva: WHO; 2022.
23. ประภาพร อินทร์สุข. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและลดการใช้บุหรี่ในเยาวชน: กรณีศึกษาเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสุขศึกษา 2561; 42(1): 23-36.
24. Thrasher JF, Niederdeppe J, Jackson C, Farrelly MC. Using public campaigns to change youth tobacco use: evidence from international studies. Tob Control 2016; 25(4): 377-384.
25. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
26. นฤมล ศรีสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองกับการริเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2562; 15(3): 112-20.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

การป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

CONTROL AND PREVENTION OF ELECTRONIC CIGARETTES IN SCHOOLS THROUGH COMMUNITY PARTICIPATORY IN NONG RAKHANG SUBDISTRICT, SANOM DISTRICT, SURIN PROVINCE

Received: November 20, 2025
Revised: April 08, 2026
Accepted: April 26, 2026

อังสุมารินทร์ ไชยราช[1*], พิมพา ประทิพย์เนตร[1]
Ungsumarin Chaiyarach[1*], Pimpa Prathipnet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในระดับตำบลเฉพาะกรณีโรงเรียนที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยการประชาคม ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group) 33 คน คัดเลือกเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้นำชุมชน อบต. อสม. ครู ตัวแทนหมู่บ้าน และกลุ่มตอบแบบสัมภาษณ์ 71 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์ มีกระบวนการวิจัย 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนปฏิบัติการ 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะดำเนินกิจกรรมตามแผน 4) ระยะประเมินผล

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 71 คน พบว่า บุคคลในครอบครัวของนักเรียนสูบบุหรี่ร้อยละ 59.2 เพื่อนในกลุ่มนักเรียนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 46.5 ก่อนปฏิบัติอัตราการสูบบุหรี่นักเรียนร้อยละ 8.4 ลดลงเหลือร้อยละ 5.6 กิจกรรมที่ดำเนินร่วมกันแบ่งเป็นการให้ความรู้และรณรงค์ผ่านสื่อหน้าเสาธง กิจกรรมกีฬาเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” แผนเผชิญเหตุและนโยบายโรงเรียนสีขาวในโรงเรียน การสอดส่องร้านค้า ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ อบรมและทำข้อตกลงชุมชน พร้อมคำขวัญ “ตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า” และการให้ความรู้ ติดตามพฤติกรรมของครอบครัว ผลลัพธ์ชี้ให้เห็นว่าการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ชุมชน และครอบครัวสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญและยั่งยืน

คำสำคัญ: การป้องกันควบคุม, บุหรี่ไฟฟ้า, โรงเรียน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์
Nong Rakhang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province
*Corresponding author E-mail: jeaweaw@hotmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to study the prevention and control of e-cigarettes in schools through community Participatory at the sub-district level, specifically for schools willing to participate in the research project through community assemblies. The research was conducted with two sample groups: 33 focus group participants purposively selected from community leaders, local administrative organization members, village health volunteers, teachers, and village representatives; and 71 interview respondents. Qualitative data were collected from focus group discussions, and quantitative data were obtained from interviews. The research process consisted of four phases: (1) pre-action phase, (2) action phase, (3) activity implementation phase according to the plan, and (4) evaluation phase.

The research results found that 59.2% of students' family members smoked, and 46.5% of peers in the group had smoking behavior. Before implementation, the student smoking rate was 8.4%, which decreased to 5.6%. Joint activities included providing knowledge and campaigning through flagpole media, network sports activities ("Friends Caring for Friends"), emergency response plans, and school policies. Additional measures included monitoring shops, installing no-smoking signs, training, and establishing community agreements under the slogan "Nong Ra Khang Subdistrict doesn't want e-cigarettes," as well as providing knowledge and monitoring family behavior. The results indicated that coordination between schools, communities, and families could significantly and sustainably reduce the rate of e-cigarette smoking among students.

Keywords: Prevention and control, e-cigarettes, schools, community participatory

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นบุหรี่ชนิดหนึ่งที่มีการใช้ทั่วโลกโดยเฉพาะวัยรุ่น มีความอยากรู้ อยากลองในสิ่งใหม่ ควันที่ถูกพ่นออกมาส่งผลต่อสุขภาพทั้งตัวผู้สูบเองและบุคคลรอบข้าง ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีสารนิโคติน ทำให้มีการติดบุหรี่ไม่แตกต่างกับบุหรี่ทั่วไป[1] บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายกว่าฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้[2] อีกทั้งก่อให้เกิดโรคหอบหืดในกลุ่มวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[3] โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคปอดอักเสบรุนแรงจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI)[4] และเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง[5]

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 57 ล้านคน สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน หรือร้อยละ 17.4 โดยกลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ ร้อยละ 21.0 ข้อมูลผลการสำรวจยังพบว่า 60.8% ของนักสูบหน้าใหม่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี สูงถึง 9.5 แสนคน และในจำนวน 10 คนที่ติดบุหรี่ 7 คนจะเลิกไม่ได้ตลอดชีวิต ส่วน 3 คน เลิกได้ แต่จะติดบุหรี่เฉลี่ยมากกว่า 20 ปี การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากกลยุทธ์การตลาดของบริษัทและเครือข่ายผู้จำหน่ายที่มุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชน ขณะเดียวกันอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนและสตรีก็สูงขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์และเทคนิคดึงดูดลูกค้าใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สูบรายใหม่อย่างน้อยปีละ 100,000 คน และเยาวชนอายุ 15-18 ปี มีความเสี่ยงเข้าสู่การติดบุหรี่สูง[6] ผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 78,742 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวนทั้งหมด 57 ล้านคน สูบทุกวัน 40,724 คน และสูบแบบไม่ทุกวัน 38,018 คน โดยผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน อายุระหว่าง 15-24 ปี[6] มี 32 ประเทศ รวมถึงประเทศไทย ที่ออกกฎหมายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนและป้องกันการเริ่มสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน[7]

ประเทศไทยออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มีผลใช้เมื่อ 4 กรกฎาคม 2560 โดยจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบทั้งระดับชาติและจังหวัด เพื่อกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และป้องกันผู้สูบหน้าใหม่ ทั้งนี้ คณะกรรมการระดับจังหวัดมีหน้าที่เสนอแผนยุทธศาสตร์ กำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม และป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงยาสูบ รวมถึงสนับสนุนการลดและเลิกสูบ[8]

กฎหมายกำหนดให้สถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% และมีการขับเคลื่อน “7 มาตรการเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่” เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน[9]และต่อมาในปี 2564 ได้มีการออกคู่มือเกณฑ์การประเมินสถานศึกษาปลอดบุหรี่ สำหรับสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา[10] เพื่อผลักดันให้โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่อย่างแท้จริงโดยเร็ว

จากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในพื้นที่ตำบลหนองระฆัง ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มผู้นำชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน พบว่า นักเรียนเริ่มสูบบุหรี่ อายุน้อยสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โดยการชักชวนจากรุ่นพี่นอกโรงเรียน ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และมีนักเรียนหญิง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจากการชักชวนของกลุ่มเพื่อน โดยสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเวลาที่ไปทำการบ้านที่บ้านเพื่อน และสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเวลาพักเที่ยงในห้องน้ำ มุมอับของโรงเรียน รวมถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเวลาที่รวมกลุ่มกันที่ร้านอาหารในหมู่บ้าน โดยเด็กนักเรียนให้ข้อมูลถึงแหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้า สามารถซื้อในตัวอำเภอ และสั่งซื้อทางอินเตอร์เน็ต เหตุผลหลักของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน คือ อยากรู้ อยากลอง อยากเท่ อยากเห็น การต่อต้านครอบครัว พฤติกรรมการลอกเลียนแบบการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ญาติ และอิทธิพลจากเพื่อน จะเห็นว่ากลุ่มนักเรียน ยังขาดความรู้ความเข้าใจและยังมองว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีกลิ่น หรือรสชาติที่หลากหลาย ในด้านกลุ่มผู้นำชุมชน พบว่า การสร้างกฎระเบียบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน และการบังคับใช้กฎหมายยังขาดความเข้มงวดและจริงจัง ไม่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง รวมถึงการทำงานร่วมมือกันระหว่างโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ยังขาดความร่วมมือ ขาดการเชื่อมประสานระหว่าง โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน ที่จะช่วยในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน หรือชุมชน อย่างจริงจัง และไม่สามารถแก้ไขปัญหาบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างตรงจุด[11]

จากเหตุผลและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นสมควรและเป็นประโยชน์ในการศึกษาการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เข้ามาใช้ในพื้นที่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน ส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนลดลงและเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการ จัดการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลการจัดการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

4. เพื่อศึกษา ปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จในการจัดการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำถามการวิจัย

การป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองระฆังเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ในการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสัมภาษณ์ พื้นที่ทำการวิจัย ได้แก่ การเลือกพื้นที่ในระดับตำบลเฉพาะกรณีในโรงเรียนที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการประชาคม ระยะเวลาดำเนินการวิจัย วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่วิจัย ได้แก่

ประชากร ที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนแต่ละหมู่บ้านในเขตตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 122 คน ได้แก่

1. กลุ่มผู้นำชุมชน, ตัวแทน อบต. ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สารวัตรกำนัน 26 คน ตัวแทน อบต. 1 คน กลุ่ม อสม. 79 คน และกลุ่มตัวแทนแต่ละหมู่บ้าน 8 คน

2. ประชากร ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ประเมินผลกิจกรรมแผนงานหรือโครงการ ได้แก่ เด็กนักเรียน อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ศึกษาอยู่จริงในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 86 คน ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 33 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 21 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนแต่ละหมู่บ้านในเขตตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยเลือก กลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ขั้นต่ำร้อยละ 20 ของจำนวนทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นจริง จำนวน 33 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ชุมชน,ตัวแทน อบต. ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สารวัตรกำนัน 6 คน ตัวแทน อบต. 1 คน 2) กลุ่ม อสม.16 คน และ 3) กลุ่มตัวแทนแต่ละหมู่บ้าน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กำหนดให้ผู้เข้าร่วมต้องมีชื่อหรืออาศัยอยู่ในตำบลหนองระฆังไม่น้อยกว่า 6 เดือน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ สื่อสารภาษาไทยได้ และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป รวมถึงยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 33 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มละ 11 คน เท่ากัน

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ประเมินผลกิจกรรมแผนงานหรือโครงการ ได้แก่ เด็กนักเรียน อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ศึกษาอยู่จริงในโรงเรียนแห่งหนึ่งในระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 71 คน โดยมีวิธีการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ 0.05[12]

สูตร $$n = \frac{N Z^2_{\alpha/2}\ P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\alpha/2}\ P(1-P)}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 86 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนคะแนนการบริโภคยาสูบของเยาวชนในสถานศึกษา พ.ศ. 2565 (มัธยมศึกษาตอนต้น) ร้อยละ 17.60 (0.18)[13]

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร $$n = \frac{(86)(1.96)^2\ (0.18)(1\text{-}0.18)}{(86\text{-}1)0.05^2 + 1.96^2\ (0.18)(1\text{-}0.18)}$$

$$n = \frac{(86)(3.84)(0.18)(0.82)}{(85)(0.0025) + (3.84)(0.18)(0.82)}$$

$$n = 63.31$$

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 63.31 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาผู้ตกสำรวจหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความถูกต้องและความแม่นยำทางด้านสถิติในการสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10[14] เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการวิจัย เป็นจำนวน 70.34 คน ดังนั้นในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน

ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 71 คน เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างมีจำนวนประชากรแตกต่างกันในแต่ละชั้นเรียน จึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาสัดส่วนที่เหมาะสมของประชากรในแต่ละชั้นเรียน ใช้สูตรการคำนวณสัดส่วน

$$n^i = \frac{N^i}{N} \times n^i$$

1. ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 33 คน $\frac{33}{86} \times 71 = 27$ คน
2. ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 21 คน $\frac{21}{86} \times 71 = 17$ คน
3. ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 32 คน $\frac{32}{86} \times 71 = 27$ คน

จากนั้นจึงโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม Excel

ขั้นตอนการทำวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

1) ระยะก่อนปฏิบัติการ (Preliminary Phase) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม รพ.สต.หนองระฆัง โรงเรียนแห่งหนึ่ง อบต.หนองระฆัง และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขออนุญาตเข้าพื้นที่ จะเริ่มหลังจากได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการโดยเริ่มจากชี้แจงรายละเอียดและประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ จากนั้นลงพื้นที่เก็บข้อมูลบริบทและปัญหาในโรงเรียนโดยสัมภาษณ์นักเรียน 71 คน ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชนในระยะ 2 ถัดไป

2) ระยะปฏิบัติการ (Action Phase) วิเคราะห์สภาพปัญหาในระยะที่ 1 คืนข้อมูลโดยจัดสนทนากลุ่มจากตัวแทน 33 คน เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ แบ่งกลุ่มย่อยระดมความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไข และสรุปร่วมกันเป็นแผนกิจกรรมหรือโครงการเพื่อแก้ปัญหาในอนาคต

3) ระยะดำเนินกิจกรรมตามแผน (Implementation Phase) ระยะนี้จะมีการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ประกอบด้วย จัดอบรมให้ความรู้ เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้กฎหมายและการดำเนินงานควบคุมยาสูบตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และประเมินกิจกรรมที่ดำเนินตามแผนงาน/โครงการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

4) ระยะประเมินผลหลังการปฏิบัติการ (Evaluation) ติดตามความสำเร็จของโครงการภายใน 3 เดือน โดยประเมินจากจำนวนผู้เข้าร่วม ผลความรู้ก่อน-หลัง เก็บข้อมูลนักเรียน 71 คน หลังดำเนินกิจกรรม เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อน-หลัง และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค รวมถึงปัจจัยความสำเร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประเด็นคำถาม คือ ศึกษาปัญหา ระดับความรุนแรง แนวทางแก้ไข ความต้องการความรู้ของชุมชนและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนในด้านความตรงของเนื้อหา โครงสร้าง รูปแบบ และภาษา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.741-0.834 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.7 แสดงว่า เครื่องมือมีคุณภาพ และความน่าเชื่อถือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลบันทึกในคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบบสัมภาษณ์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอผลในรูปแบบบรรยาย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ใบรับรอง COA No. 2/2568 วันที่ 17 มกราคม 2568-16 มกราคม 2569

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่ศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 38.02 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน $\bar{x}$ = 3.16 S.D. = 0.60 Min = 1.80 Max = 4.00 ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับจากผู้ปกครอง $\bar{x}$ = 40.91 S.D. = 16.37 Min =20 Max = 100 ส่วนใหญ่บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 50.7

สภาพปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน พบว่า บุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่ คือ พ่อ ร้อยละ 54.7 รองลงมา คือ ตา ร้อยละ 30.9 ปัจจุบันนักเรียนสูบบุหรี่

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ไฟฟ้า/บุหรี่มวน ร้อยละ 4.2 เพื่อนในห้องหรือเพื่อนในกลุ่มมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 46.5 ประเภทบุหรี่มวน ร้อยละ 60.6 รองลงมา บุหรี่ไฟฟ้า/บุหรี่มวน ร้อยละ 21.2 และบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 18.1

ด้านความรู้ ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับสูง ร้อยละ 73.8 รองลงมามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับปานกลาง ร้อยละ 23.0 และมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 89.4 รองลงมามีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.6

ด้านทัศนคติ พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนระดับดี ร้อยละ 60.6 รองลงมามีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 38.0 และทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในระดับดีเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 76.1 รองลงมา มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 21.1 และมีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

ด้านการรับรู้ พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าระดับมาก ร้อยละ 91.5 รองลงมามีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.6 และมีการรับรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 93.0 รองลงมา มีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0 ตามลำดับ

ผลที่ได้จากกระบวนการ การป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินกิจกรรมโครงการ การมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านโรงเรียนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม กิจกรรมส่งเสริมความรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมหน้าเสาธง ได้แก่ การให้ความรู้หน้าเสาธง การสื่อสารผ่านสื่อรณรงค์ เรื่องความรู้ และโทษของบุหรี่ไฟฟ้า วันละ 1 คำ การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ได้แก่ กีฬาฟุตบอล ทุกวัน เวลา 17.00-18.00 น. มีสมาชิกในทีม 29 คน รวมถึงกิจกรรมการจัดตั้งเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” และการสุ่มตรวจพฤติกรรมของนักเรียนพฤติกรรมเสี่ยงโดยมีครูและแกนนำนักเรียนเป็นผู้ดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายใต้กรอบนโยบายโรงเรียนสีขาว ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ 6 เดือน

2. ด้านชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม อย่างต่อเนื่องตลอดโครงการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 79 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 33 คน ร่วมสอดส่องดูแล ตรวจร้านค้า/ร้านชำในพื้นที่ จำนวน 42 ร้าน ทุกวันที่ 25 ของเดือน รณรงค์ผ่านเสียงตามสาย โดยผู้ใหญ่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน 1 ครั้งตลอดโครงการ รวมถึงการกำหนดข้อตกลงร่วมของชุมชน ภายใต้คำขวัญ “ตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า”

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

3. ด้านครอบครัวเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ติดตามพฤติกรรมบุตรหลานอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน และทำหน้าที่เป็นแบบอย่างที่ดี โดยมีการสื่อสารผ่านการประชุมผู้ปกครองภาคเรียนละ 1 ครั้ง

ประเมินภาพรวมกิจกรรมการดำเนินโครงการก่อน-หลังดำเนินกิจกรรม เพื่อประเมินอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ผลการดำเนินโครงการก่อน-หลังดำเนินกิจกรรมเพื่อประเมินอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียน ชี้ให้เห็นว่า อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนลดลง จากเดิม คือ อัตราการสูบบุหรี่ก่อนดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 8.4 ลดลงเหลือร้อยละ 5.6

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านสภาพปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน พบว่า บุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่ คือ พ่อ ร้อยละ 54.7 ปัจจุบันนักเรียนสูบบุหรี่ไฟฟ้า/บุหรี่มวน ร้อยละ 4.2 เพื่อนในห้องมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 46.5 บุหรี่มวน ร้อยละ 60.6 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าบุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 59.2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา สะท้อนถึงบทบาทของแบบอย่างในครอบครัวที่เอื้อต่อการรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมปกติ ทั้งนี้ผลงานวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคมที่อธิบายว่า บุคคลมีแนวโน้มเลียนแบบพฤติกรรมจากบุคคลใกล้ชิด แม้ว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่จะมีเพียง ร้อยละ 4.2 แต่การที่เพื่อนในกลุ่มมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงถึง ร้อยละ 46.5 สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการขยายพฤติกรรมในอนาคต เนื่องจากอิทธิพลของเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการทดลองสูบในวัยรุ่น นอกจากนี้ การพบการใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับบุหรี่มวน ยังแสดงให้เห็นถึง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคยาสูบที่ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.8 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 23.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 ชี้ให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อ การประชาสัมพันธ์ รวมถึงการถ่ายทอดความรู้จากครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความรู้ที่ถูกต้องแก่เยาวชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sutfin และคณะ (2015) ที่ชี้ว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่องสามารถเพิ่มระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นได้[15]

แต่ยังพบว่า มีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิด เช่น ความเข้าใจเรื่องอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าต่อหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.8 ซึ่งสะท้อนว่าการสื่อสารข้อมูลบางประเด็นยังไม่ทั่วถึง ตรงกับผลการศึกษา

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ของ Wang และคณะ (2021) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของบุหรี่ไฟฟ้าในบางด้าน เช่น อันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์หรือผลระยะยาวต่อสุขภาพ ยังอยู่ในระดับต่ำ[16]

ด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 60.6 ซึ่งแสดงถึง ความตระหนักและการยอมรับมาตรการควบคุมยาสูบในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kowitt และคณะ (2019) ที่ระบุว่าทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนนโยบายสาธารณะด้านการห้ามใช้และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า[17]

แต่ยังพบว่า มีบางกลุ่มที่มีทัศนคติคลาดเคลื่อน เช่น ร้อยละ 12.4 เห็นว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยของ Glantz และ Bareham (2018) ยืนยันว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้เป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป เนื่องจากยังคงมีสารพิษและสารก่อมะเร็งในระดับที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ[18]

ด้านการรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับมาก ร้อยละ 91.5 แสดงว่าข้อมูลจากสื่อต่างๆ และกิจกรรมรณรงค์สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Marynak และคณะ (2017) ที่พบว่า การเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสารสาธารณะและสื่อออนไลน์มีผลอย่างมากต่อการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า[19]

อย่างไรก็ตามยังมีความเข้าใจผิดบางประเด็น เช่น การคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสาเหตุของฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ร้อยละ 45.1 ซึ่งไม่ถูกต้อง แต่สะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างยังขาดการแยกแยะระหว่างมลพิษทางอากาศกับอันตรายจากควันบุหรี่ไฟฟ้า งานวิจัยของ Grana, Benowitz และ Glantz (2014) ชี้ว่าการสื่อสารข้อมูลที่ไม่ชัดเจนอาจก่อให้เกิดการตีความผิดและทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า[20]

กระบวนการ การป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ด้านโรงเรียนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม การส่งเสริมความรู้และตระหนักรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมหน้าเสาธง จัดกิจกรรมสร้างสรรค์ คือ กีฬาฟุตบอล กิจกรรมการจัดตั้งเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” สุ่มตรวจกระเป๋านักเรียน มีแผนเผชิญเหตุร่วมทุกภาคส่วน และนโยบายโรงเรียนสีขาว บทบาทของโรงเรียนในการส่งเสริมความรู้ การสร้างกิจกรรมสร้างสรรค์ และการจัดตั้งเครือข่าย “เพื่อนดูแลเพื่อน” สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร และคณะ[21] ที่พบว่า การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์และการสร้างแกนนำนักเรียนสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ การประกาศนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย World Health Organization[22] ที่ชี้ว่า การมีนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ช่วยลดอัตราการริเริ่มสูบบุหรี่ในวัยเรียนได้

2. ด้านชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ร่วมสอดส่องดูแล จัดทำป้ายห้ามสูบบุหรี่ ตรวจร้านค้าในชุมชนโดย อสม.รณรงค์ผ่านเสียงตามสายและป้ายประชาสัมพันธ์ จัดอบรมให้ความรู้ และจัดทำข้อตกลงร่วม เพื่อควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ โดยใช้คำขวัญ “ชาวตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

ไฟฟ้า” การดำเนินงานของชุมชน เช่น การเฝ้าระวัง การทำป้ายห้ามสูบบุหรี่ และการตรวจสอบร้านค้า โดย อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภาพร อินทร์สุข[23] ที่พบว่า ชุมชนที่มีกติกาส่วนรวมและการเฝ้าระวังโดยอาสาสมัคร มีอัตราการใช้บุหรี่ของเยาวชนลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการใช้คำขวัญและการรณรงค์ผ่านเสียงตามสายยังตรงกับงานวิจัยของ Thrasher et al.[24] ที่แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารสาธารณะ (Public Campaign) สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและลดการยอมรับพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนได้

3. ด้านครอบครัวเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ให้ความรู้ผู้ปกครอง ติดตามพฤติกรรม และเป็นแบบอย่างที่ดี ครอบครัวที่ให้ความรู้และเป็นต้นแบบที่ดี มีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม Bandura[25] และงานวิจัยของ นฤมล ศรีสุข[26] ที่พบว่าเด็กที่มีพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ มีโอกาสริเริ่มใช้บุหรี่ต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า

ปัญหา อุปสรรค ที่พบคือ ผู้ปกครองบางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า บางรายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นแบบอย่างไม่เหมาะสม และคนในชุมชนจำนวนมากยังเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตราย

ความสำเร็จในการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่าย ประชาชนและนักเรียนให้ความร่วมมือดี โรงเรียน ครอบครัว และชุมชนทำงานเชื่อมประสานกัน พร้อมทั้งมีการรณรงค์ระดับตำบลภายใต้คำขวัญ “ชาวตำบลหนองระฆังไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า” ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและหน่วยงานราชการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรศึกษาความพึงพอใจและความพร้อมของประชาชนในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกคนที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือ รวมทั้งขอขอบคุณที่ปรึกษา ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข ผู้ช่วยนักวิจัย และอาจารย์ทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำความรู้ ข้อเสนอแนะ และกำลังใจตลอดการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

เอกสารอ้างอิง

1. ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, รัชพร ศรีเดช, อนุสรณ์ แน่นอุดร. บทบาทพยาบาลกับการสร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในสถาบันอุดมศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2566; 72(1): 64-70.
2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2565.
3. Li X, Zhang MM, Zhang R, Chen F, Shao L, Zhang A. Association between e-cigarettes and asthma in adolescents: A systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med. 2022; 62(6): 953-960.
4. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ปอดอักเสบรุนแรง (EVALI). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://mahidol.ac.th/temp/2022/11/Press-Release.pdf
5. Mravec B, Tibensky M, Horvathova L, Baba P. E-cigarettes and cancer risk. Cancer Prev Res (Phila) 2022; 13(2): 138-143.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ปีที่จัดพิมพ์ 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
7. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. บุหรี่ไฟฟ้า 9 สาเหตุที่ทำให้ “บุหรี่ไฟฟ้า” เป็น “สินค้าต้องห้าม” ในเปิดโปงข้อเท็จจริงเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ชุดที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2566.
8. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา. 2560; 134(39ก): 27-47.
9. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่สำหรับสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: ไอคอนพริ้นติ้ง; 2563.
10. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือเกณฑ์การประเมินสถานศึกษาปลอดบุหรี่สำหรับสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: ไอคอนพริ้นติ้ง; 2564.
11. อังสุมารินทร์ ไชยราช. (2567). การศึกษาข้อมูลนำร่อง (Pilot Study) เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ในพื้นที่ตำบลหนองระฆัง อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์.
12. สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
13. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า. นนทบุรี: กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ; 2567.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.277945

14. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด; 2558.
15. Sutfin EL, McCoy TP, Morrell HE, Hoeppner BB, Wolfson M. Electronic cigarette use by college students. Drug Alcohol Depend 2015; 157: 167-175.
16. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette use among middle and high school students—United States, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021; 70(37): 1310-1312.
17. Kowitt SD, Osman A, Meernik C, Zarkin GA, Ranney LM, Goldstein AO. Vaping flavors: user perceptions, preferences, and associated behaviors. Prev Med Rep 2019; 13: 145-148.
18. Glantz SA, Bareham DW. E-cigarettes: use, effects on smoking, risks, and policy implications. Annu Rev Public Health 2018; 39: 215-235.
19. Marynak KL, Gentzke AS, Wang TW, Neff LJ, King BA. Exposure to electronic cigarette advertising among middle and high school students—United States, 2014–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017; 66(21): 597-601.
20. Grana RA, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. Circulation 2014; 129(19): 1972-1986.
21. ศิริพร วัฒนกุล, จันทนา พงษ์สวัสดิ์, อารีย์ แสงทอง. ผลของการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์และการสร้างแกนนำนักเรียนต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น. วารสารวิจัยและพัฒนาสาธารณสุข 2563; 13(2): 45-57.
22. World Health Organization. Tobacco-free schools: evidence and implementation guidance. Geneva: WHO; 2022.
23. ประภาพร อินทร์สุข. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและลดการใช้บุหรี่ในเยาวชน: กรณีศึกษาเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสุขศึกษา 2561; 42(1): 23-36.
24. Thrasher JF, Niederdeppe J, Jackson C, Farrelly MC. Using public campaigns to change youth tobacco use: evidence from international studies. Tob Control 2016; 25(4): 377-384.
25. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
26. นฤมล ศรีสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองกับการริเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2562; 15(3): 112-20.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น

DEVELOPMENT OF AN INTEGRATED TREATMENT AND REHABILITATION MODEL FOR DRUG PATIENTS THROUGH PARTICIPATORY COMMUNITY ENGAGEMENT: A CASE STUDY OF KHON KAEN PROVINCE'S PROTECTIVE COMMUNITY (LOMRAK) APPROACH

Received: January 22, 2026
Revised: April 22, 2026
Accepted: April 30, 2026

กิตติมา ก้านจักร[1*], วาสนา ทิพเลิศ[1], ณรงค์ชัย เศิกศิริ[1]
Kittima Kanjak[1*], Wassana Tippalert[1], Narongchai Serksiri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 คน ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกัน ปราบปราม บำบัด และติดตาม และ ผู้ป่วย ทำการศึกษาระหว่าง วันที่ 16 ธันวาคม 2567 ถึง 15 ธันวาคม 2568 พื้นที่ดำเนินการ 13 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น ขั้นตอนในการวิจัย 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูฯ โดยใช้กระบวนการ PAOR ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา, Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบชุมชนล้อมรักษ์ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู ส่งต่อ และติดตามผล โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประสิทธิผลการบำบัด (Retention Rate) และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น อัตราการเสพซ้ำลดลง และครอบครัวมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 0.47, t = -14.18, p-value < 0.001) สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการ PAOR สามารถยกระดับผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านพฤติกรรมและสังคม

ข้อเสนอแนะ ควรบูรณาการรูปแบบชุมชนล้อมรักษ์ กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัด เสริมศักยภาพทีมสหวิชาชีพ พัฒนาระบบข้อมูลกลาง เพื่อการติดตามต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การบำบัด, การมีส่วนร่วม, ยาเสพติด

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Provincial Public Health Office
*Corresponding author E-mail: kittima_1234@hotmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

Abstract

This study employed an action research design with the objective of developing an integrated treatment and rehabilitation model for drug-dependent patients through participatory community engagement, based on the prototype “Lomrak Community” approach. The sample consisted of 280 participants, including administrators, personnel responsible for prevention, suppression, treatment, and follow-up, as well as patients. The study was conducted between December 16, 2024, and December 15, 2025, across 13 districts in Khon Kaen Province.

The research process comprised three phases: Phase 1 involved situational analysis; Phase 2 focused on developing the treatment and rehabilitation model using the PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) process; and Phase 3 evaluated the implementation of the model. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that the Lomrak Community Model consists of six key components: case finding, screening, treatment, rehabilitation, referral, and follow-up, driven by the District Health Board. The effectiveness of treatment improved, as indicated by an increased retention rate, a decreased relapse rate, improved social rehabilitation outcomes, and significantly higher family satisfaction (Mean difference = 0.47, t = -14.179, p-value < 0.001). In conclusion, the development of the model through the PAOR process effectively enhanced treatment outcomes for drug-dependent patients in both behavioral and social dimensions.

Recommendations: The Lomrak Community Model should be integrated and adopted as a provincial policy. Strengthening multidisciplinary teams and developing a centralized information system for continuous follow-up are recommended.

Keywords: treatment, community participation, drug addiction

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

บทนำ

ปัญหายาเสพติด นับเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและ คนรอบข้าง จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกขององค์การสหประชาชาติ ประจำปี พ.ศ. 2565 ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Officeon Drugs and Crime: UNODC) พบว่า ทั่วโลกยังคงมีการใช้ยาเสพติดในระดับที่สูงมากอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2563 มีผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ผู้ใช้ยาเสพติดโดยรวมอยู่ที่ 284 ล้านคน ผู้ใช้ส่วนมาก คือ ผู้ชาย ยาเสพติดที่ใช้ คือ กลุ่มโอปิออยด์ 61 ล้านคน แอมเฟตามีน และอนุพันธ์ 34 ล้านคน[1] การเจ็บป่วยทางจิตเวช ความรุนแรง และการกลับไปเสพซ้ำในอัตราสูง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่อาจอาศัยมาตรการด้านการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคมอย่างบูรณาการ จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยจึงปรับแนวคิดจาก “การปราบปราม” ไปสู่ “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยมุ่งเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษทางอาญา[2] แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดและการดูแลแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม จากระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบเดิม พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าสู่ระบบการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง และยังมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำในระดับสูง เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ระบบบริการ และการติดตามดูแลหลังการบำบัดที่ยังไม่เป็นระบบและไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ[3] แนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) จึงเป็นรูปแบบทางเลือกที่ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดการกลับไปเสพซ้ำ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และติดตามช่วยเหลือในบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย[4] แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีระบบและทฤษฎีการมีส่วนร่วม ซึ่งมองว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติ จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานของหลายภาคส่วนเพื่อแก้ไขอย่างยั่งยืน[5]

จังหวัดขอนแก่น มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมหลากหลาย และประสบปัญหายาเสพติดในระดับสูง ทั้งในเขตเมืองและชนบท จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่าจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพของหน่วยบริการ บุคลากรเฉพาะทาง และระบบติดตามดูแลหลังการบำบัด ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคืนคนดีสู่สังคมยังขาดความต่อเนื่องและความยั่งยืน[6] ภายใต้บริบทดังกล่าว

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันนโยบายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นศูนย์กลางการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับพื้นที่อย่างเป็นองค์รวม[4] จังหวัดขอนแก่นได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวพัฒนาเป็นรูปแบบชุมชนต้นแบบ “ชุมชนล้อมรักษ์” แบบบูรณาการ ซึ่งมุ่งสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งต่อ และการติดตามช่วยเหลือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง[3] การพัฒนารูปแบบดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่าย และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งเน้นวงจรการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล (PAOR)[7] จึงเป็นระเบียบวิธีที่เหมาะสมในการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบจากการปฏิบัติจริง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย โดยมุ่งพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ “ชุมชนล้อมรักษ์” แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และประเมินประสิทธิผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การลดอัตราการเสพซ้ำ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่าง หน่วยงานสาธารณสุข ทหาร ตำรวจ และผู้นำชุมชน และสังเคราะห์ยุทธศาสตร์และกลไกการขับเคลื่อนที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ และขยายผลในระดับจังหวัด เขต และประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. สภาพปัญหา บริบทของ ผู้ป่วยยาเสพติดและภาคีเครือข่าย
2. พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ(ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น
3. ประเมินผลการนำรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ ไปใช้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและบริบท ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวาง (Plan) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกตผล(Observe) 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบ[10] ทำการศึกษาระหว่าง วันที่ 16 ธันวาคม 2567 ถึง 15 ธันวาคม 2568 พื้นที่ดำเนินการวิจัย คือ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

จังหวัดขอนแก่น ครอบคลุม 13 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง ชุมแพ พล น้ำพอง ชนบท พระยืน โนนศิลา บ้านฝาง สีชมพู บ้านไผ่ มัญจาคีรี เขาสวนกวาง และซำสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ คือ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกัน ปราบปราม บำบัด และติดตาม ประกอบด้วย หน่วยงานสหสาขาวิชาชีพ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จำนวน 13 อำเภอ รวม 320 คน กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จำนวน 13 อำเภอ รวม 650 คน

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวน 280 คน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 จำนวน 150 คน กลุ่มที่ 2 คือ จำนวน 130 คน โดย เลือกกลุ่มผู้ใช้(สีเขียว) อายุ 15-60 ปี ที่อยู่ระหว่างการบำบัดหรือผ่านการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบมีการใช้ยาเสพติด และสามารถรับรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับทีมผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) ใช้สัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกัน ปราบปราม บำบัด และติดตาม แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 2 ชุด สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ

ตัวแปรเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ตามแนวคิดของ Best และ Kahn[11] มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) และการแปลผลโดยการจัดระดับ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[9]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติดและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทำการทดลองใช้สอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นอำเภอที่มีลักษณะพื้นที่คล้ายคลึงกับพื้นที่ที่จะวิจัยครั้งนี้ เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องอีกครั้ง

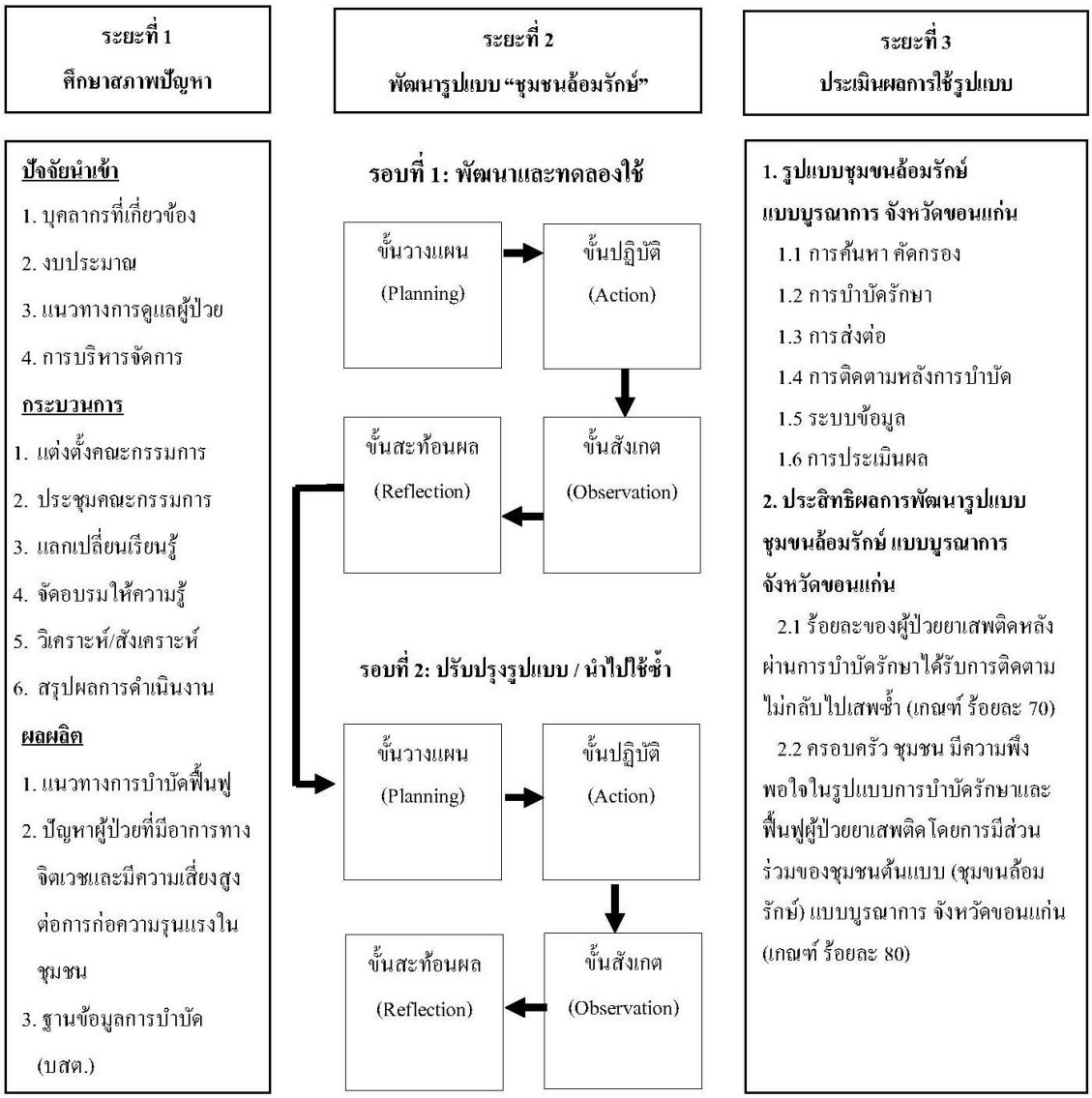
การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ประเด็นตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการระบบบริการ และทฤษฎีระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2567 เลขที่โครงการวิจัย : KEC 060/2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ก่อนให้ความยินยอม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม รวม 280 คน ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกัน ปราบปราม บำบัด และติดตาม จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.97 ปี จบปริญญาตรี มีประสบการณ์ทำงานด้านการบำบัด 1-3 ปี และมากกว่าครึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 2) กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 130 คน ในพื้นที่ 13 อำเภอ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.1 อายุเฉลี่ย 34.17 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ต่ำกว่า 300 บาทต่อวัน สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า โดยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อน และมีพื้นฐานครอบครัวที่ไม่พบประวัติการใช้สารเสพติดในสมาชิกครอบครัว

2. สภาพปัญหา บริบทของ ผู้ป่วยยาเสพติดและภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ(ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการจังหวัดขอนแก่น

สภาพปัญหาและบริบท พบว่า 1) ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ร้อยละ 67 ส่งผลให้การบำบัดรักษาเชิงลึกและการฟื้นฟูสมรรถภาพยังไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย 2) ระบบติดตามดูแลหลังการบำบัดขาดความต่อเนื่องและไม่เป็นระบบ ร้อยละ 72 ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนหลุดออกจากกระบวนการฟื้นฟูและมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ 3) การเชื่อมโยงข้อมูลและการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เป็นเอกภาพ ร้อยละ 58 ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลต่อเนื่องในระดับชุมชน 4) มีความพร้อมด้านโครงสร้าง บุคลากร และกลไกนโยบายในการขับเคลื่อน แต่ยังต้องพัฒนาการบูรณาการข้อมูล ระบบติดตามต่อเนื่อง และเสริมทักษะเฉพาะด้าน เพื่อรับมือกับข้อจำกัดด้านความเชื่อมั่นของประชาชน ภาระงาน และบริบทสังคมเศรษฐกิจที่ซับซ้อน จากผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า “การติดตามผู้ป่วยหลังออกจากระบบยังไม่ต่อเนื่อง ขาดคนรับผิดชอบหลัก ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ แต่ละหน่วยงานทำงานแยกส่วน ข้อมูลไม่เชื่อมกัน ทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ครบวงจร นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.1 อายุเฉลี่ย 34.17 ปี และร้อยละ 75.4 ไม่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน สะท้อนถึงช่องว่างในการเข้าถึงบริการ การบำบัดมีลักษณะ แยกส่วน ขาดความต่อเนื่อง และชุมชนมีส่วนร่วมจำกัด”

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

3. พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น

3.1. วิเคราะห์การสนับสนุนด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D. = 0.34) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการเชิงระบบด้านปัจจัยนำเข้า (n = 150)

	ปัจจัยนำเข้า (Input)	Mean	S.D.	การแปลผล
1.	ด้านบุคลากร	3.41	0.49	ปานกลาง
2.	ด้านงบประมาณ	3.26	0.71	ปานกลาง
3.	ด้านวัสดุ อุปกรณ์	3.74	0.42	มาก
4.	ด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการ	3.50	0.00	มาก
	ภาพรวมของปัจจัยนำเข้า (Input)	**3.48**	**0.34**	**ปานกลาง**

3.2 วิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดฯ พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.57 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดฯ (n = 150)

การมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การค้นหาปัญหาและสาเหตุ	3.88	0.53	มาก
2. การตัดสินใจ	3.80	0.62	มาก
3. การดำเนินการ	3.93	0.56	มาก
4. การประเมินผล	3.91	0.62	มาก
5. การรับผลประโยชน์	3.82	0.54	มาก
6. การรับผิดชอบ	4.00	0.53	มาก
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	**3.89**	**0.57**	**มาก**

3.3 วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดฯ พบว่า การดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.59) ดังตารางที่ 3

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

ตารางที่ 3 รูปแบบดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดฯ (n = 150)

รูปแบบดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟู	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการค้นหา คัดกรอง	4.01	0.80	มาก
2. ด้านการบำบัดรักษา	4.03	0.79	มาก
3. ด้านการส่งต่อ	3.88	0.74	มาก
4. ด้านการติดตามช่วยเหลือ	3.91	0.59	มาก
5. ด้านระบบข้อมูล	3.83	0.63	มาก
6. ด้านการประเมินผล	3.82	0.66	มาก
ภาพรวม	**3.14**	**0.56**	**มาก**

3.4 กำหนดรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น จัดทำเป็นคู่มือและถ่ายทอดผ่านการอบรมภาคีหลัก ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จาก 13 อำเภอ หลักสูตร 2 วัน ก่อนนำไปทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่ การดำเนินงานใช้พื้นที่นำร่อง 13 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล รวม 26 ตำบล โดยขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) **ขั้นเตรียมการ** จัดตั้งคณะทำงาน อบรมชุดปฏิบัติการ สำรวจชุมชน และสร้างความร่วมมือ 2) **ขั้นปฏิบัติการ** ดำเนินการค้นหา คัดกรอง บำบัดในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน สร้างกติกาและระบบเฝ้าระวัง 3) **ขั้นสร้างความยั่งยืน** เสริมความเข้มแข็งชุมชน วางระบบดูแลต่อเนื่อง และพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ 4) **ขั้นติดตามประเมินผล** เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานและปรับปรุงรูปแบบ โดยดำเนินกิจกรรมหลัก คือ การประชุมทีมบูรณาการและประชาคมชุมชน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงบวกด้านการบำบัดแบบ CBTx การประชุมทีมบูรณาการเพื่อสื่อสารและสร้างความเข้าใจ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การช่วยเหลือด้านอาชีพและทักษะเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การติดตาม ประเมินผล และให้คำปรึกษาหลังพ้นการบำบัด ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

ตารางที่ 4 การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดฯ

ขั้นตอน	วงรอบที่ 1 : พัฒนารูปแบบต้นแบบ	วงรอบที่ 2 : ปรับปรุงและยกระดับ
Plan (วางแผน)	วิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบจากข้อมูลสถานการณ์จริง สรุปช่องว่างการบำบัดต่อเนื่องหลังออกจาก รพ. ออกแบบโครงร่าง 6 ขั้นตอน กำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย	ปรับแผนโดยบูรณาการกลไก พชอ. เพิ่มระบบติดตามรายบุคคล ฐานข้อมูลร่วม และมาตรการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง
Action (ปฏิบัติ)	ทดลองใช้โมเดลในพื้นที่นำร่อง ดำเนินการค้นหา-คัดกรอง-บำบัด-ฟื้นฟู-ส่งต่อ-ติดตาม โดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน	ขยายการดำเนินงานครบทุกอำเภอ เชื่อมระบบสาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ อปท. อสม. และครอบครัว
Observe (สังเกต)	ติดตามผลการดำเนินงาน อัตราการคงอยู่ในระบบ ปัญหาการหลุดการติดตาม และการประสานงานข้ามหน่วย	ประเมินผลเชิงประสิทธิผล และความเข้มแข็งเครือข่าย
Reflect (สะท้อนผล)	ถอดบทเรียนจุดแข็ง–จุดอ่อน ปรับบทบาททีม ระบบข้อมูล และมาตรการความปลอดภัย	สังเคราะห์เป็นรูปแบบ เชิงนโยบาย กำหนดยุทธศาสตร์จังหวัด และแผนขยายผลอย่างยั่งยืน

ตารางที่ 5 รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดฯ ก่อนพัฒนา และหลังพัฒนา

	ประเด็นเปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา)	รูปแบบใหม่ “ชุมชนล้อมรักษ์”
1.	แนวคิดหลัก	เน้นการบำบัดในสถานพยาบาล	เน้นชุมชนเป็นฐาน
2.	กระบวนการดูแล	แยกส่วนดำเนินงาน	เชื่อมโยงการดำเนินงานแบบบูรณาการ
3.	การมีส่วนร่วมของชุมชน	มีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการ	ทุกหน่วยงานมีบทบาทร่วมวางแผนดูแลติดตาม
4.	กลไกการขับเคลื่อน	หน่วยสาธารณสุขเป็นหลัก	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
5.	ระบบติดตามหลังบำบัด	ไม่ต่อเนื่อง ขาดฐานข้อมูล	มีระบบติดตามรายบุคคล เชื่อมโยงชุมชน
6.	การฟื้นฟูสมรรถภาพ	มุ่งด้านการแพทย์เป็นหลัก	ฟื้นฟูแบบองค์รวม: ร่างกาย จิตใจ อาชีพ สังคม
7.	การป้องกันการเสพซ้ำ	อาศัยตัวผู้ป่วยเป็นหลัก	ใช้พลังชุมชน ครอบครัว เครือข่ายเฝ้าระวัง
8.	ประสิทธิผล	Retention ต่ำกว่า เสพซ้ำสูง	Retention เพิ่มขึ้น อัตราเสพซ้ำลดลง
9.	คุณภาพชีวิตผู้ป่วย	ฟื้นตัวเฉพาะช่วงบำบัด	คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
10.	ความยั่งยืน	พึ่งโครงการ/งบประมาณระยะสั้น	กำหนดวาระจังหวัด ขับเคลื่อนด้วย พชอ.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

4. ประเมินผลการใช้รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ(ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบชุมชนล้อมรักษ์ (n = 130)

	ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา (จำนวน/ร้อยละ)	หลังพัฒนา (จำนวน/ร้อยละ)	การเปลี่ยนแปลง
1.	การคงอยู่ในระบบ (Retention)	81 (62.31)	111 (85.38)	+23.07
2.	การกลับไปเสพซ้ำ ภายใน 6 เดือน	50 (38.46)	22 (16.92)	-21.54
3.	การฟื้นฟูสภาพทางสังคม (อาชีพ)	42 (32.31)	90 (69.23)	+23.92

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดฯ (n = 130)

การประเมินความพึงพอใจ	เปรียบเทียบ	n	$\bar{x}$	แปล	Mean Diff	S.D.	t	Sig
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดฯ	ก่อน	130	4.01 (80.2%)	มาก	-0.464	0.468	-14.179	0.000
	หลัง	130	4.47 (89.4%)	มาก		0.127		

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ “ชุมชนล้อมรักษ์” แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระยะที่ 1 ปัญหาสำคัญของระบบการบำบัดรักษา ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน ร้อยละ 67 การติดตามหลังการบำบัดไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 72 และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบ ร้อยละ 58 การทำงานยังเป็นลักษณะแยกส่วน ขาดกลไกกลางในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ได้รูปแบบชุมชนล้อมรักษ์ ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู ส่งต่อ และติดตาม โดยมีทีมสหวิชาชีพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน โดยเน้นการค้นหาเชิงรุก การกำหนดบทบาททีมที่ชัดเจน การใช้ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) และการเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และระยะที่ 3 การประเมินผล พบว่า หลังการพัฒนา อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.31 เป็นร้อยละ 85.38 และอัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงจากร้อยละ 38.46 เป็นร้อยละ 16.92 ขณะที่การฟื้นฟูสภาพทางสังคม (อาชีพ) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

ต่อรูปแบบในระดับมาก นอกจากนี้ การสังเคราะห์ผลการวิจัยนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ การเสริมศักยภาพทีมสหวิชาชีพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบข้อมูลกลาง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับพื้นที่

อภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องของการดูแล การเชื่อมโยงข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ และข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่า ระบบบริการด้านยาเสพติดยังมีช่องว่างในด้านการบูรณาการและการติดตามต่อเนื่อง[1] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ระดับจังหวัดที่พบว่า ภาระผู้ป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลให้ระบบบริการต้องเผชิญความท้าทายในการรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก[6] อย่างไรก็ตาม บริบทของจังหวัดขอนแก่นมีความซับซ้อนจากการมีหลายภาคีที่เกี่ยวข้อง ทำให้จำเป็นต้องใช้แนวทางเชิงระบบมากกว่าการดำเนินงานแบบแยกส่วน

2. รูปแบบ “ชุมชนล้อมรักษ์” แสดงให้เห็นว่า การบูรณาการภาคีเครือข่ายร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดยุทธศาสตร์การแก้ปัญหายาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและกลไกระดับอำเภอในการขับเคลื่อน[12-13] รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมภพ เรืองตระกูล[14] และสุกัญญา รักษ์ขจรกุล[15] ที่พบว่า การบำบัดโดยชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการเสพซ้ำ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีความแตกต่างโดยการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแกนกลาง ซึ่งช่วยเชื่อมโยงระดับนโยบายกับการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

3. ผลการประเมินรูปแบบ สะท้อนว่าการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถพัฒนาผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านพฤติกรรมและคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย โปษยะจินดา และคณะ[16] ที่พบว่า รูปแบบบูรณาการช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การบำบัดจนถึงการติดตามในชุมชน[17]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรยกระดับรูปแบบชุมชนล้อมรักษ์ เป็นนโยบายระดับจังหวัด พัฒนาระบบฐานข้อมูล ติดตามผู้ป่วยแบบเชื่อมโยงทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง เสริมศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และเสริมพลังครอบครัวชุมชน อสม. ในการติดตามป้องกันการเสพซ้ำ ควบคู่กับการฟื้นฟูอาชีพและการคืนคนดีสู่สังคมอย่าง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

เป็นระบบ ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวมากกว่า 1 ปี และเปรียบเทียบประสิทธิผลในหลายบริบทพื้นที่ พร้อมวิเคราะห์ต้นทุน ประสิทธิผล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รวมทั้งหน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล อันประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยงานฝ่ายปกครอง สถานีตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. นนทบุรี: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2565.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติด. สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. จันทรานี สงวนนาม. ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บุ๊คพอยท์; 2545.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น ปี 2567. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2567.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.1 Jan - Apr 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i1.2026.279953

8. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Dev 1980; 8(3): 213-35.
9. วีรวัต อุครานันท์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, บรรณาธิการ. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2562.
10. สิน พันธุ์พินิจ. การวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
11. Best JW, Kahn JV. Research in education. 9th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
12. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำปี 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักยุทธศาสตร์; 2564.
13. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด; 2565.
14. สมภพ เรืองตระกูล. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุข 2560; 47(2): 123-36.
15. สุกัญญา รักษ์ขจรกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมชุมชนบำบัดในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. วารสารการพยาบาล 2561; 67(1): 45-58.
16. วิชัย โปษยะจินดา, และคณะ. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือแบบบูรณาการในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุข 2562; 13(3): 201-15.
17. ประเสริฐ ประสมรักษ์, และคณะ. การบูรณาการทุนทางสังคมในการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารพัฒนาสังคม 2563; 22(1): 89-104.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี่ยงเมืองทุ่งมน 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