

Thailand Citation Index

(TCI) Tier 2

Approved by TCI

During 2025-2029

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

ISSN : 2673-088X (Print) e-ISSN : 2697-3871 (Online)

จุดประสงค์	วารสารวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ	
ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา แพทย์หญิงทิพา ไกรลาส นายแพทย์พิรุณทศ สานุกูล	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บรรณาธิการ	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เภสัชกรหญิง ดร.ปยุตธรรม์ ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา รศ.ดร.ศรัณญา จุฬารี ดร.สุภาพร วรรณสันทัด ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ รัชนี บุญเรืองศรี ประดับ ศรีหมื่นไวย	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ฝ่ายจัดการ	มริชญา แสงพรม, ก้องเกียรติ ขอดผักแว่น, ณัฐวรรณ ครองบุญ, พิชวลี อาหมื่น, นิตยา สาสนน, เทียนสว่าง ไชยอาษา, ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรถวรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง, ชนิตา เสนียวงศ์	
เจ้าของ	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ที่อยู่	177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1506 Website: http://hpc9.anamai.moph.go.th/	
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)	
รูปแบบการพิมพ์	จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและออนไลน์ https://www.tcithaijo.org/index.php/RHPC9Journal	
สำนักพิมพ์	โรงพิมพ์เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 www.LERTSIL.com	



ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
Thai-Journal Citation Index Centre



ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สถาบันนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ชั้น 7 อาคารสำนักงานอธิการบดี
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ถนนประชาธิปไตย แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140
Tel. 02-470-9642 Email: tci.thai@gmail.com

4 กุมภาพันธ์ 2568

เรื่อง ผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572

เรียน บรรณาธิการ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 / Regional Health Promotion Center 9 Journal

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดผลการประเมินฯ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพวารสาร

ตามที่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สอว.) ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI โดยได้ทำการแบ่งกลุ่มคุณภาพวารสาร ในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

วารสารกลุ่มที่ 1: วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI

วารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI โดยสามารถยื่นขอปรับกลุ่มคุณภาพได้

วารสารกลุ่มที่ 3: วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ และข้อมูลบทความจะไม่ปรากฏในฐานข้อมูล TCI โดยสามารถยื่นขอปรับกลุ่มคุณภาพได้

บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยท่านสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<https://tci-thailand.org>) ทั้งนี้ วารสารของท่านได้รับการรับรองเป็น **วารสารกลุ่มที่ 2** และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพวารสาร ศูนย์ TCI มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพวารสารให้มีมาตรฐานสูงขึ้น ตามที่ปรากฏในสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ ศูนย์ TCI ได้ให้การรับรองคุณภาพวารสารตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 ซึ่งหากท่านต้องการขอรับการประเมินเพื่อปรับกลุ่มคุณภาพวารสาร ท่านสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการประเมินอีกครั้ง ในเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2569 โดยทางศูนย์ TCI จะแจ้งรายละเอียดให้ทราบผ่านทางเว็บไซต์ของศูนย์ฯ ต่อไป

หากท่านต้องการให้ข้อมูลบทความในวารสารของท่านปรากฏในฐานข้อมูล TCI และระบบ ThaiRAP อย่างเป็นทางการในปัจจุบัน ทางศูนย์ TCI ขอความร่วมมือท่านบันทึกข้อมูลบทความเข้าในระบบ Fast-Track Indexing ในทันทีที่บทความได้รับการเผยแพร่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ)

หัวหน้าศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

สารบัญ

	หน้า
ผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572 บทความวิจัย	ข
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	802
Influencing Factors of Fine Motor Developmental Delay in Children Aged 3-5 Years at Child Development Centers in Mueang District, Khon Kaen Province สุพิศตรา พรหมกุล, สุรัสวดี พนมแก่น, วัชราวรรณ วงศ์เครือสร, เสาวลักษณ์ ชาญกัน, สรัญญา เปล่งกระโทก, ทรงสุตา หมื่นไธสง	
ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงานจังหวัดพิษณุโลก	817
Factors affecting the Amount of Sodium from Food Consumption among Working-Age Population, Phitsanulok Province มธุรส เพ็ชรดี, อนุญญา ประดิษฐปรีชา, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์	833
Factors Related to Academic Achievement of 3 rd and 4 th Year Faculty of Nursing Students at Western University, Buriram Campus ชญานิค เขียวสด, กนกพร สุขอนันต์	
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดยโสธร	844
The Development of Clinical Practice Guideline for Prevention of Preterm Labor, Yasothon Hospital, Yasothon Province ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย, นภาพร เหมลา, อัมพร พนมทิพย์, ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยตามแบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศ ของประชาชนในเขตอำเภอคำตาก้า จังหวัดสกลนคร	856
Factors Affecting Consumers' Food Safety Behaviors According to the Ecological Model of People in Kham Ta Klang District, Sakon Nakhon Province อาณัติ ภูลวรรณ, ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, จิราภรณ์ จำปาจันทร์	

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา
ของเด็กปฐมวัยในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร 871

Effects of a Parental Training Program on the Monitoring and Promotion
of Expressive Language Development in Early Childhood in Waritchaphum District,
Sakon Nakhon Province

ปาหนัน วรรณทักษ์, ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม

บทความวิชาการ

- ตำรับยาจีนเขียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาโรคซึมเศร้า 889

Chinese Herbal Formula Xiao Yao San (逍遙散) in the Treatment of Depression

ศญาดา ต่านไทยวัฒนา, วันฉัตร โสฬส, มัทนพัชร แพรเจริญ

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ปัจจัยในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง 901

Relationship between Work Factors and Their Impact on Employee Performance
in Metropolitan Health and Wellness Institution

เกศรา โชคนำชัยสิริ

- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านยาง
อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 917

Correlation of Personal Factors, Health Literacy, and Preventive Behavior of COVID-19
among Village Health Volunteers in Banyang, Meaung District, Buriram Province

กัลยา มั่นล้วน, ยอดขวัญ ชื่นบาน, ปิณทัต บนขุนทด, เบญจกัศ สางห้วยไพร

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี 931

Factors Associated with the Role in the Prevention of Diabetes and Hypertension among
Village Health Volunteers in Udon Thani Province

จามจุรี จันทโพธิ์, สุพัฒน์ อาสนะ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการข่มเหงรังแกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น Predicting Factors of Bullying Behaviors of Junior High School Students รัตนารณณ์ พันธุ์โพธิ์	947
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารปรุงสำเร็จ ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวบริเวณแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors Related to Food Sanitation Behavior of Food Handlers of Prepared Food in the Tourist Area of the Upper Tapi River, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province พิมพ์เพ็ญจันทร์ ปานอินทร์, พิมพ์เพ็ญจันทร์ ปานอินทร์	956
การปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักบริโภคสดจากตลาดในจังหวัดภูเก็ต Contamination of Pesticide Residuals among Fresh Consuming Vegetables from Market in Phuket Province ศุภิกา วงศ์อุทัย, อุไรวรรณ ไกรนรา	971
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี Factors Associated with the Preparedness of the Pre-Elderly Group in Udon Thani Province จันจิรา เสมามิ่ง, สุพัฒน์ อาสนะ	985
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Pregnant Women Undergone Amniocentesis สุภาวดี ตั้งใจ, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, อ้อยใจ กุชัยภูมิ, ศิริพร มาสูงเนิน	1001
ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี The Relationship between Health Belief Model and Preventive Behavior against Liver Fluke Infection among Village Health Volunteers in a District of Ubon Ratchathani Province สิริสุดา วงษ์ใหญ่, แก้วใจ มาลีสัย	1016

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- ผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี โดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา** 1032
The Outcomes of Proactive Breast Cancer Screening for Women at Risk Aged 30-70 Years Old, Using Mammograms and Breast Ultrasounds in Phanom Sarakham District, Chachoengsao Province
ชัชชญา ปุณณภักดิ์
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี** 1048
Oral Health Care Behavior among Grades 4-6 Primary School Students at Ban Muangnadee School, Somsa-ad Subdistrict, Detudom District, Ubon Ratchathani Province
วิไลพร การี, นภาพร ห่วงสุขสกุล, วุฒิฉาน ห้วยทราย
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น** 1061
Factors Associated with Access to Disability Rehabilitation Fund Services for Disabled People in Phon District, Khon Kaen Province
จิระศักดิ์ พรหมลับ, ลำพึง วอนนอก
- ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนจังหวัดชัยภูมิ** 1078
The Effects of Community Participation Model Development on Behaviors to Prevent Liver Fluke among Local People in Chaiyaphum
กัลยาณี จันธิมา, ชลลดา แนนต์, วีรพล จันธิมา, ชัชวาล น้อยวังช้าง
- ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลโยธธ** 1089
Effects of a Self-Care Program for Pregnant Women with Gestational Diabetes Receiving Antenatal Care at Yasothon Hospital
นภาพร เหมลา, ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง ด้วยความรักความเข้าใจ
ของครอบครัว พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ** 1107
Development of Quality of Life for Early Childhood in Skipped-generation Families
by the Family's Love and Understanding in Chaiyaphum Province
ยุภาดี สงวนพงษ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป
จังหวัดนครราชสีมา** 1123
Factors Associated with Research Competency of Professional Nurses
in General Hospitals, Nakhon Ratchasima Province
ชลัญธร ตริยมณีรัตน์, ลำพึง วอนอก
- ผลของการใช้พรมมะค่าต่อการลดอาการชาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี** 1139
Effect of Black Rose Wood Carpet on Relieving Feet Numbness
in Type 2 Diabetic Patients at Nong Kainok Health Promoting Hospital,
Muangsamsib District, Ubon Ratchathani
วรางคณา บุตรศรี, ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ
- การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสูมยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัย
และการสูมยาแบบไม่มีสมุนไพร ณ คลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย:
กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้** 1152
A Comparative Study of the Effectiveness of Herbal SUM-YA Combined
with the Use of Dhammanamai Principles and Non-herbal SUM-YA
at a Thai Traditional Medicine Clinic in Pak Chom Hospital, Loei Province:
A Case Study in Patients with Allergic Rhinitis
ศุภกร หีบทอง, ภาณิชา พงศ์นราทร, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์, เพ็ญศิริ จันทร์แอ

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิดต่อการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจ
ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล 1162

The Effect of Instructional Management Using Case Studies with Reflection
on the Perception of Clinical Decision-Making Ability of Nursing Students

สัจจพร ธรรมวงศ์, กิตติพร ประชาศรีสรเดช, ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข

- ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชาชนบกพร่องเล็กน้อย 1174

Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program Based on Lifestyle Medicine
Principles in Elderly with Mild Cognitive Impairment

ภรณ์วิทย์ อนันต์ติลลภฤทธิ์, วรพงษ์ สายโสภา

- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมของเยาวชน : กรณีศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
แห่งหนึ่ง เขตจังหวัดนครราชสีมา 1192

Factors Associated with the Use of Kratom (*Mitragyna speciosa*) Decoction among
Youth: A Case Study in a Higher Education Institution, Nakhon Ratchasima Province,
Thailand

ธวัชชัย เอกสันติ, จิรารัตน์ ต่วยแก้วพะเนา, พุธิตา เทิบขุนทด, วรณัฐ วงศ์ศาธัมมา, พัทธรินทร์ ยุพา

- ความรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 1205

Mental Health Literacy and Mental Health Conditions among High School Students

ยุพาธร เสือเผ่า

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนิสิตพยาบาล
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ 1220

Factors related to Dengue Fever Prevention Behavior of Nursing Students
at Western University, Buriram Campus

กิตติพงษ์ เรือนเพชร, พิงศ์คำ พงษ์นารักษ์, ณัฐพร คุณโน, ปิยลักษณ์ ชันติวิชัย,

สาวรจ ปลั่งกลาง, อัญชลี วงษ์ดี, ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว

สารบัญ

	หน้า
ภาคผนวก	
คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	a
หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)	e
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	g
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	j
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์-บทความทั่วไป	k
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์-บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ	l

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

สุพิศตรา พรหมกุล*, สุรัสวดี พนมแก่น^a, วัชราวรรณ วงศ์เครือศรี**,
เสาวลักษณ์ ชาญกัน*, สรัญญา เปล่งกระโทก*, ทรงสุดา หมั่นไรสง*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองและเด็ก จำนวน 180 คน และครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย

ผลการศึกษา พบว่า เพศชาย จำนวน 98 คน (ร้อยละ 54.40) เพศหญิง จำนวน 82 คน (ร้อยละ 45.60) โดยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้า จำนวน 77 คน (ร้อยละ 42.78) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้าได้แก่ ปัจจัยด้านเด็ก คือ การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ (OR=1.079, p=0.034) ปัจจัยด้านผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คือ ให้เด็กวาดภาพระบายสี (OR=3.045, p=0.004) ปัจจัยด้านครู คือ อายุ (OR=0.701, p=0.034) และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ ให้เด็กวาดรูประบายสี (OR=0.190, p=0.024) และให้เด็กแยกรูปทรงเลขาคณิต (OR=19.269, p=0.020)

คำสำคัญ: พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก; พัฒนาการล่าช้า; เด็กปฐมวัย; ปัจจัยที่มีอิทธิพล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

^a Corresponding author: สุรัสวดี พนมแก่น Email: Suratsawadee.p@bcnkk.ac.th

รับบทความ: 9 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 21 มี.ค. 68; ตอรับตีพิมพ์: 21 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 พ.ค. 68

Influencing Factors of Fine Motor Developmental Delay in Children Aged 3-5 Years at Child Development Centers in Mueang District, Khon Kaen Province

Supittra Prommakool^{*}, Suratsawadee Panomkaen^{*a},
Watcharawan Wongkruasorn^{**}, Saowalak Chankan^{*},
Saranya Plengkratoke^{*}, Songsuda Muenthaisong^{*}

Abstract

This survey study examined factors influencing fine motor developmental delay in children aged 3-5 years at child development centers in Mueang district, Khon Kaen province. Samples were 180 parents and children, along with 15 teachers. Data were collected using a general information questionnaire, a developmental promotion questionnaire, and the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Statistical analyses included frequencies, percentages, means, standard deviations, and simple logistic regression analyses.

Results showed that there were 98 boys (54.40%) and 82 girls (45.60%). A total of 77 children (42.78%) were suspected of having delayed fine motor development. Factors influencing fine motor developmental delay included child-related factors, such as living with parents (OR=1.079, $p=0.034$); parental factors, particularly behaviors promoting development, such as engaging children in drawing and coloring activities (OR=3.045, $p=0.004$); and teacher-related factors, including age (OR=0.701, $p=0.034$). Additionally, teacher behaviors that promoted development, such as encouraging children to draw, color, and differentiate geometric shapes, were also significant (OR=19.269, $p=0.020$).

Keywords: Fine motor development; Developmental delay; Early childhood;
Influencing factors

^{*} Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{**} Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

^a Corresponding author: Suratsawadee Panomkaen Email: Suratsawadee.p@bcnkk.ac.th

Received: Mar. 9, 25; Revised: Mar. 21, 25; Accepted: Mar. 21, 25; Published Online: May 17, 25

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญอย่างยิ่งที่มีการพัฒนาทั้งทางร่างกายและสมอง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในอนาคต สถิติขององค์รอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง⁽¹⁾ ส่วนในประเทศไทยจากข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาเด็กแห่งชาติ พบว่าเด็กที่พัฒนาการล่าช้าในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 มีสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายถึง 10% ของเด็กทั้งหมด ซึ่งคิดเป็นจำนวน 1,074,863 คน หรือประมาณ 20.57% ของเด็กทั้งหมดในประเทศไทย⁽²⁾ ผลการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 โดยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษามากที่สุดร้อยละ 11 รองลงมาคือ ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ร้อยละ 9.0, 7.1, 6.0 และ 3.3 ตามลำดับ⁽³⁾ จากสถิติและข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามช่วงวัย

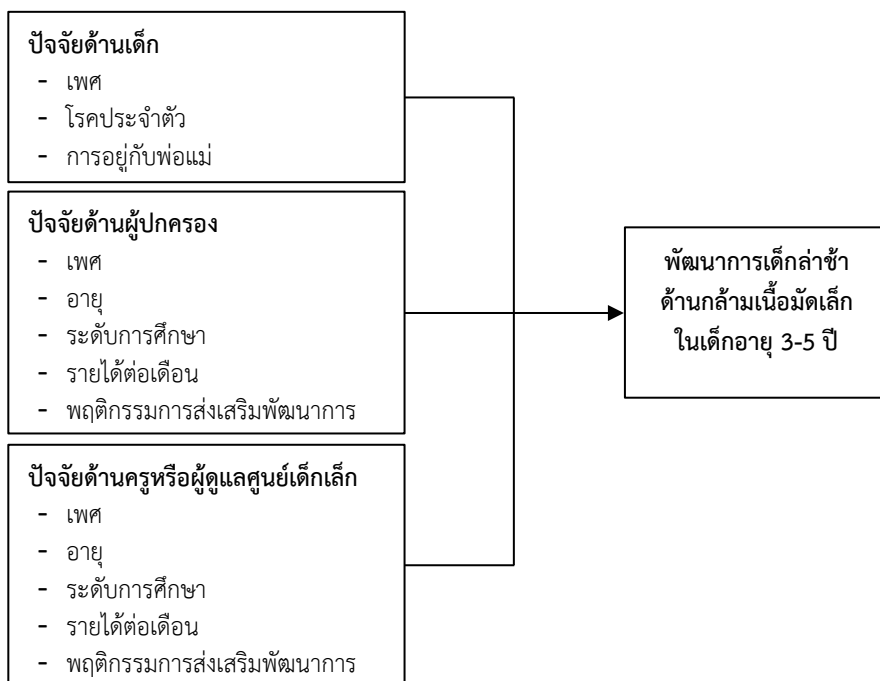
พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูและผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เติบโตตามวัยอย่างเหมาะสม โดยเน้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการเล่นซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้ที่สำคัญสำหรับเด็กปฐมวัย เช่น การสอนเรื่องขนาด รูปร่างและสีของสิ่งต่างๆ ฝึกทักษะให้เด็กช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ขวนเด็กวาดรูปและเล่าถึงสิ่งที่วาด ตั้งคำถามกับเด็กเพื่อต่อยอดจินตนาการเด็ก สอนให้เด็กรู้จักแบ่งปัน เก็บของเล่นเข้าที่ เป็นต้น นอกจากนี้การส่งเสริมพัฒนาการด้วยการสนทนากับเด็กยังเป็นการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาทั้งการเข้าใจและการสื่อสาร โดยการพูดคุย ร้องเพลง และอ่านนิทานให้เด็กฟังประจำ ซึ่งการตั้งคำถามเพื่อให้เด็กได้คิดและคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากเรื่องที่เล่า จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาทางสติปัญญาและการคิดอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพ สามารถปรับตัวในสังคม และมีทักษะ EF (Executive function) ซึ่งเป็นทักษะที่มีความสำคัญในการช่วยให้เด็กเรียนรู้ มีความสามารถในการจัดการกับปัญหา การตัดสินใจ และการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลต่อความสำเร็จในการศึกษาและการใช้ชีวิตในระยะยาว⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กพบว่าปัจจัยหลายประการที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายด้านดังนี้คือ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งส่งผลต่อระดับสติปัญญาและบุคลิกภาพของบุคคลมากถึงร้อยละ 50 ปัจจัยทางด้านมารดา ประกอบด้วย อายุของมารดา สุขภาพและภาวะโภชนาการของมารดาในช่วงตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาของมารดา และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ปัจจัยทางด้านเด็ก เช่น เพศของเด็ก อายุของเด็ก การคลอดก่อนกำหนด โรคประจำตัวของเด็ก ปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ได้แก่ พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล การเล่นกับเด็กที่ไม่มีคุณภาพ การให้ความรัก ความอบอุ่น และการเอาใจใส่จากผู้ดูแล จะส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัยอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามหากการเลี้ยงดูมีความเข้มงวดเกินไป หรือการบังคับให้เด็กทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดมีพัฒนาการที่ล่าช้าได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางสังคมและ

สิ่งแวดล้อม เช่น การใช้สื่อหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มากเกินไปของเด็ก การพักผ่อนไม่เพียงพอ ก็มีส่วนทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก การประสานงานระหว่างประสาทสัมผัส และการใช้ภาษา และจากการที่ผู้วิจัยได้พานักศึกษาไปฝึกปฏิบัติงานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้มีการตรวจพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) พบว่าเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 14.29 ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นว่าเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Pender's Health Promotion Model ในการศึกษาของ ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์⁽⁵⁾ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งรวมถึงประสบการณ์การเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมในอดีตที่มีผลต่อการกระทำในอนาคต 2) อารมณ์และความคิดเฉพาะกับพฤติกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อและแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ที่เป็นผลลัพธ์จากการตัดสินใจและการปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี โดยการศึกษาครั้งนี้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแล ในการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพัฒนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็ก โดยการบูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการที่ดีและป้องกันปัญหาการมีพัฒนาการล่าช้าในเด็ก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

คำถามการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กอายุ 3-5 ปี ผู้ปกครองเด็ก และครูหรือผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น จำนวน 10 ศูนย์

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike⁽⁶⁾ ประกอบด้วยเด็กอายุ 3-5 ปีและผู้ปกครองเด็ก จำนวน 180 คน และครูหรือผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ให้การดูแลเด็ก จำนวน 15 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยการใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อเลือกศูนย์เด็กเล็กของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่ม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโคกหินโปง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงเนียม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแดงใหญ่ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัว หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามระดับชั้นเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กแต่ละศูนย์ให้ได้สัดส่วนกันดังนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโคกหินโปง 36 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่ม 36 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแดงใหญ่ 36 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัว 36 คน และศูนย์เด็กเล็กบ้านบึงเนียม 36 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยสุ่มหยิบฉลากห้องแบบไม่ใส่คืน เพื่อคัดเลือกห้องของเด็ก หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยสุ่มหยิบฉลากเลขที่ของเด็กเป็นคู่และคี่แบบใส่คืน เพื่อคัดเลือกรายชื่อเด็กกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการจะทำการสุ่มจนครบตามจำนวน และใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ของครูและผู้ดูแลศูนย์เด็ก ศูนย์ละ 3 คน เกณฑ์ในการคัดออก คือ เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือมีอาการเจ็บป่วยในระหว่างที่มีการตรวจพัฒนาการ และผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านเด็ก ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว และการอยู่กับพ่อแม่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก จำนวน 7 ข้อ การประเมินพฤติกรรมมีระดับค่าคะแนน 4 ระดับ โดยการแบ่งช่วงค่าคะแนนดังนี้ 1.00-1.75 ไม่ทำ 1.76-2.50 ทำน้อย (ทำ 1-2 วัน/สัปดาห์) 2.51-3.25 ทำบ่อย (ทำ 3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3.26-4.00 ทำบ่อยที่สุด (ทำมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านครูหรือผู้ดูแลเด็กของศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก จำนวน 5 ข้อ การประเมินพฤติกรรมมีระดับค่าคะแนน 4 ระดับ โดยการแบ่งช่วงค่าคะแนนดังนี้ 1.00-1.75 ไม่ทำ 1.76-2.50 ทำน้อย (ทำ 1-2 วัน/สัปดาห์) 2.51-3.25 ทำบ่อย (ทำ 3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3.26-4.00 ทำบ่อย ที่สุด (ทำมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์)

ส่วนที่ 4 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)⁽⁷⁾ มีค่า Sensitivity=96.04% และ Specificity=64.67%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านเด็ก ปัจจัยด้านผู้ปกครอง และข้อมูลปัจจัยด้านครู หรือผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยสถิติ ถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ใบรับรองที่ BCNKK-15-2023 ลงวันที่ 19 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยเด็กที่เข้าร่วมจะให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อใบยินยอม ในการเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ สำหรับข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านเด็ก

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมดจำนวน 180 คน เพศชาย จำนวน 98 คน (ร้อยละ 54.40) เพศหญิง จำนวน 82 คน (ร้อยละ 45.60) อายุเฉลี่ย 3.78 ปี (SD=0.62) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 163 คน (ร้อยละ 90.60) มีโรคประจำตัว จำนวน 17 คน (ร้อยละ 9.40) อยู่กับพ่อแม่ จำนวน 111 คน (ร้อยละ 61.70) อยู่กับพ่อ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.90) อยู่กับแม่ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 15.00) ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 19.40)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านเด็ก (n=180)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	54.40
หญิง	82	45.60
อายุ (Mean=3.78, SD=0.62)		
3 ปี	64	35.60
4 ปี	90	50.00
5 ปี	26	14.40
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	163	90.60
มีโรคประจำตัว	17	9.40
การอยู่อาศัย		
อยู่กับพ่อแม่	111	61.70
อยู่กับพ่อ	7	3.90
อยู่กับแม่	27	15.00
ไม่ได้อยู่ร่วมกับพ่อแม่	35	19.40

ปัจจัยด้านผู้ปกครอง

การศึกษาปัจจัยด้านผู้ปกครอง พบว่า เพศชาย จำนวน 38 คน (ร้อยละ 21.10) เพศหญิง จำนวน 142 คน (ร้อยละ 78.90) อายุเฉลี่ย 38.22 ปี (SD=12.12) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา จำนวน 64 คน (ร้อยละ 35.56) รายได้ของผู้ปกครองส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านผู้ปกครอง (n=180)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	21.10
หญิง	142	78.90
อายุ (Mean=38.22, SD=12.12)		
19-29 ปี	50	27.78
30-44 ปี	80	44.44
45-59 ปี	36	20.00
60-74 ปี	13	7.22
75 ปีขึ้นไป	1	0.56

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านผู้ปกครอง (n=180)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	37	20.55
มัธยมศึกษา	64	35.56
ปวช./ปวส.	52	28.89
ปริญญาตรี	24	13.33
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.67
รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง (Max=84,000, Min=1,200)		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	118	65.56
15,001-20,000 บาท	31	17.22
20,001-25,000 บาท	6	3.33
25,001-30,000 บาท	14	7.78
30,001-35,000 บาท	6	3.33
35,001 บาทขึ้นไป	5	2.78

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองมีพฤติกรรมที่ทำบ่อยที่สุด ลำดับแรก คือ ให้เด็กวาดภาพระบายสี ($\bar{X}$ =2.94, SD=0.781) รองลงมา ให้เด็กวาดรูป เช่น วงกลม สี่เหลี่ยม รูปคน เป็นต้น และ ให้เด็กแยกรูปทรงเรขาคณิต เช่น รูปสามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม วงกลม ($\bar{X}$ =2.62, SD=0.961) และทำน้อยที่สุด ลำดับสุดท้าย คือ ฝึกระวัง และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดยใช้คู่มือเล่มสีขาว/สีเขียว (คู่มือฝึกระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM/DAIM) ($\bar{X}$ =1.98, SD=1.126)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อเล็กของผู้ปกครอง

รายการ	Mean	SD	การแปลผล
1. ให้เด็กวาดภาพระบายสี	2.94	0.781	ทำบ่อย
2. ให้เด็กวาดรูป เช่น วงกลม สี่เหลี่ยม รูปคน เป็นต้น	2.62	0.961	ทำบ่อย
3. ให้เด็กแยกรูปทรงเรขาคณิต เช่น รูปสามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม วงกลม เป็นต้น	2.62	0.961	ทำบ่อย
4. ส่งเสริมเด็กในการต่อภาพจิกซอร์อย่างง่าย ๆ เช่น รูปภาพคนสามส่วน รูปภาพทิวทัศน์ต่าง ๆ เป็นต้น	2.17	0.932	ทำน้อย
5. ส่งเสริมการให้เด็กได้ใช้กรรไกรตัดกระดาษ	2.04	0.979	ทำน้อย
6. ฝึกระวัง และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดยใช้สมุดสีชมพู (สมุดบันทึก สุขภาพแม่และเด็ก)	2.58	1.185	ทำบ่อย
7. ฝึกระวัง และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดยใช้คู่มือเล่มสีขาว/สีเขียว (คู่มือ ฝึกระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM/DAIM)	1.98	1.126	ทำน้อย

ปัจจัยด้านครูหรือผู้ดูแลเด็ก

การศึกษาปัจจัยด้านครูหรือผู้ดูแลเด็ก พบว่า เพศหญิง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 43.60 ปี (SD=6.68) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80.00) รายได้ของครูหรือผู้ดูแลเด็ก ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท/เดือน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 47.67)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านครูหรือผู้ดูแลเด็ก (n=15)

ปัจจัยด้านครูหรือผู้ดูแลเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0.00
หญิง	15	100.00
อายุ (Mean=43.60, SD =6.68)		
25-35 ปี	3	20.00
36-45 ปี	4	26.67
46-50 ปี	5	33.33
51 ขึ้นไป	3	20.00
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	1	6.67
ปริญญาตรี	12	80.00
สูงกว่าปริญญาตรี	2	13.33
รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง		
5,000-10,000 บาท	3	20.00
10,001-20,000 บาท	7	46.67
20,001-30,000 บาท	4	26.67
30,001-40,000 บาท	1	6.66

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของครูหรือผู้ดูแลเด็ก

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของครูหรือผู้ดูแลเด็ก พบว่า ครูหรือผู้ดูแลเด็ก มีพฤติกรรมที่ทำบ่อยที่สุด ลำดับแรก คือ ให้เด็กวาดภาพระบายสี ($\bar{X}$ =3.00, SD=0.00) และทำน้อยที่สุด คือ ส่งเสริมการให้เด็กได้ใช้กรรไกรตัดกระดาษ ($\bar{X}$ =1.73, SD=0.466)

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของครูหรือผู้ดูแลเด็ก (n=15)

รายการ	Mean	SD	การแปลผล
1. ให้เด็กวาดภาพระบายสี	3.00	0.000	ทำบ่อย
2. ให้เด็กวาดรูป เช่น วงกลม สี่เหลี่ยม รูปคน เป็นต้น	2.71	0.466	ทำบ่อย
3. ให้เด็กแยกรูปทรงเรขาคณิต เช่น รูปสามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม วงกลม เป็นต้น	2.16	0.363	ทำน้อย
4. ส่งเสริมเด็กในการต่อภาพจิ๊กซออย่างง่าย ๆ เช่น รูปภาพคนสามส่วน รูปภาพทิวทัศน์ต่าง ๆ เป็นต้น	2.40	0.584	ทำน้อย
5. ส่งเสริมการให้เด็กได้ใช้กรรไกรตัดกระดาษ	1.73	0.466	ไม่ทำ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของกลุ่มตัวอย่าง

1. ปัจจัยด้านเด็ก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้สถิติ Chi-Square และสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า การอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 และพบว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสมวัยมากกว่ากลุ่มอื่น 1.079 เท่า (OR=1.079,95%CI=0.767-1.519)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กกับพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (n=180)

ปัจจัย	พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก				Chi-square	p-value	OR (95%CI)
	ผ่าน		ไม่ผ่าน				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	51	28.33	47	26.11	2.359	0.125	1.946 (0.820-4.616)
หญิง	52	28.89	30	16.67			
โรคประจำตัว							
ไม่มีโรคประจำตัว	9	5.00	8	4.45	1.41	0.708	1.226 (0.338-4.444)
มีโรคประจำตัว	94	52.22	69	38.33			
การอยู่อาศัย							
อยู่กับพ่อแม่	60	33.33	51	28.33	8.665	0.034*	1.079 (0.767-1.519)
อยู่กับพ่อ	7	3.89	0	0.00			
อยู่กับแม่	19	10.56	8	4.44			
ไม่ได้อยู่ร่วมกับพ่อแม่	17	9.45	18	10.00			

*p-value<0.05

2. ปัจจัยด้านผู้ปกครอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ใช้สถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อเล็กของผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้เด็กวาดภาพระบายสี มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 และพบว่า เด็กที่ผู้ปกครองส่งเสริมให้วาดภาพระบายสี มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กสมวัยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งเสริมถึง 3.045 เท่า ($OR=3.045$, $95\%CI =1.438-6.447$)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ปกครองกับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กล่าช้า (n=180)

ปัจจัยด้านผู้ปกครอง	b	SE	Wald	p	OR (95%CI)
เพศ	-1.25	0.509	0.061	0.805	0.8820.325-2.391)
อายุ	-1.52	0.448	0.115	0.734	0.8590.375-2.066)
ระดับการศึกษา	-.234	0.251	0.869	0.351	0.792 (0.434-1.294)
รายได้ต่อเดือน	.112	0.179	0.390	0.532	1.119 (0.787-1.590)
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อเล็ก					
1. ให้เด็กวาดภาพระบายสี	1.113	0.383	8.460	0.004*	3.045 (1.438-6.447)
2. ให้เด็กวาดรูป เช่น วงกลม สี่เหลี่ยม รูปคน เป็นต้น	-0.547	0.351	2.429	0.119	0.578 (0.291-1.151)
3. ให้เด็กแยกรูปทรงเลขาคณิต เช่น รูปสามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม วงกลม เป็นต้น	268	0.373	0.515	0.473	1.307 (0.629-2.717)
4. ส่งเสริมเด็กในการต่อภาพจิกซอร์อย่าง ง่าย เช่น รูปภาพคนสามส่วน รูปภาพ ทิวทัศน์ต่างๆ เป็นต้น	-0.139	0.283	0.242	0.623	0.870 (0.500-1.514)
5. ส่งเสริมการให้เด็กได้ใช้กรรไกร ตัดกระดาษ	0.505	0.274	3.413	0.065	1.658 (0.970-2.833)
6. ฝึกระวัง และส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยใช้สมุดสีชมพู (สมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก)	105	0.242	0.188	0.665	1.110 (0.692-1.782)
7. ฝึกระวัง และส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยใช้คู่มือเล่มสีขาว/สีเขียว (คู่มือเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM/DAIM)	0.015	0.277	0.003	0.956	1.015 (0.591-1.746)

*p-value<0.05

3. ปัจจัยด้านครูผู้ดูแล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ใช้สถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า อายุของครูผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อเล็ก พบว่า ให้เด็กวาดรูป เช่น วงกลม เครื่องหมาย

บวก สี่เหลี่ยม รูปคน เป็นต้น และให้เด็กแยกรูปทรงเลขาคณิต เช่น รูปสามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม วงกลม เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครู/ผู้ดูแลกับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้า

ปัจจัยด้านครูผู้ดูแล	b	SE	Wald	p	OR (95%CI)
อายุ	-0.355	0.168	4.488	0.034*	0.701 (0.505-0.974)
ระดับการศึกษา	2.747	1.769	2.411	0.120	1.601 (0.475-2.066)
รายได้ต่อเดือน	1.083	0.563	3.705	0.054	2.953 (0.980-8.894)
พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก					
1. ให้เด็กวาดรูป เช่น วงกลม เครื่องหมายบวก สี่เหลี่ยม รูปคน เป็นต้น	-3.957	1.752	5.102	0.024*	0.190 (0.001-0.593)
2. ให้เด็กแยกรูปทรงเลขาคณิต เช่น รูป สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม วงกลม เป็นต้น	5.259	2.260	5.416	0.020*	19.269 (2.293-36.955)
3. ส่งเสริมเด็กในการต่อภาพจิ๊กซอว์อย่าง ง่าย เช่น รูปภาพคนสามส่วน รูปภาพ ทิวทัศน์ต่าง ๆ เป็นต้น	1.868	1.634	1.307	0.253	0.578 (0.263-1.551)
4. ส่งเสริมการให้เด็กได้ใช้กรรไกร ตัดกระดาษ	1.669	1.378	1.468	0.226	5.309 (0.357-79.010)

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านเด็ก พบว่าการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผกาพันธุ์ เปี่ยมคล้า⁽⁸⁾ ศึกษาปัจจัยด้านมารดาและด้านเด็กที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัยในอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาสงสัยล่าช้า ได้แก่ การให้นมบุตรใน 6 เดือนแรก อายุของเด็ก และภาวะศีรษะเล็ก แต่สอดคล้องกับแนวคิดของ Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory ที่กล่าวว่าพัฒนาการของเด็กเกิดจากหลายปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อกัน ตั้งแต่ครอบครัว วัฒนธรรมและสังคม การที่เด็กได้อยู่กับครอบครัวที่ส่งเสริมสนับสนุนการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การระบายสี ตัดกระดาษ หรือปั้นดินน้ำมัน จะช่วยให้เด็กมีการพัฒนาและฝึกฝนทักษะดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กเป็นไปตามวัยได้ดี⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Ludyanti et al.⁽¹⁰⁾ พบว่า ครอบครัวโดยเฉพาะมารดาสามารถจัดการและส่งเสริมเด็กให้มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กได้ดีที่สุดของเด็กอายุ 3-4 ปี

2. ปัจจัยด้านผู้ปกครอง พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้เด็กวาดภาพระบายสี มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 สอดคล้องกับ สกาวรัตน์ เทพรักษ และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองในเด็กปฐมวัย พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยรวม 4 ด้าน แต่ไม่สอดคล้องกับ ลาวรรณ ศรีสูงเนิน และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กในทุกด้าน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และความสัมพันธ์กับเด็ก และประดับ ศรีหมื่นไวย และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้ดูแลหลัก ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการของเพียเจต์⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่าการพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับสิ่งแวดล้อมผ่านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น การหยิบจับ การวาดรูป และการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อและสายตา

3. ปัจจัยด้านครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก พบว่า อายุของครูผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของครูหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้เด็กวาดรูป เช่น วงกลม เครื่องหมายบวก สี่เหลี่ยม รูปคน เป็นต้น และให้เด็กแยกรูปทรงเรขาคณิต เช่น รูปสามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม วงกลม เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 สอดคล้องกับวรรณสิริรัตน์ นามเลิศ และจิตติรัตน์ นาศิริ⁽¹⁵⁾ ศึกษาบทบาทและศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ บทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการรับรู้ความสามารถของตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับสิตา ฤทธิ์ธารธรรม และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า บทบาทของครูและศูนย์เด็กเล็กในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็ก การดูแลเด็กให้ได้รับสิ่งที่ต้องการโดยเฉพาะอาหารอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางระบบประสาท (Neuromaturational Theory) ที่เน้นว่ากิจกรรมที่มีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาความแข็งแรงและความคล่องแคล่วของกล้ามเนื้อ⁽¹⁷⁾ กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กวาดรูป ใช้กรรไกร และแปรงฟันด้วยตนเอง จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก และช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านนี้ที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by doing) ของ Dewey ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นกิจวัตรในการดูแลเด็กปฐมวัย⁽¹⁸⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. นำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมหรือหลักสูตรเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กให้เป็นไปตามวัยในเด็กปฐมวัย ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. การออกแบบโปรแกรมโดยใช้โมเดลของ Pender's Health Promotion Model เพื่อวิเคราะห์บทบาทของพ่อแม่และครูในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัยในทุกด้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ศึกษาบทบาทของครูและผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อเล็ก ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อเล็กในเด็กปฐมวัย เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงวัยนี้ให้สมวัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มมารดาและเด็กปฐมวัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. วิเคราะห์สถานการณ์งานพัฒนาการเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 26]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/rfe1C>
2. กรมกิจการเด็กและเยาวชน. Dashboard รายงานผลการประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการเด็กและเยาวชน; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://datacatalog.dcy.go.th/dataset/dash-stat_01
3. สิริรัตน์ จัตกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2564;13(2):87-102.
4. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. แนวทางการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามบริบทไทย: แนวทางการจัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมทักษะทางสมอง EF (Executive Function) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 26]. เข้าถึงได้ จาก: <https://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1969-file.pdf>
5. ชุติกร ด่านยุทธศิลป์. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลาครินทร์. 2561;38(2):132-41.
6. Thorndike RL. Stability of factor loadings. Personality and Individual Differences. 1987;8(4):585-586.
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก; 2566.
8. ผกาพันธุ์ เปี่ยมคล้า. ปัจจัยด้านมารดาและด้านเด็กที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัยในอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2567;32(3):1-15.
9. Bronfenbrenner U. Developmental research and public policy. Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis. 1973;51:352-80.

10. Ludyanti L, Hayati F, Fuadah DZ. The Family Support in Strengthening Fine Motor Ability for Children 3-4 Years Old. J App Nurs n Health [Internet]. 2023; 5(2):182-90.
11. สกาวรัตน์ เทพรักษ, ภัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สีนุช, จารุณี จตุรพรเพิ่ม. การศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2560;11(25):21-42.
12. ลาวรรณ ศรีสูงเนิน, พิสิษฐ์ ศิริรักษ์, ศรินทร์ ตั้งอำพรทิพย์, จิตเกษม ทองนาท, เหมวรรณ แดงอ่อน, ประสิทธิ์รักษ์ เจริญผล และคณะ. ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 3-6 ปี ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568;19(1):231-44.
13. ประดับ ศรีหมื่นไวย, ชัชฎา ประจตุทะเก, อัญชลี ภูมิจันทิก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็ก เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18(2):635-50.
14. Piaget J, Gruber HE, Jacques J. The Essential Piaget. New York: Basic Books; 1977.
15. วรณลรัตน์ งามเลิศ, อติรัตน์ ราศิริ. บทบาทและศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2567;4(3):1-19.
16. สิตา ฤทธิธรรม ยุทธนา ศิลปรัสมิ, วิณา อติประเสริฐ, เสาวลักษณ์ วงศ์นาถ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า บทบาทของครูและศูนย์เด็กเล็กในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครราชสีมา. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 5; 3-5 กุมภาพันธ์ 2563; มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2563
17. Gesell A, Amatruda CS. The Embryology of Behavior: The beginnings of the human mind. New York: Harper; 1945.
18. Dewey J. Experience and Education. Riverside: Free Press; 2007.

ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภค ของประชาชนวัยทำงานจังหวัดพิษณุโลก

มธุรส เพ็ชรดี^a, อนุรักษ์ ประดิษฐ์ปรีชา^{**}, ปกมล เหล่ารักษาวงษ์^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม 2) ปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภค และ 3) เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลภาวะโภชนาการ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนวัยทำงาน จำนวน 250 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีทราบจำนวนของประชากรและสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบสถิติด้วยวิธีแมน-วิตนีย์ยู และการทดสอบครัสคาล-วอลลิส

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.2 ร้อยละ 60.0 และ ร้อยละ 56.4 ตามลำดับ 2) กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เท่ากับ 3,436.20 มิลลิกรัมต่อวัน และ 3) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และค่าดัชนีมวลกาย มีปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงให้กับประชาชน โดยบูรณาการงานร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตของประชาชนต่อไป

คำสำคัญ: โซเดียม; การบริโภคอาหาร; วัยทำงาน

^a นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{***} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^a Corresponding author: มธุรส เพ็ชรดี Email: maturos.t9@hotmail.co.th

รับบทความ: 12 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 24 มี.ค. 68; ตอรับตีพิมพ์: 24 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 18 พ.ค. 68

Factors affecting the Amount of Sodium from Food Consumption among Working-Age Population, Phitsanulok Province

Maturos Petdee^{*a}, Anunya Pradidthaprecha^{**}, Pokkamol Laoraksawong^{***}

Abstract

This cross-sectional survey aimed to investigate 1) knowledge, attitudes, and behaviors toward consuming sodium-containing food; 2) the amount of sodium from food consumption; and 3) compare personal factors, nutritional status, knowledge, attitudes, and behaviors on dietary sodium intake with the amounts of dietary sodium intake among working-age population in Phitsanulok province. Samples of 250 working-age group calculated using an estimate a finite population mean were selected using multistage method. Data were gathered using a questionnaire and 24-hour urine sodium testing. Reliability test was conducted yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.74. The data were analyzed using descriptive statistics and Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test.

The results showed that 1) among all participants, their moderate knowledge, attitudes, and behaviors regarding dietary salt intake were 47.2%, 60.0%, and 56.4%, respectively; 2) their median 24-hour urinary sodium level was 3,436.20 mg/day; and 3) when comparing the amounts of sodium from food consumed with all their factors (personal, nutritional status, knowledge, attitudes, and behaviors on dietary sodium intake), the educational levels, occupations, and body mass index were significantly associated with dietary sodium intake 0.05. Thus, relevant agencies should urgently create health literacy or knowledge about health and diseases caused by high-salt intake, by integrating work with other public and private sector organizations to change people's behaviors toward low-sodium intake, thereby lowering the future incidence of non-communicable diseases.

Keywords: Sodium; Food consumption; Working-age

* Graduate Student, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

** Assistant Professor, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

*** Assistant Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^a Corresponding author: Maturos Petdee Email: maturos.t9@hotmail.co.th

Received: Mar. 12, 25; Revised: Mar. 24, 25; Accepted: Mar. 24, 25; Published Online: May 18, 25

บทนำ

โซเดียมเป็นแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกาย ไม่สามารถสร้างขึ้นได้เอง มีความสำคัญต่อการทำงานของร่างกายในการควบคุมความดันออสโมติกของเลือด ควบคุมการนำกระแสประสาท การหดตัวของกล้ามเนื้อ และการขนส่งแบบใช้พลังงานของสารต่าง ๆ ที่เข้าออกเซลล์ จากรายงานการศึกษาพบคนไทยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารมาจาก 3 แหล่ง คือ การปรุงระหว่างระหว่างทำครัว ร้อยละ 71 อาหารธรรมชาติ ร้อยละ 18 และการเติมเครื่องปรุงรสขณะรับประทานที่โต๊ะอาหาร ร้อยละ 11⁽¹⁾ การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความเสี่ยงของโรคเบาหวาน⁽²⁾ การตรวจหาปริมาณการบริโภคโซเดียมนั้น สามารถทำได้ 2 หลักการ คือ 1) ประเมินจากอาหารที่บริโภค (Sodium intake) 2) ประเมินจากปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะ (Sodium urinary excretion)⁽³⁾ ปริมาณโซเดียมที่เพียงพอต่อวันองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ตามแนวทางปฏิบัติปริมาณโซเดียมสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก⁽⁴⁾

สถานการณ์การบริโภคโซเดียม จากการตรวจปริมาณโซเดียมมีการศึกษาจากหลายประเทศทั่วโลก ยืนยันว่าประชากรในแต่ละประเทศมีการบริโภคโซเดียมเกินความต้องการต่อวัน ซึ่งพบว่าประชากรทั่วโลกในวัยผู้ใหญ่บริโภคโซเดียมเฉลี่ย 3,500 มิลลิกรัมต่อวัน⁽⁴⁾ ประชากรตอนเหนือและตอนใต้ในประเทศอินเดีย ค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียม 8.59 กรัมต่อวัน และ 9.46 กรัมต่อวัน ตามลำดับ⁽⁵⁾ ผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20-69 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา พบค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียม 3,608 มิลลิกรัมต่อวัน⁽⁶⁾ และผู้ใหญ่ในเมืองแอตติสอาบา ประเทศเอธิโอเปีย พบค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียม 3,300 มิลลิกรัมต่อวัน⁽⁷⁾ สำหรับประเทศไทยจากการเก็บข้อมูลการบริโภคโซเดียมในประชากรไทย ด้วยวิธีการตรวจเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง พ.ศ. 2563 พบค่าปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยประชาชนไทยเท่ากับ 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน โดยปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยสูงสุดในประชากรภาคใต้จำนวน 4,108 มิลลิกรัมต่อวัน รองลงมาคือภาคกลาง 3,760 มิลลิกรัมต่อวัน และภาคเหนือ 3,563 มิลลิกรัมต่อวัน ตามลำดับ⁽⁸⁾ และใน พ.ศ. 2564 ได้ศึกษา 4 จังหวัดคือ จังหวัดศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ และพะเยา พบค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันใน 4 จังหวัด เท่ากับ 3,236.8 มิลลิกรัม⁽³⁾

จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป ทั้งต้องการความประหยัดและความสะดวกรวดเร็ว จึงนิยมรับประทานอาหารนอกบ้าน/ซื้อแบบปรุงสำเร็จ การรับประทานอาหารมุ่งเพื่อตอบสนองความสุขที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร⁽⁹⁾ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการเติมเครื่องปรุงก่อนรับประทานอาหาร พบว่าประชากรกลุ่มวัยเยาวชน เป็นผู้ที่เติมเครื่องปรุงมากที่สุด รองลงมา คือกลุ่มวัยทำงาน โดยชนิดของเครื่องปรุงที่เติมก่อนรับประทานอาหารนั้นเป็นน้ำปลาหรือซีอิ๊วมากที่สุด⁽¹⁰⁾ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารนั้น ได้แก่ เพศ อายุ สภาพร่างกาย สภาพการทำงาน รายได้ ระดับการศึกษา และพฤติกรรมการบริโภค⁽¹¹⁾ และจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกับการบริโภคโซเดียม ได้แก่ เพศหญิง กลุ่มอายุมากและความเจ็บป่วย⁽¹²⁾ เพศชาย⁽¹³⁾ ระดับการศึกษา⁽¹⁴⁾

และรายได้⁽¹⁵⁾ ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการที่มีผลกับการบริโภคโซเดียม ได้แก่ เส้นรอบเอวและภาวะอ้วน⁽¹³⁾ รอบเอวและกลุ่มโรคอ้วน⁽¹⁵⁾ ค่าดัชนีมวลกาย⁽¹⁶⁾

จังหวัดพิษณุโลก เป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตภาคเหนือ จากรายงานการศึกษาการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ที่ผ่านมาพบว่าภาคเหนือมีการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยสูงเกินเกณฑ์เป็นอันดับ 3 ของประเทศ โดยปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยเท่ากับ 3,563 มิลลิกรัมต่อวัน⁽⁸⁾ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาการบริโภคโซเดียมในจังหวัดพิษณุโลก รวมทั้งยังพบสถานะสุขภาพการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2562 ถึง 2564 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน⁽¹⁷⁾ จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ ทั่วโลกพบว่าปริมาณโซเดียมที่บริโภคมากกว่าความต้องการในระยะยาวมีผลเสียต่อสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในขณะนี้ที่ทุกองค์กรให้ความสำคัญต่อการจัดการกับปัญหา ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมการให้ความรู้กับประชาชนให้ตระหนักรู้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนต่อไป

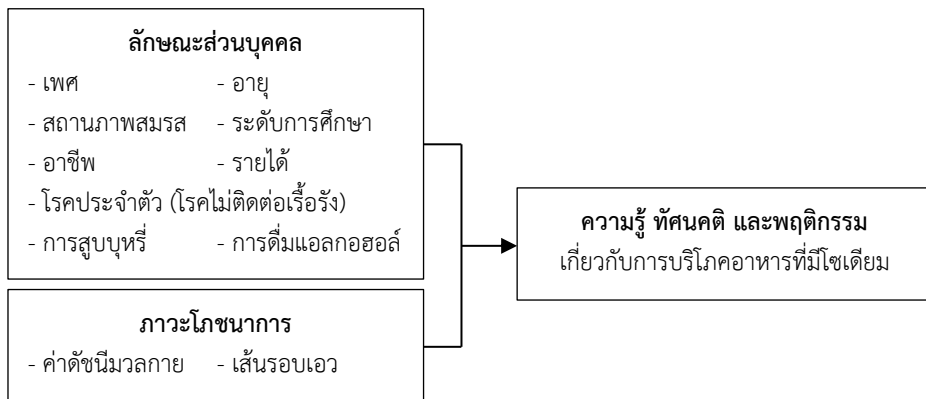
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อประเมินปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงานจังหวัดพิษณุโลก

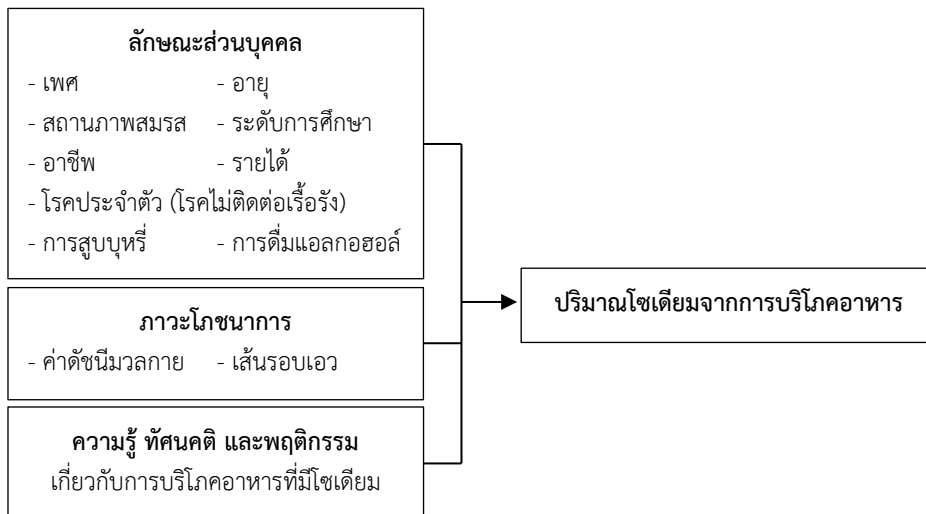
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคที่ได้นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

ระยะที่ 1 (แบบสอบถาม)



ระยะที่ 2 (เก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 18-59 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบจำนวนของประชากร⁽¹⁸⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 211 คน เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 254 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ได้อำเภอจากการสุ่มจำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางกระทุ่ม อำเภอพรหมพิราม และอำเภอ

วัดโบสถ์ สุ่มเลือกตำบลอำเภอละ 2 ตำบล และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบมีระบบตามสัดส่วนประชากร เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ปัจจุบันอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เกณฑ์การคัดออก 1) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ผู้ที่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคต่อไปนี้ โรคไต โรคตับ และโรคทางเดินอาหาร 3) หญิงตั้งครรภ์ หรือสตรีที่กำลังให้นมบุตร และ 4) ผู้ที่แพทย์ให้จำกัดอาหารประเภทโปรตีนสูงหรืออาหารพลังงานต่ำ ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ซึ่งได้มาจากทั้ง 3 อำเภอ อำเภอละ 25 ตัวอย่าง⁽¹⁹⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาถูกเลือกมาด้วยวิธีการแบบสะดวก เป็นผู้ที่มีความเข้าใจ สมครใจ มีเงื่อนไขพร้อมที่จะเก็บปัสสาวะในช่วง 24 ชั่วโมง เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างมีไข้ เป็นไข้หวัด มีอาเจียนหรือท้องเสีย หรือมีประจำเดือนในระหว่างช่วงเวลาการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และหากมีปัสสาวะหกหรือหายไปครบ 24 ชั่วโมงต้องทำการเก็บปัสสาวะใหม่ และ 2) ปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่รวบรวมได้ ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความครบถ้วนของปัสสาวะ 24 ชั่วโมง คือ ปริมาณปัสสาวะที่รวบรวมใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร, ปริมาณครีเอตินิน (Creatinine excretion) น้อยกว่า 720 mg/day สำหรับผู้หญิง และน้อยกว่า 980 mg/day สำหรับผู้ชาย

เครื่องมือวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการประกอบอาหารในครัวเรือน จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เป็นคำถามให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและเลือกคำตอบที่ถูกต้อง เป็นข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 19 ข้อ เกณฑ์การแปลความหมายตามทฤษฎีของบลูม ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท มี 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า มี 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 15 ข้อ

การแปลผลคะแนนทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ได้นำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาจัดระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ หาช่วงคะแนนแปลผล โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ย

มาพิจารณาตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ได้ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ทักษะ/พฤติกรรมระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง ทักษะ/พฤติกรรมระดับปานกลาง คะแนน 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง ทักษะ/พฤติกรรมระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเครื่อง Architect i10000SR Serial No. 11SR61633 (Produced by Abbott Laboratories, Germany) สำหรับตรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ

ส่วนที่ 6 ตารางการจัดส่งปัสสาวะตัวอย่างส่งตรวจ สำหรับผู้วิจัยลงข้อมูลบันทึกการจัดส่งปัสสาวะตัวอย่าง

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกภาวะโภชนาการ (วัดสัดส่วนร่างกาย) ใช้เครื่องมือการประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว การแปลผลค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ใช้เกณฑ์การประเมินค่าสำหรับชาวเอเชียขององค์การอนามัยโลก และเส้นรอบเอวจะใช้เกณฑ์รอบเอวปกติไม่เกินส่วนสูงหารสอง⁽²⁰⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) แบบสอบถามทั้งฉบับมี IOC เท่ากับ 0.97 และนำไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการวิจัย เดือนกรกฎาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถามโดยใช้ตารางแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ข้อมูลปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ แสดงผลข้อมูลเป็น ค่ามัธยฐาน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error)
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภค โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับ (Spearman's rank correlation coefficient) สถิติอนุพารามิเตอร์ โดยการวิเคราะห์ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก หนังสือรับรองเลขที่ 018/2566 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยโดยลงลายมือชื่อให้ความยินยอม การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.63 ปี (SD=12.48) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.0 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 46.8 อาชีพหลักทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง ใช้แรงงาน ร้อยละ 55.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,463.20 บาทต่อเดือน (SD=5,370.84) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 56.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.4 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.4 กิโลกรัม/ตารางเมตร (kg/m^2) (SD=5.19) มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 65.2 ข้อมูลการรับประทานอาหารและการรับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องโซเดียมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสชาติเผ็ด ร้อยละ 38.0 ลักษณะการประกอบอาหาร พบว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาซื้ออาหารนอกบ้านกินบ้างมี ร้อยละ 64.4 โดยเฉลี่ย 1 มื้อ/วัน ร้อยละ 88.8 ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องโซเดียม ร้อยละ 84.4 แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อาสาสมัครหมู่บ้าน ร้อยละ 67.3 โทรทัศน์ ร้อยละ 46.4 และเฟซบุ๊ก/ไลน์ ร้อยละ 45.5

2. จากการศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชนวัยทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.2 ทักษะในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 และพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชนวัยทำงาน (n=250)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ความรู้ระดับสูง (16-19 คะแนน)	62	24.8
ความรู้ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	118	47.2
ความรู้ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	70	28.0
ระดับทักษะ		
ทักษะดีระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	100	40.0
ทักษะดีระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	150	60.0
ทักษะดีระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	—	—
ระดับพฤติกรรม		
พฤติกรรมระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	105	42.0
พฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	141	56.4
พฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	4	1.6

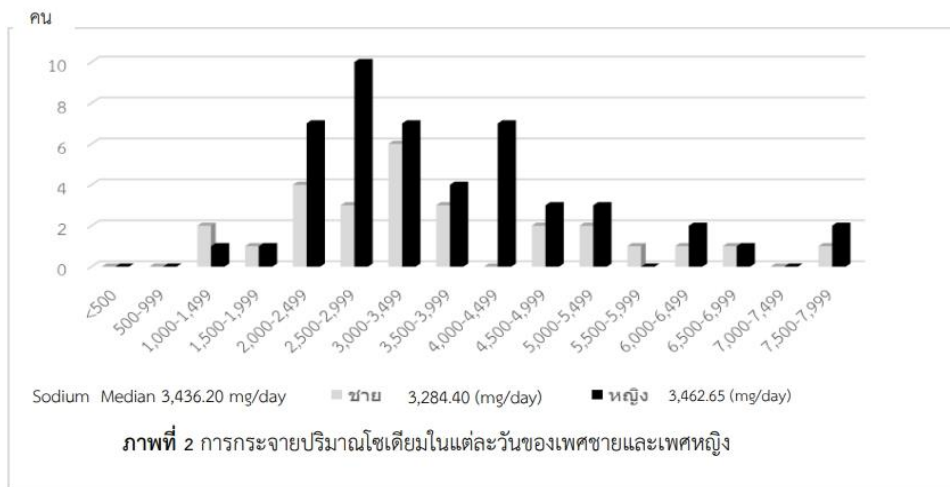
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงอันดับ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว และเส้นรอบเอว โดยพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการศึกษา ($r=0.27$, $p=0.01$) ทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษา ($r=0.22$, $p=0.01$) และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโรคประจำตัว ($r=0.28$, $p=0.01$) อายุ ($r=0.19$, $p=0.01$) และเส้นรอบเอว ($r=0.14$, $p=0.05$) และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ ($r=-0.13$, $p=0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะโภชนาการกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ($n=250$)

ตัวแปร	ความรู้	ทักษะ	พฤติกรรม
เพศ	-0.06	0.03	0.12
อายุ	-0.13*	-0.00	0.19**
สถานภาพ	0.03	-0.03	0.05
ระดับการศึกษา	0.27**	0.22**	-0.11
อาชีพ	0.04	0.05	-0.08
รายได้	-0.10	-0.08	-0.09
โรคประจำตัว	-0.02	0.07	0.28**
บุหรี	0.03	-0.08	-0.11
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-0.07	-0.07	-0.08
ค่าดัชนีมวลกาย	0.01	0.09	-0.03
เส้นรอบเอว	-0.08	0.03	0.14*

*Significant p -value ≤ 0.05 **Significant p -value ≤ 0.01

4. ปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงาน โดยวัดปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 ตัวอย่าง พบว่าผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง โดยภาพรวมมีค่ามัธยฐาน 3,436.20 มิลลิกรัมต่อวัน (mg/day) ($\text{min}=1,366.20$ mg/day, $\text{max}=7,893.60$ mg/day, $\text{SE}=177.83$ mg/day) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของเพศ พบว่าเพศหญิงค่ามัธยฐานสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (3,462.65 mg/day เทียบกับ 3,284.40 mg/day) ดังภาพที่ 2



5. ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภควิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชนวัยทำงาน ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย มีปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภค ($n=75$)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ปริมาณโซเดียม Median (min : max) mg/day	SE	p-value
เพศ					0.74
หญิง	48	64.0	3,462.65 (1,366.20 : 7,893.60)	214.85	
ชาย	27	36.0	3,284.40 (1,368.50 : 7,866.00)	318.61	
อายุ (ปี)					0.20
น้อยกว่า 30	18	24.0	3,958.30 (1,366.20 : 7,516.40)	343.83	
30-44	15	20.0	3,229.20 (1,449.00 : 7,893.60)	488.42	
45-59	42	56.0	3,072.80 (1,368.50 : 7,866.00)	221.77	
สถานภาพ					0.08
โสด	32	42.7	3,816.85 (1,366.20 : 7,893.60)	305.96	
สมรส	43	57.3	3,105.00 (1,368.50 : 6,989.70)	201.84	
ระดับการศึกษา					0.003*
ประถมศึกษา	24	32.0	3,360.30 (1,368.50 : 6,989.70)	308.03	
มัธยม/ปวช.	36	48.0	2,954.35 (1,366.20 : 7,893.60)	251.89	
สูงกว่ามัธยม	15	20.0	4,443.60 (2,870.40 : 7,516.40)	335.77	

ตารางที่ 3 (ต่อ) การวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภค (n=75)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ปริมาณโซเดียม Median (min : max) mg/day	SE	p-value
อาชีพ					0.001*
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	16	21.3	4,248.10 (2,990.00 : 7,893.60)	315.67	
ทำไร่/ทำนา/รับจ้าง/ ใช้แรงงาน	51	68.0	2,918.70 (1,366.20 : 7,866.00)	211.98	
ไม่ได้ทำงาน	8	10.7	3,967.50 (2,645.00 : 7,516.40)	537.97	
รายได้ (บาท/เดือน)					0.26
>10,000	11	14.7	3,735.20 (2,074.60 : 6,989.70)	468.34	
≤ 10,000	64	85.3	3,256.80 (1,366.20 : 7,893.60)	192.10	
โรคประจำตัว					0.16
มี	25	33.3	3,627.10 (1,368.50 : 7,893.60)	350.56	
ไม่มี	50	66.7	3,252.20 (1,366.20 : 7,516.40)	198.66	
การสูบบุหรี่					0.47
ไม่สูบ	64	85.3	3,470.70 (1,366.20 : 7,893.60)	197.56	
สูบ	11	14.7	3,229.20 (1,368.50 : 6,138.70)	383.57	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.29
ไม่ดื่ม	38	50.7	3,497.15 (1,366.20 : 7,866.00)	256.74	
ดื่ม	37	49.3	3,284.40 (1,368.50 : 7,893.60)	244.63	
ดัชนีมวลกาย (BMI)					0.04*
น้ำหนักน้อย	7	9.3	3,146.40 (1,366.20 : 5,175.00)	539.36	
ปกติ	16	21.3	2,764.60 (1,368.50 : 5,278.50)	249.16	
เกินเกณฑ์	52	69.4	3,607.55 (1,449.00 : 7,893.60)	225.10	
รอบเอว					0.25
ปกติ	27	36.0	3,220.00 (1,366.20 : 6,989.70)	266.44	
อ้วนลงพุง	48	64.0	3,477.60 (1,449.00 : 7,893.60)	232.99	
ระดับความรู้					0.90
สูง	16	21.3	3,400 (1,368.50 : 6,957.50)	330.64	
ปานกลาง	41	54.7	3,284.40 (1,366.20 : 7,893.60)	261.41	
ต่ำ	18	24.0	3,450.00 (1,449.00 : 6,989.70)	431.50	
ระดับทัศนคติ					0.39
สูง	24	32.0	3,915.75 (2,074.60 : 6,957.50)	255.89	
ปานกลาง	51	68.0	3,229.20 (1,366.20 : 7,893.60)	233.37	
ต่ำ		-	-		

ตารางที่ 3 (ต่อ) การวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภค (n=75)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ปริมาณโซเดียม Median (min : max) mg/day	SE	p-value
ระดับพฤติกรรม					0.82
สูง	38	50.7	3,372.95 (1,449.00 : 7,893.60)	238.16	
ปานกลาง	37	49.3	3,436.20 (1,366.20 : 7,866.00)	267.76	
ต่ำ	-	-			

* p-value<0.05

อภิปรายผล

ปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดพิษณุโลก (จำนวน 75 ราย) มีค่ามัธยฐาน 3,436.20 mg/day ซึ่งอธิบายได้ว่าประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเกือบเป็นสองเท่าของคำแนะนำองค์การอนามัยโลกที่แนะนำ⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในภาคเหนือ จังหวัดพะเยา มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียม 3,649.3 mg/day⁽³⁾ และรายงานการศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยของภาคเหนือ 3,563 mg/day⁽⁸⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนวัยทำงานมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น โซเดียม หมายถึงเกลือที่ใช้ปรุงในอาหาร ผักและผลไม้สดไม่มีโซเดียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประชาชนไม่ทราบว่าการรับประทานอาหารที่มีเกลืออยู่ด้วย⁽²¹⁾ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติและระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบหัวข้อการเติมเครื่องปรุงรส จำพวกผงชูรส ซุปก้อน ในการทำอาหารทำให้เจริญอาหารและอาหารมีรสชาติที่พอดี รวมทั้งมีการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ในการกินอาหารแต่ละครั้ง รวมถึงการลดเกลือและโซเดียมเป็นสิ่งยุ่งยาก และการไม่อ่านฉลากอาหาร จึงส่งผลให้พบปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงานสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมพบว่า ด้านความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการศึกษา ($r=0.27$, $p=0.01$) ด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษา ($r=0.22$, $p=0.01$) เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ให้มีความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น มีการตัดสินใจที่รอบคอบ กระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโรคประจำตัว ($r=0.28$, $p=0.01$) อายุ ($r=0.19$, $p=0.01$) และเส้นรอบเอว ($r=0.14$, $p=0.05$) เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพึงกระทำเพื่อลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรค ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิต กรณีที่มีปัญหาสุขภาพจะหาวิธีทางรักษา การดูแลตนเอง โดยการหาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายตามไปด้วย⁽¹¹⁾

การเปรียบเทียบความต่างปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของประชาชนวัยทำงาน พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และค่าดัชนีมวลกาย มีปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคส่วนใหญ่จะระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีค่าปริมาณโซเดียมน้อยกว่ากลุ่มที่จบชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นในทิศทางเดียวกับรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม⁽²²⁾ รวมทั้งยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ใหญ่⁽²³⁾ โดยผู้ที่สำเร็จการศึกษาที่สูงระดับมหาวิทยาลัยมีความเสี่ยงการบริโภคโซเดียมที่ลดลง⁽¹²⁾ แสดงให้เห็นว่าการศึกษาที่สูงขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกว่า เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจ รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า ด้านอาชีพ พบว่า แต่ละอาชีพมีลักษณะเฉพาะที่จะนำไปสู่ความจำเป็นความต้องการพลังงานมากหรือน้อยแตกต่างกัน อาชีพจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่แตกต่างกันสำหรับผู้ใหญ่⁽²³⁾ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมเช่นกัน⁽²²⁾ จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาชีพแม่บ้านหรือพ่อบ้านมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมกว่าอาชีพอื่น⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ อาจเนื่องจากมีหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับการประกอบอาหารในครัวเรือน อีกทั้งยังพบว่าอาชีพผู้จัดการและผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความรู้ มีความเสี่ยงการบริโภคโซเดียมน้อยกว่าอาชีพพนักงาน⁽¹²⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพรับจ้าง/ใช้แรงงาน มีการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมน้อยกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพรับจ้าง/ใช้แรงงาน ประกอบอาหารรับประทานเองทุกมื้อ ร้อยละ 33.2 และซื้ออาหารนอกบ้านกิน เฉลี่ย 1 มื้อ/วัน และยังพบพฤติกรรมที่ดีในเรื่องไม่กินของหมักดอง ไม่กินอาหารทะเลตากแห้ง ไม่กินไส้กรอก กุนเชียงซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง สำหรับค่าดัชนีมวลกายนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตรวจปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภค ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ($\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$) พบปริมาณโซเดียมสูงกว่ากลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าดัชนีมวลกายมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ใหญ่⁽²³⁾ และผลการศึกษายังเป็นในทิศทางเดียวกับรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23.0 kg/m^2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง^(13-14,16) เช่นกัน ซึ่งผู้ที่มีภาวะโรคเบาหวานส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหารที่ให้พลังงานสูง อาหารรสหวาน มัน เค็ม โดยอาหารที่มีรสชาติส่วนมากมักเป็นอาหารจานด่วน อาหารที่ผ่านการปรุงแต่ง จะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ได้รับแคลอรีมากเกินไป จนก่อให้เกิดค่าดัชนีมวลกายเกินได้

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบปริมาณการบริโภคโซเดียมที่สูงถึง $3,436.20 \text{ mg/day}$ รวมกับค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวที่เกินเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 50 ในประชาชนวัยทำงานแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต ดังนั้น การบูรณาการภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบาย การรณรงค์ การสร้างองค์ความรู้ เพื่อการปรับทัศนคติ และเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชนจะสามารถลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขนำข้อมูลการบริโภคโซเดียมในการชูประเด็น สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับให้ความสำคัญกำหนดแนวทางและบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อลดการบริโภคโซเดียมของประชาชน
2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทุกระดับ ดำเนินการงานด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการเสริมความรู้ สร้างทัศนคติเชิงบวก พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ และช่องทางในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต อันจะเป็นภาระของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบบริการสุขภาพ
3. ควรเร่งสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงให้กับประชาชน โดยบูรณาการงานร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชน ในการพัฒนารูปแบบ/กิจกรรมด้านสุขภาพ ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับช่วงวัย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบเชิงทดลอง กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและก่อให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน
2. ควรมีการตรวจวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในทุกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น รายการอาหารโซเดียมสูงที่ประชาชนรับประทาน เมนูอาหารที่ชอบรับประทานและความถี่ในการบริโภคต่อสัปดาห์ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพอย่างครอบคลุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างตรงประเด็น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. วิจัยสรุปบทเรียน. คู่มือการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 18]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1238320220301081354.pdf>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. วิถีการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs). ใน ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียม จากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิถุนายน 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1238920220301085901.pdf>
4. World Health Organization. Guideline: Sodium Intake for Adults and Children [Internet]. 2012 [Retrieved 2022 Jul 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>

5. Petersen KS, Johnson C, Mohan S, Rogers K, Shivashankar R, Thout SR, et al. Estimating population salt intake in India using spot urine samples. *J Hypertens*. 2017 Nov;35(11):2207-2213. doi: 10.1097/HJH.0000000000001464.
6. Cogswell ME, Loria CM, Terry AL, Zhao L, Wang CY, Chen TC, et al. Estimated 24-Hour Urinary Sodium and Potassium Excretion in US Adults. *JAMA*. 2018 Mar 27;319(12):1209-1220. doi: 10.1001/jama.2018.1156.
7. Saje SM, Endris BS, Nagasa B, Ashebir G, Gebreyesus SH. Dietary sodium and potassium intake: knowledge, attitude and behaviour towards dietary salt intake among adults in Addis Ababa, Ethiopia. *Public Health Nutr*. 2021 Aug;24(11):3451-3459. doi: 10.1017/S1368980020003663.
8. Chailimpamontree W, Kantachuvesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021 Apr;23(4):744-754. doi: 10.1111/jch.14147.
9. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคึกน้อย อร่อย (3) ดี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 23]; เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/980120200206080718.pdf>
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/>
11. เบญจมาศ คำดา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนครเหนือ; 2552.
12. Hong JW, Noh JH, Kim DJ. Factors Associated With High Sodium Intake Based on Estimated 24-Hour Urinary Sodium Excretion: The 2009-2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Mar;95(9):e2864. doi: 10.1097/MD.0000000000002864.
13. Abdul Aziz NS, Ambak R, Othman F, He FJ, Yusof M, Paiwai F, et al. Risk factors related with high sodium intake among Malaysian adults: findings from the Malaysian Community Salt Survey (MyCoSS) 2017-2018. *J Health Popul Nutr*. 2021 May 31;40(Suppl 1):14. doi: 10.1186/s41043-021-00233-2.

14. Bhattarai S, Bista B, Yadav BK, Gynawali P, Poudyal A, Jha AK, Dhimal M. Estimation of mean population salt intakes using spot urine samples and associations with body mass index, hypertension, raised blood sugar and hypercholesterolemia: Findings from STEPS Survey 2019, Nepal. PLoS One. 2022 Apr 12;17(4):e0266662. doi: 10.1371/journal.pone.0266662.
15. Sallehuddin SM, Ambak R, Othman F, Aziz NSA, Palaniveloo L, Nor NSM, et al. Sodium intake assessed by 24-h urine excretion and its relationship with anthropometric measurements in Malaysian adults. J Health Popul Nutr. 2021 May 31;40(Suppl 1):9. doi: 10.1186/s41043-021-00234-1.
16. สกุนา กัณหาสุระ, พรพิมล ชูพานิช. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของผู้ใหญ่ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566; 9(4):154-65].
17. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
18. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: Application for sample size calculation in health science research. Version 2.2. App store.
19. ลือชัย ศรีเงินยวง, ธนิตา วงษ์จินดา, ธนิตา อภิชนะกุลชัย. สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย: การศึกษาเชิงปริมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 23]. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/download/paper-munual/downloade1no167.pdf>
20. กรมอนามัย. หุ่นดี สุขภาพดีง่าย ๆ แคปรับ 4 พฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 30] เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819_ba2f16c/filecenter/Additional/005.pdf
21. กรรณิกา สุวรรณ, วลัยลักษณ์ สิทธิขรรณ, จิรา แก้วดำ, เลอศักดิ์ อินทร์นุภาพ. ความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของ ประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2563;2(1):53-61.
22. พัสณี ธีระกุลพฤทธิ, สุขุมารณ ศรีวิศิษฐ์, นงนารถ สุขลิ้ม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือนในตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: http://research.scphtrang.ac.th/sites/research.scphtrang.ac.th/files/3%20Sukhumaphorn%28Passanee%29_Sodium_0.pdf
23. สุระเดช ไชยตอกเกีย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2561;13(45):68-78.

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

ชฎานิค เขียวสด, ส.ม.* , กนกพร สุขอนันต์, ศศ.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ นิสิตพยาบาล ปีการศึกษา 2566 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 139 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 70 คน รวม 209 คน เครื่องมือใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.67-1.00 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.94, 0.94, 0.96, 0.74 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากที่สุด คือปัจจัยด้านครอบครัว ($\bar{X}$ =4.72, SD=0.42) ปัจจัยที่มีความสำคัญระดับมาก ได้แก่ ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน ($\bar{X}$ =4.21, SD=0.55) และปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน ($\bar{X}$ =4.16, SD=0.72) ทั้งนี้ปัจจัยด้านผู้เรียน (r =-0.107) ปัจจัยด้านครอบครัว (r =-0.055) ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา(r =0.026) ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน (r =-0.042) ปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน (r =-0.034) และปัจจัยด้านปัญหาทางการเรียน (r =0.108) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านผู้เรียนและปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กัน (r =0.777, p <0.01) และปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน (r =0.682, p <0.01) จึงควรสำรวจปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่น ความเครียด การจัดการเวลา หรือวิธีการเรียนรู้ของนิสิต ควรพัฒนาสภาพแวดล้อมของสถานศึกษาให้เอื้อต่อการเรียนรู้ และสนับสนุนอาจารย์พัฒนาวิธีการสอนหรือมีกิจกรรมเสริมสร้างกลุ่มเพื่อนให้เกิดผลเชิงบวกต่อการเรียน

คำสำคัญ: ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

^a Corresponding author: กนกพร สุขอนันต์ E-mail: Kanokporn.so@western.ac.th

รับบทความ: 10 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 26 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 26 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 พ.ค. 68

Factors Related to Academic Achievement of 3rd and 4th Year Faculty of Nursing Students at Western University, Buriram Campus

Chayanis Kheawsod, MPH*, Kanokporn Sookananta, MA^a

Abstract

This survey research aimed to study relationships between factors affecting the academic achievement of the 3rd and the 4th year nursing students at Western University, Buriram Campus. Samples were purposively selected and included 209 students from the Faculty of Nursing at Western University, Buriram Campus, in the 2023 academic year comprising of 139 third-year and 70 fourth-year students. Research instrument was a questionnaire divided into two sections: general information and factors related to academic achievement. Content validity indexes ranged from 0.67 to 1.00. Reliability coefficients were 0.78, 0.94, 0.94, 0.96, 0.74, and 0.88, respectively. Data analysis was conducted using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient test.

Results found that the most significant factor influencing academic achievement was the family factor ($\bar{X}$ =4.72, SD=0.42). Other highly influencing factors included peer group factors ($\bar{X}$ =4.21, SD=0.55) and instructor factors ($\bar{X}$ =4.16, SD=0.72). However, the student factor (r =-0.107), family factor (r =-0.055), educational services and environment factor (r =0.026), peer group factor (r =-0.042), instructor factor (r =-0.034), and academic problems factor (r =0.108) showed no significant correlation with students' academic achievement at the 0.05 significance level. However, the student factor and family factor were significantly correlated (r =0.777, p <0.01), and the educational services and environment factor was significantly correlated with the instructor factor (r =0.682, p <0.01). Therefore, other factors that may affect academic achievement, such as stress, time management, or students' learning methods, should be explored. The learning environment should be improved to support education, and instructors should be encouraged to develop teaching methods. Additionally, activities that foster peer supports should be promoted to create a positive impact on learning.

Keywords: Academic achievement; Related factors; Nursing students

* Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

^a Corresponding author: Kanokporn Sookananta E-mail: Kanokporn.so@western.ac.th

Received: Mar. 10, 25; Revised: Mar. 26, 25; Accepted: Mar. 26, 25; Published Online: May 19, 25

บทนำ

การศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาสังคมให้คนซึ่งเป็นสมาชิกของสังคม เป็นคนมีคุณภาพ คุณธรรม กล่าวคือการศึกษาช่วยสร้างจิตสำนึกในการเป็นมนุษย์ มีจิตวิญญาณของผู้มีอารยธรรมทางปัญญา และความมุ่งมั่นทางจิตใจ การศึกษาสรางคนให้มีความรู้ในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ มีความอดทนในการต่อสู้ กับอุปสรรคของชีวิต ดังนั้นการศึกษาจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกวัย การประเมินคุณภาพผู้เรียน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของการศึกษา ที่จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการติดตามกระบวนการจัดการเรียนการสอน ว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการจัดการศึกษา รวมทั้งดัชนีที่บ่งบอกถึงคุณภาพของผู้เรียนที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ การพิจารณาจากเกรดเฉลี่ย ซึ่งเป็นการแสดงถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน ทั้งนี้เนื่องจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นคุณลักษณะและความสามารถของบุคคล อันเกิดจากประสิทธิภาพการเรียนการสอนจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมและการเรียนการสอน⁽¹⁾

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนนี้ ได้มีนักวิจัยหลายท่านศึกษาปัจจัยต่าง ๆ⁽²⁾ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการศึกษาและคุณภาพผู้เรียน เจตคติที่มีต่อวิชาชีพ เช่น รูปแบบการเรียนของนิสิต สภาพแวดล้อมของสถานศึกษา คุณภาพการสอนของผู้สอน ลักษณะการคบเพื่อน รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว⁽³⁾ เป็นต้น

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เน้นการเรียนรู้ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล โดยการนำความรู้ภาคทฤษฎีในห้องเรียนไปประยุกต์ใช้ในการฝึกประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยบนหอผู้ป่วยในสถานการณ์จริง และประเมินผลการเรียนโดยพิจารณาจากคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในการเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป ซึ่งสามารถประเมินได้จากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทั้งด้านทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติตลอดหลักสูตร

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนและเสนอเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

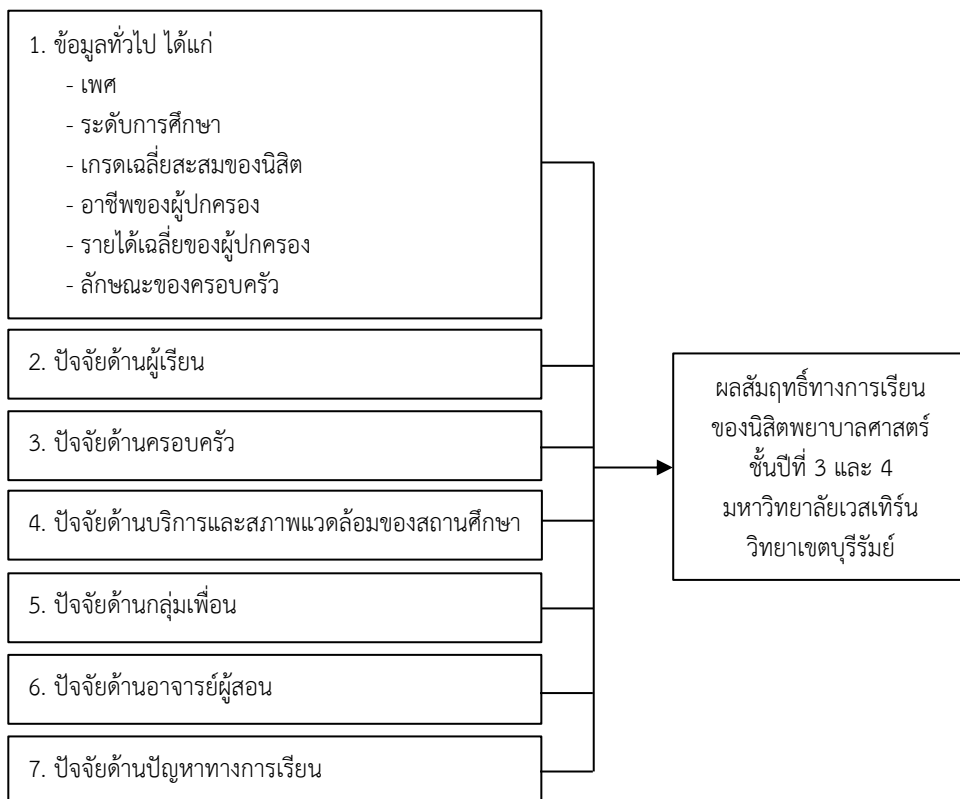
1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รัมย์ จำแนกตามเกรดเฉลี่ยสะสม มีความแตกต่างกัน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รัมย์ จำแนกตามเกรดเฉลี่ยสะสม มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รัมย์ โดยใช้แบบสอบถามที่มีข้อความเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การเอาใจใส่การเรียนนิสิตของครอบครัว ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางการเรียน นิสัยทางการเรียน สัมพันธภาพระหว่างนิสิตกับเพื่อน สัมพันธภาพระหว่างนิสิตกับอาจารย์ และปัญหาทางการเรียน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2566 ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จำนวน 209 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2566 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 139 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 70 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 209 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การเอาใจใส่การเรียนรู้ของครอบครัว ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางการเรียน นิสัยทางการเรียน สัมพันธภาพของนิสิตกับเพื่อน สัมพันธภาพของนิสิตกับอาจารย์ และปัญหาทางการเรียน ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 51 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (7 ข้อ) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสมของนิสิต อาชีพของผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครอง และลักษณะของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้เรียน (9 ข้อ) ปัจจัยด้านครอบครัว (6 ข้อ) ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา (14 ข้อ) ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน (7 ข้อ) ปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน (4 ข้อ) และ ปัจจัยด้านปัญหาทางการเรียน (11 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 3 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนในส่วนที่ 2 แบ่งเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์การแปลความหมาย⁽⁴⁾ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ การตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 คือ แบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือนิยามศัพท์ การนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยครอนบาคแอลฟา (Cronbach' s alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.78, 0.94, 0.94, 0.96, 0.74 และ 0.88 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-021 ในแบบสอบถามไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล แต่ใช้รหัสแทนในแบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานสถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ มีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้ง 209 ฉบับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.2 เกรตเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.6-3.0 ร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเดือนละ 3,000-5,000 บาท ร้อยละ 29.7 แหล่งสนับสนุนทางการเรียนและค่าใช้จ่ายมากที่สุด คือการกู้ยืมเงินกองทุนเพื่อการศึกษา (กยศ.) ร้อยละ 51.2 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 51.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 76.1

ระดับความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต ภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 (SD=0.55) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าปัจจัยที่มีระดับมากที่สุด คือปัจจัยด้านครอบครัว ($\bar{X}$ =4.72, SD=0.42) รองลงมาคือระดับมาก ได้แก่ ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน ($\bar{X}$ =4.21, SD=0.55) และปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน ($\bar{X}$ =4.16, SD=0.72) ส่วนปัจจัยที่มีระดับปานกลาง ได้แก่ ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา ($\bar{X}$ =3.24, SD=0.97) ปัจจัยด้านผู้เรียน ($\bar{X}$ =3.10, SD=0.92) และปัจจัยด้านปัญหาทางการเรียน ($\bar{X}$ =3.04, SD=0.86) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ (n=209)

ปัจจัย	Mean	SD	แปลผล
1. ปัจจัยด้านผู้เรียน	3.10	0.92	ระดับปานกลาง
2. ปัจจัยด้านครอบครัว	4.72	0.42	ระดับมากที่สุด
3. ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา	3.24	0.97	ระดับปานกลาง
4. ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน	4.21	0.55	ระดับมาก
5. ปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน	4.16	0.72	ระดับมาก
6. ปัจจัยด้านปัญหาทางการเรียน	3.04	0.86	ระดับปานกลาง
ภาพรวม	4.46	0.55	ระดับมาก

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

พบว่า ปัจจัยด้านผู้เรียน ($r=0.107$) ปัจจัยด้านครอบครัว ($r=-0.055$) ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา ($r=0.026$) ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน ($r=-0.042$) ปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน ($r=-0.034$) และปัจจัยด้านปัญหาทางการเรียน ($r=0.108$) ไม่มีความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต แต่พบว่าปัจจัยด้านผู้เรียนและปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กัน ($r=0.777$, $p<0.01$) ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน ($r=0.682$, $p<0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ (n=209)

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7
1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต	1	-0.107	-0.055	0.026	-0.042	-0.034	0.018
2. ปัจจัยด้านผู้เรียน		1	0.777**	0.369**	0.382**	0.360**	0.368**
3. ปัจจัยด้านครอบครัว			1	0.361**	0.332**	0.352**	0.277**
4. ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา				1	0.682**	0.442**	0.121
5. ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน					1	0.535**	0.167*
6. ปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน						1	0.160*
7. ปัจจัยด้านปัญหาทางการเรียน							1

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ** $p<0.01$ * $p<0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.2 เกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.6-3.0 ร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเดือนละ 3,000-5,000 บาท ร้อยละ 29.7 แหล่งสนับสนุนทางการเรียนและค่าใช้จ่ายมากที่สุด คือ การกู้ยืมเงินกองทุนเพื่อการศึกษา (ยศ.) ร้อยละ 51.2 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 51.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 76.1 สามารถ อภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตในระดับมากที่สุด แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รีรัมย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร ใจอดทน และอรณิชา ทศตา⁽⁵⁾ พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวอาจไม่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีผลต่อตัวนักเรียนและผลการเรียนของนักเรียน ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันระหว่างบิดา มารดา รวมถึงสภาพแวดล้อมทางบ้านของนักเรียนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน⁽⁶⁾ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศในโรงเรียนและบรรยากาศในครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าครอบครัวที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สามารถส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนได้⁽⁷⁾ และการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รีรัมย์ พบว่าปัจจัยทางครอบครัว เช่น การสนับสนุนด้านการเงินและอารมณ์ มีผลต่อความสุขและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต⁽⁸⁾ แตกต่างจากงานวิจัยของ Epstein⁽⁹⁾ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา และการศึกษาของจุฬาลักษณ์ เทียนรุ่งรัมย์ และรัตนา ศรีสวัสดิ์⁽¹⁰⁾ พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อนและปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตในระดับมาก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รีรัมย์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ปัจจัยกลุ่มเพื่อนอาจไม่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา ในวิทยาเขตภาคกลาง พบว่าปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอนไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แต่ส่งผลผ่านแรงจูงใจในการเรียน⁽¹¹⁾ แตกต่างจากจิตวิทยาการศึกษาที่ว่าปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอนมีอิทธิพลสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน⁽¹²⁾

ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา ปัจจัยด้านผู้เรียนและปัจจัยด้านปัญหาทางการเรียน มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตในระดับปานกลาง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รีรัมย์ แตกต่างจากการศึกษาที่ว่าทักษะการคิดวิเคราะห์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน⁽¹³⁾ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าปัจจัยด้านผู้เรียนไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญ และจากงานวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รีรัมย์ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการบริการของสถานศึกษาอาจไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แต่มีผลต่อความสุขในการเรียนมากกว่า⁽⁸⁾

ปัจจัยด้านผู้เรียนและปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมแรกๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยนครราชสีมา ที่ว่าปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และบรรยากาศในครอบครัว มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาโดยตรง และปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษา เช่น ความพยายามส่วนตัวและการจัดการเวลา มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากกว่าปัจจัยด้านครอบครัว⁽⁵⁾ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศในโรงเรียนและบรรยากาศในครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่าครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและสร้างบรรยากาศที่ดีมีแนวโน้มช่วยให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จมากขึ้น⁽⁷⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้เรียน เช่น แรงจูงใจ และการปรับตัวในชีวิตนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านครอบครัว⁽¹⁰⁾

ปัจจัยด้านบริการและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอน อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านสถานศึกษารวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก และบรรยากาศการเรียนรู้มีผลต่อคุณภาพการสอนของอาจารย์⁽¹⁴⁾ และคุณภาพของอาจารย์ผู้สอนมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่สนับสนุน เช่น ห้องเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และสื่อการสอนที่เพียงพอ⁽¹³⁾ การศึกษาคุณลักษณะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่าสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ดีช่วยส่งเสริมการทำงานของอาจารย์และทำให้กระบวนการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์และผู้เกี่ยวข้องในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์วิธีการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนในการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
2. เป็นแนวทางส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาผู้เรียนหรือการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างกลุ่มเพื่อนให้เกิดผลเชิงบวกต่อการเรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากยิ่งขึ้นต่อไป
3. อาจารย์และผู้เกี่ยวข้องควรพัฒนาสภาพแวดล้อมของสถานศึกษาให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เพื่อให้ให้นิสิตเกิดแรงจูงใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาสำรวจปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่น ความเครียด การจัดการเวลา หรือวิธีการเรียนรู้ของนิสิต

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์พจี มาลัยผ่อง. คุณลักษณะพยาบาลที่เป็นเป้าประสงค์ของสภาการพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาลัยการจัดการ]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
2. Klausmier HJ. Learning and Human Abilities: Education Psychology. New York: Harper & Brothers; 1975.
3. ธัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์, ณัฏชา ตระการจันทร์, นภาพร นวลโสง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะ เจตคติ ความพึงพอใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยมีผลต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2. วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี. 2565; 11(2):21-9.
4. บุญชม ศรีสะอาด. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
5. กษพร ใจอดทน, อรณิชา ทศตา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยนครราชสีมา. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.). 2564; 27(2): 29-41.
6. พิษณุภัชกาญจน์ ปานเผือก. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา: ศึกษาเฉพาะกรณี นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสสังกัดสำนักงานเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
7. แพรพรรณ ดิใหม่, สุวิมล ตีรกานันท์, บุญมี พันธุ์ไทย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศในโรงเรียนและบรรยากาศในครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร. พิมพ์สาร. 2559; 12(1):103-13.
8. กิตติพงษ์ เรือนเพชร, สุภิสรา ขำเนก, ยุวดี งามสงัด, อภิสรภรณ์ หิรัณยวิษณุกุล, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566; 17(3):797-810.
9. Joyce L Epstein. School, Family, and Community Partnerships, Preparing Educators and Improving Schools. 2nd Ed. New York: Routledge; 2018.
10. จุฬาลักษณ์ เทียนรุ่งศรี, ธนนิชญาณ์ ศรีสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิต คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารศึกษาศาสตร์ มมร. 2564; 9(2): 343-54.

11. ธนวัฒน์ ขุนราช. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา ในวิทยาเขตภาคกลาง. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขาวิชาพลศึกษา]. สุพรรณบุรี: สถาบันการพลศึกษา; 2560.
12. สุรางค์ ไคว์ตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. เขมรัมย์ ฤจวรรณ, กนิพันธุ์ ปานณรงค์, กัญจนภรณ์ ธงทอง, ทวีพันธ์ นามโคตร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา. 2560; 4(2):117-25.
14. วิณา ภักดีสิริวิชัย, พนิตนาฏ ขำนาญเสือ, กรรณิกา เกตุนิล, สิริธดา พรหมสุนทร. ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563; 3(3):146-57.
15. ขจี พงศธรวิบูลย์, จรียา ชื่นศิริมงคล, ยุพา วงศ์รสไตร. การศึกษาคูณลักษณะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการุณย์. 2561; 25(1):40-55.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดยโสธร

ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย*, นภาพร เหมลา**, อัมพร พนมทิพย์**, ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ถึงก่อน 36⁺₆ สัปดาห์ ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลยโสธร จำนวน 33 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์และแบบบันทึกพฤติกรรมสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจาก $\bar{X}=5.41$ (SD=1.06) เป็น $\bar{X}=8.48$ (SD=0.83) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีขึ้น จาก $\bar{X}=2.51$ (SD=0.16) เป็น $\bar{X}=4.30$ (SD=0.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดโดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของตนเองก่อนและระหว่างการจัดครรภ์เพื่อสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องสามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์; ภาวะคลอดก่อนกำหนด; แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร

^a Corresponding author: ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง Email: tippharat2516@gmail.com

รับบทความ: 5 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 31 มี.ค. 68; ตอรับตีพิมพ์: 1 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 พ.ค. 68

The Development of Clinical Practice Guideline for Prevention of Preterm Labor, Yasothon Hospital, Yasothon Province

Lumpong Sriwongchai*, Napaporn Hamla**,
Amporn Phanomnit**, Tippharat Chaichanasang^a

Abstract

The objectives of this action research were to develop clinical practice guidelines for caring for pregnancy to prevent premature labor and study the results of the developed guidelines. Samples were 33 pregnant women (with gestational age from 28 to 36⁺⁶ weeks) aged 18 years or over who received prenatal care and 7 professional staff working at prenatal clinic, Yasothon hospital. Research instruments included a questionnaire for pregnant women regarding general information, knowledge of preterm birth, and a preterm prevention behavior record form. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and paired t-test.

Results from the development of clinical practice guidelines for caring for pregnancy to prevent premature labor showed significant increase in knowledge about premature birth prevention, with average knowledge scores improved from $\bar{X}=5.41$ (SD=1.06) to $\bar{X}=8.48$ (SD=0.83). Overall risk prevention behaviors for premature birth after applying the developed guidelines significantly improved from $\bar{X}=2.51$ (SD=0.16) to $\bar{X}=4.30$ (SD=0.13) at $p=0.05$.

The results showed the effectiveness of the clinical practice guidelines in increasing knowledge and behaviors in prevention of preterm birth.

Keywords: Pregnancy; Preterm labor; Clinical practice guidelines

* Lecturer, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

** Registered Nurse, Professional Level, Yasothon Hospital

^a Corresponding author: Tippharat Chaichanasang Email: tippharat2516@gmail.com

Received: Mar. 5, 25; Revised: Mar. 31, 25; Accepted: Apr. 1, 25; Published Online: May 26, 25

บทนำ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดจะคลอดเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 24 ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์⁽¹⁾ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นการเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย⁽²⁾ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อมารดาและทารก ปัญหาของทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีมากมาย เช่น มีน้ำหนักตัวน้อย การขยายตัวของปอดไม่สมบูรณ์ทำให้มีปัญหาในการหายใจ มีปัญหาเลือดออกในสมอง เกิดการติดเชื้อ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายไม่ดี และสมองอาจมีความพิการได้ง่าย ส่วนทารกกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดและภาวะทุพพลภาพในทารกแรกเกิด อีกทั้งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์อีกด้วย จากสถิติการสำรวจใน 180 กว่าประเทศทั่วโลก พบภาวะคลอดก่อนกำหนดมีอัตราอยู่ระหว่างร้อยละ 5-18 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย สอดคล้องกับในประเทศไทยพบอัตราของภาวะคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2564-2565 อยู่ที่ร้อยละ 12.47 และร้อยละ 11.83 ตามลำดับ สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดคือ ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกตั้งครรภ์ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสูติศาสตร์ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 50.34 และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 64.14⁽³⁾ นอกจากนี้พบว่า การตั้งครรภ์แฝด ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้อีกด้วย⁽⁴⁾

จากข้อมูลของโรงพยาบาลโสธร พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 17.1, 20.5 และ 18.5 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งสูงกว่าภาพรวมในระดับประเทศและในระดับจังหวัด ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่พบบ่อย ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด ทารกมีความผิดปกติ การติดเชื้อ การมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง การใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะปากมดลูกสั้นมีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น และผู้ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนดซ้ำ โรงพยาบาลโสธรมีการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดโดยใช้การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยรายที่มีเสี่ยงสูง คือ ผู้ที่มานอนโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีภาวะแท้งคุกคาม เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน กลุ่มที่มีความยาวของปากมดลูกสั้นกว่า 30 มิลลิเมตร ได้รับยาโปรเจสเตอโรนชนิดรับประทาน (Oral progesterone) เพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในอัตราสูงเช่นเดิม จากปัญหาดังกล่าวนักวิจัยมุ่งผลลัพธ์ที่จะลดอัตรา การคลอดก่อนกำหนดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2568 จึงทำการศึกษาเพื่อพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลโสธร เพื่อให้ สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลยโสธร
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลยโสธร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยสหวิชาชีพ และหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลยโสธร ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของสหวิชาชีพกับหญิงตั้งครรภ์ตามกระบวนการของ Kemmis & McTaggart⁽⁶⁾ 1 วนรอบ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observe) แล้วจึงสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด โดยทำการวัดประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 สหวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร 7 ราย และกลุ่ม 2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ก่อนครบ 37 สัปดาห์ที่มา ฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลยโสธร

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างทิศทางทดสอบทางเดียว (One-sided test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\left(\frac{\delta_{Difference}}{\sigma_{Difference}} \right)^2} + \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{2}$$

กำหนดให้	Alpha (α)	=	0.05
	Beta (β)	=	0.2
	Mean of difference	=	0.25
	Standard deviation of difference	=	0.32
	Minimum paired sample needed	=	33

จากคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้กลุ่มศึกษาทั้งหมด 33 คนและคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ อายุอยู่ในช่วง 18-35 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการวิจัย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) ย้ายสถานที่การรักษาไปนอกจังหวัดที่ทำการวิจัย 2) มีข้อบกพร่องและแพทย์มีแผนการรักษาให้ยุติการตั้งครรภ์ และ 3) กลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดยโสธร ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมสมองของทีมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การตั้งครรภ์ครั้งที่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยใช้ข้อคำถามแบบมีตัวเลือก และระบุคำตอบที่ต้องการ และแบบคัดกรองมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของ ทิพสุดา นัยแมน⁽⁷⁾ ครอบคลุมเนื้อหาโภชนาการและยา การรับผิตชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน และการจัดการความเครียด โดยแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติเลย เป็นข้อคำถามมีความหมายเชิงบวก จำนวน 29 ข้อ และมีข้อคำถามมีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกติดตามการคลอดครบกำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ข้อมูลทั้งฉบับ โดยนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย ที่เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลยโสธร จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยง ดังนี้ แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด KR-21 ได้เท่ากับ 0.79 ความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดยโสธร ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด Kemmis & McTaggart⁽⁶⁾ รายละเอียดดังนี้

ชั้นวางแผน (Plan)

1. ประชุมกลุ่มคณะทำงานเพื่อวางแผนในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
2. เตรียมความรู้เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลยโสธร

ชั้นการปฏิบัติตามแผน (Do)

1. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดสำหรับพยาบาลในคลินิก ผ่าครรภ์
2. จัดทำแผนการสอนหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนด คำจำกัดความปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด การประเมินการบีบรัดตัวของมดลูกและการเฝ้าระวัง อาการคลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด และทำคู่มือฯ การให้ความรู้ ผ่าน QR-Code

3. จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ให้หญิงตั้งครรภ์รายใหม่และรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่คลินิกครรภ์เสี่ยงสูง

ชั้นการตรวจสอบและศึกษาผล (Study)

เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาผลการดำเนินงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
3. ร้อยละของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ชั้นการดำเนินการให้เหมาะสม (Act)

1. วิเคราะห์กระบวนการพัฒนางานที่เกิดขึ้น
2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสพัฒนา ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น
4. ปรับแผนการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 032/2566 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับ การรักษาและบริการต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ

แต่นำข้อมูลไปนำเสนอในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษาและการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับให้เซ็นชื่อยินยอม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีองค์ประกอบดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ และมารดาจะรับทราบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจะดำเนินการตามขั้นตอนการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ ได้แก่ การแก้ไขภาวะติดเชื้อในช่องปาก ภาวะ Asymptomatic bacteriuria ภาวะ Bacterial vaginosis การให้ยาโปรเจสเทอโรนในกลุ่มสตรีที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ภาวะโภชนาการ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก และภาวะซีด ในทุก ๆ ครั้งของการฝากครรภ์
3. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับคู่มือ เรื่อง ปฏิบัติตัวอย่างไรให้ห่างไกลการคลอดก่อนกำหนด มีข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด “ให้มารพ.ทันที เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งตึงเป็นก้อน นั้บได้ 6 ครั้งใน 1 ชั่วโมง มีน้ำใสหรือเลือดออกทางช่องคลอด” เป็นข้อมูลผ่าน QR-code scan
4. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการสอนสุศึกษาให้ความรู้และพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร ให้ห่างไกลการคลอดก่อนกำหนด”
5. ติดตามผลการรักษาด้วย Application line Group ชื่อกลุ่ม “ลูกปลอดภัยหากคุณแม่ใส่ใจการตั้งครรภ์” และให้คำแนะนำในภาวะฉุกเฉินผ่านการสนทนากลุ่มและรายบุคคล ผ่านการแชท ซึ่งมีการโต้ตอบทั้งสองทางระหว่างหญิงตั้งครรภ์และนักวิจัย

การประเมินผล

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกาป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
3. ร้อยละของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดยโสธร

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 24-32 ปี มากที่สุดจำนวน 21 คน ร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาอนุปริญญามากที่สุด จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.00 อาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.00 ปัจจุบันกำลังตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.33 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์มากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.33

2. ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดยโสธร ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด ได้แก่ สูบบุหรี่หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 39.40 ทำงานหนัก เช่น ยืนนาน ๆ เดินบ่อย ร้อยละ 33.30 ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 27.30 มีภาวะเครียด ร้อยละ 16.00

3. คะแนนความรู้เฉลี่ยหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังร่วมกิจกรรม คะแนนความรู้การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.41 (SD=1.06) เป็น 8.48 (SD=0.83) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=33)

ความรู้	$\bar{X}$	SD	Mean diff.	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	5.42	1.06	3.06	2.59-3.53	0.000
หลังการทดลอง	8.48	0.83			

4. คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังร่วมกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดยโสธร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด เพิ่มขึ้นจาก 2.51 (SD=0.016) เป็น 4.30 (SD=0.13) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้สถิติ Pair t-test (n=33)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	Mean diff.	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	2.51	0.16	1.79	1.72 , 1.86	0.000
หลังการทดลอง	4.30	0.13			

5. หลังหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดยโสธร มีการติดตามระยะยาวตั้งแต่การตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดพบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวนทั้งหมด 33 ราย มีการคลอดครบกำหนดจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.79 และมีคลอดก่อนกำหนด จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.21 โดยจำนวนอายุครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 1 ราย และ 36 สัปดาห์ จำนวน 1 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการคลอดครบกำหนดและคลอดก่อนกำหนด (n=33)

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ n (%)	คลอดครบกำหนด n (%)	คลอดก่อนกำหนด n (%)
33 (100.00)	26 (78.79)	7 (21.21)

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดจังหวัดจันทบุรี มีองค์ประกอบดังนี้

- 1) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์
- 3) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับคู่มือเรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร ให้ห่างไกลการคลอดก่อนกำหนด” มีข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด “ให้มารพ.ทันที เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งตึง เป็นก้อน น้บได้ 6 ครั้งใน 1 ชั่วโมง มีน้ำใสหรือเลือดออกทางช่องคลอด” เป็นข้อมูลผ่าน QR-code scan
- 4) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการสอนสุขศึกษาให้ความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไรให้ห่างไกลการคลอดก่อนกำหนด” และ
- 5) ติดตามผลการรักษาด้วย Application line group ชื่อกลุ่ม “ลูกปลอดภัยหากคุณแม่ใส่ใจการตั้งครรภ์” และให้คำแนะนำในภาวะฉุกเฉินผ่านการสนทนากลุ่มและรายบุคคลผ่านการแชท ซึ่งมีการโต้ตอบทั้งสองทางระหว่างหญิงตั้งครรภ์และนักวิจัย

2. ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จังหวัดจันทบุรี ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด ได้แก่ สูบบุหรี่ หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 39.40 ทำงานหนัก เช่น ยืนนาน ๆ เดินบ่อย ร้อยละ 33.30 ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 27.30 มีภาวะเครียด ร้อยละ 16.00

3. ค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังร่วมกิจกรรม คะแนนความรู้การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดมี ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.41 (SD=1.06) เป็น 8.48 (SD=0.83) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังร่วมกิจกรรมคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.51 (SD=0.016) เป็น 4.30 (SD=0.13) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีการติดตามและเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้น พยาบาลสามารถสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยได้และสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นเพื่อติดตามภาวะฉุกเฉินของความถี่ต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์แอฟพลิเคชัน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะการคลอดก่อนกำหนดได้ด้วยตนเอง จึงส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ ชลธิชา หอสุวรรณานนท์ และคณะ ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในภาพรวมอยู่ในระดับดี⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาทิตยา แก้วน้อย และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์

เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำการสนับสนุนจากสามี และการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ อัสมะ จารู และคณะ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านอยู่ในระดับดีในทุกด้านทั้งในด้านการจัดการความเครียด ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจัดการความเครียด อธิบายได้ว่าความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เกิดจากการประเมินทางสติปัญญาของบุคคล หากบุคคลประเมินว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้น ทำให้ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว มากเกินความสามารถ จะส่งผลให้เกิดความเครียด⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับ อติทยา สุวรรณสาร และนิลุล รุจิรประเสริฐ ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.16, SD=0.08) พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.29, SD=0.17) และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.337⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับ จิราจันท์ คนทา ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง⁽¹²⁾

4. การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการคลอดครบกำหนด ร้อยละ 78.79 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 21.21 ผลการศึกษาผลของการคลอดพบว่า อัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 78.79 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุดานี บุรณเบญจเสถียร⁽¹²⁾ ที่พบว่าอัตราความสำเร็จของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 68.63 ในการศึกษาในช่วงอายุครรภ์ที่มีการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดคือ ช่วงอายุครรภ์ 35^{0/7}-36^{6/7} สัปดาห์ (ร้อยละ 75.00) อาจเนื่องมาจากอายุครรภ์ที่เข้ารับการรักษาด้วยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 35^{0/7}-36^{6/7} สัปดาห์ (ร้อยละ 50.35) ซึ่งเป็นช่วงอายุครรภ์ที่จะได้รับการดูแลเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์และไม่ยับยั้งการคลอดหรืออาจพิจารณายับยั้งคลอดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ตามแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาสารคาม

ข้อเสนอแนะด้านบริหาร

สามารถนำแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดจังหวัดยโสธรไปกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านบริการ

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงาน ควรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้และ ทักษะในการจัดกิจกรรม ในโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้มีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน
- 2) ควรมีจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วม ของบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม
- 3) รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกัน ภาวะคลอดก่อนกำหนด หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร และพยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ และสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. อีระ ทองสง. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams Obstetrics. 25th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2018.
3. กัญญา ทูลธรรม, สุภาพร สุภาพวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้อง ครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสูติศาสตร์ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตรา ความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(2):75-88.
4. วิไลรัตน์ วิวตไพศาล, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, สาธิษฐ์ นากกระแสน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการ คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ. 2559;8(2):83-90.
5. งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลโสธร. รายงานสถิติแม่และเด็กประจำปี 2564-2566. ยโสธร: หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโสธร; 2566.
6. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
7. ทิพสุตา น้อยแมน. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.

8. ชลธิชา หอสุวรรณานนท์, ชุตินา เทียนชัยทัศน์, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, เกศินี การสมพจน์. พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2566;24(3):112-24.
9. อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมนสกุล, สายลม เกิดประเสริฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดี พยาบาลสาร. 2561;24(3):264-78.
10. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์. 2562;39(1):79-92.
11. อาทิตยา สุวรรณสาร, นิอุบล รุจิรประเสริฐ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2):93-102.
12. จิราจันทร์ คนทา. การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อน กำหนดของหญิงตั้งครรภ์. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. 2561;8(1):1-12.
13. สุดานี บุณณเบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร. 2560;9(2):41-52.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยตามแบบจำลองสุขภาพ

เชิงนิเวศ ของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

อานัติ ภูวรรณ*, ภูสิทธิ์ ภูวรรณ**, จิราภรณ์ จำปาจันทร์**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวางครั้งนี้ประยุกต์ใช้แบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนครกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่ามัธยฐาน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.31 อายุระหว่าง 50-70 ปี ร้อยละ 57.03 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.07 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.13 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 71.35 รายได้ 6,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาอาศัยอยู่พื้นที่ 30-49 ปี ร้อยละ 45.89 2) คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนครอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.54 และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคลคือ ประสพการณ์การอบรมอาหารปลอดภัย ($p < 0.05$) และความรู้ในการบริโภคอาหารปลอดภัย ($rs = 0.147$, $p < 0.01$) ปัจจัยระหว่างบุคคลคือ แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ($rs = 0.603$, $p < 0.01$) และปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้พัฒนานโยบายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: แบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศ; พฤติกรรมการบริโภค; อาหารปลอดภัย

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

^a Corresponding author: จิราภรณ์ จำปาจันทร์ Email: jjumpajan@snru.ac.th

รับบทความ: 22 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 6 เม.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 6 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 พ.ค. 68

Factors Affecting Consumers' Food Safety Behaviors According to the Ecological Model of People in Kham Ta Klang District, Sakon Nakhon Province

Arnut Pulawan*, Phoowasit Phoolawan**, Jiraporn Jumpajan**^a

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the consumers' food safety behavior and factors influencing the consumers' food safety behavior according to the ecological model of people in Kham Ta Kla district, Sakon Nakhon province. Samples were 377 people recruited through stratified random sampling. Questionnaires were used to collect the data. Data analysis in descriptive statistics were performed using frequencies, percentages, medians, means, and standard deviations. To assess correlations among variables, Chi-square tests and Spearman's Rho were used. Results revealed that: 1) most respondents (66.31%) were females, aged between 50 and 70 years (57.03%), 75.07% were married, completed a secondary education (50.13%), earned 6,000 baht a month, and have lived in the areas for 30 to 49 years (45.89%); 2) food safety behavior scores of consumers in Klam Ta Kla district, Sakon Nakhon province was at a high level accounting for 74.54 percent; and 3) factors influenced the consumers' food safety behaviors included the personal factors such as training experience on food safety ($p < 0.05$) and knowledge of safe food consumption ($r_s = 0.14$, $p < 0.01$), the interpersonal factor including support of family members ($r_s = 0.603$, $p < 0.01$), and the organizational factor including preparation of public relations ($p < 0.05$). The findings of this study can be utilized in establishing policies that more effectively encourage safe food consumption behaviors.

Keywords: Ecological model; Consumption behavior; Safe food

* Graduate Student in the Master of Public Health Program, Sakon Nakhon Rajabhat University

** Assistant Professor in Health Science Program, Sakon Nakhon Rajabhat University

^a Corresponding author: Jiraporn Jumpajan Email: jjumpajan@snru.ac.th

Received: Mar. 22, 25; Revised: Apr. 6, 25; Accepted: Apr. 6, 25; Published Online: May 28, 25

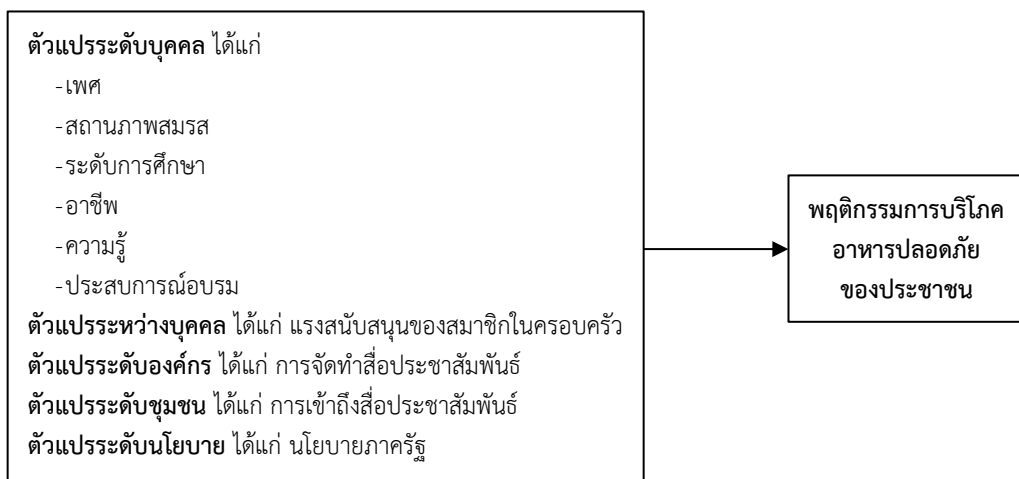
บทนำ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยส่งผลกระทบต่อสุขภาพในวงกว้าง ทั้งต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน รวมทั้งเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจตลอดจนผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศ การให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารจึงเป็นประเด็นที่ต้องตระหนักและดำเนินการอย่างจริงจัง องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานอาหาร (Codex standard)⁽¹⁾ ได้ให้ความหมายของอาหารปลอดภัยว่า อาหารนั้นจะต้องปลอดสารพิษและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค สำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการความปลอดภัยอาหาร พ.ศ. 2560-2579 โดยให้ความสำคัญกับ 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความมั่นคงอาหาร ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ด้านอาหารศึกษา และด้านการบริหารจัดการ โดยยุทธศาสตร์นี้จะเน้นวิสัยทัศน์ที่ให้ประชาชนมีสุขภาพดีซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และนโยบายประเทศไทย 4.0 จากสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหารของคนไทยพบว่ามีความรุนแรงขึ้น สะท้อนผ่านสถิติผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษที่ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์ 89.82 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 108.13 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2565 โดยกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือช่วง 15-24 ปี โดยอุบัติการณ์ของโรคมักสูงขึ้นในช่วงต้นปี (มกราคม-กุมภาพันธ์) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสภาพอากาศ หรือพฤติกรรมกรบริโภคในช่วงเทศกาล⁽²⁾ ผลกระทบที่เกิดขึ้นขยายออกเป็นวงกว้างทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาหารที่มีการปนเปื้อนจากเชื้อก่อโรคส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยตั้งแต่อาการไม่รุนแรง เช่น ท้องเสียไปจนถึงโรคร้ายแรงเช่นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยเฉพาะเด็กเล็กที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ อาหารที่เกิดจากการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ก่อโรคในขั้นตอนการผลิต ได้แก่ การแปรรูป การจัดเก็บ และการกระจายอาหาร ล้วนก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสุขภาพ⁽³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงความยากต่อการรักษาเนื่องจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อที่ดื้อยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะ *S. Aureus*⁽⁴⁾ การวิจัยครั้งนี้นำแบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศ (Ecological model) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชน โดยแบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศกล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยในหลายระดับได้แก่ ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะ⁽⁵⁾

จากการทบทวนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในแต่ละระดับตามแบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชน ได้แก่ 1) ปัจจัยในระดับบุคคล จากการศึกษาของ Yemane & Tamene⁽⁶⁾ พบว่า ความรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยของอาหารของผู้บริโภคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอาหารปลอดภัยในครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Luu et al.⁽⁷⁾ ที่อธิบายว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการจัดการอาหารที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภค 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะพ่อแม่ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหารปลอดภัยของเด็กผ่านการเป็นแบบอย่างและการสอน นอกจากนี้ยังพบว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง⁽⁸⁾ 3) ปัจจัยในระดับองค์กร พบว่าสภาพแวดล้อมในที่ทำงานและนโยบายขององค์กรมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหารปลอดภัย 4) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องอาหารปลอดภัย ความต้องการและแรงจูงใจในการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Wang et.al⁽¹⁰⁾ และในส่วนของอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร จากข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วย 0.09 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2562 อัตราป่วย 0.26 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วย 0.70 ต่อแสนประชากร จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความปลอดภัยในการบริโภคอาหารเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อให้เข้าใจถึงบริบทที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนานโยบายและโครงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัยตามแบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนตามแบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับองค์กร ปัจจัยระดับชุมชนและปัจจัยระดับนโยบาย สาธารณะมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร จำนวน 377 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan⁽¹¹⁾ กลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการเขียนบ้านเลขที่ในแต่ละครัวเรือนของประชาชนที่อาศัยอยู่ของแต่ละตำบล และสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และสุ่มให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่าง 377 คน เพื่อทำแบบสอบถามให้ครบตามจริง โดยเลือกอาสาสมัคร 1 คนต่อครัวเรือน โดยมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าสู่โครงการได้แก่ 1) อายุผู้เข้าร่วม ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน 3) เป็นผู้รับผิดชอบหลักหรือมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญในการซื้อและเตรียมอาหารในครัวเรือน 4) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 5) สมารถใจตอบแบบสอบถาม ส่วนของเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการได้แก่ 1) ย้ายบ้านหรือไปทำงานที่อื่น และ 2) เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุต้องได้นอนโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการอยู่อาศัย ประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัย การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยของหน่วยงานของรัฐ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัย จำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก-ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การจัดระดับคะแนนความรู้ใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹²⁾ โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (7-8 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0-6 คะแนน) หมายถึงความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการบริโภคอาหารปลอดภัย จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ได้รับมากที่สุด (4 คะแนน) ได้รับมาก (3 คะแนน) ได้รับปานกลาง (2 คะแนน) ได้รับน้อย (1 คะแนน) และไม่ได้รับ (0 คะแนน) เกณฑ์การจัดระดับแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุน แบ่งเป็น 3 ระดับ

ตามเกณฑ์ของ Best⁽¹³⁾ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.67-4.00 หมายถึง แรงสนับสนุนระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง แรงสนับสนุนระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง แรงสนับสนุนระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามนโยบายของรัฐบาลด้านการส่งเสริมและควบคุมการบริโภคอาหารปลอดภัย จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หน่วยงานมีการจัดทำสื่อ ให้ 1 คะแนน หน่วยงานไม่มีการจัดทำสื่อ ให้ 0 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน เกณฑ์การจัดระดับคะแนนนโยบายของรัฐบาลด้านการส่งเสริมและควบคุมการบริโภคอาหารปลอดภัยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹²⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน) หมายถึง นโยบายอยู่ในระดับดี คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (ระหว่าง 8-9 คะแนน) หมายถึง นโยบายอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ระหว่าง 0-7 คะแนน) หมายถึง นโยบายอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) เกณฑ์การแปลระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนใช้เกณฑ์ของ Best⁽¹³⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-4.00 หมายถึง การปฏิบัติระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง การปฏิบัติระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การปฏิบัติระดับต่ำ

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการทบทวน ศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและวิเคราะห์หาค่าความตรงของแบบสอบถาม (Index of item-objective congruence: IOC) โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.94 จึงถือว่าใช้ได้
3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน และนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และความเชื่อมั่นโดยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ผลจากการทดลองพบว่า 1) แบบสอบถามแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนการบริโภคอาหารปลอดภัยมีค่าเท่ากับ 0.75, 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนมีค่าเท่ากับ 0.83, 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยมีค่าเท่ากับ 0.80 และ 4) แบบสอบถามนโยบายของรัฐบาลด้านการส่งเสริมและควบคุมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนเท่ากับ 0.80
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ ตลอดจนชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงขั้นตอนในการทำแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยติดตามแบบสอบถามที่ตกหล่นโดยการลงไปเก็บข้อมูลซ้ำในวันถัดไป จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ความถูกต้องของแบบสอบถามทั้งหมด 377 ชุด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจแบบสอบถามและคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไว้สำหรับวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติได้แก่

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- 2) วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- 3) วิเคราะห์แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- 4) วิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- 5) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ HE-67-083 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

1. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และรับรองว่าโครงการวิจัยดำเนินไปตามหลักจริยธรรมที่เหมาะสม

1.2) ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อยื่นต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีจดหมายแนะนำการทำวิจัยอย่างเป็นทางการ

1.3) ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบ รวมถึงความลับของข้อมูลที่ได้รับ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ

1.4) ผู้วิจัยได้จัดทำแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ที่ระบุรายละเอียดของการวิจัย อย่างชัดเจน เช่น วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการถอนตัว โดยแจกให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและลงนามก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและตัดสินใจโดยสมัครใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ครบถ้วน

2. ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) ผู้วิจัยได้ชี้แจงขั้นตอนในการทำแบบสอบถามอย่างชัดเจนแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และลดความสับสนในการตอบคำถาม

2.2) ผู้วิจัยไม่มีการใช้วิธีการบีบบังคับหรือโน้มน้าวกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจสามารถปฏิเสธได้ทันที ออกจากโครงการได้เลย

2.3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเคารพในความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยชื่อ หรือข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้

2.4) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลไม่มีคำถามที่ล่อลวงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลหรือสร้างความอึดอัดใจแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าถูกต้อง ครบถ้วน โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลหรือระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.2) ผู้วิจัยใช้ข้อมูลเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และเก็บรักษาข้อมูลอย่างปลอดภัย ไม่เปิดเผยต่อบุคคลภายนอก

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.31 อายุระหว่าง 50-70 ปี ร้อยละ 57.03 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 45.89 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรมหรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัย ร้อยละ 90.72 การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยของหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 95.37

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ ระดับแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวและระดับคะแนนพฤติกรรม
การบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับสูง จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 89.92 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 9.02 และระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.06 ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยคือ 10 (IQR: 9, 11) คะแนน ระดับแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการบริโภคอาหารปลอดภัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 78.78 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 20.95 และระดับปรับปรุง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.27 ค่ามัธยฐานของคะแนนแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวคือ 3.82 (IQR: 3.72, 4.00) คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับสูง จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 74.54 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และระดับต่ำ จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.00 ค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยคือ 77 (IQR: 73, 80) คะแนน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ระดับแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวและระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร (n=377)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัย		
ต่ำ	4	1.06
ปานกลาง	34	9.02
สูง	339	89.92
ระดับแรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการบริโภคอาหารปลอดภัย		
ต่ำ	1	0.27
ปานกลาง	79	20.95
สูง	297	78.78
ระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย		
ต่ำ	0	0.00
ปานกลาง	96	25.46
สูง	281	74.54

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ($p < 0.05$) และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ($r_s = 0.147$, $p < 0.05$) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ($r_s=0.603$, $p<0.01$) และ ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยระดับบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ($n=377$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย		χ^2	p-value
	น้อยถึงปานกลาง (%)	มาก (%)		
ปัจจัยระดับบุคคล				
เพศ				
ชาย	28 (29.17)	99 (35.23)	0.318	0.278
หญิง	68 (70.83)	198 (64.77)		
สถานภาพสมรส				
สมรส	68 (70.83)	215 (76.51)	0.910	0.722
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8 (8.33)	19 (6.76)		
หม้าย	11 (11.46)	24 (6.76)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	43 (44.79)	111 (39.50)	1.606	0.642
มัธยมศึกษา	47 (48.96)	142 (50.53)		
อนุปริญญา/ปวส.	4 (4.17)	17 (6.05)		
ปริญญาตรี	2 (2.08)	11 (3.92)		
อาชีพ				
เกษตรกร	66 (68.75)	203 (72.24)	1.687	0.282
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (2.08)	8 (2.85)		
รับจ้างทั่วไป	15 (15.63)	48 (17.08)		
ค้าขาย	8 (8.33)	18 (6.41)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (5.21)	4 (1.42)		
ประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรม				
ไม่เคย	17 (17.71)	18 (6.41)	10.825	0.001**
เคย	79 (82.29)	263 (93.59)		
ปัจจัยระดับองค์กร				
การจัดทำสื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัย				
ไม่มี	10 (10.42)	13 (4.63)	4.177	0.041*
มี	86 (89.58)	268 (95.37)		

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร (n=377)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	p-value
ปัจจัยระดับบุคคล		
อายุ	-0.044	0.397
รายได้	-0.078	0.132
ระยะเวลาในการอาศัยในพื้นที่	0.063	0.220
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัย	0.147	0.004**
ปัจจัยระหว่างบุคคล		
แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว	0.603	<0.001**

**p<0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1) คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 74.54 ค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย คือ 77 (IQR: 73, 80) คะแนน เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยร้อยละ 90.72 อีกทั้งยังได้รับความรู้ผ่านการจัดทำสื่อการบริโภคอาหารปลอดภัยจากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลคำตากล้า และสำนักงานสาธารณสุขคำตากล้า คิดเป็นร้อยละ 89.92 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจารย์ ชีบังเกิด และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า นิสิตรดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน มีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.04, SD=0.43) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นัฐริกา ทองคำ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่อธิบายว่า การที่ผู้บริโภคได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อและข้อมูลข่าวสารจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารซึ่งการที่ผู้บริโภคเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารปลอดภัย⁽¹⁵⁾ ดังเช่นการศึกษาของ Luu et al.⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า การที่ผู้บริโภคได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการจัดการอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภค

2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

2.1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ 1) ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการที่ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัยถึงร้อยละ 93.90 นั้นส่งผลให้ประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.92 โดยจากผลการวิจัยในครั้งนี้ก็อธิบายได้ว่า ประชาชนสามารถนำความรู้ที่ได้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิชนันท์ ทองวงศ์ญาติ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำลูกเกด จังหวัดชุมพร โดยจากผลการศึกษาพบว่า ความรู้หรือต้นทุนทางปัญญาที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์นั้นจะทำให้เกิดการสื่อสารทางด้านพฤติกรรมที่เกิดจากการนำความรู้มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอดำรงวิทยารักษ์ จังหวัดสกลนคร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกระชับกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01($r_s=0.147$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรพรรณ ม่วงวงษา และกุลวดี เช่งวา⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ($r=0.528$, $p<0.01$) ทั้งนี้ก็อธิบายตามแนวคิด KAP model ของ Schwart⁽¹⁸⁾ ได้ว่า ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม (P) ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยมีทัศนคติ (A) เป็นตัวกลางเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมโดยทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึง การที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยจะนำไปสู่แนวโน้มของการมีพฤติกรรมที่ดีในการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอดำรงวิทยารักษ์ จังหวัดสกลนคร

2.2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนอำเภอดำรงวิทยารักษ์ จังหวัดสกลนครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจารย์ ชีบังเกิด และคณะ⁽⁹⁾ ที่แสดงให้เห็นว่า ความต้องการและแรงจูงใจในการบริโภคอาหารปลอดภัย ($r=0.379$, $p<0.01$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของนิสิตระดับปริญญาตรี และจากผลการศึกษาของ Wang et al.⁽¹⁰⁾ ที่อธิบายว่า แรงจูงใจของผู้บริโภคเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการจัดการอาหารปลอดภัย ซึ่งการที่ผู้บริโภคได้รับการสนับสนุนจากคนใกล้ชิด โดยเฉพาะคนในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หรือการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจในการเลือกอาหารที่มีคุณภาพ⁽¹⁹⁾

2.3) ปัจจัยระดับองค์กรได้แก่ การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนอำเภอดำรงวิทยารักษ์ จังหวัดสกลนครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Madjdian et al.⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การที่หน่วยงานของรัฐบาลใช้สื่อในรูปแบบต่าง ๆ ในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยให้กับผู้บริโภคนั้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพจากผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงและได้รับข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร

ปลอดภัยของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนครเป็นอย่างมาก เช่น การบริโภคตามสื่อเมื่อประชาชนเห็นภาพการบริโภคอาหารผ่านสื่อประชาสัมพันธ์จะทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลในการเลือกอาหารที่จะนำมาบริโภค เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1) การจัดทำกลยุทธ์ในการส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยจำเป็นต้องดำเนินงานในหลายระดับ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

2) การเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน ระดับองค์กร และระดับสถาบันจำเป็นต้องมีนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติในการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชน โดยการสนับสนุนพฤติกรรมที่จะช่วยให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีรวมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐบาลการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชนได้รับทราบเกี่ยวกับนโยบายด้านอาหารปลอดภัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย เช่น บทบาทของสื่อสังคมออนไลน์ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านอาหารปลอดภัย หรืออิทธิพลของความเชื่อ หรือค่านิยมทางวัฒนธรรม

2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมการบริโภคอาหารปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Global Strategy for Food Safety 2022-2030: Towards stronger food safety systems and global cooperation. [serial online]. 2022 [cited 2024 October 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057685>
2. ชูสกุล พิริยะ, ปณิธิ อัมมวิริยะ. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ ในประเทศไทย ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2565-22 กุมภาพันธ์ 2566 จากฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ กรมควบคุมโรค. วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (WESR). 2566; 54(17): 261-64].
3. Elbehiry A, Marzouk E, Moussa I, Mushayt Y, Algarni AA, Alrashed OA, et al. The Prevalence of Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii* and Its Vaccination Status among Healthcare Providers. *Vaccines (Basel)*. 2023 Jun 28;11(7):1171. doi: 10.3390/vaccines11071171.

4. Pal M, Kerorsa GB, Marami LM, Kandi V. Epidemiology, pathogenicity, animal infections, antibiotic resistance, public health significance, and economic impact of staphylococcus aureus: A comprehensive review. *Am J Public Health Res.* 2020; 8(1): 14-21. doi: 10.12691/ajphr-8-1-3.
5. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design.* London: Harvard University Press; 1979.
6. Yemane B, Tamene A. Understanding Domestic Food Safety: An Investigation into Self-Reported Food Safety Practice and Associated Factors in Southern Ethiopian Households. *Environ Health Insights.* 2022 Jun 11;16:11786302221103881. doi: 10.1177/11786302221103881.
7. Luu HP, Tran TTH, Truong TX. Factors affecting consumers' food safety behavior in Vietnam. *Food Control.* 2023; 143:109294. doi: 10.1016/j.foodcont.2022.109294.
8. Sogari G, Bogueva D, Marinova D. Australian consumers' response to insects as food. *Agriculture.* 2019; 9(5):1-15. doi: 10.3390/agriculture9050108.
9. ปาจารย์ ชิบังเกิด, ประสงค์ ต้นพิชัย, นิรันดร์ ยิ่งยวด. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. *วารสารสังคมศาสตร์วิจัย.* 2564;12(1):170-91.
10. Wang M, Bai L, Gong S, Huang L. Determinants of consumer food safety self-protection behavior--an analysis using grounded theory. *Food Control.* 2020; 113:107198. doi: 10.1016/j.foodcont.2020.107198.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970; 30:607-10.
12. Bloom, M.B. *Taxonomy of Education Objective Hand Book 1.* New York: David Mackay; 1968.
13. Best JW. *Research in Education.* Englewood Cliffs, CA: Prentice Hall; 1977.
14. นัฏฐริกา ทองคำ, จีราวรรณ ทองเจียม, ณัฐนรี จีพิมาย, บัณฑิตา เอี่ยมสอาด, รัตติญา ทองจันทร์, นนธิชา ชมชื่น และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 15 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 13-14 กรกฎาคม 2566; โรงแรม ไมด้า แกรนด์ ทวารวดี นครปฐม จังหวัดนครปฐม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 23]. เข้าถึงได้จาก: https://rdi.npru.ac.th/conference15/viewabstract.php?id_sub=0070&id_branch=7
15. Melnyk T, Tunitska Y, Banas D. Food security of Ukraine: National and global level. *Economics and Business Review.* 2023;9(3):181-205. doi: 10.18559/ebrev.2023.3

16. ปณิชนันท์ ทองวงศ์ญาติ, มิ่งขวัญ ศิริโชติ, สุรเดช สำราญจิตต์, จันทร์จारी เกตุมาโร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำลูกเกด จังหวัดชุมพร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(1):460-9.
17. อรวรรณ ม่วงวงษา, กุลวดี เช่งวา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดจันทราวาส (ศุขประสารราษฎร์) จังหวัดเพชรบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2563;5(1):1-17.
18. Schwartz NE. Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. J Am Diet Assoc. 1975 Jan;66(1):28-31.
19. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985 Sep;98(2):310-57.
20. Madjdian DS, Asseldonk VM, Talsma EF, Amenu K, Gameda BA, Girma S, et al. Impact of a mass-media consumer awareness campaign on food safety behavior and behavioral determinants among women in Dire Dawa and Harar, Ethiopia. Food Control 2024;163:110509. doi: 10.1016/j.foodcont.2024.110509.

ผลของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัยในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

ปาหนัน วรรณทักษ์*, ศศิวรรณ ทศนเยี่ยม**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัยในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองที่รับผิดชอบดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติ Wilcoxon signed rank test, Paired t-test, Mann Whitney U test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($z=-4.895$, $p\text{-value}<0.001$) ทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-9.776$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-8.170$, $p\text{-value}<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-0.202$, $p\text{-value}<0.001$) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-2.651$, $p\text{-value}<0.001$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการจัดอบรมที่เน้นการเพิ่มทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาแก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ทักษะการเฝ้าระวัง; การส่งเสริมพัฒนาการ; เด็กปฐมวัย; ผู้ปกครอง

* นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

^a Corresponding author: ศศิวรรณ ทศนเยี่ยม Email: sasiwan@snru.ac.th

รับบทความ: 4 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 16 เม.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 17 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 29 พ.ค. 68

Effects of a Parental Training Program on the Monitoring and Promotion of Expressive Language Development in Early Childhood in Waritchaphum District, Sakon Nakhon Province

Panan Worakhanthak*, Sasiwan Tassana-iem**a

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design with the objective to examine the effects of a parental training program on the monitoring and promotion of expressive language development in early childhood. Samples consisted of 68 parents or guardians responsible for the care of children aged 0–5 years who resided in Waritchaphum district, Sakon Nakhon province. They were divided into an experimental group and a comparison group, with 34 persons in each group. Intervention was a parent training program developed by the researchers, conducted over a period of 4 weeks. Data were collected using questionnaires and analyzed using statistics including frequencies, percentages, medians, minimums, maximums, Wilcoxon signed rank test, paired t-test, Mann Whitney U test, and independent t-test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher levels than those from the comparison group in these regards: knowledge ($z=-4.895$, $p\text{-value}<0.001$), skills ($t=-9.776$, $p\text{-value}<0.001$), perceived self-efficacy ($t=-8.170$, $p\text{-value}<0.001$), social support ($t=-0.202$, $p\text{-value}<0.001$), and awareness in monitoring and promoting early childhood language development ($t=-2.651$, $p\text{-value}<0.001$). Therefore, relevant agencies should continuously promote training programs that focus on enhancing parental skills in monitoring and supporting early childhood language development.

Keywords: Monitoring skills; Developmental promotion; Early childhood; Parents

* Master of Public Health Candidate, Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Sakon Nakhon Rajabhat University

** Assistant Professor, Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

^a Corresponding author: Sasiwan Tassana-iem Email: sasiwan@snru.ac.th

Received: Apr. 4, 25; Revised: Apr. 16, 25; Accepted: Apr. 17, 25; Published Online: May 29, 25

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่มีช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของพัฒนาการมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สติปัญญา และสังคม แต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมากและส่งผลต่อกันและกัน^(1,2) นอกจากนี้ ยังเป็นช่วงวัยที่พัฒนาการด้านสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุดในชีวิต ทำให้เด็กมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กในช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาอย่างเหมาะสม โอกาสทองของการพัฒนาจะไม่สามารถย้อนกลับมาได้⁽³⁾ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15.0-20.0 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติ และมากกว่าร้อยละ 25.0 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีภาวะพัฒนาการล่าช้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยได้เริ่มประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 และพบว่า มีแนวโน้มพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁽⁴⁾ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566⁽⁵⁾ แสดงให้เห็นว่า อัตราเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยลดลงจากร้อยละ 82.5 ในปี พ.ศ. 2564 เหลือเพียงร้อยละ 81.3 ในปี พ.ศ. 2566 โดยมีเด็กที่สงสัยว่าพัฒนาการล่าช้าสูงถึงร้อยละ 23.0 และพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าสูงสุดด้านการใช้ภาษา (Expressive language: EL) ร้อยละ 75.0 เมื่อพิจารณาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565 พบว่าแนวโน้มพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่ไม่สมวัยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยอยู่ที่ร้อยละ 61.6, 67.2, 71.2 และ 75.3 ตามลำดับ⁽⁶⁾

จากสถานการณ์การพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 ข้อมูล 3 ปีย้อนหลังพบว่าพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มต่ำลง ซึ่งพบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 72.9, 69.0 และ 64.1 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 86.0) และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 20.2, 20.2 และ 21.2 ตามลำดับ และด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดคือ พัฒนาการด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 40.3 44.4 และ 52.3 ตามลำดับ⁽⁶⁾ เด็กจำนวนมากมีพัฒนาการที่ล่าช้าในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านการใช้ภาษา ตามผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กของปฐมวัย ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่ที่ร้อยละ 21.2 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ⁽⁵⁾

การดำเนินงานที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีคัดกรองพัฒนาการเด็กตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental surveillance and promotion manual; DSPM) และจัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการสำหรับเด็กที่พบความเสี่ยง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่ นอกเหนือการพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁾ แต่พบว่า ผู้ปกครองจำนวนมากยังไม่สามารถใช้คู่มือ DSPM ได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และขาดความมั่นใจในการนำไปใช้จริงที่บ้าน ส่งผลให้เด็กบางคนได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว แต่พัฒนาการยังไม่ดีขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการและความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence quotient; IQ) ของเด็กปฐมวัยคือการเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง⁽⁸⁾

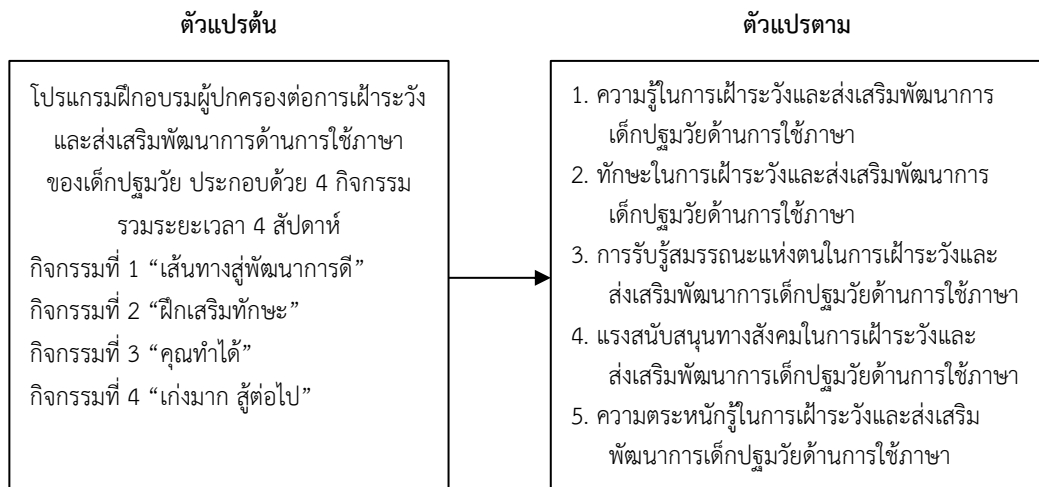
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง การเล่านิทาน การจัดการเรียนรู้ การเล่นกับเด็ก การอ่านหนังสือสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก⁽⁷⁾ และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก การเลี้ยงดูที่ดีต้องมีรากฐานจากความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงระหว่างเด็กและพ่อแม่ตั้งแต่ขวบปีแรก ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นใจและความกล้าในการเรียนรู้ของเด็ก⁽⁸⁾ แต่ปัจจุบันพบว่าพ่อแม่หรือผู้ปกครองขาดความรู้และทักษะสำคัญในการเลี้ยงดู เช่น ไม่สามารถใช้คู่มือ DSPPM ในการสื่อสารกับเด็ก การให้เด็กใช้โทรศัพท์ตั้งแต่อายุน้อย และการขาดการดูแลด้านอาหารและสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าและระดับสติปัญญาที่ลดลง⁽⁹⁾ จากการดำเนินการที่ผ่านมา มีการจัดอบรมให้กับผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้สื่อและกิจกรรมที่ออกแบบโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องทำให้ผลลัพธ์ของโปรแกรมไม่ยั่งยืน

จากการทบทวนเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองส่งผลให้คะแนนความรู้ด้านภาษาสูงขึ้น⁽¹¹⁾ พร้อมกับระดับความพึงพอใจที่สูง นอกจากนี้การประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็ก และเด็กมีพัฒนาการด้านภาษาที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน⁽¹²⁾ จากงานวิจัยที่มีมาก่อน ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของผู้ปกครองควบคู่กับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัยได้อย่างประสิทธิผล

การส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้นั้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Bandura⁽¹³⁾ ผู้ปกครองต้องมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองให้เฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการผู้ปกครองสามารถเสริมสร้างความเชื่อมั่นนี้ได้ผ่านประสบการณ์ตรง การสังเกตผู้อื่น คำแนะนำและการชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ นอกจากนี้ ต้องมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ที่จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูล อารมณ์ เครื่องมือ และการประเมินผล⁽¹⁴⁾ ที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข จากสถานการณ์ข้างต้นจะพบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่หลากหลายรูปแบบ แต่จากสถิติยังพบว่าเด็กปฐมวัยยังคงมีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังมีข้อจำกัด การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาสำหรับผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านการใช้ภาษาได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง เพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัยในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน⁽¹³⁾ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ ควบคู่กับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental surveillance and promotion manual; DSPM) ตามแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽¹⁵⁾ รวมถึงวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัย ครอบคลุม ความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัย ครอบคลุม ความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. แรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
5. ความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two-group pre- and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครองที่รับผิดชอบดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภวาริชภูมิ มีจำนวนทั้งหมด 2,144 คน⁽¹⁶⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่รับผิดชอบดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภวาริชภูมิ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 34 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้กลุ่มละ 27 คน ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10⁽¹⁷⁾ เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 68 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก จากนั้นจับฉลากครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง จับฉลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้ทะเบียนรายชื่อเด็ก 0-5 ปี ใช้สูตรคำนวณเป็นบัญชีเลขสุ่ม และการกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) สำหรับลำดับการสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีระยะห่างจากลำดับก่อนหน้า 7 หน่วยนับ จนครบ 34 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ปกครองที่รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กที่มีอายุ 0-5 ปี ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อาศัยอยู่ในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

- 2) สามารถพูด อ่าน เขียนหนังสือ และสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน
- 3) ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกระบวนการตามระยะเวลาทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีความพิการทางด้านร่างกายและสติปัญญา ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านการได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการพูด และภาษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁽¹³⁾ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ ใช้แนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽¹⁵⁾ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัย

ลำดับ/ ชื่อกิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	ระยะเวลา ที่ใช้
1 เส้นทางสู่ พัฒนาการดี	1. กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตนเองเพื่อสะท้อนคิดให้ตระหนักถึงปัญหาพัฒนาการของเด็กปฐมวัยจากประสบการณ์ที่ผ่านมา 2. บรรยายให้ความรู้ผ่านสื่อวีดีโอเรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสื่อบุคคลโดยการจับคู่หูหรือเพื่อนร่วมคิด (Buddy) ฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ 3. กิจกรรมกลุ่มสร้างเสริมความมั่นใจผู้ปกครองโดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ชื่นชมให้กำลังใจกัน และมอบแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติที่บ้าน	5 ชั่วโมง
2 ฝึกเสริมทักษะ	ผู้ปกครองฝึกสังเกตและส่งเสริมพัฒนาการด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมเขียนบันทึกกิจกรรมแต่ละวันลงในแบบบันทึกการปฏิบัติเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีคู่มือและเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ติดตามทางโทรศัพท์ แนะนำ กระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษา 2 ครั้ง	วันละ 2 ชั่วโมง (1 สัปดาห์)

ตารางที่ 1 (ต่อ) โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัย

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	ระยะเวลา ที่ใช้
3 คุนทำได้	กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และตรวจสอบการบันทึกการปฏิบัติการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองเพื่อดูว่าได้ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านทักไว้หรือไม่ หากผู้ปกครองมีการปฏิบัติได้ดีจะให้การยกย่องชมเชย หรือหากผู้ปกครองที่ยังปฏิบัติไม่ได้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และคู่หจะช่วยให้คำแนะนำและให้กำลังใจ	2 ชั่วโมง
4 เก่งมากสุดต่อไป	กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความก้าวหน้าของตนเองและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปกครองท่านอื่นเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ และสร้างความมั่นใจในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ และให้ผู้ปกครองสุ่มจับการ์ดคำพูดโดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และคู่หสะท้อนประสบการณ์ร่วมกันและกล่าวชมเชยเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ และสร้างความมั่นใจ	2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ และ

2) แบบประเมินทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง โดยการเปรียบเทียบความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง ได้ทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูล (Test of normality) พบว่ามีการแจกแจงไม่ปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และการเปรียบเทียบทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนัก

รู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง มีการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการเปรียบเทียบความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองได้ทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่ามีการแจกแจงไม่ปกติดังนั้นจึงใช้สถิติ Mann Whitney U test และการเปรียบเทียบทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Independent t test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัยนำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.87 แสดงว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีความสอดคล้องเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ ตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา (Item objective congruence index: IOC) ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แสดงว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหาเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม

การตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและได้รับการตรวจสอบด้านความตรงซึ่งได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในตำบลปลาไหล อำเภовาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ที่ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson-20: KR-20) ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ และแบบประเมินทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง ได้เท่ากับ 0.758 และ 0.787 ตามลำดับ และวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง ได้เท่ากับ 0.881, 0.861 และ 0.845 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการตอบแบบสอบถาม (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มทดลอง จากนั้นกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบริการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามปกติ และตอบแบบสอบถาม (Post-test) หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยการตอบแบบสอบถาม (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มทดลอง หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัย รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ 010/2568 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 ภายหลังจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต และมีสิทธิถอนตัวเมื่อใดก็ได้ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกรับเป็นความลับ ซึ่งจะใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม มีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจนสามารถระบุตัวตน การวิจัยนี้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทุกคนที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกมีสิทธิ์ที่จะถูกเลือกอย่างเท่าเทียมกัน และหลังการวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบหรือผู้ปกครองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลทางเอกสารต่าง ๆ ที่เทียบเท่ากับที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ร้อยละ 73.53 (Median=52, Min=21, Max=62) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79.41 ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.12 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.35 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 44.12 (Median=5,000, Min=2,400, Max=20,000) ส่วนใหญ่เคยดูแลเด็กอายุ 0-5 ปีมาแล้ว 3 คน ร้อยละ 52.94 เด็กที่ดูแลส่วนใหญ่อายุระหว่าง 12-36 เดือน ร้อยละ 55.88 เกี่ยวข้องเป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย มากที่สุด ร้อยละ 88.24 และเคยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ร้อยละ 55.88

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.35 ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ร้อยละ 61.76 (Median=55, Min=22, Max=73) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79.41 ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.88 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.41 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 59.94 (Median=5,000, Min=600, Max=30,000) ส่วนใหญ่เคยดูแลเด็กอายุ 0-5 ปีมาแล้ว 2 คน ร้อยละ 38.24 เด็กที่ดูแลส่วนใหญ่อายุมากกว่า 36 เดือน ร้อยละ 58.82 เกี่ยวข้องเป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย มากที่สุด ร้อยละ 58.82 และเคยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ร้อยละ 55.88

การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า อายุ ($t=0.369$, $p\text{-value}=0.713$) จำนวนเด็กอายุ 0–5 ปี ที่เคยดูแล ($t=1.746$, $p\text{-value}=0.085$) และการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($t=0.500$, $p\text{-value}=1.000$) ไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 (Min=4, Max=12) หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11 (Min=8, Max=12) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา สูงกว่าก่อนการทดลอง ($Z=-4.726$, $p\text{-value}<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตาราง 2

ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 5.53 (SD=1.38) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 23.50 (SD=5.17) แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 27.32 (SD=6.58) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาเท่ากับ 30.97 (SD=4.23) และหลังการทดลองผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 8.41 (SD=1.46) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 32.18 (SD=5.25) แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 40.62 (SD=3.86) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาเท่ากับ 39.94 (SD=4.02) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-9.776$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-0.795$, $p\text{-value}=0.430$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-0.202$, $p\text{-value}<0.001$) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-2.651$, $p\text{-value}<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ($n=34$)

ความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา	Median	Min-Max	z	p-value
ก่อนทดลอง	9	4-12	-4.726 ^b	<0.001*
หลังทดลอง	11	8-12		

*ค่ามีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ^b Based on negative ranks = ความรู้หลังการทดลอง > ความรู้ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=68)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
ทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา				
ก่อนทดลอง	5.53	1.38	-9.776	<0.001*
หลังทดลอง	8.41	1.46		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา				
ก่อนทดลอง	23.50	5.17	-8.170	<0.001*
หลังทดลอง	32.18	5.25		
แรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา				
ก่อนทดลอง	27.32	6.58	-11.674	<0.001*
หลังทดลอง	40.62	3.86		
ความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา				
ก่อนทดลอง	30.97	4.23	-9.613	<0.001*
หลังทดลอง	39.94	4.02		

*ค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 (Min=4, Max=12) หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11 (Min=8, Max=12) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีค่า มัธยฐานเท่ากับ 9 (Min=4, Max=12) หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 (Min=4, Max=12) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้านการใช้ภาษาก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีความรู้ในการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาไม่แตกต่างกัน ($z=-0.962$, $p\text{-value}=0.336$) และภายหลัง การทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($z=-4.895$, $p\text{-value}<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test (n=68)

ความรู้ในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=34)		z	p-value
	Median	Min-Max	Median	Min-Max		
ก่อนทดลอง	9	4-12	9	4-12	-0.962	0.336
หลังทดลอง	11	8-12	9	4-12	-4.895	<0.001*

*ค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 5.53 (SD=1.38) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 23.50 (SD=5.17) แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 27.32 (SD=6.58) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาเท่ากับ 30.97 (SD=4.23) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 8.41 (SD=1.46) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 32.18 (SD=5.25) แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 40.62 (SD=3.86) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาเท่ากับ 39.94 (SD=4.02) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองของทักษะเท่ากับ 5.91 (SD=2.18) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 24.41 (SD=4.25) แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 27.65 (SD 6.66) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาเท่ากับ 33.62 (SD=4.01) และหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 6.29 (SD=1.77) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 24.62 (SD=4.01) แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 27.79 (SD=6.49) และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาเท่ากับ 33.59 (SD=4.40)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง พบว่ามีทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-0.865$, $p\text{-value}=0.390$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-0.795$, $p\text{-value}=0.430$) และแรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-0.202$, $p\text{-value}=0.841$) ไม่แตกต่างกัน แต่ความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=-2.651$, $p\text{-value}=0.010$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=5.388$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=6.670$, $p\text{-value}<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=9.897$, $p\text{-value}<0.001$) และความตระหนักรู้

ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษา ($t=6.493$, $p\text{-value}<0.001$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t test ($n=68$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=34)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย						
ก่อนทดลอง	5.53	1.38	5.91	2.18	-0.865	0.390
หลังทดลอง	8.41	1.46	6.29	1.77	5.388	<0.001*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย						
ก่อนทดลอง	23.50	5.17	24.41	4.25	-0.795	0.430
หลังทดลอง	32.18	5.26	24.62	4.01	-8.170	<0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย						
ก่อนทดลอง	27.32	6.58	27.65	6.66	-0.202	0.841
หลังทดลอง	40.62	3.86	27.79	6.49	9.897	<0.001*
ความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย						
ก่อนทดลอง	30.97	4.23	33.62	4.01	-2.651	0.010*
หลังทดลอง	39.94	4.02	33.59	4.40	-9.613	<0.001*

* คำนวณด้วยค่าทางสถิติ 0.05

การอภิปรายผล

โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัยใช้แนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽¹⁵⁾ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁽¹³⁾ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักรู้ของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁽¹³⁾ ที่เสนอทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-efficacy theory) กล่าวว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเชิงบวกและสามารถดำเนินกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองผ่านกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การเรียนรู้จากแบบอย่าง การให้กำลังใจด้วยวาจา และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มระดับสมรรถนะตนเองของบุคคล นอกจากนี้การที่ผู้ปกครองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาจเป็นผลมาจากการบูรณาการ

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านเครื่องมือและทรัพยากรและการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽¹⁴⁾

คะแนนความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน สอดคล้องกับของ มารุต ภูเพนียด และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพ ผู้ปกครองที่ได้รับการอบรมมีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ดีขึ้น การอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ปกครองสามารถเพิ่มระดับความรู้และทักษะของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญ การออกแบบโปรแกรมที่เน้นกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การฝึกปฏิบัติจริงและการใช้สื่อประกอบช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ตรง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมหญิง สังข์ขาว และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแล ทำให้ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าสร้างการรับรู้สมรรถนะผ่านกระบวนการสอนสาธิต การฝึกทักษะ และการทบทวนประสบการณ์จากความสำเร็จที่ผ่านมา ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแลเมื่อนำความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กนอกจากนี้การติดตามเยี่ยมบ้านยังช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจสภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มทดลองอย่างแท้จริง ทำให้สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมการพูดคุยอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมการใช้ศักยภาพสูงสุด ส่งผลให้ทั้งเด็กปฐมวัยและผู้ดูแลสามารถตอบสนองตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และสอดคล้องกับสมมติฐานของการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ การเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างใกล้ชิดในงานวิจัยยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ ความเข้าใจบริบท และการให้คำแนะนำที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร มั่งมี และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรม และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรม และทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ และทรัพยากร

จากสังคมช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการดูแลเด็ก ซึ่งส่งผลให้เด็กได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมตามวัย โดยเฉพาะการได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากบุคลากรหรือเครือข่ายสังคมรอบตัว ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความกังวลของผู้ดูแล

นอกจากนี้ความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการใช้ภาษาของผู้ปกครองภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีแนบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูล ความรู้ และการสร้างความเข้าใจในประเด็นด้านพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ปกครองตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กปฐมวัยสอดคล้องกับการศึกษาของของ มาร์ต ภูพะเนียด, ศรีสุรางค์ เคหะนาค และจันทภา จวนกระว้าง⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองต่อความรู้และทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มความตระหนักรู้และความรู้ของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งความตระหนักรู้ดังกล่าวสามารถเพิ่มขึ้นได้จากการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ปกครองผ่านโปรแกรมอบรมหรือสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดที่ว่า โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองที่ผสมผสานแนวคิดด้านพัฒนาการเด็ก ทฤษฎีการเรียนรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถยกระดับความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเฉพาะด้านการใช้ภาษา จึงนำไปใช้ได้เฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น
2. ควรออกแบบกิจกรรมหรือสื่อที่ช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นการส่งเสริมแรงสนับสนุนในโปรแกรมนั้นโดยสามารถพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอสั้น อินโฟกราฟิก หรือแอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ง่ายและสะดวกขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บูรณาการโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเข้าสู่ระบบบริการปฐมวัย โดยส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข
2. ควรมีนโยบายในการพัฒนา "ครูพี่เลี้ยง" หรือ "อาสาสมัครครอบครัว" ที่สามารถเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ปกครองในพื้นที่ และมีคู่มือหรือเครื่องมือการประเมินพัฒนาการด้านภาษาแบบเข้าใจง่าย สำหรับครอบครัวทั่วไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และประเมินผลสัมฤทธิ์ในบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการเลี้ยงดู และทัศนคติของผู้ปกครองเพื่อนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัจจัยเหล่านั้น
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพัฒนาการด้านอื่น ๆ โดยพิจารณาจากสถิติและผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เป็นปัญหาสำหรับเด็กปฐมวัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ที่ปรึกษา สำหรับการให้คำปรึกษา แนะนำตลอดกระบวนการทำวิจัย และที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064>
2. พิชาย ญ พัทลุง, สุทธิณี ญ พัทลุง. ดนตรีมีส่วนพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวในเด็กปฐมวัยอย่างไร. วารสาร มจร อุบลราชธานี. 2566; 8(1):675-83.
3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2563.
4. เป็ญจมาศ สติลปราโมทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(3):114-27.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดสกลนคร. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566.
7. นิชกุล พิชายาญ, กิตติพงษ์ สอนล้อม, ศิริภัทรา จุฑามณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2566; 31(3):128-42.
8. ประดับ ศรีหมื่นไวย, ชัชฎา ประจูดทะเล, อัญชลี ภูมิจันทิก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็ก เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(2):635-50.
9. เอกชัย สิววงศ์กิจ. ปัญหาและแนวทางแก้ไขการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย. วารสารสุขภาพชุมชน. 2563; 36(4):410-25.

10. ดวงพร มั่งมี, ชุติมา เพ็งใหญ่, วรัญญา ชุมประเสริฐ, ชัญญานุช เครือหลี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรม และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กในตำบลชัยบุรี อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2567; 11(3): 1-11.
11. อรุณศรี กัณวเศรษฐ, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, สุภาวดี เครือโชติกุล. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย. วารสารการพยาบาล. 2561; 20(1): 40-53.
12. อรทัย วงศ์พิกุล. ผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4 สำหรับเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา. 2566; 2(2): 23-38.
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
14. House JS. Work Stress and Social Support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
15. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2566.
16. สำนักงานสาธารณสุขอำเภวาริชภูมิ. ทะเบียนข้อมูลเด็กอายุ 0-5 ปี อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ปี 2567. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขอำเภวาริชภูมิ; 2567.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
18. มารุต ภูพะเนียด, ศรีสุรางค์ เคหะนาค, จันทภา จวนกระจ่าง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองต่อความรู้และทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง. วารสารมหาวิทยาลัยศรีเตียน. 2567; 30(2):77-91.
19. สมหญิง สังข์ขาว, คັນสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กขาดประสิทธิภาพ อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารแพทยธานี. 2565; 49(1):95-117.

บทความวิชาการ

ตำรับยาจีนเขียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาโรคซึมเศร้า

ศญาดา ด้านไทยวัฒนา^a, วันฉัตร โสฬส^{**}, มัทนพัชร แพรเจริญ^{***}

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอตำรับยาจีนเขียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน โดยการใช้ยาจีนตำรับยาจีนเขียวเหยาซ่าน (逍遙散) เนื่องจากการใช้ยาสมุนไพรเป็นการรักษาโรคอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งยังไม่เป็นที่รู้จักในประเทศไทยมากนัก ซึ่งวิธีการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรจะมีผลข้างเคียงค่อนข้างต่ำ จึงเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทความนี้มีเนื้อหาที่ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับยาจีนเขียวเหยาซ่าน (逍遙散) และงานวิจัยเกี่ยวกับยาจีนตำรับเขียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางการรักษาอีกวิธีที่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงค่อนข้างต่ำ ผู้เขียนหวังว่าบทความฉบับนี้จะประโยชน์แก่ผู้อ่านและผู้สนใจไม่มากนัก

คำสำคัญ : ตำรับยาจีนเขียวเหยาซ่าน (逍遙散); การรักษาโรค, โรคซึมเศร้า

^a อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนจีน คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

^{**} อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

^{***} อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนจีน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

^a Corresponding author: ศญาดา ด้านไทยวัฒนา Email: sayada2829@hotmail.com

รับบทความ: 19 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 20 เม.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 21 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 พ.ค. 68

Review Article

Chinese Herbal Formula Xiao Yao San (逍遙散) in the Treatment of Depression

Sayada Danthaiwattana^{*a}, Wanchat Solod^{**}, Mattanapat Phraecharoen^{***}

Abstract

The objective of this review article is to present the Chinese herbal formula Xiao Yao San (逍遙散) in the treatment of depression. The article provides a guideline for treating depression with a treatment method based on traditional Chinese medicine, using the Chinese Medicine formula Xiao Yao San (逍遙散), because using herbal medicine is another form of disease treatment that is not yet well known in Thailand. The benefits of this herbal medicine treatment include it has relatively few side effects, therefore it is a suitable treatment method for patients with depression.

This article presents the contents including depression, treatment of depression with TCM, treatment of depression with Xiao Yao San (逍遙散) Chinese herbal formula, and research on Xiao Yao San (逍遙散) Chinese herbal formula in treating depression. To be another treatment method that is safe and has relatively few side effects. The author hopes that this article will be of some use to readers and those interested.

Keywords: Chinese herbal formula Xiao Yao San (逍遙散); Disease treatment; Depression

^{*} Instructor of Traditional Chinese Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

^{**} Instructor of Sports and Exercise Sciences, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

^{***} Instructor of Traditional Chinese Medicine, Faculty of Science, Chandrakasem Rajabhat University

^a Corresponding author: Sayada Danthaiwattana Email: sayada2829@hotmail.com

Received: Mar. 19, 25; Revised: Apr. 20, 25; Accepted: Apr. 21, 25; Published Online: May 28, 25

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความสำคัญ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของทั่วโลก ในปี 2562 องค์การอนามัยโลกระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกมีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 970 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ สถานการณ์ดังกล่าวรุนแรงขึ้นเมื่อโลกเผชิญกับวิกฤต COVID-19 ที่ส่งผลให้ประชาชนทั่วโลกเกิดความวิตกกังวลและได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการมากขึ้น จากจำนวน 1.3 ล้านคนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็น 2.8 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และ 2.9 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566⁽²⁾ และจากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย (Mental health check in: MHCI) พบว่า ในไตรมาสสาม ปี 2567 มีผู้เข้ารับการประเมินจำนวน 1.8 แสนคน โดยร้อยละ 8.6 เป็นผู้ที่เสี่ยงซึมเศร้า ซึ่งเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนที่มีสัดส่วนร้อยละ 7.5 ขณะที่ผู้ที่มีความเครียดสูงมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 8.1 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 4.7⁽³⁾ และเมื่อเกิดโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อบุคคล เช่น ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคิด ความรู้สึก ร่างกายและพฤติกรรม ทำให้บุคคลรู้สึกทุกข์ทรมาน รู้สึกหมดหวัง ชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกสิ้นหวังความสามารถประสิทธิภาพในการทำหน้าที่การงานลดลง แบบแผนการนอนและการรับประทานอาหารแปรปรวน และมีผลกระทบที่รุนแรงต่อบุคคลคือการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่ลงมือกระทำการฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่รักษาได้เพียงแต่ผู้ป่วยเองหรือผู้ใกล้ชิด ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และให้ความช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ ก่อนที่จะเกิดเรื่องน่าเศร้าขึ้น⁽⁴⁾

โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสมองในส่วนที่มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพทางกาย แต่ที่คนส่วนใหญ่รู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามักจะนึกถึงเพียงอาการหรือสภาพจิตใจที่เปลี่ยนไป จึงคิดว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติ หรือการได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ และจะสามารถรักษาหรือแก้ไขได้ด้วยการให้กำลังใจ ซึ่งในความจริงแล้ว โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท 3 ชนิด คือ เซโรโทนิน (Serotonin) นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดพามีน (Dopamine) จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ เพราะนอกจากจะต้องบำบัดอย่างถูกวิธีแล้วยังอาจจะต้องใช้ยาในการรักษาโรคร่วมด้วย⁽⁵⁾

และในทางการแพทย์แผนจีนโรคซึมเศร้าหรือ “อวิเจ้ง” คือกลุ่มอาการโรคที่มีลักษณะเด่นทางคลินิก คือ รู้สึกอึดอัด อารมณ์แปรปรวน แน่นหน้าอก ปวดตึงทรวงอกและซี่ข้าง โหม่งง่าย หรือรู้สึกเหมือนมีก้อนติดในคอ มักมีสาเหตุมาจากซี่ (ลมปราณ) ติดขัด การเสียสมดุลของภาวะอิน-หยาง ซี่ (ลมปราณ) และเลือดของจั้งฝู (อวัยวะภายใน)⁽⁶⁾ โดยหลักการรักษาโรคซึมเศร้าในศาสตร์การแพทย์แผนจีนใช้หลัก กระตุ้นการหมุนเวียนลมปราณสลายอาการอุดกั้น (理气开郁) ปรับสมดุลระบบหมุนเวียนลมปราณ (调畅气机) ปรับจิตใจให้ผ่อนคลาย (怡情易性) คือ หลักการปรับสมดุลระบบการหมุนเวียนซี่ (ลมปราณ) ในร่างกายเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้า และผ่อนคลายอารมณ์ซึ่งการรักษาในศาสตร์แพทย์จีนแบ่งเป็นการรักษา

ภายนอก และภายใน การรักษาภายนอกจะหมายถึงการรักษาด้วย การฝังเข็มและนวดทุยหนา ส่วนการรักษาภายในจะหมายถึงการใช้ยาจีนในการรักษา⁽⁷⁾

จากข้อมูลข้างต้น ผู้เขียนบทความในฐานะบุคลากรทางการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคด้วยวิธีธรรมชาติ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีผลข้างเคียงค่อนข้างต่ำ จึงเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื้อหาในบทความนี้เป็นการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับยาจีนตำรับเซียวเหยาซาน (逍遙散) ในการรักษาและบรรเทาอาการซึมเศร้า เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า มักจะหมายถึง ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า เป็นอารมณ์ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง บางคนขาดความสนใจต่อกิจกรรมที่เคยก่อให้เกิดความเพลิดเพลินใจอารมณ์ซึมเศร้าจะต้องมีอาการปรากฏอย่างน้อย 2 สัปดาห์ บางรายมีอาการนานกว่า 2 เดือน และ มีการเปลี่ยนแปลงในอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยจากอาการเหล่านี้⁽⁸⁾ ได้แก่

1. มีการเปลี่ยนแปลงด้านการนอนหลับแย่ง ความอยากอาหารหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงสมาธิเปลี่ยนไป
2. เคลื่อนไหวเชื่องช้าลงหรืออยู่นิ่งเฉยไม่ได้
3. รู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าอย่างมาก
4. มีความคิดอยากตาย

ดังนั้นโรคซึมเศร้าถือว่าเป็นพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่มารับบริการมักจะอธิบายถึงความรู้สึกตนเองว่าซึมเศร้า สิ้นหวัง ท้อใจ หรือเหมือนถูกทิ้งในกองขยะ บางครั้งอารมณ์ซึมเศร้าอาจปรากฏที่สีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย หากมีอาการรุนแรง อาจพบอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น หลงผิด หูแว่วประสาท หลอน ฯลฯ

สาเหตุ ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลาย ๆ ปัจจัยทั้งจากด้านกรรมพันธุ์ การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองบางตัวเป็นต้น ปัจจัยสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า⁽⁹⁾ ได้แก่

1. กรรมพันธุ์ พบว่า กรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกรณีของผู้ที่มีอาการเป็นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง
2. สารเคมีในสมอง พบว่า ระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญ ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลงรวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ยาแก้ซึมเศร้าที่ใช้กันนั้นก็ออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

3. ลักษณะนิสัย บางคนมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง ถูกทอดทิ้งก็มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาการอาจมาจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า⁽⁹⁾ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออกสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า เชื่องช้า วิดกกังวล หงุดหงิดโกรธง่าย เบื่อ หดความสนใจต่อ สิ่งต่าง ๆ รู้สึกว่างเปล่า ส่วนอาการกระวนกระวายกระสับกระส่าย อาจเกิดขึ้นได้บ้าง ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำหน้าที่การทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนทางอารมณ์และร่างกายผู้ที่มีอาการซึมเศร้านั้นไม่สามารถอธิบายอารมณ์เศร้าของตนออกมาได้ แต่จะแสดงอาการในลักษณะรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขกับชีวิต ไม่สนุกสนานกับชีวิต ร้องไห้บ่อย

ประเภทและชนิดของภาวะซึมเศร้า⁽⁹⁾ สามารถจัดแบ่งประเภทออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้าประเภทที่เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคประสาทซึมเศร้าหรือเศร้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว 2) ภาวะซึมเศร้าประเภทที่เป็นการตอบสนอง ต่อสถานการณ์ ประสบการณ์ในชีวิต เช่น ภาวะการปรับตัวผิดปกติร่วมกับการมีอารมณ์เศร้าภาวะเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย

การประเมินภาวะซึมเศร้า⁽⁹⁾ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้านั้นแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self-rating scale) และแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Interviewer and observer rated scale)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า⁽⁹⁾ สามารถก่ออันตรายให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ได้แก่ 1) ผลกระทบระดับบุคคล เช่น ผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม อุบัติเหตุ 2) ผลกระทบระดับครอบครัว มีความเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพ ครอบครัวมักแยกตัวจากสังคม ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลหรือความรับผิดชอบทาง ด้านเศรษฐกิจที่สูงขึ้น 3) ผลกระทบกับชุมชน สังคม และประเทศชาติ สัมพันธภาพทางสังคมระหว่างผู้ป่วย กับบุคคลอื่นบกพร่องทำให้ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่วนผลกระทบต่อประเทศชาติก่อให้เกิดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจทำให้ประเทศชาติต้องสิ้นเปลืองงบประมาณและค่าใช้จ่าย

การรักษาโรคซึมเศร้า⁽¹⁰⁾

เนื่องจากอาการซึมเศร้าเกิดได้จากทั้งการมีปัญหาด้านจิตสังคมและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ดังนั้น การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือ การรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจการรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วย การให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การให้ยาต้านโรคจิต (กรณีมีประสาทหลอน หลงผิดร่วมด้วย) ส่วนการรักษาทางจิตใจ ได้แก่ จิตบำบัด การให้การปรึกษาแก้ไขปัญหาด้านสังคมจิตใจ และการเรียนรู้ทักษะจัดการความเครียด

สำหรับอาการซึมเศร้าระดับน้อย การออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ดี จากการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายได้ผลดีพอ ๆ กับการใช้ยาถ้าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานพอ

และเนื่องจากในการรักษาโรคซึมเศร้าอาจมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและคนไข้ต้องไปพบแพทย์เพื่อนัดหมายและปรับเปลี่ยนขนาดยาตามอาการ ทั้งยังไม่สะดวกใจในการเดินทางไปพบแพทย์แผนกโรคทางด้านจิตเวช เพราะอาจถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานได้ ผู้ป่วยบางส่วนจึงไม่ยอมรับการรักษาหรือหากรักษาก็อาจเลือกที่จะไปคลินิกแทน ซึ่งปัจจุบันคลินิกเฉพาะทางที่เปิดทำการรักษาโรคทางจิตเวช ก็มีค่อนข้างน้อยและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ด้วยเหตุนี้อาจทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษ และส่งผลกระทบต่ออื่น ๆ ตามมา

การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

โรคซึมเศร้าหรืออวิเจ็ง คือ กลุ่มอาการโรคที่มีลักษณะเด่นทางคลินิก คือ รู้สึกอัดอั้น อารมณ์แปรปรวน แน่นหน้าอก ปวดตึงทรวงอกและสี่ข้าง โมห่ง่าย หรือรู้สึกเหมือนมีก้อนติดในคอ มักมีสาเหตุมาจากชี่ (ลมปราณ) (ลมปราณ) ตืดขัด การเสียสมดุลของภาวะอิน-หยาง ชี่ (ลมปราณ) เลือดของจิ้งผู้ (อวัยวะภายใน)⁽⁶⁾ ในคัมภีร์หวงตี้เนยจิง (黄帝内经) ได้มีการพบบันทึกโรคที่ชื่อว่าอวิเจ็ง หรือโรคซึมเศร้า หากแต่มีการอธิบายเกี่ยวกับชี่ (ลมปราณ) และเลือดของอวัยวะภายในที่ตืดขัด และได้บันทึกเกี่ยวกับอวิเจ็งว่า มีสาเหตุจากอารมณ์ ดังแสดงในคัมภีร์เนยจิงภาคหลังซู “ความคิดมาก วิตกกังวล ทำให้การไหลเวียนของชี่ (ลมปราณ) ตืด” ต่อมาในสมัยราชวงศ์หยวน ได้มีการบันทึกถึงโรคซึมเศร้าในตำราต๋านซีซินฝ่า (丹溪心法) “ภาวะซึมเศร้าเกิดจากตืดขัด แน่นไม่แพร่กระจาย ควรขึ้นแต่ไม่ขึ้น ควรลงแต่ไม่ลง ควรเป็นเย็นลงแต่ไม่เย็นเปลี่ยนแปลง การหมุนเวียนเสียสมดุล เกิดเป็นอวิทั้งหกชนิด” กล่าวถึงการตืดขัดของชี่ (ลมปราณ) เลือด ไฟ อาหาร ความชื้นและเสมหะ และเกิดเป็นหลักการในการตั้งตำรับยาเยว่วจิวหวาน (越鞠丸)⁽⁶⁾

สาเหตุโรคซึมเศร้า⁽⁷⁾

สาเหตุของโรคในทางการแพทย์แผนจีน หมายถึง อารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งในอารมณ์ทั้งเจ็ดที่ถูกกระทบมากเกินไปตัวอย่างเช่นอารมณ์เศร้า อารมณ์ครุ่นคิด อารมณ์โมโหที่มากเกินไปทำให้กลไกชี่ (ลมปราณ) ในร่างกายเสียสมดุลชี่ (ลมปราณ) ตืดขัด ทำให้เกิดภาวะอัดอั้นเกิดขึ้นจากปัจจัยทางด้านสภาพร่างกาย การเกิดภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสภาวะพื้นฐานของคนไข้ค่อนข้างมาก เช่น คนไข้ที่มีภาวะร่างกายพร่อง อ่อนแรง ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ เมื่อมีอะไรมากระทบอารมณ์ ก็จะทำให้ง่ายต่อการเกิดภาวะอัดอั้น หรือคนที่มีความแข็งแรงร่างกายเจ็บป่วย เลือดและลมปราณของอวัยวะภายในสูญเสียสมดุลก็เป็นปัจจัยหลักให้เกิดอาการอัดอั้นได้ และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

กลไกการเกิดโรคพื้นฐานของภาวะซึมเศร้า⁽⁷⁾

เกิดจากกลไกของชี่ (ลมปราณ) เกิดการอัดอั้นการทำงานของอวัยวะภายในสูญเสียสมดุลเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะของโรคที่เกิดจากชี่ (ลมปราณ) เลือดเสมหะ ความชื้น อาหารการกิน และไฟความร้อนเป็นพื้นฐานและอารมณ์ที่ได้รับการกระตุ้นหรือได้รับการกระทบกระเทือนด้านอารมณ์ที่มากเกินไป

หรือสามารถเรียกง่าย ๆ ว่า ได้รับบาดเจ็บด้านอารมณ์ เป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเริ่มจากตัวอวัยวะตับสูญเสียสมดุล สูญเสียการหมุนเวียนในระบบภายในร่างกาย โดยการแพทย์แผนจีนเชื่อว่าลมปราณตัวช่วยกระจายชี (ลมปราณ) ให้ทั่วทั้งร่างกาย เมื่ออวัยวะตับ และลมปราณของตับ สูญเสียสมดุลทำให้กลไกการกระจายชี (ลมปราณ) ในร่างกายเกิดการอัดอั้น จึงเกิดภาวะที่เรียกว่า ชี (ลมปราณ) อัดอั้น เกิดก่อนเมื่อเกิดภาวะลมปราณอัดอั้นทำให้เลือดในร่างกายไม่สามารถหมุนเวียนได้คล่องและทำให้เกิดภาวะเลือดคั่งตามมา

การตรวจวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในศาสตร์การแพทย์แผนจีน⁽⁷⁾

1. คนไข้มักมีอาการอารมณ์หงุดหงิดง่าย อารมณ์ไม่นิ่ง ชอบถอนหายใจ มีอาการปวดแน่นบริเวณซี่ข้างเป็นอาการหลัก มีอาการแสดงทางคลินิก เช่น หัวเราะง่าย ร้องไห้ง่าย แบบไม่ทราบสาเหตุ ที่คอมีอาการเหมือนมีอะไรติดอยู่ที่คอ แบบกลืนไม่เข้าคายไม่ออก หรือที่แพทย์จีน เรียกว่า เหมยเหอชี (梅和气)
2. คนไข้มีประวัติการโกรธขั้นรุนแรง วิตกกังวลขั้นรุนแรง หรือผ่านเหตุการณ์ที่หวาดกลัวกระทบจิตใจขั้นรุนแรง
3. ส่วนมากมักเกิดในสตรีวัยรุ่น และวัยกลางคน

การรักษาในศาสตร์การแพทย์แผนจีน⁽⁷⁾

หลักการรักษาโรคซึมเศร้าในศาสตร์การแพทย์แผนจีนใช้หลักกระตุ้นการหมุนเวียนลมปราณสลายอาการอุดกั้น (理气开郁) ปรับสมดุลระบบหมุนเวียนลมปราณ (调畅气机) ปรับจิตใจให้ผ่อนคลาย (怡情易性) คือ หลักการปรับสมดุลระบบการหมุนเวียนชี (ลมปราณ) ในร่างกายบรรเทาภาวะซึมเศร้า และผ่อนคลายอารมณ์ ซึ่งการรักษาในศาสตร์แพทย์จีนแบ่งเป็นการรักษาภายนอก และภายใน การรักษาภายนอกหมายถึง การรักษาด้วยการฝังเข็มและนวดทุยหนา ส่วนการรักษาภายใน หมายถึง การใช้ยาจีนในการรักษา ซึ่งตำรับยาหลักที่ใช้ในการรักษามีด้วยกันหลายตำรับ แบ่งตามกลุ่มอาการต่าง ๆ ของโรค เช่น

ตำรับยา ฉายหูชูกานซ่าน (柴胡疏肝散) ใช้รักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอาการลมปราณตัวอุดกั้น (肝气郁结)

ตำรับยา ตันจื่อเซียวเหยาซ่าน (丹栀逍遥散) ใช้รักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอาการลมปราณตัวอุดกั้นแปรเปลี่ยนเป็นไฟ (气郁化火)

ตำรับยา ปั่นเซี่ยไ้วผู่ทวง (半夏厚朴汤) ใช้รักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอาการเสมหะและลมปราณตัวอุดกั้น (痰气郁结)

ตำรับยา กานม่ายต้าเจ้าทวง (甘麦大枣汤) ใช้รักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอาการหัวใจขาดการบำรุง (心神失养)

ตำรับยา กุยฝู่ทวง (归脾汤) ใช้รักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอาการหัวใจและม้ามพร่อง (心脾两虚)

ตำรับยา จื่อหยิ่งซินเลิน (滋养心神) ใช้รักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอาการสารอินของหัวใจและไตพร่อง (心肾阴虚)

การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับยาจีนเซียวเหยาซ่าน (逍遥散)

ตำรับยาจีนเซียวเหยาซ่าน (逍遥散) ประกอบไปด้วยยาจีนทั้งหมด 6 ตัว ดังนี้⁽¹¹⁾

- 1) ไฉหู (柴胡) 9 กรัม
- 2) ตังกุย (当归) 9 กรัม
- 3) ฟู่หลิง (茯苓) 9 กรัม
- 4) เสาย่า (芍药) 9 กรัม
- 5) ไปจู (白术) 9 กรัม
- 6) จี้กัณเฉ่า (炙甘草) 4.5 กรัม

ซึ่งเป็นตำรับยาจีนในกลุ่มปรับสมดุลของตับและม้าม (调和肝脾) สรรพคุณของตำรับยาช่วยระบายอวัยวะตับคลายอาการติดขัด บำรุงเลือด บำรุงม้าม (疏肝解郁 养血健脾)

ในทางคลินิกยาตำรับนี้ใช้รักษากลุ่มอาการตับอัดอั้นเลือดพร่องม้ามพร่อง (肝郁血虚脾弱证) ผู้ที่มีอาการปวดสีข้าง ปวดศีรษะ ตาลาย ปากแห้ง คอแห้ง อ่อนเพลีย ไม่เจริญอาหาร ภาวะเตี้ยร้อน เดี๋ยวหนาว (ร้อน ๆ หนาว ๆ) ประจำเดือนมาไม่ปกติ ปวดตึงเต้านม

ตัวยาไฉหู (柴胡) ในตำรับนี้ถือเป็นยาหลัก ซึ่งมีสรรพคุณช่วยระบายอวัยวะตับคลายอาการติดขัด (疏肝解郁)

ตัวยาตังกุย (当归) มีสรรพคุณบำรุงเลือดปรับสมดุลเลือด

ตัวยาสาย่า (芍药) มีสรรพคุณบำรุงเลือด กังเก็บสารอินในร่างกายและบำรุงตับ (养血收阴, 柔肝缓气)

ฟู่หลิง (茯苓) ตัวยาไปจู (白术) และจี้กัณเฉ่า (炙甘草) มีสรรพคุณบำรุงม้ามบำรุงชี (ลมปราณ) เพื่อความสะดวกในการค้นคว้าเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มีความสนใจในตำรับนี้เป็นพิเศษผู้เขียนจึงได้เขียนแยกชื่อทางเคมีของตัวยาแต่ละตัว รสชาติ และสรรพคุณหลักของตัวยาแต่ละตัวในตำรับเซียวเหยาซ่านไว้ ดังนี้⁽⁶⁾

1) ไฉหู (柴胡) มีชื่อทางเคมีว่า Bupleurum chinese DC. มีรสเผ็ด ขม เย็นเล็กน้อย เข้าเส้นลมปราณ ตับ ถู่งน้ำดี ปอด มีฤทธิ์และสรรพคุณในการรักษา คือ ระบายความร้อน กระจายอาการอุดกั้น และดึงยกพลังหยาง ข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวังในการใช้ ต้าเยี่ยไฉหู (B. longiradiatum) เป็นพืชสกุลเดียวกันกับไฉหู แต่มีความเป็นพิษ จึงไม่สามารถนำมาใช้แทนไฉหู

2) ตังกุย (当归) มีชื่อทางเคมีว่า Angelica sinensis (Oliv.) Diels มีรสหวาน เผ็ด อุ่น เข้าเส้นลมปราณ ตับ หัวใจ ม้าม มีฤทธิ์และสรรพคุณในการรักษา คือ บำรุงเลือด กระตุ้นการหมุนเวียนเลือด ปรับประจำเดือน ลดอาการปวด และหล่อลื่นลำไส้ช่วยเรื่องระบบขับถ่าย

3) ฟู่หลิง (茯苓) มีชื่อทางเคมีว่า Poria cocos (Schw) Wolf มีรสหวาน จืดกลาง เข้าเส้นลมปราณ ปอด ม้าม ไต มีฤทธิ์และสรรพคุณในการรักษา คือ ขับน้ำสลายชื้น บำรุงม้าม และสงบจิต

4) เสาย่า (芍药) มีชื่อทางเคมีว่า *Paeonia lactiflora* Pall. มีรสขม เปรี้ยว เย็นเล็กน้อย เข้าเส้นลมปราณ ตับ ม้าม มีฤทธิ์และสรรพคุณในการรักษา คือ บำรุงเลือด ปรับประจำเดือน แก้สารอินในร่างกายนอกจากนี้ยังช่วยบำรุงตับ รักษาอาการปวด

5) ไปจู (白术) มีชื่อทางเคมีว่า *Atractylodes macrocephala* Koidz มีรสหวาน ขม อุณหภูมิเย็น เข้าเส้นลมปราณ ม้าม กระเพาะอาหาร มีฤทธิ์และสรรพคุณในการรักษา คือ บำรุงม้าม ขับความชื้น รักษาเหงื่อ และสงบครรภ์

6) จื่อถันเฉ่า (炙甘草) มีชื่อทางเคมีว่า *Glycyrrhiza uralensis* Fisch. มีรสหวานกลาง เข้าเส้นลมปราณ หัวใจ ปอด ม้าม กระเพาะอาหาร มีฤทธิ์และสรรพคุณในการรักษา คือ บำรุงชี่ (ลมปราณ) บำรุงม้าม ลดความร้อน ถอนพิษ ขับเสมหะ รักษาอาการไอ รักษาปวด และปรับสมดุลยา

เนื่องจากตำรับยานี้เป็นตำรับยาที่เป็นที่นิยมและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทางคลินิก และสามารถซื้อหาได้อย่างสะดวกตามร้านขายยาทั่วไปในประเทศจีน เนื่องจากเป็นยาที่ปลอดภัยไม่มีพิษ แต่อย่างไรก็ตาม การทานยาไม่ว่าจะยาแผนใดอาจมีผลข้างเคียงต่อร่างกายไม่มากนักน้อย จึงควรทานให้เหมาะสมต่อร่างกาย และตรงกับโรค

สำหรับในประเทศไทยการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนยังเป็นที่รู้จักค่อนข้างน้อย และประชาชนส่วนใหญ่อาจยังไม่ทราบว่าศาสตร์การแพทย์แผนจีนสามารถรักษาและบำบัดโรคซึมเศร้าได้ด้วยการใช้ยาและการฝังเข็มปรับสมดุลอารมณ์ การเข้าถึงการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนในปัจจุบันสามารถเลือกรับการรักษได้ที่โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหรือบางโรงพยาบาลจะมีแผนกการแพทย์แผนจีนโดยเฉพาะ และคลินิกการแพทย์แผนจีนหรือสหคลินิกที่มีการแพทย์แผนจีนร่วมอยู่ด้วย หรือหากผู้ป่วยอยากพบแพทย์จีนที่มีความเชี่ยวชาญทางมากขึ้น อาจเลือกพบแพทย์จีนที่จบสาขาเฉพาะทางต่าง ๆ ได้ โดยแพทย์แผนจีนเฉพาะทางในเมืองไทยหลัก ๆ จะแบ่งเป็นเฉพาะทางทางด้านการฝังเข็ม การนวดทุยหนา และเฉพาะทางทางด้านอายุรกรรมภายใน เป็นต้น

งานวิจัยเกี่ยวกับยาจีนตำรับเซียวเหยาซ่าน (逍遥散) ในการรักษาโรคซึมเศร้า

หวง เคอ⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาจีนเซียวเหยาซ่าน (逍遥散) ในการรักษาคนไข้โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ในคนไข้ 97 ราย โดยใช้วิธีการศึกษาแบ่งคนไข้โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งใช้วิธีการรักษาแบบปกติกับอีกกลุ่มใช้ยาจีนเซียวเหยาซ่าน (逍遥散) ในการรักษา และเปรียบเทียบกับกลุ่มใช้ยาจีนเซียวเหยาซ่าน (逍遥散) ในการรักษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ผลสรุปว่า การใช้ยาจีนเซียวเหยาซ่าน (逍遥散) ในการรักษาคนไข้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ผลการรักษาค่อนข้างดี ควรที่จะถูกผลักดันให้ใช้และศึกษาวิจัยต่อไปในวงที่กว้างขึ้น

จาง ซิน หรง และคณะ⁽¹³⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการดูแลสุขภาพแบบเต็มรูปแบบร่วมกับยาจีนเซียวเหยาซ่าน (逍遥散) ในการรักษาคนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการศึกษาทางคลินิกพบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อู๋ มิน และลี่ เฟิง⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการร่ายยาจินร่วมกับยาจินตำรับเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) กับคนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการนอนไม่หลับที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่าการร่ายยาจินร่วมกับการทานยาจินตำรับเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ช่วยเรื่องผ่อนคลายอวัยวะช่วยลดความร้อนในร่างกาย (疏肝清热) บำรุงม้ามและเลือด (健脾养血) สามารถลดอาการทางคลินิกของคนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งยังช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับทำให้คนไข้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นอีกด้วย

หลิว หลิน และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาจินเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาคนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะครุ่นคิดวิตกกังวลแบบพุ่งเป้า จากข้อมูลงานวิจัยยาในเครือข่ายยา ผลการศึกษา พบว่า ยาจินเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ส่งผลกระทบต่อสารสื่อประสาทสมองส่วนทาลามัส ต่อมใต้สมองและต่อมหมวกไต จึงส่งผลกระทบต่อการรักษาภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะครุ่นคิดวิตกกังวล

จาง เหยเยิน หมิน และซุน ลี เหยเยิน⁽¹⁶⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาจินตำรับเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาคนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้ยาจินตำรับเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ผลการรักษาค่อนข้างเป็นที่น่าพอใจและมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้ยา

เฉา กั๋ว ผิง และจาง หมิง⁽¹⁷⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาจินตำรับเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) กับคนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการอักเสบที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจากคนไข้โรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 60 ราย ผลปรากฏว่าคนไข้มีอาการดีขึ้นอาการอักเสบลดลง และมีคุณภาพการใช้ชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากงานวิจัยทางคลินิกที่ใช้ยาจินตำรับเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาหรือบรรเทาภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีงานวิจัยที่ถูกนำมาใช้ทางคลินิกในการรักษาโรคอื่น ๆ อีกด้วย เช่น งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาจินเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับของลี จั๋ว เซียน ซวี ลี จิ้ง และเชี่ย เหมิง⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยากลุ่มเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) จากผู้วิจัยทางคลินิกหลากหลายผลงานวิจัยในช่วงปีที่ผ่านมา ในผลด้านการรักษาโรคมะเร็งระดับ พบว่า ยากลุ่มเซียวเหยาซ่าน (逍遙散) ซึ่งรวมถึงยาตำรับเฮยเซียวเหยาซ่าน (黑逍遙散) เจียเว่ยเซียวเหยาซ่าน (加味逍遙散) ซื่อหนีซ่าน (四逆散) กานจื่อผาง (肝积方) ตันจื่อเซียวเหยาซ่าน (丹枢逍遙散) เป็นต้น และยังพบว่า กลุ่มยาเซียวเหยาซ่านไม่เพียงแต่ควบคุมการอักเสบและปรับสมดุลเม็ดเลือดขาวในร่างกาย ยับยั้งระดับไนตริกออกไซด์เพื่อต้านทานความเครียดจากปฏิกิริยาออกซิเดชัน และควบคุมการตอบสนองการอักเสบเพื่อป้องกันการรบกวนของตับเพิ่มโปรไบโอติกที่ดีในลำไส้ใหญ่ หรือกล่าวโดยรวมคือสามารถรักษามะเร็งระดับผ่านการควบคุมโดยรวมในหลายระบบของร่างกาย และงานวิจัยของ ซวี ลี จิ้ง และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมความคืบหน้าการวิจัยเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของยาเจียเว่ยเซียวเหยาซ่านในการรักษามะเร็งระดับ พบว่า ในหลายงานวิจัยในผลการรักษาค่อนข้างเป็นที่น่าพอใจ และเพื่อเพิ่มคุณค่าพื้นฐานทางทฤษฎีของยา เจียเว่ยเซียวเหยาซ่าน (加味逍遙散) ในการรักษามะเร็งระดับ และเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการพัฒนา ยาใหม่สำหรับมะเร็งระดับต่อไป

บทสรุป

การรักษาโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะใช้ศาสตร์การแพทย์แขนงใดก็ล้วนแต่มุ่งหวังผลในการรักษาคือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทความวิชาการเรื่องนี้ผู้เขียนได้นำเสนอในมุมมองการนำศาสตร์การแพทย์แผนจีนเข้ามาใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าโดยเน้นที่การศึกษาตำรายาจีนเขียวเหยาชาน ซึ่งเป็นตำรับหลักในการรักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มอาการชี่ (ลมปราณ) อัดอั้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบบ่อย และตำรับยานี้ในประเทศไทยได้ขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนโบราณ ซึ่งแพทย์แผนจีนสามารถเปิดจ่ายให้คนไข้ในคลินิกได้ ส่วนในประเทศจีนยาตำรับนี้สามารถหาซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไปเนื่องจากเป็นยาที่มีสรรพคุณและข้อบ่งใช้ค่อนข้างหลากหลายอาการ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาก่อนข้างต่ำมาก จึงปลอดภัยต่อการใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเป็นแนวทางให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเลือกใช้เป็นวิธีในการรักษาโรคซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental disorders [serial online]. 2020 [cited 2025 Apr 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. ไทยพีบีเอส (Thai PBS). สังคม คุณภาพชีวิต : คัดคนไทยป่วยสุขภาพจิต มากกว่าผู้รับการรักษา 5 เท่า. Policy Watch จับตาคอนาคตประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35>
3. กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของคนไทย. รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสสาม ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 20]; 23(4): [หน้า 9]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5493&filename=socialoutlook_report
4. ไกรสิทธิ์ นฤขัตติพิชัย. การฆ่าตัวตาย ความสูญเสียที่ป้องกันได้. บทความ โรงพยาบาลมนารมย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.manarom.com/blog/Suicide_prevention.html
5. โรงพยาบาลพญาไท. โรคซึมเศร้า โรคฮิตหรือแค่คิดไปเอง. บทความสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://url.in.th/xyTdC>
6. ญาณิน ทาระบุตร, วิจิตรตรา เอกธุวีประภาณี. การศึกษาทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการฝังเข็ม. วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย. 2566;2(1):105-15.
7. Mianhua W, Yan SH. Traditional Chinese Medicine Internal Medicine. Beijing, China: Zhong guozhongyiyao; 2021.311-15

8. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้าโดยละเอียด. ความรู้สำหรับประชาชน จิตเวชทั่วไป คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>.
9. สุธิกาญจน์ ไชยลาภ. ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาลบุคคลที่มีภาวะสูญเสีย เศร้าโศก ซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำอัตวินิบาตกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
10. จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ งานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. อุบลราชธานี: หจก.ศิริธรรมออฟเซต; 2551.
11. Ji L, Zhengyun Z. Prescriptions. Beijing,China: Zhongguozhongyiyao; 2021.66-7.
12. Ke H. Clinical study on Xiaoyao Pills in the treatment of type 2 diabetes combined with depression. Asia Pacific Traditional Medicine. 2014; 10(13):2.
13. Xinrong G, Jiazhong Z, Weihong H. Observation on the effect of whole-course health education combined with Xiaoyao Pills in preventing and treating postpartum depression. Chinese medical innovation. 2015; 000(015):115-7.
14. Min W, Feng L. Effect of Chinese herbal fumigation therapy combined with Jiawei Xiaoyao Pills on insomnia and quality of life in patients with depression. Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine. 2019;6:1206-9.
15. Lin L, Zhoujun P. Study on the mechanism of action of Xiaoyao Pills in treating depression and anxiety based on network pharmacology. Journal of Hainan Medical College. 2021;27(14).
16. Yamin Zh, Liyan S. Prescription analysis and clinical application study of Xiaoyao Pills in the treatment of postpartum depression. continuing medical education. 2022; (003):036.
17. Guoping C, Ming Zh. Effects of Jiawei Xiaoyao Pills on inflammatory factors and quality of life in patients with depression. Shenzhen Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine. 2020;(20):3.
18. Zhuoxian L, Lijing X, Meng X. Research progress on Xiaoyaosan-like prescriptions in treating liver cancer. Global Chinese Medicine. 2022;(008):015.
19. Lijing X,etc. Research progress on the mechanism of action of the main active ingredients of Jiawei Xiaoyao Powder in the treatment of liver cancer. Guangxi Medical University. 2022;44(23):2806-11.

ความสัมพันธ์ปัจจัยในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

เกศรา โชนาชัยสิริ^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างคือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 211 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.358 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.527) 2) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ด้านการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ ร้อยละ 22 ($R^2_{adj}=0.22$) 3) ปัจจัยการปฏิบัติงาน ด้านกลยุทธ์และด้านบุคลากร ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ ร้อยละ 63.5 ($R^2_{adj}=0.635$) 4) ด้านปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ ความสำเร็จของงาน ความมั่นคงของงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน โดยสามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ถึงร้อยละ 86.5 ($R^2_{adj}=0.865$) และ 5) ปัจจัยสถานที่ทำงานน่าน้อย นานทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ถึงร้อยละ 22 ($R^2_{adj}=0.22$) ผลของวิจัยนำไปสู่การวางแผนเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยการทำงาน; ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร; สถานที่ทำงานน่าน้อย นานทำงาน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

^a Corresponding author: เกศรา โชนาชัยสิริ Email: siri.ketsara@gmail.com

รับบทความ: 6 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 20 เม.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 21 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 29 พ.ค. 68

Relationship between Work Factors and Their Impact on Employee Performance in Metropolitan Health and Wellness Institution

Ketsara Choknumchaisiri^{*a}

Abstract

This study employed a mixed-methods research design to examine the factors influencing work efficiency among personnel at the Urban Health Development Institute. Samples consisted of 211 individuals, including civil servants, permanent employees, government employees, and Ministry of Public Health personnel. Data were collected using questionnaires, and statistical analyses were conducted using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Findings revealed that: 1) overall perception of work efficiency among the samples was at the highest level ($\bar{X}=4.358$, $SD=0.527$); 2) among personal characteristics, the level of education significantly influenced work efficiency at the 0.05 significance level, with a predictive power of 22% ($R^2_{adj}=0.22$); 3) work performance factors, specifically strategy and personnel, had a significant impact on work efficiency at the 0.05 significance level, with a predictive power of 63.5% ($R^2_{adj}=0.635$); 4) motivational and supportive factors, including job characteristics, responsibility, job achievement, and job security, significantly influenced work efficiency at the 0.05 significance level, with a predictive power of 86.5% ($R^2_{adj}=0.865$); and 5) Healthy Workplace Happy for Life, and promotes employee well-being significantly impacted work efficiency at the 0.05 significance level, with a predictive power of 22% ($R^2_{adj}=0.22$). The findings of this study provided valuable insights for policy planning and strategic development to enhance organizational efficiency and workforce performance.

Keywords: Work factors; Employee performance; Healthy Workplace Happy for Life

^{*} Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Metropolitan Health and Wellness institution, Department of Health, Ministry of Public Health

^a Corresponding author: Ketsara Choknumchaisiri Email: siri.ketsara@gmail.com

Received: Apr. 6, 25; Revised: Apr. 20, 25; Accepted: Apr. 21, 25; Published Online: May 29, 25

บทนำ

การบริหารองค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ เช่น บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการบริหารจัดการที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารงานบุคคล หากองค์กรปราศจากบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นตัวขับเคลื่อน การบริหารจัดการงานต่าง ๆ จะไม่เกิดขึ้น และองค์กรไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าองค์กรจะมีบุคลากรที่มีทั้งความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี แต่หากบุคลากรเหล่านั้นขาดความตั้งใจ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพและอาจทำให้องค์กรประสบความล้มเหลวได้ ดังนั้น เพื่อให้องค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายตามที่คาดหวังจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารต้องทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร และจำเป็นต้องบริหารจัดการให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพราะเมื่อบุคลากรเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดผลดีแก่องค์กรและส่งผลให้การปฏิบัติงานของบุคลากรมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรได้⁽¹⁾

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเกิดจากความพึงพอใจของบุคคลเอง จึงมีผลต่อความสำเร็จของงานและองค์กร รวมทั้งความสุขของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น หากองค์กรใดบุคลากรไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ก็อาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้คุณภาพของงานลดลง เกิดผลเสียต่อองค์กร นอกจากนี้ ยังเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน และภาวะผู้นำของผู้บริหารขององค์กรนั้น ดังนั้น ถ้าหากองค์กรใดเห็นถึงความสำคัญของการสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้เกิดขึ้นกับบุคลากรในหน่วยงานของตน มีความเข้าใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของบุคลากร และตระหนักอยู่เสมอว่าความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสภาพการณ์หรือตามเวลา⁽²⁾ Plowman & Peterson ได้ให้องค์ประกอบของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คือ 1) คุณภาพของงาน (Quality) คืองานที่มีคุณภาพสูง คุ่มค่า ผลงานมีความถูกต้องตามมาตรฐาน มีความรวดเร็ว ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการได้ 2) ปริมาณงาน (Quantity) คือ งานที่เกิดจากเป้าหมายขององค์กร ปริมาณงานเหมาะสมตามแผนงานที่กำหนด 3) เวลาที่ใช้ในงาน (Time) คือ เวลาที่ต้องใช้ในการดำเนินงานจะต้องมีการกำหนดอย่างเหมาะสมตามลักษณะของงาน ผลงานเสร็จตามกำหนด ส่งมอบงานตรงตามกำหนด และทำงานถูกต้อง รวดเร็ว และ 4) ค่าใช้จ่าย (Cost) คือ ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานทั้งหมด ลงทุนน้อยที่สุดให้ได้ผลกำไรมากที่สุด⁽³⁾

ทฤษฎีสองปัจจัย (Two-factor theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจที่ได้รับความสนใจและเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย โดยปัจจัยแรงจูงใจจะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน และปัจจัยค่าจ้างมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดความไม่พอใจในงานอันจะทำให้คนทำงานได้เป็นปกติในองค์กรเป็นเวลานาน เป็นปัจจัยที่ช่วยให้การทำงานมีความสุขสบายขึ้น ป้องกันไม่ให้ออกจากงาน ถ้าปัจจัยนี้ไม่มีในงานหรือจัดไว้ไม่ดี จะทำให้ขวัญของคนทำงานไม่ดี⁽⁴⁾

การสร้างสุขในที่ทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กรเพื่อมุ่งเน้นให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ลดความเครียด ความขัดแย้งเกิดประสิทธิภาพในการรังสรรค์งานและตอบสนองต่อเป้าหมาย

และความสำเร็จของงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก กำหนดให้มีการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน เพื่อผลักดันให้เกิดประสิทธิภาพและความสามารถในการดำเนินงานขององค์กรนั้น ๆ การมีสถานที่ทำงานที่ดี ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสร้างองค์กรที่มีคุณภาพและยั่งยืน ส่งผลต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์งานที่ดี การสร้างบรรยากาศในการทำงานโดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีชีวิตชีวาส่งผลให้คนทำงานมีสุขภาพดีมีความสุขในการทำงาน การสร้างสมดุลชีวิตในที่ทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กร เพื่อบ่มบ่มให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ลดความเครียด ความขัดแย้งภายในองค์กรเกิดประสิทธิภาพในการรังสรรค์งาน และตอบสนองต่อเป้าหมายและความสำเร็จของงาน⁽⁵⁾

กรมอนามัย ได้พัฒนามาตรฐานและจัดทำคู่มือ สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่านำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy workplace happy for life) ขึ้น เพื่อสร้างสมดุลชีวิตคนในองค์กรเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความเหมาะสมเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ตามแนวคิดประชาชนมีสุขภาพดีระบบสุขภาพยั่งยืน คนทำงานมีความสุขในชีวิตและการทำงาน มีความปลอดภัยและมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม เอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน การใส่ใจสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี การผสมผสานการทำงานอย่างผ่อนคลาย เข้ามาในวิถีการทำงานจะช่วยลดความเครียด และรีเฟรชชีวิตระหว่างวันได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกดี ต่อการทำงาน มีความกระตือรือร้น มีประสิทธิภาพการทำงานที่เพิ่มขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างสมดุลชีวิต Work-life balance ได้ดี⁽⁵⁾

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารทรัพยากรบุคคลของสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง มีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ปัจจัยในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการทำงาน ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ซึ่งผลการศึกษาวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร และผู้บริหาร ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาบุคลากร ด้านการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาการบริหารงานบุคคลขององค์กรและประโยชน์ต่อผู้สนใจที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

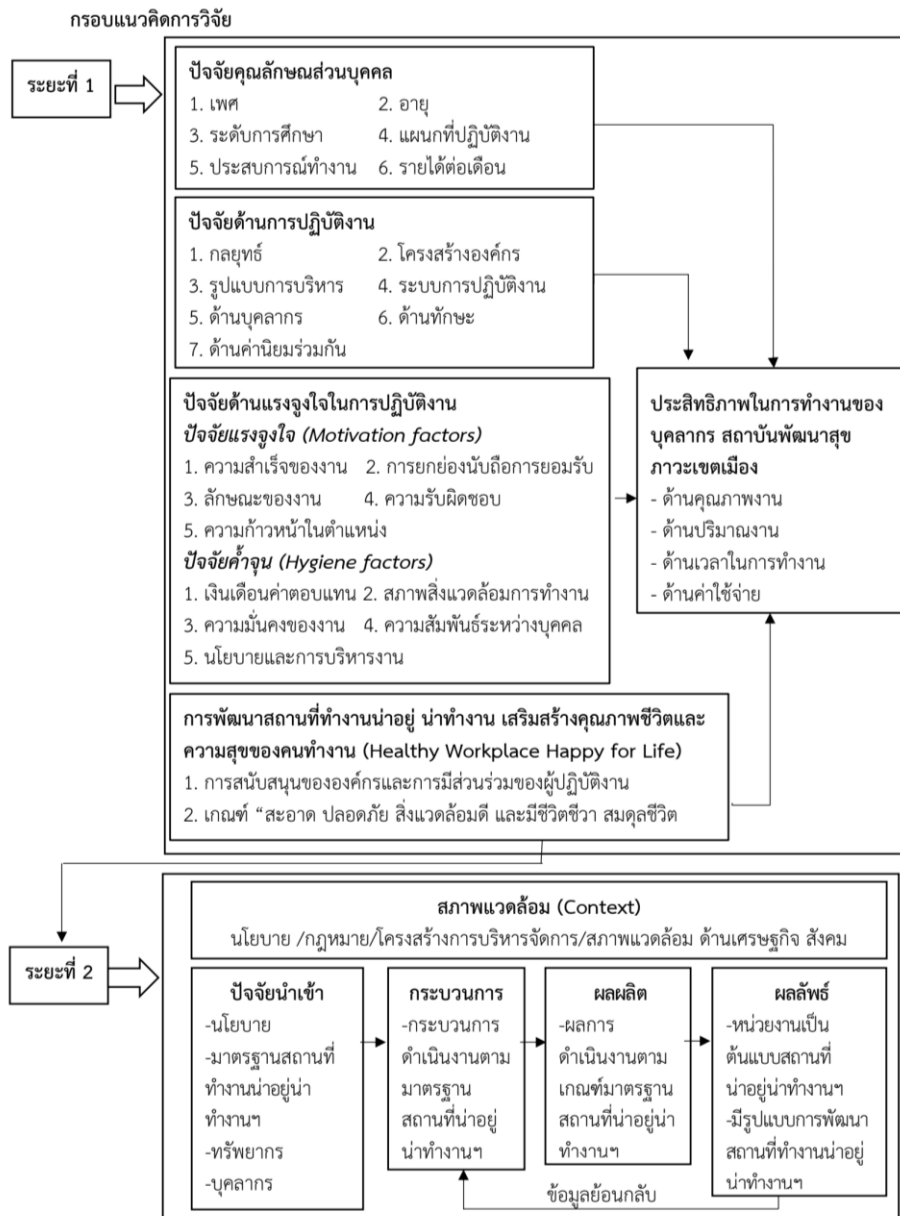
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
3. เพื่อศึกษาผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่านำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และมีความสุขของคนทำงาน ของสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการวิจัย 7s McKinsey Framework และทฤษฎี 2 ปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's two-factor theory) อ้างถึงใน บัณฑิต ฉายาจรพันธ์⁽⁴⁾ แนวคิดประสิทธิภาพในการทำงานของ Peterson and Plowman อ้างถึงใน อิงครัต จันทรวงศ์⁽⁶⁾ แนวคิดของการดำเนินงาน

ตามแนวทางสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และความสุขของคนทำงาน⁽⁵⁾ และแนวคิดการประเมินและติดตามผลแบบ CIPP Model อ้างถึงใน มานะ ลักษณะมีอรุโณทัย⁽⁷⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาระดับประสิทธิภาพในการทำงานและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร และระยะที่ 2 ศึกษาผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและมีความสุขของคนทำงาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 211 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Purposive sampling) เก็บข้อมูลทั้งหมดจากประชากรที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ปัจจัยในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามในส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 5 ซึ่งแต่ละข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ (น้อยที่สุด-มากที่สุด ให้คะแนน 1-5 คะแนน) เกณฑ์การแปลผล ผู้วิจัยใช้วิธีคิดจากการหาค่าพิสัย⁽⁸⁾ โดยการใช้คะแนนค่าสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด จากนั้นหารด้วยระดับที่ต้องการแบ่งค่า เพื่อหาช่วงคะแนน ได้ค่าพิสัย เท่ากับ 0.8 เมื่อได้ช่วงคะแนนแล้วจึงนำมากำหนดเกณฑ์การให้คะแนนพร้อมแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนได้ 5 ระดับ โดยในแต่ละระดับมีช่วงคะแนนเท่ากับ 0.8 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งเกณฑ์คะแนนได้ ดังนี้⁽⁸⁾

4.21-5.00	หมายถึง	เห็นด้วยในระดับมากที่สุด
3.41-4.20	หมายถึง	เห็นด้วยในระดับมาก
2.61-3.40	หมายถึง	เห็นด้วยในระดับปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง	เห็นด้วยในระดับน้อย
1.00-1.80	หมายถึง	เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

2. แบบรายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน

เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์การประเมินว่ารายการที่ประเมินนั้น ผ่านหรือไม่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน (ผ่านเกณฑ์ ได้คะแนน 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ ได้คะแนน 0 คะแนน) คะแนนเต็ม 54 คะแนน โดยผ่านเกณฑ์ หมายถึง สภาพที่ได้มาตรฐาน ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และไม่ผ่านเกณฑ์ หมายถึง สภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มาเพื่อปรับปรุงแบบสอบถามการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ในการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จากการหาความสอดคล้อง IOC ในทุกข้อคำถามนั้น มีค่าเท่ากับ 1.00 หากข้อคำถามใดที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 จะคัดเลือกไว้ ส่วนข้อคำถามใดที่มี ค่า IOC น้อยกว่า 0.50 นำมาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดออกจากแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ⁽⁹⁾ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient)

โดยกำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ต้องมีค่ามากกว่า 0.7 ซึ่งแบบสอบถามการวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.899 สามารถนำแบบสอบถามการวิจัยไปใช้ได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม ให้กับบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาที
- 2) ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และแบบรายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำมาเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงานเพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยและผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ เพื่อทดสอบไม่ให้เกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร หรือเป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามใช้สถิติ Multiple regression analysis หรือการถดถอยพหุคูณ แบบ Enter เพื่อวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม หรือตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวขึ้นไปส่งผลต่อตัวแปรตามหนึ่งตัว

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย ใบรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย 823/2568 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2568 และได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากแหล่งข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน
ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 211 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82 เพศชาย ร้อยละ 18 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี สูงสุด ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 27 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่กลุ่มอำนวยการ ร้อยละ 20.5 รองลงมาคือ กลุ่มการพยาบาล ร้อยละ 20 มีประสบการณ์การทำงานสูงสุดคือ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 46 รองลงมาคือ 1-5 ปี 11 เดือน ร้อยละ 30.8 ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 37 รองลงมาคือ มีรายได้ 30,001 บาทขึ้นไปร้อยละ 33.6

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ตารางที่ 1 ระดับของปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและรวมทุกด้าน (n=211)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
ด้านกลยุทธ์	4.32	0.631	มากที่สุด	1
ด้านโครงสร้างองค์กร	4.25	0.694	มากที่สุด	4
ด้านรูปแบบการบริหาร	4.20	0.711	มากที่สุด	5
ด้านระบบการปฏิบัติงาน	4.29	0.652	มากที่สุด	3
ด้านบุคลากร	4.25	0.642	มากที่สุด	4
ด้านทักษะ	4.31	0.651	มากที่สุด	2
ด้านค่านิยมร่วมกัน	4.31	0.651	มากที่สุด	2
รวม	4.272	0.606	มากที่สุด	

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.272 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.606) เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 ลำดับแรก พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านกลยุทธ์ รองลงมาคือ ด้านทักษะ ด้านค่านิยมร่วมกัน และด้านระบบการปฏิบัติงาน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ตารางที่ 2 ระดับของปัจจัยแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและรวมทุกด้าน (n=211)

ปัจจัยแรงจูงใจ	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
ด้านความสำเร็จของงาน	4.370	0.557	มากที่สุด	1
ด้านการยกย่องนับถือการยอมรับ	4.233	0.629	มากที่สุด	4
ด้านลักษณะของงาน	4.256	0.594	มากที่สุด	3
ด้านความรับผิดชอบ	4.334	0.618	มากที่สุด	2
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	4.201	0.724	มาก	5
รวม	4.279	0.549	มากที่สุด	

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแรงจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.279 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.549) เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 ลำดับแรก พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความสำเร็จของงาน รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ และด้านลักษณะของงาน ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับของปัจจัยค่าจุนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและรวมทุกด้าน (n=211)

ปัจจัยค่าจุน	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	4.055	0.799	มาก	5
ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมการทำงาน	4.173	0.655	มาก	4
ด้านความมั่นคงของงาน	4.310	0.590	มากที่สุด	3
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.386	0.589	มากที่สุด	1
ด้านนโยบายและการบริหารงาน	4.319	0.593	มากที่สุด	2
รวม	4.255	0.575	มากที่สุด	

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยค่าจุนในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.255 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.575) เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 ลำดับแรก พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รองลงมาคือ ด้านนโยบายและการบริหารงานและด้านความมั่นคงของงาน ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินสถานที่ทำงานน่ายู่ นำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และความสุขของคนทำงาน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินสถานที่ทำงานน่ายู่ นำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และความสุขของคนทำงาน (n=211)

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ยผลการประเมินตามเกณฑ์	SD
ส่วนที่ 1 การสนับสนุนขององค์กรและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน	5	4.957	0.298
ส่วนที่ 2 เกณฑ์สะอาด	11	11.735	0.843
ส่วนที่ 2 เกณฑ์ความปลอดภัย	12	11.829	0.816
ส่วนที่ 2 สิ่งแวดล้อมดี	9	8.839	0.634
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับพื้นฐาน	5	4.957	0.225
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับดี	2	1.976	0.181
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับดีมาก	9	7.810	0.692
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับดีเยี่ยม	1	0.98	0.152
คะแนนรวม	54	53.081	3.104

ตารางที่ 4 พบว่า จากการประเมินสถานที่ทำงานน่ายู่ นำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และความสุขของคนทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง พบว่า มีคะแนนรวมทุกด้านคะแนนเฉลี่ย 53.081 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.104 (คะแนนเต็ม 54 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระดับประสิทธิภาพการทำงานของสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ตารางที่ 5 ระดับประสิทธิภาพในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและรวมทุกด้าน (n=211)

ประสิทธิภาพการทำงาน	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
ด้านคุณภาพงาน	4.409	0.549	มากที่สุด	1
ด้านปริมาณงาน	4.377	0.566	มากที่สุด	3
ด้านเวลาในการทำงาน	4.256	0.594	มากที่สุด	4
ด้านค่าใช้จ่าย	4.389	0.571	มากที่สุด	2
รวม	4.358	0.527	มากที่สุด	

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.358 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.527) เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 ลำดับแรก พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านคุณภาพงาน รองลงมาคือด้านค่าใช้จ่ายและด้านปริมาณงาน ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และหาปัจจัยในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรฯ

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	ประสิทธิภาพการทำงาน			t	p-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่	4.035	0.230		17.540	0.000
เพศ	0.017	0.097	0.013	0.177	0.859
อายุ	0.023	0.051	0.051	0.445	0.657
การศึกษา	0.123	0.051	0.237	2.421	0.016*
แผนกที่ปฏิบัติงาน	-0.017	0.010	-0.125	-1.652	0.100
ประสบการณ์ทำงาน	0.024	0.057	0.049	0.427	0.670
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-8.963	0.051	0.000	-0.002	0.999

$R^2_{adj}=0.22$, $R^2=0.50$, $R=0.223$, Durbin-Watson=1.888 *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ ร้อยละ 22 ($R^2_{adj}=0.22$)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรฯ

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน	ประสิทธิภาพการทำงาน			t	p-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่	1.350	0.162		8.331	0.000
กลยุทธ์	0.395	0.067	0.473	5.891	0.000*
โครงสร้างองค์กร	0.093	0.071	0.122	1.304	0.194
รูปแบบการบริหาร	0.041	0.071	0.056	0.583	0.561
ระบบการปฏิบัติงาน	-0.064	0.082	-0.079	-0.779	0.437
ด้านบุคลากร	0.166	0.082	0.202	2.023	0.044*
ด้านทักษะ	-0.063	0.074	-0.078	-0.845	0.399
ด้านค่านิยมร่วมกัน	0.134	0.084	0.165	1.588	0.114

$R^2_{adj}=0.635$, $R^2=0.648$, $R=0.805$, Durbin-Watson=1.980 *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 7 พบว่า การวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter ในปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน 7 ปัจจัย พบว่า มีปัจจัยทำนาย 2 ตัว คือ ปัจจัยการปฏิบัติงานด้านกลยุทธ์ และด้านบุคลากร มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองได้ ร้อยละ 63.5 ($R^2_{adj}=0.635$)

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงใจและปัจจัยค้ำจุนที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรฯ

ปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัยค้ำจุน	ประสิทธิภาพการทำงาน			t	p-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่	0.271	0.121		2.249	0.026
ความสำเร็จของงาน	0.184	0.037	0.194	4.941	0.000*
การยกย่องนับถือการยอมรับ	0.042	0.046	0.050	0.914	0.362
ลักษณะของงาน	0.357	0.056	0.402	6.421	0.000*
ความรับผิดชอบ	0.120	0.046	0.141	2.612	0.010*
ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	-0.041	0.040	-0.057	-1.029	0.305
เงินเดือนค่าตอบแทน	-0.033	0.036	-0.050	-0.906	0.366
สภาพสิ่งแวดล้อมการทำงาน	0.072	0.044	0.090	1.664	0.098
ความมั่นคงของงาน	0.153	0.041	0.172	3.697	0.000*
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.000	0.044	0.000	0.010	0.992
นโยบายและการบริหารงาน	0.093	0.051	0.105	1.837	0.068

$R^2_{adj}=0.865$, $R^2=0.871$, $R=0.934$, Durbin-Watson=1.740 *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 8 พบว่า การวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter ในปัจจัยสนใจและปัจจัย
 คำจุน 10 ปัจจัย พบว่า มีปัจจัยทำนาย 4 ตัว คือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ ความสำเร็จของงาน
 ความมั่นคงของงาน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพ
 เขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร
 สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ประมาณร้อยละ 86.5 ($R^2_{adj}=0.865$)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การตรวจประเมินสถานที่ทำงานน่าย่นำทำงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุข
 ของคนทำงาน ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ปัจจัย	ประสิทธิภาพการทำงาน			t	p-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่	2.873	0.616		4.661	0.000
สถานที่ทำงานน่าย่นำทำงานฯ	0.028	0.012	0.165	2.413	0.017*

$R^2_{adj}=0.22$, $R^2=0.27$, $R=0.165$, Durbin-Watson=1.777 *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter พบว่า ปัจจัยสถานที่ทำงาน
 น่าย่นำทำงานฯ สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้
 ร้อยละ 22 ($R^2_{adj}=0.22$)

ระยะที่ 2 ศึกษาผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานที่ทำงานน่าย่นำทำงาน
 เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน

ตารางที่ 10 ผลตรวจประเมินสถานที่ทำงาน น่าย่นำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุข
 ของคนทำงานย้อนหลัง 4 ปี (2564-2567)

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้			
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ส่วนที่ 1 การสนับสนุนขององค์กรและ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน	5	5.0	5	5	5
ส่วนที่ 2 เกณฑ์สะอาด	11	9.6	11.0	11.0	11.0
ส่วนที่ 2 เกณฑ์ความปลอดภัย	12	10.7	11.8	12.0	12.0
ส่วนที่ 2 สิ่งแวดล้อมดี	9	8.8	9.0	9.0	9.0
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับพื้นฐาน	5	5.0	4.5	5.0	5.0
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับดี	2	2.0	2.0	2.0	2.0
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับดีมาก	9	5.0	8.65	9.0	9.0
เกณฑ์มีชีวิตชีวาและสมดุลชีวิต ระดับดีเยี่ยม	1	0.0	0.3	0.3	1.0
คะแนนรวม	54	46.1	52.25	53.3	54.0

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการศึกษา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ร้อยละ 22 ($R^2_{adj}=0.22$)

ปัจจัยในการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด ปัจจัยในการปฏิบัติงาน ด้านกลยุทธ์และด้านบุคลากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ ร้อยละ 63.5 ($R^2_{adj}=0.635$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลพรรณ บุญฤทธิ์⁽¹⁰⁾ ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยด้านกลยุทธ์ และด้านบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค่าจ้าง พบว่า ความสำเร็จของงาน ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ ความมั่นคงของงาน สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ ร้อยละ 86.5 ($R^2_{adj}=0.865$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลพรรณ บุญฤทธิ์⁽¹⁰⁾ ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยจิตใจในการทำงาน ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ความรับผิดชอบในงาน ความมั่นคงในงาน สภาพในการทำงาน ลักษณะงานที่สร้างสรรค์ มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ สุรเจต ไชยพันธ์พงษ์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพะเยา พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้าน ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ปัจจัยค่าจ้าง มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ วุฒิประเสริฐ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานขายและบริการลูกค้า องค์การบริษัท ทีโอที จำกัด ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานพบว่า ด้านความสำเร็จในการทำงานมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญณ์ณัช รุ่งโรจน์สุวรรณ⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัทอัมรินทร์ บัค เซ็นเตอร์ จำกัด พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคือ ลักษณะงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านสถานที่ทำงาน น้าอยู่ น้าทำงาน สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถทำนายประสิทธิภาพการทำงานได้ถึงร้อยละ 22 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของพรณิกาญจน์ วงศ์⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน “สถานที่ทำงานน้าอยู่ น้าทำงาน” ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต สุขภาพ และสุขภาพของคนทำงาน โดยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้โครงการ Healthy workplace happy for life สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในองค์กร การส่งเสริมการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง การกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างเป็นระบบ การมอบหมาย

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรง การกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่การดำเนินงานอย่างชัดเจน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ และการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ทำให้สถานประกอบการบางแห่งไม่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานได้ เช่น นโยบายขององค์กรที่ยังไม่สอดคล้อง กลไกหรือกระบวนการภายในที่ไม่เอื้อต่อการบูรณาการงาน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ไม่ครอบคลุม รวมถึงการขาดเทคโนโลยีในการควบคุมกำกับงานที่ทันสมัย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นภาระที่เพิ่มขึ้นต่อเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ทั้งนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรพันธุ์ เนวลา และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน Healthy Workplace Happy for Life มาจากการมีนโยบายที่ดี บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมมากขึ้น และมีการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ สุขภาพ และประสิทธิภาพของบุคลากรในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) กำหนดนโยบายด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี องค์กรควรมีแนวทางหรือข้อกำหนดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและใจของพนักงาน เช่น การกำหนดเวลาพักที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- 2) ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นมิตรและยืดหยุ่น ควรส่งเสริมการทำงานที่ยืดหยุ่น (Flexible work) เช่น การทำงานแบบ Hybrid หรือการกำหนดเวลาทำงานที่เหมาะสมกับแต่ละแผนก เพื่อช่วยให้พนักงานมี Work-life balance ที่ดีขึ้น
- 3) สนับสนุนสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์กรควรมีสวัสดิการที่ครอบคลุม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี บริการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา ประกันสุขภาพที่ครอบคลุมด้านสุขภาพจิต และการสนับสนุนค่าพิเศษ หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

- 1) ข้อเสนอแนะด้านการออกแบบสถานที่ทำงาน
 - 1.1) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ ออกแบบพื้นที่ทำงานให้มีแสงธรรมชาติและการระบายอากาศที่ดี ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่รองรับสรีรศาสตร์ (Ergonomic furniture) เช่น เก้าอี้ปรับระดับและโต๊ะทำงานที่เหมาะสม จัดให้มีโชนสี่เหลี่ยม เช่น สวนขนาดเล็กหรือมุดต้นไม้ภายในอาคาร
 - 1.2) สร้างพื้นที่สำหรับการพักผ่อนและฟื้นฟูพลังงาน จัดให้มีห้องพักผ่อน (Relaxation room) หรือโซนเงียบสำหรับการทำงานที่ต้องใช้สมาธิสูง มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย เช่น ห้องโยคะ ลู่วิ่ง หรือโซนออกกำลังกายเบา ๆ
- 2) ข้อเสนอแนะด้านเทคโนโลยีและการบริหารงาน
 - 2.1) ใช้เทคโนโลยีช่วยลดความเครียดในการทำงาน ใช้ระบบอัตโนมัติ (Automation) ในงานที่ซ้ำซ้อนเพื่อลดภาระงานที่ไม่จำเป็น จัดให้มีแพลตฟอร์มสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความซับซ้อนของงาน เช่น Microsoft Teams, Slack หรือ Notion

2.2) พัฒนาระบบการบริหารที่เปิดกว้างและรับฟังความคิดเห็น โดยใช้แบบสอบถามหรือแพลตฟอร์มรับฟังเสียงบุคลากร จัดให้มีช่องทางสำหรับการพูดคุยหรือร้องเรียนเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการทำงานโดยไม่เปิดเผยตัวตน

3) ข้อเสนอแนะด้านการส่งเสริมความสัมพันธ์ในองค์กร

ส่งเสริมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในทีมจัด Team building หรือกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้พนักงานมีความสามัคคี จัดกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างพนักงานและสร้างวัฒนธรรมที่ดีในองค์กร มีมาตรการป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งในองค์กร จัดอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีหน่วยงานหรือที่ปรึกษาภายในองค์กรที่สามารถช่วยแก้ปัญหาความขัดแย้งได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1) ควรมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในผู้รับบริการ เพื่อให้ได้ความคิดเห็นจากผู้รับบริการมาวิเคราะห์และปรับปรุงเรื่องการให้บริการ

2) ควรมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางด้านสุขภาพและความสมดุลชีวิตของหน่วยงานที่ขับเคลื่อนตามมาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงานฯ นำไปสู่การพัฒนาและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงานต่อไป

3) ศึกษาประเด็นเพิ่มเติม เช่น ผลกระทบของ Healthy workplace ต่อประสิทธิภาพการทำงานและความผูกพันในองค์กร (Employee engagement) การเปรียบเทียบระหว่างองค์กรที่มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ดีและองค์กรที่ไม่มีการศึกษา ผลกระทบของรูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่นต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพนักงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรัสวดี อรุณวรการณ ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิตและการพัฒนายังยยืน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ให้คำแนะนำ คำชี้แนะ ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองที่ทำให้ผลการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อุไร. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท เอจีซี ออโตโมทีฟ (ประเทศไทย) จำกัด [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารจัดการองค์การ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2559.
2. อัครเดช ไม้จันทร์, นุจริัย แซ่จิ้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานกลุ่มอุตสาหกรรมติดตั้งเครื่องจักรสายการผลิตในจังหวัดสงขลา. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2561; 5(1):95-122.
3. สุรพงษ์ ฉันทพัฒน์พงศ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานสายเทคโนโลยีของธนาคารแห่งหนึ่ง [การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558.

4. บัณฑิต ฉายาจรพันธ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในองค์การกรณีศึกษา บริษัท รักษาความปลอดภัย ไทยซีคอม จำกัด [สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
5. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิต และความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life). นนทบุรี: กรมอนามัย; 2564.
6. อิงครัต จันทรวงศ์. ปัจจัยการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา [สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.
7. มานะ ลักษมีอุทัย. การวิเคราะห์โครงการและการประเมินผลและติดตาม ภายใต้ “การอบรมหลักสูตร Mini นบส. กรมอนามัย รุ่นที่ 1/2568”. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (บางเขน); 2568.
8. อีรุณี เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556
10. นลพรรณ บุญฤทธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสาธารณะ]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
11. สุรเจต ไชยพงษ์. แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพะเยา. วารสารสิรินธรปริทรรศน์. 2563;21(2):340-54.
12. ดวงใจ วุฒิประเสริฐ. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานสำนักขายและบริการลูกค้า องค์การบริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) [การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธนบุรี; 2556.
13. ธัญญณ์ช รุ่งโรจน์สุวรรณ. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานพนักงานบริษัท อัมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์ จำกัด [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
14. กาญจนา วงศ์ม. สถานการณ์ข้อมูลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและมีความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life) และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องที่มีใช้ในการประเมินหน่วยงาน. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
15. จักรพันธ์ เนเวลา, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วิโรจน์ เขมรัมย์. รูปแบบการพัฒนาศูนย์ที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงานของโรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560;36(2):243-8.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กัลยา มั่นล้วน*, ยอดขวัญ ชื่นบาน^a, ปณณทัต บนขุนทด**, เบญจกัศ สาขห้วยไทร***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านยาง จำนวน 820 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อายุ การศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน สรุปได้ว่า การพัฒนาองค์ความรู้ การสนับสนุนจากภาครัฐ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ช่วยเสริมบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังโรคระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขเข้มแข็งและพร้อมรับมือโรคระบาดในอนาคต

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันตนเอง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเซนต์เทเรซา

^a Corresponding author: ยอดขวัญ ชื่นบาน Email: kaijeaw44@gmail.com

รับบทความ: 12 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 21 เม.ย. 68; ตอรับตีพิมพ์: 22 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 พ.ค. 68

Correlation of Personal Factors, Health Literacy, and Preventive Behavior of COVID-19 among Village Health Volunteers in Banyang, Meaung District, Buriram Province

Kanlaya Munluan^{*}, Yodkhwan Cheunbun^{*a},
Punnathut Bonkhunthod^{**}, Benjapak Sanghuprai^{***}

Abstract

The objectives of this analytic cross-sectional survey research were to examine personal factors, health literacy, and preventive behaviors against COVID-19 infection and to investigate relationships between personal factors and health literacy with preventive behaviors against COVID-19 infection among village health volunteers (VHVs) in Ban Yang sub-district, Mueang district, Buriram province. Samples consisted of 820 VHVs residing in Ban Yang sub-district. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients.

The findings revealed that the majority of the participants were females. Their health literacy and preventive behaviors in performing surveillance tasks during the COVID-19 outbreak were at a high level. Factors found to be significantly associated with the preventive behaviors included age, education, years of experience as a VHV, and health literacy in all aspects. In conclusion, the development of knowledge, support from the government, and community participations help enhance the role of VHVs in effective epidemic surveillance. They contribute to a stronger public health system that is better prepared to cope with future epidemics.

Keywords: Coronavirus 2019; Health literacy; Prevention behavior; Village health volunteers

^{*} Faculty of Nursing, Rattana Bundit University

^{**} Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^{***} Faculty of Nursing, St Teresa International University

^a Corresponding author: Yodkhwan Cheunbun Email: kaijeaw44@gmail.com

Received: Apr. 12, 25; Revised: Apr. 21, 25; Accepted: Apr. 22, 25; Published Online: May 31, 25

บทนำ

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ในวันที่ 23 ธันวาคม 2566 มีรายงานผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล รวม 37,863 ราย ปอดอักเสบ จำนวน 114 ราย และเสียชีวิต รวม 845 ราย พบการระบาดในวงกว้างช่วงต้นปี 2566 ต่อเนื่องจากปี 2565⁽¹⁾ และพบการระบาดใหญ่ในช่วงกลางปี 2566 โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับรายงานสูงสุด ในวันที่ 27 พฤษภาคม 2566 จำนวน 3,085 ราย และพบผู้เสียชีวิตสูงสุด ในวันที่ 4 มิถุนายน 2566 จำนวน 69 ราย⁽²⁾ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ณ วันที่ 26 ธันวาคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสม 20,263 ราย ยืนยันผู้เสียชีวิต 227 ราย⁽³⁾ และในเขตอำเภอเมือง พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสม 3,629 ราย ยืนยันผู้เสียชีวิต 10 ราย⁽⁴⁾

ประเทศไทยได้กำหนดให้มีการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยการประยุกต์ใช้แนวทางด้านการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาเป็นหลักเกณฑ์ในการดำเนินงาน ซึ่งแนวทางที่นำมาใช้คือ ระบบการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมีการดำเนินงานตามแนวทางข้างต้นนับตั้งแต่ พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา โดยมีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 เป็นกฎข้อบังคับและระเบียบปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อคุ้มครองประชาชนตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละท้องที่ในสัดส่วนของ อสม. อย่างน้อยหนึ่งคนต่อหลังคาเรือนไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือน (ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 18 มีนาคม 2554) ปัจจุบัน ประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้น จำนวน 1,065,679 คน⁽⁶⁾ โดยบทบาทของ อสม. นั้น ถือเป็นบทบาทของผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในยุคที่ปัญหาสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ประชาชนจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งต้องค้นหา ควบคุม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่ก่อนเป็นลำดับแรก เพื่อให้ความรู้ การสำรวจการได้รับวัคซีน ป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วย ทั้งในผู้ป่วยที่แยกกักรักษาตัวในชุมชน และแยกกักรักษาตัวที่บ้าน และการเฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหาข้อมูล คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกวิธีการ และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ (Low health literacy) หรือไม่เพียงพอจะพบว่า มีปัญหาด้านการรับรู้ การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ Nutbeam⁽⁸⁾ ได้อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทางด้านสังคม การคิดวิเคราะห์ แรงจูงใจ

การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินและการใช้สื่อสารสนเทศด้านสุขภาพ ตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี⁽⁹⁾ อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถวัดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ที่สะท้อนจากคุณลักษณะและพฤติกรรม คือ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจและการจัดการตนเอง ดังนั้น การเสริมสร้างบุคคลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการสุขภาพ มีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ และพฤติกรรม การป้องกันตนเอง จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ทำให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคลต่อชุมชน และสังคมที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ยังส่งผลทางตรงต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของ อสม.⁽¹⁰⁾

จากที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมมีสาเหตุสำคัญมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเป็นทางการทำให้ขาดข้อมูลที่จะสนับสนุน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์นั้น เป็นจังหวัดที่มีประชาชนเดินทางเข้าออกเป็นจำนวนมาก เนื่องจากมีทั้งทั้งสนามแข่งฟุตบอล สนามแข่งรถ ที่มีการจัดแข่งขันเป็นประจำ โดยมีมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเข้มงวดโดยมีทีม อสม. เป็นกำลังหลักร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมการป้องกันโรคและพัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. มีความสามารถในการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ผลการศึกษายังสามารถนำไปวางแผนเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคระบาดอื่น ๆ ในชุมชนของ อสม. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาลงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมและการพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี มีกรอบแนวคิดการวิจัย มีดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional survey research) โดยเก็บข้อมูลจาก อสม. ในเขตตำบลบ้านยางอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ รวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 เมษายน-30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 820 ราย⁽⁴⁾ กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power version 3.10⁽¹¹⁾ เลือกใช้ Statistic test-correlation bivariate normal model กำหนดนัยสำคัญ (α) 0.05 อำนาจทดสอบ (Power of analysis)=0.08 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size)=0.3⁽¹²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 111 คน และเพิ่ม 20% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลที่มีการสูญหาย⁽¹³⁾ ได้เท่ากับ 133 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ เขตที่อยู่อาศัย ระยะเวลาการเป็น อสม. รายได้ และการผ่านการอบรมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 6 ด้าน ใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรภาค (Interval scale) โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ มีจำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนนในข้อย่อยเป็นแบบ 4 ตัวเลือก มีตัวเลือกเป็นข้อที่ถูก 1 ตัวเลือก และมีตัวเลือกเป็นข้อที่ผิด 3 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข่าวสารและบริการสุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 5 ระดับ (Rating scale) คือ เป็นประจำ 5 คะแนน ค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน แทบจะไม่เคย 2 คะแนน และไม่เคยเลย 1 คะแนน

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ชักถามโต้ตอบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แยกระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 5 ระดับ คือ เป็นประจำ 5 คะแนน ค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน แทบจะไม่เคย 2 คะแนน และไม่เคยเลย 1 คะแนน

ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 5 ระดับ คือ เป็นประจำ 5 คะแนน ค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน แทบจะไม่เคย 2 คะแนน และไม่เคยเลย 1 คะแนน

ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนนในข้อย่อย 5 ระดับ คือ เป็นประจำ 5 คะแนน ค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน แทบจะไม่เคย 2 คะแนน และไม่เคยเลย 1 คะแนน

ด้านที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนน ในข้อย่อย 5 ระดับ คือ เป็นประจำ 5 คะแนน ค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน แทบจะไม่เคย 2 คะแนน และไม่เคยเลย 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 50 คะแนน ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรภาค โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁴⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 6 ด้าน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.6-1.00 โดยไม่มีการตัดข้อความใดออกหลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว จึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และจากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้สูงกว่า 0.70

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเงื่อนไขการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ HCU-EC 136/2566 ลงวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับ อสม. ทราบก่อนที่จะตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่ออธิบายรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินงาน
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ได้แก่ อสม. ในเขตอำเภอเมือง ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย มีสมาร์ตโฟน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. เก็บข้อมูลออนไลน์ผ่าน Google forms โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การหาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 53.60 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 58.60 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 57.40 อาชีพรับจ้าง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90 ส่วนใหญ่เป็น อสม. ระยะเวลา

5-10 ปี จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 45.10 เกือบทุกคนเคยเข้ารับการอบรม เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 72.90 และทุกคนอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เมื่อรวมทั้ง 6 ด้าน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =70.70, SD=6.60) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =14.41, SD=2.62) การเข้าถึงข่าวสารและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =6.71, SD=1.73) ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =9.92, SD=1.71) ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =16.67, SD=2.32) ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =13.19, SD=2.71) การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =9.8, SD=1.49)

3. พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.90, SD=3.81)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน พบว่า อายุ การศึกษา และระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =0.21, 0.17 และ 0.19 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

ปัจจัยส่วนบุคคล	r	p-value
อายุ	0.21	0.01*
การศึกษา	0.17	0.02*
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.19	0.02*

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =0.35) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ในทุกด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข่าวสารและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =0.19, 0.17, 0.21, 0.18, 0.17 และ 0.20 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ	r	p-value
ความรู้ความเข้าใจ	0.19*	0.02
การเข้าถึงข่าวสารและบริการสุขภาพ	0.17*	0.04
ทักษะการสื่อสาร	0.21*	0.01
ทักษะการจัดการตนเอง	0.18*	0.03
ทักษะการตัดสินใจ	0.17*	0.04
การรู้เท่าทันสื่อ	0.20*	0.02
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.35*	0.00

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรัญญา จิตรบรรทัด และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง และนอกจากนี้ คณยศ ชัยอาจ และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน เนื่องจาก อสม. ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงได้รับข้อมูลที่เป็นปัจจุบันจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ อสม. สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ประชาชน รวมถึงปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁷⁾ และจากการที่ อสม. มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การอยู่ใกล้กับผู้ที่มึ้น้ำมูก ไอจาม ควรใส่ผ้าปิดจมูก เป็นต้น⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ อสม. ยังมีความรู้เท่าทันสื่อสามารถวิเคราะห์ตรวจสอบเนื้อหาจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ แนะนำเพื่อนบ้านโดยใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติตาม โดยการสรุปเนื้อหาข้อมูลมาดูแลตนเองและคนในครอบครัว⁽¹⁸⁾ มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้น้อย ช่วยส่งผลให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงและภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค⁽²⁰⁾

ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวม อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ศรีนามล และคณะ⁽²¹⁾ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ คณิศ ชัยอาจ และคณะ⁽¹⁶⁾ ยังพบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อยู่ในระดับสูง เช่นกันเนื่องจาก อสม. มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดของโรคในชุมชน โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จึงส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองและการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนในชุมชน⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ตามแนวคิดของ ชวัญเมือง แก้วดำเกิง⁽²²⁾ ที่ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะ ซึ่งแต่ละสังคมกำหนดว่า บุคคลจำเป็นต้องมี เพื่อการเข้าถึง รู้จักใช้คำถาม ทำให้สามารถตัดสินใจ และนำข้อมูลแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้ อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคนในสังคม แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับดีส่งผลให้มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี เช่นกัน สอดคล้องกับ Nutbeam⁽⁸⁾ ที่ทำนายว่าถ้าผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งต่ำ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดต่ำด้วยหรือไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ หรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่าย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นนั้น เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตและในการทำงานมาอย่างยาวนาน รวมทั้งการได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ และผ่านการรับมือของการระบาดของโรคติดต่อ ทั้งอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ มาอย่างต่อเนื่องที่เกิดขึ้นในช่วงของการดำเนินชีวิต ทำให้ อสม. มีความรู้พฤติกรรม และทักษะที่จะป้องกันโรคและการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.90⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ คณิศ ชัยอาจ และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้ทำการปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมักส่งผลให้ อสม. มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรคที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรการเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิศ ชัยอาจ และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้ทำการปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น

พบว่าการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี⁽²⁵⁾ ได้ศึกษาผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. จังหวัดนครพนม พบว่า หลังจากการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อสม. มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรู้ผ่านการศึกษา และการฝึกอบรมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของ อสม.

ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน การเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก ประสบการณ์ที่สะสมจากการทำงานเป็นระยะเวลานาน ช่วยให้ อสม. มีความเข้าใจและความชำนาญ ในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน การเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรัญญา จิตบรรทัด และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื่องจาก อสม. มีช่องทางในการรับข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้อง ซึ่งช่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความรู้และเฝ้าระวังโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนออกปฏิบัติงาน อสม. จะได้รับการประเมินสุขภาพของตนเองทุกครั้ง รวมถึงได้รับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดเกี่ยวกับ ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ได้ระบุว่า การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเท่าทันต่อสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่าง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ถ่ายทอด และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้สามารถ ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁷⁾ ดังนั้น เมื่อ อสม. มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ อสม. ยังสามารถเป็นต้นแบบในการถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคไปยังประชาชน รวมถึงจูงใจให้บุคคลอื่น ดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของ อสม. ผ่านการอบรมและการใช้เทคโนโลยี สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน และ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ อสม. สามารถทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของ อสม. ควบคู่ไปกับการใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงทดลอง การศึกษาเชิงติดตามผล และการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมถึง ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพและการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. ฐานเศรษฐกิจ. สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 21. เข้าถึงได้จาก: https://www.thansettakij.com/news/general-news/584186?utm_source=chatgpt.com
2. สถานีสุขภาพ พิพีทีวี. โควิดทะลุ 3 พันคน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 21]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pptvhd36.com/health/news/3450?utm_source=chatgpt.com
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. การสาธารณสุขมูลฐาน. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2565.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์. การสาธารณสุขมูลฐาน. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์; 2565.
5. วินัย พันอ้วน, จิตมา กตัญญู, วันทนี ขวพงศ์. ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. พิษณุเวชสาร. 2562;15(2):149-59.
6. Hfocus. เจาะลึกระบบสุขภาพ: ย้อนข้อมูลค่าป่วยการ อสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 21]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/05/30430?utm_source=chatgpt.com
7. ดารุง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาหิม, นิภา มหารัษฎ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ. 2565;15(1):257-72.

8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านการให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 25]. เข้าถึงได้จาก: https://phcn.hss.moph.go.th/show_topic.php?id=295
10. วีระ กองสนั่น, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองไย อำเภอบางบาล จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน.* 2563;3(1):35-44.
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009 Nov;41(4):1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149.
12. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
13. ชุติมา สร้อยนาค, กัลยา มั่นล้วน, อัจฉรา เดชขุน, กันยา สุวรรณศิริพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.* 2567;51(2):196-209.
14. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการส่งเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชน (อายุ 7–14 ปี) และประชาชนทั่วไป (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564
15. วรัญญา จิตรบรรทัด, พิมพรรณ เรืองพุทธ, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, อับดุลกอเดช จิตรบรรทัด. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 2566; 6(2):94-108.
16. คณยศ ชัยอาจ, จุลจิลา หินจำปา, บุญทนากร พรหมภักดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.* 2566;30(3):113-25.
17. วิชัย ศรีผา. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดบึงกาฬ. *สรรพสิทธิเวชสาร.* 2565; 43(3):73-89.
18. สรวุฒิ เอี่ยมบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา.* 2564;1(2):75-90.

19. ภาวิณี มนตรี, กาญจนา คงศักดิ์ตระกูล, ศุภรดา มณฑาทิพย์, ยุทธนา กลิ่นจันทร์ และทรงศันพร ไหมสมบุญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีอยู่กลายเป็นพาหะของประชาชนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. วารสารควบคุมโรค. 2564; 47(2):343-52
20. จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564; 6(3):121-30.
21. นวพร ศรีนามล, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2566; 30(1):122-31.
22. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ การปฏิบัติ และเครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิทัล พรินท์; 2564. หน้า 2-3.
23. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปรี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย, ประภากร ศรีสว่างวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(3):104-14.
24. พงศกร บุญมาตุ่น, วุฒิพงศ์ รักดีกุล, วรินทร์มาศ เกษทองมา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2):300-12.
25. สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี. ผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2566; 38(1):37-45.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี

จามจรี จันทโพธิ์*, สุพัฒน์ อาสนะ**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ บทบาทการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 311 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.95) รายงานพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคือด้านความรู้ความเข้าใจ (ร้อยละ 63.02) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 67.20) ทักษะการสื่อสาร (ร้อยละ 67.20) ทักษะการตัดสินใจ (ร้อยละ 73.63) และการจัดการตนเอง (ร้อยละ 55.95) อยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ร้อยละ 60.45) ภาพรวมของบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 78.14) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($OR_{Adj}=3.85$, 95%CI: 1.82-8.11, $p\text{-value}<0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($OR_{Ad}=6.51$, 95%CI: 3.07-13.80, $p\text{-value}<0.001$) การให้ทุน อสม.และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ($OR_{Ad}=2.70$, 95%CI: 1.20-6.06, $p\text{-value}<0.001$)

การพัฒนาองค์ความรู้และสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการป้องกันโรคในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; การป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: สุพัฒน์ อาสนะ Email: su_assana@yahoo.com

รับบทความ: 2 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 12 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 13 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 1 มิ.ย. 68

Factors Associated with the Role in the Prevention of Diabetes and Hypertension among Village Health Volunteers in Udon Thani Province

Jamjuree Chanthapho*, Supat Assana**^a

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine health literacy, operational roles, supportive factors, and factors associated with the role in the prevention of diabetes and hypertension among village health volunteers (VHVs) in Udon Thani province. Samples consisted of 311 participants selected through stratified sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive and inferential statistics, specifically multiple logistic regression.

The results revealed that the overall health literacy of VHVs regarding the prevention of diabetes and hypertension was at a high level (55.95%). By dimension, most were at a high level: knowledge and understanding (63.02%), access to health information and services (67.20%), communication skills (67.20%), decision-making skills (73.63%), and self-management (55.95%). The dimension of media literacy was at a moderate level (60.45%). The overall role in the prevention of diabetes and hypertension was also at a high level (78.14%). Factors significantly associated with the role in disease prevention included access to health information and services ($OR_{Adj}=3.85$, 95%CI: 1.82-8.11, $p\text{-value}<0.001$), decision-making skills ($OR_{Adj}=6.51$, 95%CI: 3.07-13.80, $p\text{-value}<0.001$), and the provision of financial support and educational quotas for VHVs' children to study in Ministry of Public Health programs ($OR_{Adj}=2.70$, 95%CI: 1.20-6.06, $p\text{-value}<0.001$).

Continuous knowledge development and support for the work of VHVs can sustainably enhance disease prevention capacity at the community level.

Keywords: Health literacy; Diabetes and hypertension prevention; Village health volunteers

* Master of Public Health Candidate, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

** Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Supat Assana Email: su_assana@yahoo.com

Received: May 2, 25; Revised: May 12, 25; Accepted: May 13, 25; Published Online: Jun. 1, 25

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือประชาชนจิตอาสาที่ผ่านการคัดเลือกจากชุมชน และได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ เฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ อสม.ยังเป็นผู้สื่อสารข่าวสารสุขภาพ ประสานงานกับหน่วยบริการ⁽¹⁾ และเป็นที่ไว้วางใจของประชาชนในการดูแลสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน กระทรวงสาธารณสุขมี อสม. ทั่วประเทศประมาณ 1.05 ล้านคน⁽²⁾ โดยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽³⁾ ในปัจจุบันพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อสม.จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

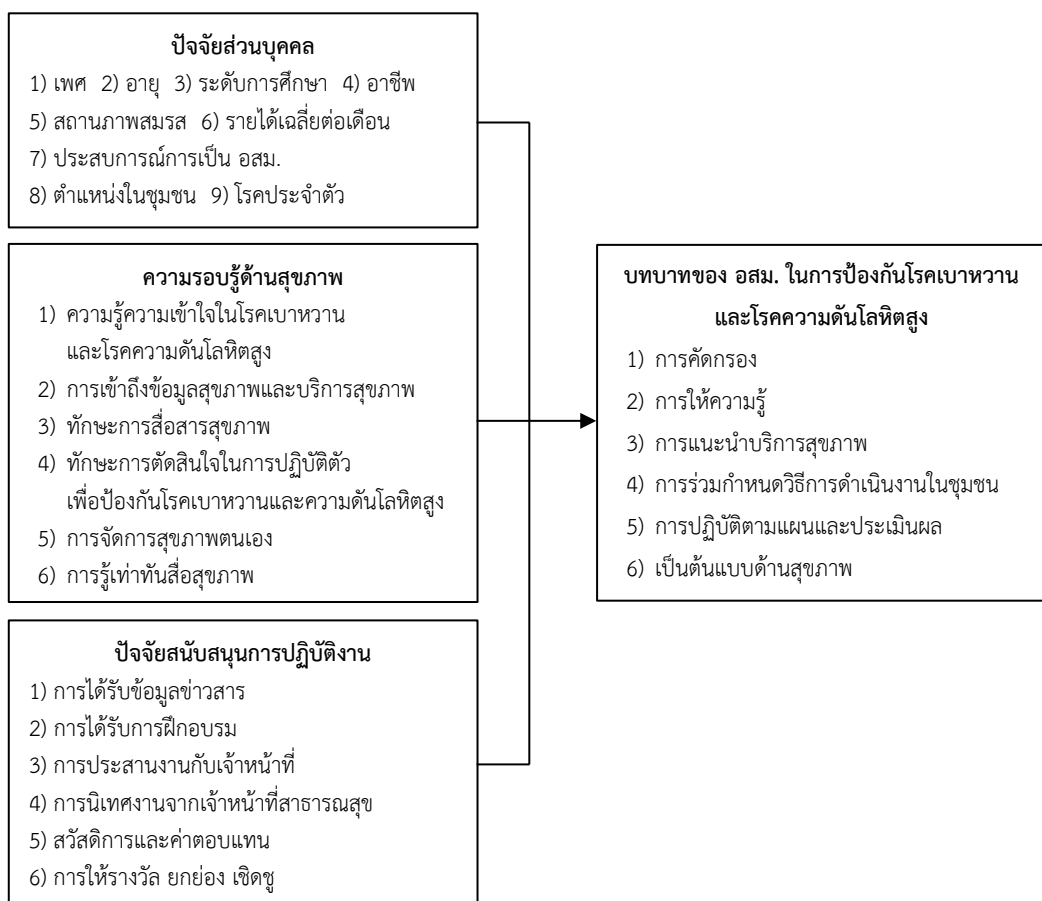
ในปัจจุบันพบว่า อสม.มีความหลากหลาย เช่น อายุ ระดับการศึกษา เพศ และความสามารถ⁽⁴⁾ การพัฒนา อสม. ดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชนได้อย่างยั่งยืน สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพประเมินความเสี่ยงและสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลกและเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 86,401 คน, 94,284 คน และ 98,376 คน ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกัน โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นอีกหนึ่งภัยเงียบที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยจำนวน 133,827 คน, 144,359 คน และ 150,517 คนตามลำดับ⁽⁵⁾ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หากไม่ควบคุมหรือรักษา อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง อย่างไรก็ตาม โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนอย่างเหมาะสม อสม.มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้กับชุมชน หากขาดความรู้ด้านสุขภาพ อาจทำให้การให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน ส่งผลให้ประชาชนขาดความเข้าใจในการดูแลตนเอง และลดประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังโรค เสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในชุมชน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรบบบาทและการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ประสิทธิภาพการทำงาน และการใช้เทคโนโลยี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ จะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การสนับสนุนให้อสม. มีทักษะที่ครบถ้วนทั้งในด้านความรู้และการสื่อสารจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การสร้างระบบสนับสนุนที่ดีให้กับ อสม.และการจัดฝึกอบรมที่มีคุณภาพ ทำให้การป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเป็นไปอย่างยั่งยืน⁽⁶⁾ ซึ่งจังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และยังไม่มีมีการสำรวจถึงบทบาทเฉพาะในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงปัจจัยสนับสนุนต่างๆที่จะช่วยส่งเสริมให้อสม. ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามบทบาทต่างๆ เพื่อช่วยลดปัญหาของโรคเบาหวานในภาพรวมของจังหวัด

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับ อสม. รวมถึงการพัฒนา ระบบสนับสนุน อสม. อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญในการวางแผนและรับมือกับปัญหาการเพิ่มขึ้น ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งจะช่วยลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพ และระบบสาธารณสุข เพื่อจะส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระยะยาว

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกัน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน⁽⁷⁾ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะ การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตนเอง⁽⁴⁾ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ของ อสม. เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการฝึกอบรม⁽⁸⁾ เป็นต้น สามารถสรุปเป็นกรอบวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 28,075 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อสม.ที่มีอายุ 18-59 ปี 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี 3) สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก คือ อสม. ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคของการเข้าร่วมวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽⁹⁾ โดยผู้วิจัยใช้ค่าผู้วิจัยใช้ค่า P1, P2 และ B จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของ อุไรรัตน์ คุุหมณี⁽⁴⁾ และได้ปรับขนาดตัวอย่างจากการแทนค่า p ในการกำหนดขนาดตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการพิจารณาตัวแปรซึ่งนำมาใช้พยากรณ์ไม่ควรมีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) และต้องมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้สำเร็จผู้วิจัยจึงได้เลือกค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.5 ดังนั้นขนาดตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ 311 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นอสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานะทางสุขภาพ ตำแหน่งในชุมชน เป็นข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน⁽¹⁰⁾ ด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน แปลผลความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹¹⁾ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 4 การรู้เท่าทันสื่อ ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ โดยด้านที่ 2-6 เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนตามลำดับ คะแนนน้อย หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติน้อย คะแนนมาก หมายถึง

ความถี่ในการปฏิบัติมาก เกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งค่าเฉลี่ยคะแนนของเบสท์⁽¹²⁾ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 บทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ด้าน มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนน้อยหมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติน้อย คะแนนมากหมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติมาก ดังนี้ เกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งค่าเฉลี่ยคะแนนของเบสท์⁽¹²⁾ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Stata version 16.0 ลิขสิทธิ์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล

2) สถิติเชิงอนุมาน คือการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุลอจิสติก โดยมีขั้นตอนคือ ใช้สถิติ Simple logistic regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ๆ โดยพิจารณาค่า Crude odds ratio และ $p\text{-value} < 0.25$ ในการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร และใช้การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกโดยใช้วิธีตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Multiple logistic regression with backward elimination) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ต่อบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วย อัตราเสี่ยง (Adjusted odds ratios: OR_{adj}) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95% CI) และค่า $p\text{-value}$ ที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ICH GCP) เลขที่ HE671072 วันที่ 6 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อขอเก็บข้อมูลกับ อสม. ได้ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม แจ้งวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัยและเมื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เรียบร้อยแล้วนำเสนอเป็นภาพรวมซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.82 มีอายุเฉลี่ย 54.63 ปี ($SD=9.02$) ระดับการศึกษาสูงสุด คือประถมศึกษา ร้อยละ 40.51 มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.42 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.46 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 45.98

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 57.88 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.77 และไม่มีตำแหน่งในชุมชนร้อยละ 83.60

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.95 ในแต่ละรายด้านพบว่า ด้านทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 73.63 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ร้อยละ 67.20 ด้านความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 63.02 ด้านทักษะการจัดการตนเอง ร้อยละ 55.95 และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 36.66 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=311)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	ต่ำ n (%)
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ	196 (63.02)	99 (31.83)	16 (5.14)
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	209 (67.20)	102 (32.80)	0 (0.00)
3. ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ	209 (67.20)	102 (32.80)	0 (0.00)
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	114 (36.66)	188 (60.45)	9 (2.89)
5. ด้านทักษะการตัดสินใจ	229 (73.63)	82 (26.37)	0 (0.00)
6. ด้านทักษะการจัดการตนเอง	174 (55.95)	134 (43.09)	3 (0.96)
ภาพรวม	174 (55.95)	136 (43.73)	1 (0.32)

3. ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในด้านการรับข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขจากการทำงานประชุมวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน อสม. และสื่อสารต่าง ๆ พบว่า อสม. ส่วนมากได้รับข้อมูลสม่ำเสมอ เดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 62.06 ได้รับการฝึกอบรมความรู้ในงานสาธารณสุข ร้อยละ 91.00 ได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการนัดหมายงานต่าง ๆ การส่งเอกสารและรายงาน ร้อยละ 82.32 ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่า 12 ครั้งต่อปีร้อยละ 43.73 ความพึงพอใจในสวัสดิการและค่าตอบแทนที่รัฐจัดให้ ประเด็นค่าป่วยการ 2,000 บาท พบว่า ส่วนใหญ่พึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 55.31 ประเด็นการรักษาพยาบาลของ อสม. และครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 47.59 ประเด็นสิทธิเข้าห้องพิเศษ กรณีผู้ป่วยใน ส่วนมากพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 46.62 ประเด็นการที่รัฐให้ทุน อสม. และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าพึงพอใจมากและพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 46.30 ความพึงพอใจในการให้รางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติ การประกวด อสม. ดีเด่น ระดับต่าง ๆ พบว่าพึงพอใจมาก ร้อยละ 54.66 และความพึงพอใจ

ในการให้รางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติ การมอบเข็มเชิดชูเกียรติ อสม. พบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจมาก ร้อยละ 57.23 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=311)

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
1. ได้รับข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขจากการประชุม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน อสม. และสื่อสารต่างๆ		
ได้รับสม่ำเสมอ เดือนละ 1 ครั้ง	193	62.06
ได้รับไม่สม่ำเสมอ	87	27.97
ได้รับสม่ำเสมอ $\geq$ เดือนละ 2 ครั้ง	31	9.97
2. ได้รับการฝึกอบรมความรู้ในงานสาธารณสุข		
เพียงพอแล้ว	292	93.89
น้อยไป	19	6.11
3. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการนัดหมายงานต่าง ๆ การส่งเอกสาร และรายงาน		
ทำทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2	256	82.32
ทำเฉพาะการนัดหมายงานต่างๆ	33	10.61
ทำเฉพาะการส่งเอกสารรายงาน	22	7.07
4. ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
มากกว่า 12 ครั้ง/ปี	136	43.73
$\leq$ 8 ครั้ง/ปี	107	34.41
9-12 ครั้ง/ปี	68	21.86
5. ความพึงพอใจในสวัสดิการและค่าตอบแทนที่รัฐจัดให้ ในประเด็น “ค่าป่วยการ 2,000 บาท”		
พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก	271	87.14
ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย	40	12.86
6. ความพึงพอใจในสวัสดิการ และค่าตอบแทนที่รัฐจัดให้ ในประเด็น “การรักษาพยาบาล อสม. และครอบครัว”		
พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก	288	92.60
ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย	23	7.40
7. ความพึงพอใจในสวัสดิการ และค่าตอบแทนที่รัฐจัดให้ ในประเด็น “สิทธิเข้าห้องพิเศษ กรณีผู้ป่วยใน”		
พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก	285	91.64
ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย	26	8.36

ตารางที่ 2 (ต่อ) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=311)

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
8. ความพึงพอใจในสวัสดิการ และค่าตอบแทนที่รัฐจัดให้ในประเด็น “การให้ทุน อสม. และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข”		
พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก	288	92.60
ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย	23	7.40
9. ความพึงพอใจในการให้รางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติ ในประเด็น “การประกวด อสม. ดีเด่น” ระดับต่างๆ		
พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก	298	95.82
ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย	13	4.18
10. ความพึงพอใจในการให้รางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติ ในประเด็น “การมอบเข็มเชิดชูเกียรติ อสม.”		
พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก	297	95.50
ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย	14	4.50

4. บทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ภาพรวมของบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.14 และระดับปานกลาง ร้อยละ 21.86 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละในภาพรวมของบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (n=311)

บทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	n (%)
ระดับสูง	243 (78.14)
ระดับปานกลาง	68 (21.86)
ระดับต่ำ	0 (0.00)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ อสม.

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดียว (Bivariable analysis) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value}<0.25$ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Crude OR=8.4; 95%CI: 4.59-15.35; $p\text{-value}<0.001$) 2) ทักษะการสื่อสารสุขภาพ (Crude OR=8.4; 95%CI: 4.59-15.35; $p\text{-value}<0.001$) 3) การรู้เท่าทันสื่อ (Crude OR=10.24; 95%CI: 3.98-26.37; $p\text{-value}<0.001$) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Crude OR=18.31; 95%CI: 9.51-35.24; $p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่า 12 ครั้ง/ปี (Crude OR=1.84; 95%CI: 1.04-3.25; $p\text{-value}=0.030$) ความพึงพอใจ

การรักษาพยาบาล อสม.และครอบครัว (Crude OR=2.34; 95%CI: 1.31-4.17; p-value=0.003) ความพึงพอใจในสิทธิเข้าห้องพิเศษ กรณีผู้ป่วยใน (Crude OR=2.80; 95%CI: 1.54-5.07; p-value<0.001) ความพึงพอใจในการให้ทุน อสม. และโคตาบุตร อสม.เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข (Crude OR=4.43; 95%CI: 2.34-8.41; p-value<0.001) ความพึงพอใจ การประกวด อสม. ดีเด่น ระดับต่างๆ (Crude OR=3.54; 95%CI: 1.99-6.30; p-value<0.001) และความพึงพอใจ การมอบเข็มเชิดชูเกียรติ อสม. (Crude OR=3.17; 95%CI: 1.80-5.56; p-value<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=311)

ปัจจัย	จำนวน	บทบาทการป้องกันโรคระดับสูง n (%)	Crude OR	95% CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ					<0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	102	54 (52.94)	1	1	
ระดับสูง	209	189 (90.43)	8.4	4.59 to 15.35	
2) ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ					<0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	102	54 (52.91)	1	1	
ระดับสูง	209	189 (90.43)	8.4	4.59 to 15.35	
3) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ					<0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	197	134 (68.02)	1	1	
ระดับสูง	114	109 (95.61)	10.24	3.98 to 26.37	
4) ด้านทักษะการตัดสินใจ					<0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	82	32 (39.02)	1	1	
ระดับสูง	229	211 (92.14)	18.31	9.51 to 35.24	
5) ด้านทักษะการจัดการตนเอง					<0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	137	168 (96.55)	1	1	
ระดับสูง	174	75 (54.74)	2.46	0.21 to 27.86	
ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.					
1) ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					0.030*
8-12 ครั้ง/ปี	175	129 (73.71)	1	1	
มากกว่า 12 ครั้ง/ปี	136	114 (83.82)	1.84	1.04 to 3.25	

ตารางที่ 4 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=311)

ปัจจัย	จำนวน	บทบาทการป้องกันโรคฯ ระดับสูง n (%)	Crude OR	95% CI	p-value
ความพึงพอใจในสวัสดิการ และค่าตอบแทนที่รัฐจัดให้ ในประเด็น					
2)“ค่าป่วยการ 2,000 บาท”					0.044*
ไม่พึงพอใจ ถึงปานกลาง	212	159 (75.00)	1	1	
พึงพอใจมาก	99	84 (78.14)	1.86	0.99 to 3.50	
3)“การรักษาพยาบาล อสม. และครอบครัว”					0.003**
ไม่พึงพอใจ ถึงปานกลาง	171	123 (71.93)	1	1	
พึงพอใจมาก	140	120 (85.71)	2.34	1.31 to 4.17	
4)“สิทธิเข้าห้องพิเศษ กรณีผู้ป่วยใน”					<0.001**
ไม่พึงพอใจ ถึงปานกลาง	171	121 (70.76)	1	1	
พึงพอใจมาก	140	122 (87.14)	2.80	1.54 to 5.07	
5)“การให้ทุน อสม. และโคเวตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข”					<0.001**
ไม่พึงพอใจ ถึงปานกลาง	167	113 (67.66)	1	1	
พึงพอใจมาก	144	130 (90.28)	4.43	2.34 to 8.41	
6)“การประกวด อสม. ดีเด่น” ระดับต่างๆ					<0.001**
ไม่พึงพอใจ ถึงปานกลาง	141	94 (66.67)	1	1	
พึงพอใจมาก	170	149 (87.65)	3.54	1.99 to 6.30	
7)“การมอบเข็มเชิดชู เกียรติ อสม.					<0.001**
ไม่พึงพอใจ ถึงปานกลาง	133	89 (66.92)	1	1	
พึงพอใจมาก	178	154 (86.52)	3.17	1.80 to 5.56	

* p-value<0.05; ** p-value<0.01

5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariate) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value<0.05 คือ

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อสม.ที่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงเป็น 3.85 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับต่ำถึงปานกลาง (OR_{Adj}=3.85; 95%CI: 1.82-8.11; p-value<0.001)

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ อสม.ที่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง มีบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงเป็น 6.51 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ($OR_{Adj}=6.51$; 95%CI: 3.07-13.80; p-value<0.001)

3) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ด้านความพึงพอใจในสวัสดิการและค่าตอบแทนที่รัฐจัดให้การให้ทุน อสม. และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข อสม. มีความพึงพอใจ “การให้ทุน อสม. และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข” อยู่ในระดับพึงพอใจมาก มีบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงเป็น 2.70 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับไม่พึงพอใจถึงพึงพอใจปานกลาง ($OR_{Adj}=2.70$; 95%CI: 1.20-6.06; p-value<0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariate) ปัจจัยที่มีมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี (n=311)

ปัจจัย	จำนวน	บทบาทการป้องกันโรค ระดับสูง n (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ						<0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	102	54 (52.94)	1	1	1	
ระดับสูง	209	189 (90.43)	8.4	3.85	1.82 to 8.11	
ด้านทักษะการตัดสินใจ						<0.001**
ระดับต่ำถึงปาน กลาง	82	32 (39.02)	1	1	1	
ระดับสูง	229	211 (92.14)	18.31	6.51	3.07 to 13.80	
การให้ทุน อสม. และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข						<0.001**
ไม่พึงพอใจถึงปานกลาง	167	113 (67.66)	1	1	1	
พึงพอใจมาก	144	130 (90.28)	4.43	2.70	1.20 to 6.06	

* p-value<0.05; ** p-value<0.01

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงร้อยละ 55.95 เนื่องจากได้รับการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคอย่างสม่ำเสมอ ประสพการณ์ในการทำงาน และการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติม ส่งผลให้สามารถให้คำแนะนำและดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ โสภณ นุชเจริญ⁽¹³⁾ พบว่า อสม.มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และงานวิจัยของ จุฬารัตน์ เมฆสว่าง⁽¹⁴⁾ พบว่า อสม.มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก

ซึ่งจะเห็นว่าองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น การอบรมและประสบการณ์นั้นมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน พบว่า อสม.ที่ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า 12 ครั้งต่อปี มีบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่า อสม.ที่ได้รับนิเทศน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารค์ จักรไชย และคณะ⁽¹⁵⁾ และ ชมพูนุช สุภาพวานิช และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า การอบรมและนิเทศงานส่งผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม. โดยช่วยเสริมความเข้าใจและความมั่นใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และแตกต่างจากการศึกษาของ รุ่ง มาสีก⁽¹⁷⁾ พบว่า การสนับสนุนด้านการนิเทศงานและอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง สรุปได้ว่า อสม.ที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านความพึงพอใจ พบว่า อสม.มีความพึงพอใจในคำตอบแทน สวัสดิการการรักษาพยาบาล สิทธิเข้าห้องผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยใน การให้ทุนและโควตาศึกษาต่อของ อสม.และบุตร อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์⁽⁸⁾ และ ไพรบูลย์ อินทมาส⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า คำตอบแทนและสิทธิประโยชน์ที่เพียงพอช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและมีความรับผิดชอบสูงขึ้นและการศึกษาของ ขวัญเรือน ชัยนันท์⁽⁷⁾ พบว่าแรงจูงใจ เช่น คำตอบแทน การยอมรับ และความพึงพอใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

บทบาทการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า บทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.14 โดย อสม.มีส่วนร่วมในการคัดกรอง เช่น เจาะเลือดปลายนิ้ว วัดความดัน ให้คำแนะนำตามหลัก 3 อ. 2 ส. และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจรักษาที่ รพ.สต. หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ คุณาธรรม⁽¹⁹⁾ และ อุไรรัตน์ คูหมณี⁽⁴⁾ ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุธิสา กรายแก้ว⁽²⁰⁾ ที่พบว่า อสม.มีบทบาทในระดับมาก แตกต่างจากงานวิจัยของ ประมวล เหล่าสมบัติวิ⁽²¹⁾ ซึ่งพบว่า บทบาทของ อสม.ในบางพื้นที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. จ.อุดรธานี

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า อสม.ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=3.85$; 95%CI: 1.82-8.11; $p < 0.001$) โดยการฝึกอบรม การประชุมอย่างต่อเนื่อง การมีคู่มือปฏิบัติงาน และการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะช่วยเพิ่มความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพและสิทธิการรักษาซึ่งช่วยให้ อสม.สามารถแนะนำประชาชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า อสม.ในพื้นที่ต้นแบบมีระดับความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

2) ด้านทักษะการตัดสินใจ พบว่า ทักษะการตัดสินใจของ อสม.มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=6.51$; 95%CI: 3.07-13.80; $p<0.001$) โดยเฉพาะอสม.ที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี และได้รับการอบรมด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ อสม.ที่มีทักษะการตัดสินใจที่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและให้คำแนะนำที่เหมาะสม รวมถึงพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บำรุง รื่นเรือง⁽²²⁾ และอัจฉริยา เชื้อเย็น⁽²³⁾ พบว่า อสม. ที่มีประสบการณ์มากกว่ามักจะมี ความมั่นใจในการปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจ สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่า

3) การให้ทุน อสม. และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การได้รับทุนและโควตาศึกษาต่อของ อสม.และบุตร มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=2.70$; 95%CI: 1.20-6.06; $p<0.001$) โดยสิทธิในการเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรด้านสาธารณสุขจะช่วยเสริมศักยภาพ อสม. และสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเรือน ชัยนันท์⁽⁷⁾ และไพบุลย์ งามสกุลพิพัฒน์⁽⁸⁾ ที่พบว่า สวัสดิการ การยอมรับทางสังคม และความพึงพอใจในการทำงาน ล้วนส่งผลต่อระดับการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของ อสม. เพราะการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนอย่างถูกต้อง ชัดเจน และเข้าใจง่าย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการป้องกันโรค เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การรับบริการตรวจคัดกรองหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ

2) ควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมให้เหมาะสมกับความต้องการและสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อเพิ่มทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเองให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคใหม่ ๆ ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ อสม. สามารถให้คำแนะนำแก่ประชาชนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

3) การสนับสนุนสวัสดิการให้กับ อสม. และครอบครัว รวมถึงส่งเสริมให้ อสม. ได้รับสิทธิด้านอื่น ๆ จะช่วยส่งเสริมให้ อสม. มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะด้านการตัดสินใจ และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อทราบถึงความต้องการและศักยภาพของ อสม. ในการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดีโดยได้รับความอนุเคราะห์และให้คำปรึกษาจาก ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมศรี อำเภอเพ็ญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโปร่ง อำเภอศรีธาตุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโค อำเภอกุดจับ ที่กรุณาอำนวยความสะดวก

ให้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลการศึกษาในพื้นที่ และขอรับรองว่าผู้เขียนงานวิชาการที่ได้ให้ศึกษาค้นคว้า และใช้อ้างอิงทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.). นนทบุรี: เอกสารเผยแพร่สาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. แบบรายงาน ระบบฐานข้อมูล อสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 เม.ย. 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/new2020/>
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ปิงปองประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. อุไรรัตน์ คุณะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2563; 45(1):137-42.
5. Health Data Center. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 เมษายน 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/udn/public/standard-subcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b>
6. จรรยา คุณภาที. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(3):1-10.
7. ขวัญเรือน ชัยนันท์, เจตต์ชญญา บุญเฉลียว, ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม, ณฐา เมธาบุษยธร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภออุ้มทอง สุพรรณบุรี. วารสารสหศาสตร์การพัฒนาสังคม. 2568; 3(2):104-24.
8. ไพบุลย์ งามสกุลพิพัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี [สารนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623-34. doi: 10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s.
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
11. Bloom BS. Handbook on Formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

13. โสภณ นุชเจริญ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำดวน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน จังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2566.
14. จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564; 6(3):121-30.
15. ประสงค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1):16-28.
16. ชมพูนุช สุภาพานิช, อิมรอน วาเต๊ะ, กมลวรรณ วณิชชานนท์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563;12(2):34-50.
17. รุ่ง มาสีก. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566; 3(2):28-38.
18. ไพโรบลย์ อินทมาศ. ผลของค่าตอบแทนและแรงจูงใจทางสังคมต่อความมุ่งมั่นในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารพัฒนาสังคม. 2561;5(3):102-18.
19. วิลาวัลย์ คุณาธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2566;9(3):431-43.
20. สุธิสรา กรายแก้ว, ภัชลา สุวรรณวล, สุภาภรณ์ โสภณ, พระครูธีรธรรมพิมล. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์. 2563;7(12):69-81.
21. ประมวล เหล่าสมบัติทวี, พัทณี จินชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์. 2557;1(1):99-111.
22. บำรุง รื่นเรือง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสาม หมู่ที่ 5 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. ปทุมธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี; 2567.
23. อัจฉริยา เชื้อเย็น, ศิวพร อังวัฒนา, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีเจาะจากปลายนิ้วในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2565;18(2):102-15.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชมहेงร้งแของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

รัตนารณ พันธ์โพธิ์, พย.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมहेงร้งแของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขต 32 ในสหวิทยาเขตเมืองบุรีรัมย์ จำนวน 397 คน เลือกแบบ 2 ขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมहेงร้งแของนักเรียน และแบบสอบถามพฤติกรรมการชมहेงร้งแของนักเรียน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมहेงร้งแของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง และความคับข้องใจ ซึ่งมีอำนาจการทำนายสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ปัจจัย; พฤติกรรมการชมहेงร้งแ; นักเรียน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

^a Corresponding author: รัตนารณ พันธ์โพธิ์ Email: Rattanpron.ph@western.ac.th

รับบทความ: 28 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 12 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 13 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 10 มิ.ย. 68

Predicting Factors of Bullying Behaviors of Junior High School Students

Rattanapron Phanpho, M.N.S.*^a

Abstract

The purpose of this correlational research was to study the predictive power of factors affecting bullying behaviors among middle school students. Samples were 397 students in junior high school, Education District 32, in Buriram City Campus, selected through a 2-step procedure. The research instruments were a questionnaire on factors affecting students' bullying behaviors and a questionnaire on student bullying behaviors with confidence coefficient values of 0.80 and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. and stepwise multiple regression analysis. Results showed that the factors affecting bullying behavior among middle school students with predictive power were students' self-esteem, self-control and frustration. The factors significantly explained the bullying behavior about 17 percent of the variance at p-value of 0.05 level.

Keywords: Factors; Bullying behavior; Students

* Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

^a Corresponding author : Rattanapron Phanpho E-mail: Rattanpron.ph@western.ac.th

Received: Apr. 28, 25; Revised: May 12, 25; Accepted: May 13, 25; Published Online: Jun. 10, 25

บทนำ

การบูลลี่ (Bullying) เป็นปัญหารุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจของเด็ก เป็นรูปแบบพฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายจิตใจโดยการตั้งใจ การกลั่นแกล้งแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การกลั่นแกล้งทางร่างกาย วาจา สังคม ความสัมพันธ์ และการกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต⁽¹⁾ ความรุนแรงและการกลั่นแกล้งในโรงเรียนทำให้เด็กและวัยรุ่นหลายล้านคนสูญเสียสิทธิพื้นฐานในการศึกษา จากการรายงานของ UNESCO พบว่านักเรียนมากกว่าร้อยละ 30 ทั่วโลกตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง⁽²⁾ และจากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า เด็กไทยมีพฤติกรรมบูลลี่เป็นอันดับที่ 2 ของโลก รองจากประเทศญี่ปุ่น โดยเด็กไทยถูกบูลลี่ปีละประมาณ 600,000 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ของนักเรียนทั้งหมด และส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นกับนักเรียนระดับชั้นมัธยม⁽³⁾ จากสำรวจความคิดเห็นเรื่อง บูลลี่ กลั่นแกล้ง ความรุนแรงในสถานศึกษาในกลุ่มเด็ก อายุ 10-15 ปี จาก 15 โรงเรียนพบว่า ร้อยละ 91.79 เคยถูกบูลลี่ ส่วนวิธีที่ใช้บูลลี่ คือ การตบหัว (ร้อยละ 62.07) รองลงมาเป็นการล้อบุพการี (ร้อยละ 43.57) พุดจาเหยียดหยาม (ร้อยละ 41.78) และรูปแบบอื่น เช่น นินทา คำทอ ชกต่อย ล้อปมต่อย พุดเชิงให้ร้าย เสียตสี กลั่นแกล้งในสื่อออนไลน์ นอกจากนี้ 1 ใน 3 หรือ ร้อยละ 35.33 ระบุว่า เคยถูกกลั่นแกล้งประมาณเดือนละ 2 ครั้ง ที่น่าห่วงคือ 1 ใน 4 หรือ ร้อยละ 24.86 ถูกกลั่นแกล้งมากถึงสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ส่วนคนที่แกล้งคือเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง⁽⁴⁾

การบูลลี่หรือการกลั่นแกล้งทั้งทางร่างกาย คำพูด และจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการล้อเลียนลักษณะรูปร่าง หน้าตา การเหยียดเพศ การล้อบุพการี ตบหัว ดึงผม นินทาว่าร้ายให้เสียชื่อเสียง หรือเสียความรู้สึก หากไม่ได้รับการแก้ไข อาจก่อความหวาดความรุนแรงมากขึ้น จนทำให้ชีวิตและอนาคตมืดมน เพียงเพราะไม่รู้วิธีการรับมือที่ถูกต้องเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา จึงตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขในทางที่ผิด⁽⁵⁾ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่นทางร่างกายและทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้สื่อที่มีความรุนแรง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อมในบ้าน และสิ่งแวดล้อมในชุมชน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่นทางวาจาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้สื่อที่มีความรุนแรง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อมในบ้าน สิ่งแวดล้อมในชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่นทางร่างกาย โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 18.9 อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและการใช้สื่อที่มีความรุนแรงเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่นทางวาจา โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 25.5 ส่วนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่นทางสังคม โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 27⁽⁶⁾

จากรายงานในปี พ.ศ. 2565 และปี พ.ศ. 2566 ของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร่างกายและเสียชีวิต ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกบูลลี่เป็นประจำจากเพื่อนและคนรอบข้าง^(7,8) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมข่มเหงรังแกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมข่มเหงรังแกของนักเรียน และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ ในการหาแนวทางเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งของนักเรียน และเป็นแนวทางการพัฒนา

รูปแบบและนำไปสู่การปฏิบัติงานในการป้องกันการช้เหล้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

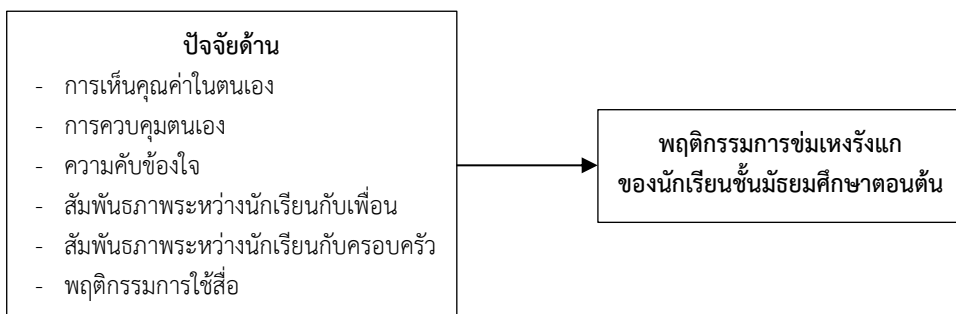
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการช้เหล้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการช้เหล้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการควบคุมตนเอง ด้านความคับข้องใจ ด้านสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ด้านสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครอบครัว และด้านพฤติกรรมการช้เหล้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการช้เหล้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
2. ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการควบคุมตนเอง ด้านความคับข้องใจ ด้านสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ด้านสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครอบครัว ด้านพฤติกรรมการช้เหล้าสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการช้เหล้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Albert Bandura⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่การเปลี่ยนแปลงนั้นเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม และปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้ มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันไม่อาจแยกออกจากกันได้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง ความคับข้องใจ และพฤติกรรมการช้เหล้า ส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น สัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน สัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช้เหล้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 32 ในสหวิทยาเขตเมืองบุรีรัมย์ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 5,127 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 397 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 ขั้นตอน (Two-staged sampling) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายจาก 5 โรงเรียนซึ่งเป็นกิ่งหนึ่งของ 10 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 ในสหวิทยาเขตเมืองบุรีรัมย์ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย 5 โรงเรียน จากจำนวนโรงเรียนของทั้ง 5 โรงเรียน และเก็บข้อมูลแต่ละโรงเรียนด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ให้ได้ตามสัดส่วนของประชากรที่คำนวณไว้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สื่อสารภาษาไทยได้ดี ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วน และไม่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากสูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan⁽¹⁰⁾ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และระดับความเชื่อมั่น 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 357 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 397 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ศาสนา เกรดเฉลี่ย อาชีพของบิดามารดา และที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมเชยรางวัลของนักเรียนซึ่งใช้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของของ อัสรี อนุตโต⁽¹¹⁾ มีจำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง 7 ข้อ ด้านการควบคุมตนเอง 6 ข้อ ด้านความคับข้องใจ 7 ข้อ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน 7 ข้อ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างนักเรียนกับครอบครัว 4 ข้อ ด้านพฤติกรรมการใช้สื่อ 6 ข้อ ข้อคำถามทั้งหมดเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด 3 คะแนน หมายถึง จริง 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจริง 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง การแปลผลใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 3.28-4.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.52-3.27 คะแนน หมายถึง ระดับมาก 1.76-2.51 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.75 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการชมเชยรางวัลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของของ อัสรี อนุตโต⁽¹¹⁾ มีจำนวน 9 ข้อเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด 3 คะแนน หมายถึง จริง 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจริง 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง การแปลผลใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยดังนี้ 3.28-4.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

2.52-3.27 คะแนน หมายถึง ระดับมาก 1.76-2.51 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.75 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Item-objective congruence index: IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียน จำนวน 30 คนที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการชมเชยเร่งเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการชมเชยเร่งเท่ากับ 0.90 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการในเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยนัดหมายนักเรียนในชั้นเรียน แจกแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ให้เวลาตอบประมาณ 15-30 นาที แล้วส่งแบบสอบถามกลับโดยใส่ในซองกระดาษที่ห่อซึ่งได้รับกลับครบ 397 ฉบับและตอบได้สมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ หมายเลข BRO2023-061 ลงวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ก่อนดำเนินการวิจัยโดยผู้ปกครองลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณค่าของสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานสถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) ซึ่งได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลในแต่ละตัวแปร และการมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของคู่ตัวแปร โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.4 มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 39.5 เกรดเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.00-4.00 ส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 36.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.7 บิดามารดาส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 36.5 และปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 61.2

2. ผลการศึกษาของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการชมเชยเร่ง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการชมเชยเร่งโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.57, SD=0.31) ในรายด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ พฤติกรรมการใช้สื่อ ($\bar{X}$ =2.51, SD=0.536) ความคับข้องใจ ($\bar{X}$ =2.53, SD=0.49) สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ($\bar{X}$ =2.62, SD=0.43) สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครอบครัว ($\bar{X}$ =2.63, SD=0.589)

การควบคุมตนเอง ($\bar{X}$ =2.73, SD=0.544) และอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\bar{X}$ =2.46, SD=0.39) และพฤติกรรมการชมเชยตัวเอง ($\bar{X}$ =1.41, SD=0.59)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมเชยตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง ความคับข้องใจ สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครอบครัว และด้านพฤติกรรมการใช้สื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชมเชยตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมเชยตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n=397)

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7
1. พฤติกรรมการชมเชยตัวเอง	1	0.283**	-0.131**	0.302**	0.139**	0.142**	0.115*
2. การเห็นคุณค่าในตนเอง		1	0.279**	0.406**	0.387**	0.328**	0.256**
3. การควบคุมตนเอง			1	0.167**	0.308**	0.216**	0.275**
4. ความคับข้องใจ				1	0.206**	0.136**	0.234**
5. สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน					1	0.303**	0.397**
6. สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครอบครัว						1	0.379**
7. ด้านพฤติกรรมการใช้สื่อ							1

*p<0.05; **p<0.01

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมเชยตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มี 3 ปัจจัย จาก 6 ปัจจัย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง (β =0.210) การควบคุมตนเอง (β =-0.270) และความคับข้องใจ (β =0.233) ซึ่งปัจจัยทั้งสามร่วมกันทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมเชยตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชมเชยตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n=397)

ตัวแปรทำนาย	β	SE	Beta	t	p-value
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง(X_1)	0.406	0.106	0.210	3.827	0.000
2.การควบคุมตนเอง (X_2)	-0.444	0.081	-0.270	-5.461	0.000
3. ความคับข้องใจ (X_3)	0.357	0.078	0.233	4.600	0.000

Constant=2.36, R=0.43, R²=0.18, Adjusted R²=0.17, F=14.95, *p<0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง และความคับข้องใจ ซึ่งปัจจัยทั้งสามสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กล่าวมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับครู หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบและนำไปสู่การปฏิบัติงานในการป้องกันการเข้มแข็งแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยบางส่วน ดังต่อไปนี้

การเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งหากบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาเช่นพฤติกรรมเข้มแข็งแก่ผู้อื่น⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษา Chung et al.⁽¹³⁾ พบว่าเด็กที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีประสบการณ์เข้มแข็งแก่ผู้อื่นและความถี่ในการเข้มแข็งแก่ผู้อื่นมากขึ้น และการศึกษาของ กิติรัตน์ สุวรรณรงค์⁽¹²⁾ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเข้มแข็งแก่ผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การควบคุมตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนที่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ของตนเองได้ เมื่อนักเรียนตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ถูกเข้มแข็งแก่นักเรียนมีความอดทนอดกลั้น นึกถึงผลกระทบที่ตามมา ส่งผลให้นักเรียนไม่ตอบโต้และไม่รังแกผู้อื่น⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษตรชัย และหิม⁽¹⁴⁾ พบว่าปัจจัยความคับข้องใจส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดสงขลา เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัสรี อนุตโต⁽¹¹⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การควบคุมตนเอง

ความคับข้องใจ คือความรู้สึกที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ อาจเป็นเพราะมีอุปสรรคหรือมีความขาดแคลนบางอย่างมีผลทำให้เกิดความขุ่นเคืองใจหรือความคับข้องใจ⁽¹⁴⁾ นักเรียนที่มีความคับข้องใจมาก ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่เพื่อนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรี อนุตโต⁽¹¹⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความคับข้องใจ และการศึกษาของ เกษตรชัย และหิม⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าความคับข้องใจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ครูผู้สอนควรเพิ่มกลยุทธ์หรือวิธีการจัดการเรียนการสอน โดยการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง และความคับข้องใจในชั้นเรียน เพื่อช่วยลดพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียน
2. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ออกแบบโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกรรมการเข้มแข็งแก่นักเรียนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Waseem M, Nickerson AB. Identifying and Addressing Bullying [Internet]. 2023 [cited: 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441930/>
2. UNESCO. Prevention of violence and bullying in school [Internet]. 2023 [cited: 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.unesco.org/gem-report/en/articles/prevention-violence-and-bullying-school>
3. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. เคยเผลอบูลลี่ใครบ้างหรือเปล่า ทั้งตั้งใจ และไม่ตั้งใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://mhc7.dmh.go.th/01/05/2024/17813/>
4. กรมสุขภาพจิต. ห่วงพฤติกรรม "บูลลี่" เด็กไทยติดอันดับ 2 ของโลก เกือบครึ่งคิดตอบโต้เอาคืน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/jovFC>
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. “ครอบครัวสุขสันต์” ภูมิคุ้มกันเมื่อลูกถูกกลั่นแกล้ง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/sZyGJ>
6. อภิญา เยาวบุตร, วิณา เทียงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุธรรม นันทมงคลชัย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการข่มเหงรังแกผู้อื่นในวัยรุ่นตอนต้น เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2558; 29(2):71-84.
7. ข่าวสดออนไลน์. มียอดพันคอเพื่อนรับ โดนบูลลี่ว่าจน ไม่มีเงินซื้อขนม 3 วันซ้อน จนต้องก่อเหตุ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_7252545
8. ไทยรัฐออนไลน์. ประชดชีวิต! ถูกเพื่อนบูลลี่ ด.ญ.ม.2 ฆ่าตัวตาย โพสต์เฟซบุ๊กลา แล้วไปกระโดดน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/news/crime/2602376>
9. Bandura, A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1989.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3):607-10.
11. อัสรี อนุตธโต, พาสนา จุลรัตน์, นฤมล พระใหญ่. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการข่มเหงรังแกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารการวัดผลการศึกษา. 2564; 38(103):158-70.
12. กิตติรัตน์ สุวรรณรงค์, ยุณี พงศ์จตุรวิทย์, นุจรี ไชยมงคล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่นในเด็กวัยเรียนตอนปลาย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565: 30(4):13-25.
13. Chung JY, Sun MS, Kim HJ. What makes bullies and victims in Korean elementary schools?. Child Youth Serv Rev. 2018;94:132-9. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.09.035.
14. เกษตรชัย และหิมี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรังแกของนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดสงขลา. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2557; 6(12):14-30.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอาหารของผู้สัมผัสอาหารปรุงสำเร็จ ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวบริเวณแม่น้ำตาปิตอนบน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

พิมพ์เพ็ญจันทร์ ปานอินทร์*, พิมพ์เพ็ญจันทร์ ปานอินทร์^a

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสำรวจร้านจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหาร 2) เพื่อศึกษาการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารของผู้ปรุงและผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปิตอนบน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 45 แห่ง ระยะเวลาทำวิจัยเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.13 มีประสบการณ์ทำงานเปิดร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 79.10) เคยผ่านการอบรม Clean food good test คิดเป็นร้อยละ 55.22 พบว่าประเด็นด้านสถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุงอาหาร ต้องสะอาด เป็นระเบียบและเป็นสัดส่วน บกพร่องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 พบว่าอาหารปรุงสำเร็จประเภทแกงจืดมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.44 และพบว่าเชิยงมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.89 ผลการศึกษาพฤติกรรมของผู้ปรุงและผู้สัมผัสอาหาร พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=2.30, SD=0.27) พบว่า สถานภาพการทำงานในร้าน ประสบการณ์ทำงาน การได้รับการสอนงานด้านสุขภาพอาหาร กิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนที่ได้รับทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตนถูกสุขลักษณะด้านสุขภาพอาหาร และการผ่านการอบรม Clean food good test มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2=123.50, 135.67, 129.80, 100.14, 110.25; p\leq 0.05$)

คำสำคัญ: สุขภาพอาหาร; อาหารปรุงสำเร็จ; แหล่งท่องเที่ยว; แม่น้ำตาปิตอนบน

* นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5, โรงเรียนเบญจมราชูทิศ นครศรีธรรมราช

^a Corresponding author: พิมพ์เพ็ญจันทร์ ปานอินทร์ Email: 44580@benjama.ac.th

รับบทความ: 2 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 13 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 14 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 8 มิ.ย. 68

Factors Related to Food Sanitation Behavior of Food Handlers of Prepared Food in the Tourist Area of the Upper Tapi River, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province

Pimpiengjun Pan-in*, Pimpenjun Pan-in^a

Abstract

A Cross-sectional descriptive study was conducted with the following objectives 1) to assess food establishments' compliance with food sanitation regulations, 2) to investigate microbial contamination in food, utensils, and food handlers' hands, and 3) to examine the relationships between personal factors and food sanitation behaviors among food preparers and handlers in the upper Tapi River tourist area, Phipun district, Nakhon Si Thammarat province. Forty-five food establishments were selected using a purposive sampling between October and December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, and Chi-square statistics. The findings revealed that the majority of respondents were females (73.13%), had over 10 years of experience operating food establishments (79.10%), and 55.22% had participated in the "Clean Food Good Taste" training. The most common deficiencies were related to the cleanliness, organization, and zoning of dining and food preparation areas (66.67%). Among ready-to-eat foods, clear soup (Gaeng Jued) had the highest rate of coliform bacterial contamination (44.44%). Cutting boards were found to be the most contaminated utensils, with coliform bacteria detected in 88.89% of cases. Food handlers' sanitation behavior was at a moderate level (mean=2.30, SD=0.27). Statistically significant relationships ($p \leq 0.05$) were found between food sanitation behaviors and several factors: employment status, work experience, on-the-job sanitation training, access to supportive media or activities, and participation in the Clean Food Good Taste program ($\chi^2=123.50, 135.67, 129.80, 100.14, 110.25; p \leq 0.05$).

Keywords: Food sanitation; Prepared food; Tourist attractions; Upper Tapi river

* Grade 11 Student, Benjamarachutit School, Nakhon Si Thammarat

^a Corresponding author: Pimpenjun Pan-in Email: 44580@benjama.ac.th

Received: May 2, 25; Revised: May 13, 25; Accepted: May 14, 25; Published Online: Jun. 8, 25

บทนำ

แหล่งท่องเที่ยวมีบทบาทสำคัญในหลายมิติ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจ แหล่งท่องเที่ยวช่วยสร้างรายได้ให้กับท้องถิ่นและประเทศ รวมถึงส่งเสริมการจ้างงานและการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ มีการคาดการณ์ว่าตลอดทั้งปี 2568 นักท่องเที่ยวต่างชาติที่มาเที่ยวประเทศไทยมีจำนวน 37.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.6 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2567 และประเทศไทยมีรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติเที่ยวไทยสูงถึง 1.78 ล้านล้านบาท⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์การท่องเที่ยวจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีเดือนพฤศจิกายน 2567 รายงานว่ามีรายได้จากการท่องเที่ยว 13,114.54 ล้านบาท และมีผู้เยี่ยมเยือน 3,883,578 คน⁽²⁾ แม่น้ำตาปี เป็นแม่น้ำสายใหญ่ที่สุดในภาคใต้ของประเทศไทย มีต้นกำเนิดจากเทือกเขาหลวง อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช และไหลสู่อ่าวไทยที่อ่าวบ้านดอน อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จากรายงานสถิตินักท่องเที่ยวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริเวณลุ่มน้ำตาปีตอนบน พบว่า สถิตินักท่องเที่ยวในสถานที่ท่องเที่ยวตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปี พ.ศ. 2566⁽³⁾ พบว่าพื้นที่ที่มีนักท่องเที่ยวไปเยี่ยมชมมาก 3 อันดับแรก คือ วัดโบราณาราม มีจำนวนนักท่องเที่ยว 1,500 คน ลำดับรองลงมาคือ บ่อน้ำพุร้อนธรรมชาติ จำนวน 800 คน และ น้ำตกเหนือฟ้า จำนวน 500 คน ตามลำดับ และยังมีแหล่งท่องเที่ยวอื่น ๆ ที่นักท่องเที่ยวสนใจ เช่น น้ำตกหนานนกแอ่น น้ำตกหนานเจ็ดชั้น น้ำตกหนานผาหม้อ น้ำตกหนานแสนท่า เป็นต้น⁽³⁾ รายได้หลักของประชาชนในพื้นที่จากการท่องเที่ยวคือการค้าขาย⁽⁴⁻⁵⁾ โดยเฉพาะการค้าขายอาหารและเครื่องดื่ม ดังนั้นสุขภาพอาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญ เพราะหากอาหารและเครื่องดื่มมีความบกพร่องอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความยั่งยืนของการท่องเที่ยว เนื่องจากนักท่องเที่ยวทุกคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับอาหารที่สะอาดปลอดภัย และถูกสุขลักษณะ นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันปัญหาสุขภาพจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ เช่น โรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น ซึ่งหากมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นอาจทำให้ภาพลักษณ์ของสถานที่ท่องเที่ยวเสียหายได้ จากการสำรวจของผู้วิจัยเบื้องต้น พบว่าเส้นทางสู่แหล่งท่องเที่ยวมีร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จหลายจุดตลอดเส้นทาง ซึ่งการจัดการด้านสุขภาพอาหารไม่เหมาะสมจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ท่องเที่ยวของอำเภอพิปูน ซึ่งเริ่มเป็นที่รู้จักของนักท่องเที่ยว พบว่าพื้นที่ยังขาดข้อมูลเชิงลึกในระดับท้องถิ่น แม้จะมีการรณรงค์หรืออบรมด้านสุขภาพอาหาร แต่ยังขาดการติดตามผลในระยะยาวว่าผู้ประกอบการนำความรู้ด้านสุขภาพอาหารไปใช้จริงหรือไม่ และยังไม่มียุทธศาสตร์แผนผลด้านสุขภาพอาหารที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง รวมทั้งการสุ่มตรวจด้วยชุดทดสอบ SI2 มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้ไม่มีการสุ่มตรวจครอบคลุมในพื้นที่

โคลิฟอร์มแบคทีเรีย คือ กลุ่มของแบคทีเรียในวงศ์ Enterobacteriaceae เป็นแบคทีเรียแกรมลบ (Gram negative bacteria) รูปร่างท่อน เจริญได้ทั้งมีออกซิเจนและไม่มีออกซิเจน (Facultative anaerobe) ไม่สร้างสปอร์สามารถหมักน้ำตาลแลคโตส (Lactose) ให้เกิดกรด และแก๊สได้ที่อุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส ภายใน 24 หรือ 48 ชั่วโมง ไม่ทนความร้อน กรมนอนามัยจึงได้คิดและพัฒนาชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะสัมผัสอาหารและมือ (SI-Medium, SI-2) ใช้ตรวจสอบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในอาหาร ภาชนะสัมผัสอาหาร และมือ ขึ้นมา มีหลักการทำงานดังต่อไปนี้ คือ

เมื่อ Coliform bacteria ย่อยน้ำตาลแลคโตสแล้วจะทำให้เกิดกรดและก๊าซขึ้นมา กรดที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้ pH ของอาหารเลี้ยงเชื้อลดลงจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนสีของตัวชี้วัด (Indicator) คือ Bromocresol purple: BCP จากสีม่วงเป็นสีเหลือง ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวถือว่าเป็นจากสีม่วงเป็นสีเหลือง ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวถือว่าเป็น Positive ซึ่งจากการศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่าจำนวน Coliform bacteria ที่มีอยู่ในอาหาร มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเกิดปฏิกิริยา กล่าวคือ ถ้ามี Coliform ปนเปื้อนอยู่มาก ปฏิกิริยาการเปลี่ยนสีก็จะเกิดขึ้นเร็ว และการมีเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียปนเปื้อนอยู่น้อย ปฏิกิริยาการเปลี่ยนสีก็จะเกิดขึ้นช้า จากแนวคิดนี้จึงหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเชื้อที่มีกับระยะเวลาที่เกิดปฏิกิริยา พบว่าถ้าสารละลายของ SI-2 เปลี่ยนจากสีม่วงเป็นสีเหลืองภายในเวลา 24 ชั่วโมง แสดงว่ามี Coliform bacteria⁽⁶⁾

ดังนั้นในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงและผู้สัมผัสอาหาร และศึกษาการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสนับสนุนงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อยกระดับแหล่งท่องเที่ยวบริเวณแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูล จัหวัดนครศรีธรรมราชให้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจร้านจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูล จัหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูล จัหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ปรุงและผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูล จัหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจร้านจำหน่ายอาหารทั้งหมด 45 ร้าน ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูล จัหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือประชากรทั้งหมด ได้แก่ ร้านจำหน่ายอาหารทั้งหมด 45 ร้าน ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูล จัหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า-ออก ร้านจำหน่ายอาหาร ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จทั้งหมดที่อยู่ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูล จัหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 45 ร้านที่เปิดทำการมาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ และพนักงานในร้านอาหารที่เป็นผู้สัมผัสอาหาร 3) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ และผู้สัมผัสอาหารมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป และ 4) สมัครเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เจ้าของร้านที่เป็นรถเข็นจำหน่ายอาหาร 2) ไม่ยินยอมให้พนักงานในร้าน

หรือผู้สัมผัสอาหารเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 3) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารหรือผู้สัมผัสอาหารที่ไม่สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้

ตัวอย่างและจำนวนตัวอย่าง ได้แก่ 1) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ จำนวน 45 ร้าน และพนักงานในร้านอาหารที่เป็นผู้สัมผัสอาหาร 2) อาหารปรุงสุกพร้อมบริโภคทั่วไปที่มีการปรุงสำเร็จพร้อมจำหน่าย โดยการสุ่มตรวจใช้ชุดทดสอบ SI-2 จำนวน 3 ตัวอย่าง/ร้าน รวม 135 ตัวอย่าง 3) ตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนภาชนะอุปกรณ์และมือผู้สัมผัสอาหาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 3.1) ภาชนะอุปกรณ์ (จาน/ชาม เขียง ช้อน/ส้อม ตะเกียบ แก้วน้ำ) สุ่มตรวจโดยใช้ชุด ทดสอบ SI-2 จำนวน 45 ร้าน=195 ตัวอย่าง และ 3.2) มือผู้สัมผัสอาหารของ 45 ร้าน ได้แก่ ผู้ปรุงอาหารหลัก จำนวน 45 คน และผู้ช่วยปรุงอาหาร จำนวน 89 คน โดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 ในการตรวจมือผู้สัมผัสอาหาร รวมจำนวนตัวอย่าง 134 ตัวอย่าง รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 464 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจสถานะสุขภาพิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช มี 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ ประกอบด้วย เพศ อายุระดับการศึกษา สถานภาพการทำงานในร้าน ประเภทอาหารที่จำหน่าย ประสิทธิภาพการจำหน่ายอาหารในร้านอาหาร การได้รับการสอนงานด้านสุขภาพิบาลอาหาร และการได้รับการอบรมด้านสุขภาพิบาลอาหาร จำนวน 7 ข้อ รายงานผลเป็น จำนวน และร้อยละ ส่วนที่ 2 แบบตรวจร้านอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขภาพิบาลอาหารของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ จำนวน 15 ข้อ รายงานผลเป็นจำนวน และร้อยละ และ ส่วนที่ 3 แบบสำรวจพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 10 ข้อ รายงานผลเป็นจำนวน และร้อยละ

ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหาร

ข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนของผู้สัมผัสอาหารที่ดีของผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีข้อคำตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ

การแปลผล โดยอาศัยคะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ ดังนี้ 2.50-3.00 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตนเหมาะสมระดับดี, 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตนเหมาะสมระดับปานกลาง และ 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตนเหมาะสมระดับน้อย

2. ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหารปรุงสุกพร้อมบริโภค ภาชนะ อุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหาร

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ความชัดเจนด้านภาษาและความต่อเนื่องของคำถาม ดำเนินการโดยนำแบบประเมินสุขภาพิบาลร้านจำหน่ายอาหารและแบบสังเกตพฤติกรรม ผู้สัมผัสอาหารและสถานที่จำหน่ายอาหาร ให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์ด้านสุขภาพิบาลอาหารพิจารณา จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 มาใช้เป็นข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ 1) การประเมินสุขาภิบาลร้านจำหน่ายอาหารในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย 2) การสอบถามพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย และ 3) การตรวจการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย อาหารปรุงสุกพร้อมบริโภค ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหาร โดยการตรวจด้วยชุดทดสอบ SI-2 โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล หมายเลขโครงการ COA No.TSU 2023_035 REC No.0058

ผู้วิจัยมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและมีการดำเนินการอย่างรอบคอบและมีจริยธรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้เข้าร่วม ได้แก่ ขั้นตอนก่อนการวิจัย ผู้วิจัยเสนอขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เพื่อให้แน่ใจว่าแผนการศึกษามีความเหมาะสมในเชิงจริยธรรม จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลอย่างละเอียดให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลา รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยเคารพสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีของกลุ่มตัวอย่างอย่างเต็มที่ หลีกเลี่ยงการกดดันหรือบังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และมีแนวทางรับมือหากผู้เข้าร่วมเกิดความเครียดหรือความไม่สบายใจ นอกจากนี้ ยังมีมาตรการรักษาความลับของข้อมูล เช่น การไม่เปิดเผยชื่อ การใช้รหัสแทน และการเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัย เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง ผู้วิจัยมีการกำหนดระยะเวลาในการเก็บรักษาและทำลายข้อมูลอย่างปลอดภัยและรายงานผลการวิจัยด้วยความซื่อสัตย์ โปร่งใส และไม่บิดเบือนข้อเท็จจริง หากกลุ่มตัวอย่างประสงค์จะทราบผลการวิจัย ผู้วิจัยควรจัดให้มีช่องทางในการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

ผลการสำรวจสถานะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ และแบบตรวจร้านอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ

ผลการสำรวจเจ้าของร้านและพนักงานผู้สัมผัสอาหารปรุงสำเร็จในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 45 ร้าน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 98 คน (ร้อยละ 73.13) อายุมากกว่า 35 ปี (อายุเฉลี่ย=35.28, SD=6.85 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 50 คน (ร้อยละ 74.63) มีสถานภาพเป็นเจ้าของร้าน จำนวน 90 คน

(ร้อยละ 67.16) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานเปิดร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ มากกว่า 10 ปี จำนวน 106 ร้าน (ร้อยละ 79.10) ส่วนใหญ่เคยได้รับการสอนงานด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 96 คน (ร้อยละ 71.64) และมีกิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนที่ได้รับทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตนถูกสุขลักษณะด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 116 คน (ร้อยละ 86.56) มีหน้าที่เป็นทั้งผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟอาหาร จำนวน 70 คน (ร้อยละ 52.24) และเคยผ่านการอบรม Clean food good test จำนวน 74 คน (ร้อยละ 55.22) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าของร้านและพนักงานผู้สัมผัสอาหารปรุงสำเร็จในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=45 ร้าน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=134)		
ชาย	36	26.87
หญิง	98	73.13
อายุ (เฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน; 35.28±6.85 ปี)		
≤35 ปี	42	68.66
>35 ปี	92	31.34
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	7.46
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	100	74.63
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	24	17.91
สถานภาพการทำงานในร้าน		
เจ้าของ	90	67.16
ลูกจ้าง	44	32.84
ประสบการณ์ทำงาน (เฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน; 10.20±3.10 ปี)		
≤ 10 ปี	28	20.90
>10 ปี	106	79.10
เคยได้รับการสอนงานด้านสุขาภิบาลอาหาร		
เคย	96	71.64
ไม่เคย	38	28.36
มีกิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนที่ได้รับทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตนถูกสุขลักษณะด้านสุขาภิบาลอาหาร		
มี	116	86.56
ไม่มี	18	13.43
หน้าที่หลักที่ทำ		
ผู้ปรุง	64	47.76
ผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟอาหาร	70	52.24
พนักงานของร้านเคยผ่านการอบรม Clean food good test		
เคย	74	55.22
ไม่เคย	60	44.78

ผลการสำรวจร้านจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร

ผลการสำรวจร้านจำหน่ายอาหารประสบความสำเร็จจำนวน 45 ร้าน พบว่าร้านจำหน่ายอาหารที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง-ประกอบอาหาร ต้องสะอาด เป็นระเบียบและจัดเป็นสัดส่วน จำนวน 30 ร้าน (ร้อยละ 66.67), 2) ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงวางพื้นอย่างน้อย 60 ซม. จำนวน 24 ร้าน (ร้อยละ 53.33), 3) มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิดได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล จำนวน 22 ร้าน (ร้อยละ 48.89), 4) เชียงและมัต ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้ จำนวน 20 ร้าน (ร้อยละ 44.44) และ 5) น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่มีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวาง สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. จำนวน 13 ร้าน (ร้อยละ 28.89) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจร้านจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร (15 ข้อ) (n=45 ร้าน)

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร	ผลการตรวจ	
	เป็นไปตามข้อกำหนด	ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง-ประกอบอาหาร ต้องสะอาด เป็นระเบียบและจัดเป็นสัดส่วน	15 (33.33)	30 (66.67)
2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้าห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	42 (93.33)	3 (6.67)
3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มี อย. หรือ มอก.	38 (84.44)	7 (15.56)
4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง หรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่าง ๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ไม่สูงกว่า 7.2 องศาเซลเซียส	40 (88.89)	5 (11.11)
5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่มีฝาปิด วางสูงจากพื้น 60 ซม.	37 (82.22)	8 (17.78)
6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่มีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวาง สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	32 (71.11)	13 (28.89)
7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงวางพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	21 (46.67)	24 (53.33)
8. เชียงและมัต ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้	25 (55.56)	20 (44.44)
9. ซ้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	37 (82.22)	8 (17.78)
10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล	23 (51.11)	22 (48.89)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลการสำรวจร้านจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร (15 ข้อ) (n=45 ร้าน)

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร	ผลการตรวจ	
	เป็นไปตามข้อกำหนด	ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา	34 (75.56)	11 (24.44)
12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม	39 (86.67)	6 (13.33)
13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด	34 (75.56)	11 (24.44)
14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มีมือต้องปกปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร	43 (95.56)	2 (4.44)
15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด	40 (88.89)	5 (11.11)

ผลการวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดทดสอบ SI-2

ผลการวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดทดสอบ SI-2 จากร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ จำนวน 427 ตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างประเภทอาหารปรุงสำเร็จพร้อมจำหน่าย จำนวน 135 ตัวอย่าง เป็นอาหารประเภทแกงจืด (จำนวน 45 ตัวอย่าง) มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 17 ตัวอย่าง (ร้อยละ 37.78) ประเภททอด/ผัด (จำนวน 45 ตัวอย่าง) มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 12 ตัวอย่าง (ร้อยละ 26.67) และประเภทแกงเผ็ด (จำนวน 45 ตัวอย่าง) พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 20 ตัวอย่าง (ร้อยละ 44.44) ตัวอย่างภาชนะอุปกรณ์ประเภท จาน/ชาม (n=45 ตัวอย่าง) พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 21 ตัวอย่าง (ร้อยละ 46.67) ประเภท ซ้อน/ส้อม (n=45 ตัวอย่าง) พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 12 ตัวอย่าง (ร้อยละ 26.67) ประเภทเขียง พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 10 ตัวอย่าง (ร้อยละ 88.89) ตะเกียบ (n=15 ตัวอย่าง) พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 5 ตัวอย่าง (ร้อยละ 33.33) แก้วน้ำ (n=45 ตัวอย่าง) พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 14 ตัวอย่าง (ร้อยละ 31.11) และมือผู้สัมผัสอาหาร (n=134 ตัวอย่าง) พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 80 ตัวอย่าง (ร้อยละ 59.70) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดทดสอบ SI-2 จากร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ (n=464 ตัวอย่าง)

ชนิดตัวอย่าง	ผลการปนเปื้อน	
	Negative (-) n(%)	Positive (+) n(%)
อาหาร (n=135 ตัวอย่าง)		
แกงจืด (n=45 ตัวอย่าง)	25 (55.56)	20 (44.44)
ทอด/ผัด (n=45 ตัวอย่าง)	33 (73.33)	12 (26.67)
แกง (n=45 ตัวอย่าง)	28 (62.22)	17 (37.78)
ภาชนะ/อุปกรณ์		
จาน/ชาม (n=45 ตัวอย่าง)	24 (53.33)	21 (46.67)
ช้อน/ส้อม (n=45 ตัวอย่าง)	33 (73.33)	12 (26.67)
เขียง (n=45 ตัวอย่าง)	5 (11.11)	40 (88.89)
ตะเกียบ (n=15 ตัวอย่าง)	10 (66.67)	5 (33.33)
แก้วน้ำ (n=45 ตัวอย่าง)	31 (68.89)	14 (31.11)
มือผู้สัมผัสอาหาร (n=134 ตัวอย่าง)	54 (40.30)	80 (59.70)

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ผู้ปรุงหรือผู้สัมผัสอาหารควรหลีกเลี่ยง 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) ประเด็นข้อคำถามคือ ผู้ปรุงหรือผู้สัมผัสอาหารไม่นำผ้าขาวมาเช็ดภาชนะภายหลังล้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว พบว่ามีจำนวน 67 คน (ร้อยละ 50.00) ปฏิบัติบางครั้ง มีจำนวน 38 คน (ร้อยละ 28.36) ปฏิบัติบ่อยครั้ง และมีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 21.64) ปฏิบัติเป็นประจำ ดังนั้นมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย=1.45, SD=0.17); 2) ประเด็นข้อคำถามคือ ถังขยะเปียกต้องปิดฝาไว้ตลอดเวลาเพื่อสะดวกในการทิ้งขยะ พบว่ามีจำนวน 62 คน (ร้อยละ 46.27) ปฏิบัติบางครั้ง, มีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 13.43) ปฏิบัติบางครั้ง, และมีจำนวน 54 คน (ร้อยละ 40.30) ปฏิบัติบ่อยครั้ง ดังนั้นมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=1.72, SD=0.19) 3) ประเด็นข้อคำถามคือ ใช้ช้อนกลางในการชิมอาหาร พบว่ามีจำนวน 48 คน (ร้อยละ 35.82) ปฏิบัติบางครั้ง, มีจำนวน 30 คน (ร้อยละ 2.39) ปฏิบัติบ่อยครั้ง, และมีจำนวน 56 คน (ร้อยละ 41.79) ปฏิบัติเป็นประจำ ดังนั้นมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=1.64, SD=0.13); 4) ประเด็นข้อคำถามคือ แยกสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ออกจากพื้นที่ปรุงอาหาร พบว่ามีจำนวน 41 คน (ร้อยละ 30.60) ปฏิบัติบางครั้ง, มีจำนวน 21 คน (ร้อยละ 15.67) ปฏิบัติบ่อยครั้ง, และมีจำนวน 72 คน (ร้อยละ 53.73) ปฏิบัติเป็นประจำ ดังนั้นมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=2.42, SD=0.15) และ 5) ประเด็นข้อคำถามคือ แต่งกายสวมเสื้อมีแขน สวมผ้ากันเปื้อนและสวมหมวกหรือเน็ตคลุมผมในขณะที่ปรุงอาหาร พบว่ามีจำนวน 34 คน (ร้อยละ 25.37) ปฏิบัติบางครั้ง, มีจำนวน 42 คน (ร้อยละ 31.35) ปฏิบัติบ่อยครั้ง, และมีจำนวน 58 คน (ร้อยละ 43.28) ปฏิบัติเป็นประจำ ดังนั้นมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=2.74, SD=0.35) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับการปฏิบัติตนของผู้สัมผัสอาหาร (n=134)

ประเด็นข้อคำถามด้านพฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล
	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ		
1. อาบน้ำและฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	0	54 (40.30)	80 (59.70)	2.91 (0.12)	สูง
2. แต่งกาย สวมเสื้อมีแขน สวมผ้ากันเปื้อนและสวมหมวกหรือเน็ตคลุมผมในขณะปรุงอาหาร	34 (25.37)	42 (31.35)	58 (43.28)	2.74 (0.35)	ปานกลาง
3. แยกสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ออกจากพื้นที่ปรุงอาหาร	41 (30.60)	21 (15.67)	72 (53.73)	2.42 (0.15)	ปานกลาง
4. ล้างวัตถุดิบก่อนทุกครั้งก่อนเก็บในตู้เย็น	9 (6.72)	43 (32.09)	84 (62.69)	2.78 (0.15)	สูง
5. ใช้ช้อนกลางในการชิมอาหาร	48 (35.82)	30 (22.39)	56 (41.79)	1.64 (0.13)	ปานกลาง
6. ไม่สวมใส่แหวน นาฬิกา ขณะประกอบ/ปรุงอาหาร	15 (11.19)	41 (30.60)	78 (58.21)	2.57 (0.15)	สูง
7. ไม่นำผ้าขาวมาเช็ดภาชนะภายหลังล้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว	67 (50.00)	38 (28.36)	29 (21.64)	1.45 (0.17)	ต่ำ
8. มีฝาครอบอาหารมาครอบอาหารเพื่อป้องกันแมลงวันได้ต่อม	11 (8.21)	28 (20.90)	95 (70.89)	2.85 (0.22)	ดี
9. ถึงขยะเปียกปิดฝาไว้ตลอดเวลาเพื่อสะดวกในการทิ้งขยะ	62 (46.27)	18 (13.43)	54 (40.30)	1.72 (0.14)	ปานกลาง
10. หากมีอาการไอ จาม มีไข้ หยุดงานเพื่อไปพบแพทย์	3 (2.24)	57 (42.54)	74 (55.22)	1.96 (0.11)	ปานกลาง
ภาพรวมระดับการปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย (SD)=2.30 (0.27)					

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวบริเวณแม่น้ำตาปีตอนบน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า สถานภาพการทำงานในร้าน ประสบการณ์ทำงาน การได้รับการสอนงานด้านสุขาภิบาลอาหาร กิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนที่ได้รับ ทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตนถูกสุขลักษณะด้านสุขาภิบาลอาหาร และการผ่านการอบรม Clean food good test มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2=123.50, 135.67, 129.80, 100.14, 110.25$; $p \leq 0.05$) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ตารางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร (n=134)
ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ประเด็น	พฤติกรรมปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร						χ ²	p-value
	สูง		ปานกลางและต่ำ		รวม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ (n=134)								
ชาย	20	55.56	16	44.44	36	26.87	23.54	0.586
หญิง	51	52.04	47	47.96	98	73.13		
อายุ								
≤35 ปี	20	47.62	22	52.38	42	68.66	85.20	0.412
>35 ปี	42	45.65	50	54.34	92	31.34		
ระดับการศึกษา								
มัธยมต้น	4	40.00	6	60.00	10	7.46	35.95	0.875
มัธยมปลาย/เทียบเท่า	48	48.00	52	52.00	100	74.63		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	12	50.00	12	50.00	24	17.91		
สถานภาพการทำงานในร้าน								
เจ้าของ	75	83.33	15	16.67	90	67.16	123.50	0.000*
ลูกจ้าง	18	40.91	26	59.09	44	32.84		
ประสบการณ์ทำงาน								
≤10 ปี	13	46.43	15	53.57	28	20.90	135.67	0.000*
>10 ปี	85	80.19	21	19.81	106	79.10		
เคยได้รับการสอนงานด้านสุขาภิบาลอาหาร								
เคย	77	80.21	19	19.79	96	71.64	129.80	0.004*
ไม่เคย	8	21.05	30	78.95	38	28.36		
มีกิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนที่ได้รับทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตนถูกสุขลักษณะด้านสุขาภิบาลอาหาร								
มี	82	70.69	34	29.31	116	86.56	100.14	0.012*
ไม่มี	6	33.33	12	66.67	18	13.43		
หน้าที่หลักที่ทำ								
ผู้ปรุง	34	53.125	30	46.88	64	47.76	75.49	0.187
ผู้ปรุง/ผู้เสิร์ฟอาหาร	36	51.43	40	57.14	70	52.24		
พนักงานของร้านเคยผ่านการอบรม Clean food good test								
เคย	54	72.97	20	27.03	74	55.22	110.25	0.009*
ไม่เคย	12	20.00	48	80.00	60	44.78		

* p-value ≤ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ร้านจำหน่ายอาหารที่ปฏิบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์มากที่สุดคือ ได้แก่ ประเด็นสถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุงอาหาร ต้องสะอาด เป็นระเบียบและเป็นสัดส่วน จำนวน 30 ร้าน (ร้อยละ 66.67) เนื่องจากส่วนมากร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จจะมีบริเวณพื้นที่ปรุงอาหารและจำหน่ายอาหารเชื่อมโยงกัน ไม่มีผนังห้องหรือวัสดุกันทำให้เห็นวัตถุดิบเพื่อปรุงประกอบอาหารวางเกะกะ ทำให้เกิดความไม่น่ามอง ผลการศึกษาพบว่าอาหารปรุงสำเร็จประเภทแกงจืด (ร้อยละ 44.44) มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด และจากการเก็บตัวอย่างพบว่าแกงจืดที่ปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดจะเป็นแกงจืดหมูสับ ซึ่งเมื่อนำชิ้นเนื้อมาทดสอบด้วยน้ำยา SI2 พบว่าหลายตัวอย่างมีชิ้นเนื้อหมูที่ถูกปั่นเป็นก้อนมีลักษณะกึ่งสุกๆดิบๆ อาจเนื่องจากว่าผู้ปรุงใช้ความร้อนไม่เพียงพอที่ทำให้หมูด้านในสุก ตามข้อแนะนำของกรมควบคุมโรค⁽⁸⁾ กล่าวว่าเนื้อหมูควรปรุงให้สุกด้วยความร้อนอย่างน้อย 70 องศาเซลเซียส และใช้เวลาอย่างน้อย 10 นาทีเป็นอย่างต่ำก่อนรับประทาน ซึ่งการรับประทานเนื้อหมูสุก ๆ ดิบ ๆ จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หูดับที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตคอกคัส ซูอิส (Streptococcus suis) ภายหลังจากรับเชื้อ 1-14 วัน ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เยื่อศีรษะจนทรวงตัวไม่ได้ อาเจียน คอแข็ง สูญเสียการได้ยิน ในรายที่เป็นรุนแรงอาจเสียชีวิต⁽⁹⁾ สำหรับภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้ในการปรุงอาหารพบว่าเชิียงมีจำนวนตัวอย่างปนเปื้อนมากที่สุด (ร้อยละ 88.89) สอดคล้องกับการรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กล่าวว่าเชิียงอาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค ข้อแนะนำคือให้ความสำคัญตั้งแต่การเลือก การใช้ และการเก็บอย่างถูกสุขลักษณะ หมั่นทำความสะอาดเป็นประจำ จะสามารถช่วยป้องกันโรคระบบทางเดินอาหารได้ เชิียงที่จำหน่ายทั่วไปแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ เชิียงไม้และเชิียงพลาสติก การเลือกซื้อจึงควรเลือกเชิียงที่มีพื้นผิวเรียบ ไม่มีรอยขีด หรือร่องเงื่อนลึกลงจนไม่สามารถ เชิียงนั้นควรทำความสะอาดทุกครั้งก่อนและหลังการใช้งาน โดยเฉพาะเชิียงที่ใช้หั่นเนื้อสัตว์ ต้องล้างขจัดคราบไขมัน โดยน้ำยาล้างจาน แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด และห้ามนำผ้าที่สกปรกมาเช็ด เพราะจะเป็นสื่อที่นำเชื้อโรคมาปนเปื้อนอาหารได้ นอกจากนี้ การประกอบอาหารแต่ละครั้งควรแยกเชิียงสำหรับหั่นอาหารสุก ดิบ หรืออาหารพร้อมบริโภค เพราะเชื้อโรคสารพัดชนิดจากอาหารดิบ จะติดมากับอาหารที่จะบริโภคได้เช่นกัน⁽¹⁰⁾ สำหรับมือผู้ปรุงหรือผู้สัมผัสอาหารพบว่าร้อยละ 59.70 มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย สอดคล้องกับการศึกษาของ อีรดา ป่องสีดา และดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม⁽¹¹⁾ และญานิศา ศรีใส และสุดาวดี ยะสะกะ⁽¹²⁾ พบว่ามีมือของผู้สัมผัสและผู้ปรุงอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด จึงควรล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนปรุงอาหาร หลังใช้ห้องน้ำ และหลังสัมผัสสิ่งสกปรก ตลอดจนควรตัดเล็บให้สั้นเพื่อป้องกันเชื้อโรคปนเปื้อนสู่อาหาร ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการทำงานในร้าน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าของร้านจะมีระดับพฤติกรรมสูงเพราะต้องมีความรับผิดชอบมากกว่ากลุ่มลูกจ้าง ขณะเดียวกันประสิทธิภาพการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 10 ปี จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Yosana Abdisa et al.⁽¹³⁾ ที่รายงานว่าประสิทธิภาพทำงาน [AOR=4.71, 95%CI: 2.11-10.50] มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ผลการศึกษาพบว่าการได้รับ

การรณรงค์ด้านสุขาภิบาลอาหาร กิจกรรม/สื่อ/สิ่งสนับสนุนที่ได้รับทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตน ถูกสุขลักษณะด้านสุขาภิบาลอาหาร และการผ่านการอบรม Clean food good test มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ นันธิดา แดงขาว⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าความรู้ ด้านสุขาภิบาลอาหาร ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสอาหารในโรงแรม เขตกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในพื้นที่

หน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล ควรส่งเสริมและจัดอบรม เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารอย่างสม่ำเสมอให้แก่ผู้ประกอบการ นอกจากนี้ควรมีการตรวจสอบคุณภาพอาหาร และสุขอนามัยของผู้ปรุงอาหารอย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำในการปรับปรุงตามหลักเกณฑ์ของกระทรวง สาธารณสุข สนับสนุนการใช้บรรจุภัณฑ์ที่สะอาด ปลอดภัย และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในพื้นที่ ที่มีนักท่องเที่ยวเข้ามาเป็นจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและนโยบาย

ควรจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหารในแหล่งท่องเที่ยว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนด นโยบายหรือมาตรการควบคุม เสนอให้มีการพัฒนาคู่มือสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ชนบทและแหล่งท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ และแนะนำให้จัดทำระบบประเมินหรือให้คะแนนร้านอาหาร ตามเกณฑ์สุขาภิบาล พร้อมให้ตราสัญลักษณ์ร้านสะอาด (Clean food good taste) หรือยกระดับสู่ SAN plus

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าของร้านจำหน่ายอาหารและพนักงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ เก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.โสมศิริ เดชรัตน์ และ ผศ.ดร.พีรนาฏ คิตติ อาจารย์มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ที่ให้คำปรึกษาและชี้แนะให้การทำวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ต่างชาติเที่ยวไทยปี 2568 คาดแตะ 37.5 ล้านคน โตชะลอที่ 5.6% สร้างรายได้ 1.78 ล้านล้านบาท [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 เมษายน 26]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/TH-Tourism-CIS3545-FB-2025-01-16.aspx>
2. การท่องเที่ยวและกีฬา นครศรีธรรมราช. สถานการณ์การท่องเที่ยวในประเทศ รายจังหวัด ปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 เมษายน 26]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/dOK4U>
3. องค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน. สถิตินักท่องเที่ยวในสถานที่ท่องเที่ยวตำบลพิปูน ประจำปี พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 27 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pipun.go.th/2015-05-20-04-22-08/80-uncategorised-4/650-11761001-12.html>

4. วรณันต์ ตันติเวทย์, โสมสกว เพชรานนท์. การปรับตัวของประชาชนในพื้นที่จากกิจกรรมการท่องเที่ยว: กรณีศึกษา อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเศรษฐศาสตร์และกลยุทธ์การจัดการ. 2557;1(2):24-42.
5. พระมหาจำนงค์ สิริวงโณ, บั๊วลี มณีแสง, ภัณฑิลา น้อยเจริญ. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมการท่องเที่ยวชุมชน. วารสารมหาจุฬาลงกรณ. 2563;11(1):1-12.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ (Principle of Food Sanitation Inspector) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
7. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานฝ่ายรังสุขาภิบาลอาหาร สำหรับเจ้าหน้าที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2020/12-5027-20201228143559/c0e9b90f90ea591373a8461cd1d5e690.pdf>
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก: กินหมูปิ้ง หรือสุกๆ ดิบๆ เสี่ยงเป็น “ไข้หมูปิ้ง” ทำให้ตายได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc6/news.php?news=49041&deptcode=odpc6>
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เชียงสกปรกแหล่งเพาะเชื้อโรค แนะนำ “เลือก-ใช้-เก็บ” ถูกสุขลักษณะ [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chiangmainews.co.th/social/1406919/>
10. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. Fact Sheet ไข้หัด [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://nih.dmsc.moph.go.th/login/showimgdetil.php?id=906>
11. ชีรดา บ่องสีดา, ดาริวรรณ เศรษฐธรรม. สภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายก๋วยเตี๋ยว ในเขตตำบลคำป่าหลาย อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;12(1):22-31.
12. ญาณิศา ศรีใส, สุดาวดี ยะสะกะ. สถานการณ์การสุขาภิบาลอาหาร บริเวณรอบ ๆ มหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารควบคุมโรค. 2559;42(4):327-36.
13. Abdisa Y, Abdissa B, Kolola T, Wake SK. Investigation report of food safety practice and its determinant among food handlers employed in food establishments in Ethiopia Ambo town. J AGR FOOD RES. 2023; 15(1):100958. doi: 10.1016/j.jafr.2023.100958
14. นันธิดา แดงขาว, ญัฐนรี สมิตร, สุพรรณษา หลังประเสริฐ. พฤติกรรมด้านอาหารปลอดภัยของผู้สัมผัสอาหารในครัวโรงแรม 5 ดาว เขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษานักศึกษาฝึกงาน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2565;14(1):116-33.

การปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักบริโภคสดจากตลาดในจังหวัดภูเก็ต

ศุภิกา วงศ์อุทัย*, อุไรวรรณ ไกรนรา**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเปรียบเทียบเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปนเปื้อนสารตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตและเปรียบเทียบการตรวจพบสารตกค้างในผักที่นิยมบริโภคสดในจังหวัดภูเก็ต 405 ตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผักบริโภคสดทั่วไป ได้แก่ ผักชี ถั่วพู ผักกาดหอม ถั่วฝักยาว และต้นหอม 225 ตัวอย่าง และ 2) ผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด ได้แก่ ใบบัวบก ยอดกระถิน ยอดมะม่วงหิมพานต์ ผักกาดนกเขา และยอดมันปู 180 ตัวอย่าง จากตลาดสดเทศบาลและซูเปอร์มาร์เก็ต 3 อำเภอในจังหวัดภูเก็ต ใช้ชุดทดสอบเอ็ม เจ พี เค วิธี Colorimetric cholinesterase inhibitor assay ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผลการวิจัยพบการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักบริโภคสดทั่วไประดับไม่ปลอดภัย คือ ต้นหอม ร้อยละ 1.77 และไม่ปลอดภัยมากในผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด คือ ใบบัวบก ร้อยละ 1.11 ที่จำหน่ายในตลาดสดเทศบาลอำเภอ A และ B ร้อยละ 3.33 และ 1.66 ส่วนตลาดสดเทศบาลอำเภอ C และซูเปอร์มาร์เก็ต 3 แห่ง ตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงระดับปลอดภัย ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างระดับปลอดภัยและไม่ปลอดภัยระหว่างผักที่นิยมบริโภคสดที่จำหน่ายในตลาดสดและซูเปอร์มาร์เก็ตพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซูเปอร์มาร์เก็ตไม่พบการปนเปื้อนของสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างเลย ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นข้อบ่งชี้ว่าการกำกับดูแลความปลอดภัยของแหล่งจำหน่ายดังกล่าวมีการดำเนินได้ดี อย่างไรก็ตามควรแนะนำประชาชนหรือผู้จำหน่ายผักนำผักมาล้างด้วยน้ำสะอาด น้ำยาล้างผักและน้ำไอโซนเพื่อลดสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: การปนเปื้อน; ผักบริโภคสด; สารเคมีฆ่าแมลงตกค้าง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

** อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

^a Corresponding author: อุไรวรรณ ไกรนรา Email: uraiwan.kr@pkru.ac.th

รับบทความ: 6 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 14 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 14 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 12 มิ.ย. 68

Contamination of Pesticide Residuals among Fresh Consuming Vegetables from Market in Phuket Province

Suphiga Wong-utai*, Uraiwan Krainara**^a

Abstract

This comparative quantitative research study was designed to detect organophosphate and carbamate pesticides residues in fresh-consumed vegetables in Phuket. A total of 405 fresh vegetable samples consisted of 225 samples normally fresh-consumed vegetables such as coriander, winged bean, lettuce, yardlong bean and spring onion and 180 samples of indigenous vegetables such as Gotu kola, Acacia, Cashew nut, Man pu (*Glochidion wallichianum* Mull. Arg.) and lettuce dove were purchased from 3 municipal markets and 3 supermarkets from 3 districts in Phuket. All samples were examined by MJPK test kit from the Department of Medical Science, the Ministry of Public Health.

The result was detected unsafety level pesticides residues in normally fresh-consumed vegetables which is spring onion (1.77%), most unsafety level of pesticides residues was detected in indigenous vegetables which is Gotu kola (1.11%) in A and B municipal Market in 3.33% and 1.66 %, respectively. Pesticides residue safety level was detected in C district and supermarket (100%). The contamination of safety level and unsafety level of organophosphate and carbamate pesticides residues in vegetables from municipal' s markets and supermarkets were significantly different ($p\text{-value}=0.01$). It was not found in vegetables from supermarkets. This study showed the success of the food safety program in Phuket. However, relevant agencies should suggested people for decreasing pesticide residues methods by washing vegetables with fresh water, vegetable washing liquid and ozone water for sustainability of a healthy population.

Keywords: Contamination; Fresh consuming vegetables; Pesticide residues

* Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University

** Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University

^a Corresponding author: Uraiwan Krainara Email: uraiwan.kr@pkru.ac.th

Received: May 6, 25; Revised: May 14, 25; Accepted: May 14, 25; Published Online: Jun. 12, 25

บทนำ

ร่างกายได้รับวิตามินโดยตรงจากการรับประทานผักสด แต่ก็อาจได้รับผลต่อร่างกายจากสารเคมีตกค้างในผักซึ่งอาจปนเปื้อนมากับกระบวนการตั้งแต่การเพาะปลูกการเก็บเกี่ยว การขนส่ง และการจัดจำหน่ายสารเคมีฆ่าแมลง ผ่านช่องทางการรับประทานและการปนเปื้อนสุขภาพอาหารของผู้บริโภคสะสมในร่างกายและส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายถัดไป ผลกระทบสุขภาพของผู้บริโภคที่มีการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต สารพิษสะสมส่งผลกระทบต่อระบบการสืบพันธุ์ การเจริญเติบโตของเด็กในครรภ์ผิดปกติ พัฒนาการทางสมองผิดปกติ เกิดโรคผิวหนัง และโรคมะเร็งหลายชนิด ได้แก่ มะเร็งปอด เต้านม ลำไส้ และเม็ดเลือดขาว เป็นต้น⁽¹⁾ หน่วยตรวจสอบของสาธารณสุขเคลื่อนที่ทั่วประเทศสำรวจสารฆ่าแมลงตกค้างในผักกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่ามีการตกค้างของสารฆ่าแมลงในระดับที่ไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องทุกปี และพบว่างานวิจัยที่ศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนผักที่นิยมบริโภคสดมีน้อย⁽²⁾

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักของประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 รายงานวิจัยผัก จำนวน 198 ตัวอย่างจากตลาดสดในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าต้นหอมตรวจพบยาฆ่าแมลงมากที่สุด ร้อยละ 39.40 รองลงมาคือผักคะน้า ร้อยละ 6.00⁽³⁾ ปี 2556 พบการศึกษาการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในผักพื้นบ้านอีสานและอาหารถิ่น ใน 4 จังหวัดพื้นที่อีสานตอนล่าง พบว่าผักคะน้าและยี่หร่า ปนเปื้อนสูงถึงร้อยละ 71.00 และ 86.00 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ปี 2557 มีการศึกษาสารเคมีปนเปื้อนในผักในตลาดสด จังหวัดนครนายก จำนวน 24 ตัวอย่าง มีผักที่ตรวจพบสารตกค้าง ร้อยละ 50.00 โดยผักคะน้า ถั่วฝักยาว พริก และแตงกวา เป็นผักที่ตรวจพบสารตกค้างมากที่สุดตามลำดับ⁽⁵⁾ ปี พ.ศ. 2559 พบสารฆ่าแมลงตกค้างในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักจากห้างสรรพสินค้า จังหวัดสมุทรปราการ ในผัก 5 ชนิด คือ ผักคะน้า ถั่วฝักยาว พริกสด แตงกวา และมะเขือเปราะ พบว่า แตงกวาและมะเขือเปราะมีการตรวจพบการตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.56⁽⁶⁾ และตรวจสอบสารเคมีตกค้างในผักคะน้า ผักบุ้งจีน กะหล่ำปลี กวางตุ้ง ถั่วฝักยาว ผักกาดขาว แตงกวา ผักชี ผักสลัด และขึ้นฉ่าย จำหน่าย ณ ตลาดสถานีรถไฟ ทั้งตลาดสดและห้างสรรพสินค้า อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการตรวจสอบสารตกค้างในผักตลาดสดพบว่าไม่พบสารเคมีร้อยละ 19.00 พบสารเคมีปลอดภัยร้อยละ 64.00 และพบสารเคมีไม่ปลอดภัยร้อยละ 17.00 และผักในห้างสรรพสินค้าไม่พบสารเคมีร้อยละ 70.00 พบสารเคมีปลอดภัยร้อยละ 30.00⁽⁷⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาความชุกของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดและห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าผักที่นำมาตรวจ 15 ชนิด รวม 193 ตัวอย่าง มีผักที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 16.06 และไม่พบสารตกค้างร้อยละ 45.07 และอยู่ในระดับที่ปลอดภัยร้อยละ 38.87⁽⁸⁾

ต่อมาในปี 2562 มีการตรวจหาการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดแมลงในผักสดที่จำหน่ายในตลาดสด อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าสะระแหน่ปนเปื้อนสารเคมีกำจัดแมลงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80.00⁽⁹⁾ ปี 2563 พบการศึกษาสารเคมีตกค้างในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักสดที่ปลูกและจำหน่ายในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจากผัก 21 ชนิด พบผักมีสารเคมีตกค้างในระดับปลอดภัยร้อยละ 54.00

ผักมีสารเคมีตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 46.00 ซะอม ผักสลัด มะระ และเห็ดพบสารเคมีตกค้างในระดับปลอดภัยเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนผักแต่ละชนิด ตะไคร้ ผักหวาน และผักชี เป็นผักที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยมากที่สุดคือ ร้อยละ 80.00, 80.00 และ 71.00 ตามลำดับ รองลงมาคือ คื่นช่าย ใบมะกรูด และถั่วพู ร้อยละ 67.00⁽¹⁰⁾ ปี 2564 ศึกษาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักพื้นบ้าน ได้แก่ ผักแขยงและใบบัวบก ในตำบลบึงห้วย อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผักแขยง ร้อยละ 58.90 ไม่พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบตกค้างในเกณฑ์ปลอดภัย ร้อยละ 31.51 และพบตกค้างในปริมาณเกินเกณฑ์ปลอดภัย ร้อยละ 9.59 ใบบัวบก ร้อยละ 46.51 ไม่พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบตกค้างแต่อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ร้อยละ 41.86 และพบตกค้างในปริมาณเกินเกณฑ์ปลอดภัย ร้อยละ 11.63⁽¹¹⁾ และปี 2565 พบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในผักสมุนไพรที่มีจำหน่ายตามท้องตลาดในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ พบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยมากจำนวน 5 ชนิดโดยกระเทียมพบการตกค้างมากที่สุด ร้อยละ 100.00 รองลงมาเป็น ผักชี ร้อยละ 60.00 พริกขี้หนู ร้อยละ 40.00 ผักบุ้งจีน ร้อยละ 40.00 และหอมแดง ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ส่วนผักสมุนไพรที่พบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 100.00 ได้แก่ พริกไทย ข่า โหระพา แมงลัก และขมิ้น⁽¹²⁾

จังหวัดภูเก็ตเป็นเมืองแรกของประเทศไทยและเมืองแรกของภูมิภาคอาเซียน เป็นหนึ่งใน 18 เมืองทั่วโลก ที่ได้รับประกาศยกย่องเป็นเมืองสร้างสรรค์ด้านวิทยาการอาหาร (City of Gastronomy) จากยูเนสโก ประจำปี 2558 ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา อาหารกลายเป็น 1 ในยุทธศาสตร์หลักของจังหวัดภูเก็ตเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน⁽¹³⁾ ทั้งนี้ ยังไม่เคยมีรายงานการตรวจการปนเปื้อนสารเคมีตกค้างในผัก ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างประเภทกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่นิยมบริโภคสด และเปรียบเทียบผลการตรวจพบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต ในผักบริโภคสดจากตลาดสดเทศบาลและตลาดซูเปอร์มาร์เก็ต จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นทางระบาดวิทยาและพิษวิทยาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเฝ้าระวัง พัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของอาหารให้แก่ผู้บริโภคภายในจังหวัดภูเก็ต รวมทั้งยังเป็นการประเมินผลหรือติดตามการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารในพื้นที่ของทางหน่วยงานภาครัฐในปัจจุบันด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างประเภทกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่บริโภคสดจากตลาดสดเทศบาลและตลาดซูเปอร์มาร์เก็ต จังหวัดภูเก็ต
2. เปรียบเทียบผลการตรวจพบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักบริโภคสดจากตลาดสดเทศบาลและตลาดซูเปอร์มาร์เก็ต จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเปรียบเทียบเชิงปริมาณ (Comparative-quantitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สถานที่เก็บตัวอย่าง คือ ตลาดสดเทศบาลและตลาดชุมชนเปอร่มารเกิดใน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอมืองภูเก็ด อำเภอถลางและอำเภอกะทู้ กำหนดตลาดสดเทศบาลหลักของอำเภอ ๆ ละ 1 แห่งและตลาดชุมชนเปอร่มารเกิดขนาดใหญ่ของแต่ละอำเภอ ๆ ละ 1 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผักที่นิยมบริโภคสดในจังหวัดภูเก็ต 405 ตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผักบริโภคสดทั่วไป ได้แก่ ผักชี ถั่วพู ผักกาดหอม ถั่วฝักยาว และ ต้นหอม 225 ตัวอย่าง และ 2) ผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด ได้แก่ ใบบัวบก ยอดกระถิน ยอดมะม่วงหิมพานต์ ผักกาดนกเขา และ ยอดมันปู 180 ตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยเลือกซื้อแบบปกติจากแผงร้านค้าผักในตลาด สำหรับตลาดสดเทศบาล 3 อำเภอ ๆ ละ 1 แห่ง ๆ ละ 120 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 360 ตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นผักกินสดทั่วไป 5 ชนิด ๆ ละ 36 ตัวอย่าง รวมเป็น 180 ตัวอย่าง และผักพื้นบ้าน 5 ชนิด ๆ ละ 36 ตัวอย่าง รวมเป็น 180 ตัวอย่าง สำหรับตลาดชุมชนเปอร่มารเกิด 3 อำเภอ ๆ ละ 1 แห่ง เก็บเฉพาะผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไป 5 ชนิด ๆ ละ 1 ตัวอย่าง โดยเก็บแต่ละชุมชนเปอร่มารเกิด 3 รอบ (รอบละ 15 ตัวอย่าง) ได้ตัวอย่างผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปตลาดชุมชนเปอร่มารเกิดละ 15 ตัวอย่าง รวมตัวอย่างทั้งหมด 45 ตัวอย่าง ในแต่ละรอบของการเก็บจะมีการเปลี่ยนยี่ห้อ (ไม่สามารถเก็บตัวอย่างผักพื้นบ้านที่จำหน่ายในชุมชนเปอร่มารเกิดได้เนื่องจากไม่มีจำหน่าย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือชุดทดสอบเอ็ม เจ พี เค (MJPk test kit) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ใช้วิธี Colorimetric cholinesterase inhibitor assay ศึกษาสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตที่ปนเปื้อนในผักที่นิยมบริโภคสด โดย 1 ตัวอย่างของผักจะทดสอบ 2 ครั้ง ค่าความถูกต้องร้อยละ 100.00 โดยหลักการปริมณสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและ/หรือคาร์บาเมตที่ปนเปื้อนในผัก ผลไม้ที่มีผลขัดขวางการทำงานของเอ็นไซม์ โคลีนเอสเทอเรส (Cholinesterase inhibitor) แปลผลโดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีที่เกิดขึ้นในหลอดตัวอย่างดังนี้ ถ้าแสดงเป็นสีเข้ม อยู่ในระดับปลอดภัย (0% inhibitor) หมายถึง ไม่พบสารตกค้างเคมีฆ่าแมลง ถ้าแสดงเป็นสีส้มปนชมพูอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย (15% inhibitor) หมายถึงพบสารตกค้างในปริมาณต่ำสุดในการยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ของชุดทดสอบเท่ากับ ร้อยละ 15.00 และถ้าแสดงเป็นสีชมพูอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยมาก ($\geq 15\%$ Inhibitor) หมายถึงพบสารตกค้างในปริมาณสูงสุดในการยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ของชุดทดสอบมากกว่า ร้อยละ 15.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงความชุกของผักสดที่ตรวจพบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความชุกของระดับความปลอดภัยและไม่ปลอดภัยจากการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่นิยมบริโภคจากตลาดสดเทศบาลและตลาดชุมชนเปอร่มารเกิดในจังหวัดภูเก็ตโดยใช้สถิติแบบนอนพารามิเตอร์ด้วย Chi-square test (Monte Carlo method) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

ผลการวิจัย

1. ศึกษาการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างประเภทกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟสและคาร์บาเมตในผักที่บริโภคสดจากตลาดสดเทศบาลและตลาดชุมชนป้อมมาร์เก็ต จังหวัดภูเก็ต

ผลการตรวจพบการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักตัวอย่างคือ ผักที่นิยมบริโภคสดในจังหวัดภูเก็ตจำนวน 405 ตัวอย่าง ได้แก่ ผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไป จำนวน 225 ตัวอย่าง และผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสดในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 180 ตัวอย่าง พบว่า ตรวจพบผักที่มีการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 4 ตัวอย่าง คือ ต้นหอม คิดเป็นร้อยละ 0.98 ตรวจพบการตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยมาก คือ ใบบวบก จำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 0.49 ทั้งนี้การตกค้างในต้นหอมคิดเป็นร้อยละ 8.88 และการตกค้างในใบบวบกคิดเป็นร้อยละ 5.55 และมีการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับปลอดภัย จำนวน 399 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 98.51 ส่วนผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปชนิดอื่น ได้แก่ ผักชี ถั่วพู ผักกาดหอม ถั่วฝักยาว พบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในระดับปลอดภัย จำนวน 221 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 98.22 ของผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไป และผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสดชนิดอื่น ได้แก่ ยอดกระถิน ยอดมะม่วงหิมพานต์ ผักกาดนกเขา และยอดมันปู ตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างระดับปลอดภัย จำนวน 178 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 98.88 ของผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด ดังตารางที่ 1

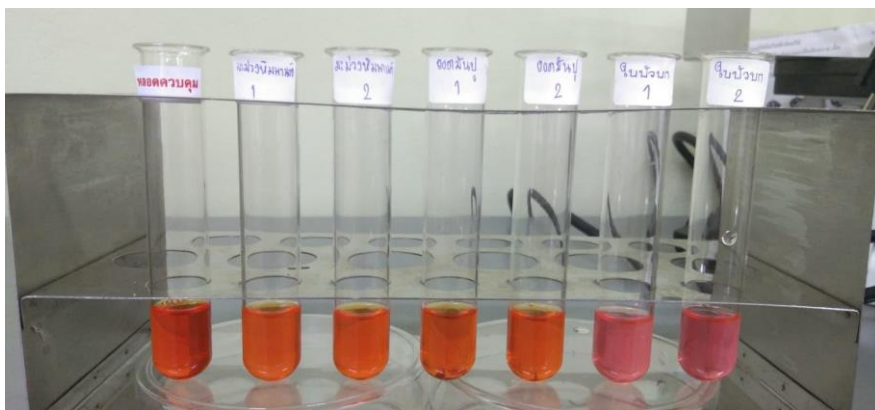
ตารางที่ 1 ผลการตรวจสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักสดโดยจำแนกตามชนิดของผัก (n=405)

ชนิดของผัก	พบการตกค้างระดับปลอดภัย		พบการตกค้างระดับที่ไม่ปลอดภัย		พบการตกค้างระดับที่ไม่ปลอดภัยมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไป (n=225)						
ผักชี	45	100.00	0	0	0	0
ถั่วพู	45	100.00	0	0	0	0
ผักกาดหอม	45	100.00	0	0	0	0
ถั่วฝักยาว	45	100.00	0	0	0	0
ต้นหอม	41	91.11	4	8.88	0	0
รวม	221	98.22	4	1.77	0	0
ผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด (n=180)						
ใบบวบก	34	94.44	0	0	2	5.55
ยอดกระถิน	36	100.00	0	0	0	0
ยอดมะม่วงหิมพานต์	36	100.00	0	0	0	0
ผักกาดนกเขา	36	100.00	0	0	0	0
ยอดมันปู	36	100.00	0	0	0	0
รวม	178	98.88	0	0	2	1.11
รวมทั้งหมด	399	98.51	4	0.98	2	0.49

โดยผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปที่มีการจำหน่ายในซูเปอร์มาร์เก็ตทั้ง 3 อำเภอพบว่า ตรวจพบการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างระดับปลอดภัย ร้อยละ 100 ส่วนตลาดสดเทศบาลอำเภอ A ตรวจพบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 2 ตัวอย่าง คือ ต้นหอม คิดเป็นร้อยละ 1.66 ตรวจพบการตกค้างระดับไม่ปลอดภัยมาก จำนวน 1 ตัวอย่าง คือ ใบบัวบก คิดเป็นร้อยละ 0.83 และการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับปลอดภัยจำนวน 117 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 97.50 ตลาดสดเทศบาลอำเภอ B ตรวจพบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับที่ไม่ปลอดภัย จำนวน 2 ตัวอย่าง คือ ต้นหอม คิดเป็นร้อยละ 1.66 และระดับไม่ปลอดภัยมาก คือ ใบบัวบก จำนวน 1 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 0.83 และการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับปลอดภัยจำนวน 117 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 97.50 ผลการตรวจแสดงดังภาพที่ 1 สำหรับตลาดสดเทศบาลอำเภอ C ตรวจพบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับปลอดภัยทั้งในผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปและผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภค ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผัก (n=405) จากตลาดสดและซูเปอร์มาร์เก็ตในจังหวัดภูเก็ต

ผลการตรวจพบ สารเคมีฆ่าแมลง	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง (n=405) จำนวน (ร้อยละ)					
		อำเภอ A (n=135)		อำเภอ B (n=135)		อำเภอ C (n=135)	
		ตลาดสด (n=120)	ซูเปอร์มาร์เก็ต (n=15)	ตลาดสด (n=120)	ซูเปอร์มาร์เก็ต (n=15)	ตลาดสด (n=120)	ซูเปอร์มาร์เก็ต (n=15)
การตกค้างในระดับ ปลอดภัย	399 (98.51)	117 (97.50)	15 (100.00)	117 (97.50)	15 (100.00)	120 (100.00)	15 (100.00)
การตกค้างในระดับ ไม่ปลอดภัย	4 (0.98)	2 (1.66)	0	2 (1.66)	0	0	0
การตกค้างในระดับ ไม่ปลอดภัยมาก	2 (0.49)	1 (0.83)	0	1 (0.83)	0	0	0
รวม	405 (100.00)	120 (100.00)	15 (100.00)	120 (100.00)	15 (100.00)	120 (100.00)	15 (100.00)



ภาพที่ 1 ชนิดกลุ่มผักพื้นบ้านตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยมากที่สุดในผักใบบัวบก

2. เปรียบเทียบผลการตรวจพบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่นิยมบริโภคสดจากตลาดสดเทศบาลและตลาดชุมชนเปอร่มารเกิด จังหวัดภูเก็ต

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจพบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปจากตลาดสดเทศบาลและชุมชนเปอร่มารเกิด พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) พบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงระดับไม่ปลอดภัยในผักที่นิยมบริโภคสด ร้อยละ 1.77 เป็นชนิดต้นหอมจากตลาดสดเทศบาลอำเภอ A คิดเป็นร้อยละ 3.3 และตลาดสดเทศบาล B คิดเป็นร้อยละ 3.3 สำหรับการตรวจสารเคมีผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปจากชุมชนเปอร่มารเกิด 5 ชนิด ทั้ง 3 อำเภอ ไม่พบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผัก ส่วนการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงระดับไม่ปลอดภัยในผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด ร้อยละ 1.11 พบว่าจากตลาดสดเทศบาล A คิดเป็นร้อยละ 1.66 และตลาดสดเทศบาล B คิดเป็นร้อยละ 1.66 และตรวจไม่พบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงในผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสดทั้ง 5 ชนิดจากตลาดสดเทศบาล C คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่นิยมบริโภคสดตามแหล่งที่มา (n=405)

แหล่งที่มา	จำนวน ตัวอย่าง	การตกค้างใน ระดับปลอดภัย	การตกค้างในระดับ ไม่ปลอดภัย	การตกค้างในระดับ ไม่ปลอดภัยมาก	Chi- square	Monte Carlo Sig
ผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไป					381.36	0.00
ตลาดสดเทศบาล A	60	58 (96.66)	2 (3.33)	0		
ตลาดสดเทศบาล B	60	58 (96.66)	2 (3.33)	0		
ตลาดสดเทศบาล C	60	60 (100.00)	0	0		
ชุมชนเปอร่มารเกิด A	15	15 (100.00)	0	0		
ชุมชนเปอร่มารเกิด B	15	15 (100.00)	0	0		
ชุมชนเปอร่มารเกิด C	15	15 (100.00)	0	0		
รวม	225	221 (98.22)	4 (1.77)	0		
ผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด						
ตลาดสดเทศบาล A	60	59 (98.33)	0	1 (1.66)		
ตลาดสดเทศบาล B	60	59 (98.33)	0	1 (1.66)		
ตลาดสดเทศบาล C	60	60 (100.00)	0	0		
รวม	180	178 (98.88)	0	2 (1.11)		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ศึกษาการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างประเภทกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่บริโภคสดจากตลาดสดเทศบาลและตลาดชุมชนปทุมรัตน์เกิด จังหวัดภูเก็ต

ผลการตรวจหาสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปและผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสดทั้งหมด 405 ตัวอย่าง พบว่าผักที่มีตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 4 ตัวอย่าง คือ ต้นหอมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 0.98 และผักที่ตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักระดับไม่ปลอดภัยมาก จำนวน 2 ตัวอย่าง คือ ใบบัวบกทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 0.49 ส่วนผักที่ตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักระดับปลอดภัย จำนวน 399 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 98.51 เป็นผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปชนิดอื่น ได้แก่ ผักชี ถั่วพู ผักกาดหอม และถั่วฝักยาว และผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด ได้แก่ ผักกาดนกเขา ยอดกระถิน ยอดมะม่วงหิมพานต์ และยอดมันปู ไม่แตกต่างกับผลการตรวจพบสารเคมีกำจัดแมลงในตัวอย่างผักที่จำหน่ายในตลาดอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบตัวอย่างผักที่มีสารเคมีกำจัดแมลงในระดับที่ปลอดภัยคิดเป็นร้อยละ 89.40⁽³⁾ และใกล้เคียงกับการตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดสดและห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่ตรวจพบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักอยู่ในระดับปลอดภัยในผักชี ผักกาดหอม และถั่วฝักยาว⁽⁸⁾ แต่ตรงกันข้ามงานวิจัยสารเคมีตกค้างในผักที่จำหน่ายในตลาดสดของพื้นที่สมุทรปราการ พบมีการตกค้างของยาฆ่าแมลงในระดับที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 86.50 ระดับที่ปลอดภัย ร้อยละ 13.50⁽⁶⁾ นอกจากนี้งานวิจัยนี้ตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักในระดับที่ไม่ปลอดภัยและระดับที่ไม่ปลอดภัยที่สุดซึ่งยังคงเป็นผักชนิดที่เคยมีการตรวจพบยาฆ่าแมลงตกค้างเช่นเดิม คือ ต้นหอม และในผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภค คือ ใบบัวบกมีการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในระดับที่ไม่ปลอดภัยมาก เช่นเดียวกับการศึกษาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักพื้นบ้านในตำบลทุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าใบบัวบกพบตกค้างในปริมาณเกินเกณฑ์ปลอดภัย ร้อยละ 11.63⁽¹¹⁾ ใบบัวบกเป็นพืชเศรษฐกิจที่นำไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพได้หลากหลายรูปแบบด้วยสรรพคุณสมานแผลและลดการอักเสบ แก้ไข้ในได้ดี และสรรพคุณรักษาโรคได้หลายชนิด เช่น โรคลมชัก โรคผิวหนัง ท้องเสีย ท้องอืด แผลในกระเพาะอาหาร มีฤทธิ์กล่อมประสาท ช่วยบำรุงสมอง เพิ่มความจำ ช่วยลดความอ่อนล้าของสมอง การแปรรูป อาทิเช่น น้ำสมุนไพรใบบัวบก สมุนไพรแคปซูลใบบัวบกสกัด ยาแผนปัจจุบันรูปแบบครีม และผงโรยแผล เป็นต้น ปัจจุบันสารสกัดจากใบบัวบกยังนิยมนำมาผลิตเป็นสบู่ใบบัวบก มาส์กสำหรับบำรุงใบหน้า ช่วยรักษาผิวและผิวหน้ากระจัดใส⁽¹⁴⁾ ดังนั้นผู้บริโภคจึงอาจมีโอกาสดำเนินการลดผลกระทบจากการสะสมสารเคมีเหล่านี้ในระยะยาวต่อสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสาร อบรมและให้ความรู้แก่เกษตรกรเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการผลิต และวิธีปฏิบัติทางการเกษตร ลด ละ เลิกใช้สารเคมีในการผลิต แต่หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ควรมีการเว้นระยะเก็บเกี่ยวผลผลิตหลังการใช้สารเคมีหรือสร้างแปลงปลูกแบบเกษตรอินทรีย์ขึ้นเพื่อควบคุมคุณภาพใบบัวบกให้ปราศจากการปนเปื้อนของสารเคมีฆ่าแมลงอีกทั้งจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องอันตรายของสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงในกลุ่มต่าง ๆ การล้างสารพิษตกค้างในผักด้วยวิธีการที่เหมาะสมรวมทั้งภาครัฐ

ต้องมีการกำหนดมาตรการการควบคุมการใช้สารเคมีฆ่าแมลงและเฝ้าระวังให้ปราศจากสารเคมีในพืชก่อนออกจำหน่ายให้กับผู้บริโภค

ผลการตรวจหาสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปและผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสดที่จำหน่ายในตลาดสดเทศบาลในจังหวัดภูเก็ต พบว่า ตลาดสดเทศบาลอำเภอ C ตรวจพบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงระดับปลอดภัยคิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งในผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปและผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด ส่วนตลาดสดเทศบาลอำเภอ A และตลาดสดอำเภอ B ตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักระดับไม่ปลอดภัยในผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไป คือ ต้นหอม ตลาดละ 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.33 และ 3.33 และผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด คือ ใบบัวบก ตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักระดับไม่ปลอดภัยมาก คิดเป็นร้อยละ 1.66 ทั้งในตลาดสดเทศบาลอำเภอ A และตลาดสดอำเภอ B สำหรับผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปที่จำหน่ายในตลาดซูเปอร์มาร์เก็ตของทั้ง 3 อำเภอ ตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงอยู่ในระดับปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 เนื่องจากพบว่าผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปเป็นผักที่บรรจุภัณฑ์ติดฉลากเป็นสินค้าปลอดภัย โดยใช้ฉลาก Q-GMP ออกโดยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และมีบางยี่ห้อที่มีการแสดงฉลากเป็นสินค้าเกษตรอินทรีย์ (Organic Thailand) ก่อนจำหน่ายจะต้องผ่านการทำความสะอาดผักด้วยน้ำหรือน้ำยาหลาย ๆ ครั้งก่อนบรรจุภัณฑ์ การตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงจึงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยซึ่งสอดคล้องผลการวิจัยที่เมื่อนำผักมาล้างด้วยน้ำสะอาด น้ำยาล้างผักและน้ำที่มีโอโซน พบว่าไม่พบสารตกค้างในผักหรือหากพบสารตกค้างก็อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย ซึ่งแสดงได้ว่าผักที่ผ่านการล้างด้วยวิธีต่าง ๆ สามารถลดสารพิษได้จริง⁽⁷⁾ นอกจากนี้ในปัจจุบัน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังมีการรับรองระบบตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักสดและผลไม้สดให้แก่ห้องปฏิบัติการของผู้ประกอบการในการควบคุมผักสดและผลไม้ให้ปลอดภัย⁽¹⁵⁾ จากความแตกต่างของผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปที่มีการจำหน่ายในตลาดสดเทศบาลและซูเปอร์มาร์เก็ตอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า ผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปที่มีการจำหน่ายในซูเปอร์มาร์เก็ตที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงอยู่ในระดับปลอดภัยแม้ว่าการตรวจพบสารเคมีในผัก 4 ชนิดจะสอดคล้องกัน แต่ยกเว้นผัก 1 ชนิดที่ผลการตรวจพบแตกต่างกันระหว่างตลาดสดและซูเปอร์มาร์เก็ตคือ ต้นหอม โดยเมื่อพิจารณาสาเหตุความแตกต่าง พบว่าผักที่จำหน่ายในซูเปอร์มาร์เก็ตมีการทำความสะอาดล้างด้วยน้ำยาล้างผักและน้ำสะอาดก่อนบรรจุภัณฑ์ ทำให้สารเคมีฆ่าแมลงมีการสลายตัวและระดับความเป็นพิษลดลง จึงเป็นเหตุให้ไม่พบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงในผักดังกล่าวที่มีการจำหน่ายในซูเปอร์มาร์เก็ต ซึ่งต่างจากผักที่จำหน่ายในตลาดสด ที่ขั้นตอนการทำความสะอาดเพียงแค่ล้างสิ่งสกปรกที่ปนเปื้อนจากดินออกจากผัก ทำให้ผักยังคงมีการตกค้างของสารเคมี

2. เปรียบเทียบผลการตรวจพบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์แกนอโฟสเฟตและคาร์บาเมตในผักบริโภคสดจากตลาดสดเทศบาลและตลาดซูเปอร์มาร์เก็ต จังหวัดภูเก็ต

ผลการเปรียบเทียบการตรวจพบการตกค้างของสารเคมีในผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคที่จำหน่ายในตลาดสดเทศบาล 3 อำเภอ พบว่าผักที่มีการตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงในผัก คือ ใบบัวบก จำแนกตามแหล่งจำหน่ายมาจากตลาดสดเทศบาล A จำนวน 1 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.66 ตลาดสดเทศบาล B

จำนวน 1 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.66 จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 60 ตัวอย่างและตรวจพบการตกค้างสารเคมีฆ่าแมลงในผักระดับปลอดภัยจากตลาดสดเทศบาล C คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อพิจารณาถึงตัวอย่างผักพื้นบ้านที่นิยมบริโภคสด เช่น ผักกาดนกเขา ยอดกระถิน ยอดมะม่วงหิมพานต์ และยอดมันปู ดังภาพที่ 1 พบว่าเป็นผักที่เจริญเติบโตในท้องถิ่นและคนท้องถิ่นเก็บมาจำหน่าย แตกต่างจากใบบวบแก้วว่าจะเป็นผักพื้นบ้านแต่ถือเป็นผักเศรษฐกิจ จึงนิยมเพาะปลูกมากกว่าเก็บหาในท้องถิ่น จึงมีฉีดยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืชที่มากเกินไป จึงเป็นเหตุให้มีการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลง การตรวจพบสารเคมีตกค้างในบวบจึงอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด อีกประการที่สำคัญที่ทำให้ใบบวบตรวจพบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในระดับที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด คือเกษตรกรผู้ผลิตอาจมีการใช้สารป้องกันกำจัดวัชพืชสำหรับการเพาะปลูกใบบวบกร่วมด้วยกับการใช้สารเคมีฆ่าแมลง เนื่องด้วยปัจจุบันการเพาะปลูกใบบวบนิยมปลูกในพื้นที่นาข้าวและสวนผัก การใช้สารป้องกันวัชพืชอาจทำให้มีการตกค้างในดิน โดยเฉพาะสารที่ใช้เพื่อควบคุมวัชพืชจะมีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างมากกับดินเมื่อทำการเพาะปลูก จึงทำให้สารเคมีเข้าสู่ต้นใบบวบได้ง่าย เนื่องจากใบบวบสามารถเพาะปลูกด้วยเมล็ดหรือใช้ลำต้นหรือที่เรียกว่าไหล สารป้องกันวัชพืชจะเข้าสู่เมล็ดได้ทั้งในขณะก่อนเมล็ดงอกและขณะกำลังงอก และเมื่อใบบวบเติบโตขึ้น สารป้องกันวัชพืชจะมีการเคลื่อนย้ายภายในต้นใบบวบ และขณะเดียวกันกลุ่มเกษตรกรอาจมีการพ่นสารเคมีฆ่าแมลงทางใบเพื่อป้องกันศัตรูพืช อีกทั้งระยะเวลาการเก็บเกี่ยวของใบบวบอาจไม่ได้เว้นระยะหลังการใช้สารเคมี จึงเป็นเหตุทำให้มีการตกค้างของสารเคมีมากขึ้นส่งผลให้การตรวจพบการตกค้างอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด

ผักนิยมบริโภคสดทั่วไปที่จำหน่ายในตลาดสดเทศบาลที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยอาจเนื่องมาจากขั้นตอนการจำหน่ายผักสดในตลาดผู้ค้าคนกลางจะรับผักจากเกษตรกรแล้วมาวางจำหน่ายค้าส่งหรือค้าปลีกในตลาดสดเทศบาล การทำความสะอาดด้วยน้ำหลาย ๆ ครั้งจึงน้อย เพียงแค่ชำระล้างสิ่งสกปรกที่ปนเปื้อนจากดินออกจากผัก ทำให้ผักยังคงมีการตกค้างของสารเคมี ผลการวิจัยนี้ตรวจพบการตกค้างในผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปชนิดต้นหอมในตลาดสดเทศบาล A และ B อาจเนื่องมาจากลักษณะต้นหอมเป็นผักที่เก็บได้ในระยะเวลานาน ๆ การล้างทำความสะอาดด้วยน้ำหลาย ๆ ครั้งจะมีผลทำให้ผักคายน้ำและเน่าเสียได้ง่าย ส่วนผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปที่มีการจำหน่ายในซูเปอร์มาร์เก็ตที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงอยู่ในระดับปลอดภัย เนื่องจากผักที่นิยมบริโภคสดทั่วไปก่อนจำหน่ายจะต้องผ่านการทำความสะอาดผักด้วยน้ำหรือน้ำยาหลาย ๆ ครั้งก่อนบรรจุภัณฑ์ การตรวจพบสารเคมีตกค้างฆ่าแมลงจึงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยซึ่งสอดคล้องผลการวิจัยที่เมื่อนำผักมาล้างด้วยน้ำสะอาด น้ำยาล้างผักและน้ำที่มีโอโซน พบว่าไม่พบสารตกค้างในผักหรือหากพบสารตกค้างก็อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย ซึ่งแสดงได้ว่าผักที่ผ่านการล้างด้วยวิธีต่าง ๆ สามารถลดสารพิษได้จริง⁽⁷⁾ นอกจากนี้ในปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังมีการรับรองระบบตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักสดและผลไม้สดให้แก่ห้องปฏิบัติการของผู้ประกอบการในการควบคุมผักสดและผลไม้ให้ปลอดภัยตาม⁽¹⁵⁾ การทำความสะอาดผักที่นิยมบริโภคสดเนื่องจากเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สามารถลดความเป็นพิษของสารเคมีฆ่าแมลงได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าน้ำสามารถลด

ความเป็นพิษลงได้ แต่ไม่ได้แปลว่าจะไม่มีความเป็นอันตราย และการเลือกวิธีการล้างทำความสะอาดเพื่อลดการตกค้างบางวิธีอาจไม่ใช่เป็นวิธีการที่ดีที่สุด จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการล้างสารพิษตกค้างในผักด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น วิธีการล้างด้วยน้ำประปา ต่างทับทิม น้ำส้มสายชู เบคกิ้งโซดา และเกลือ พบว่าการล้างออกด้วยวิธีใช้ด้วยต่างทับทิมดีที่สุด รองลงมาคือน้ำส้มสายชูและเกลือตามลำดับ สามารถลดสารพิษได้จริง⁽¹⁶⁾ ดังนั้นผู้บริโภคควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงความเป็นอันตรายของสารเคมีฆ่าแมลงตกค้าง จึงควรเลือกวิธีการทำความสะอาดดังกล่าวเพื่อป้องกันสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างเข้าสู่ร่างกาย

ผลการวิจัยนี้ ตรวจพบการปนเปื้อนสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างประเภทกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่นิยมบริโภคสดในจังหวัดภูเก็ตจากตลาดสดเทศบาลและซูเปอร์มาร์เก็ตในระดับไม่สูงมาก อาจเป็นผลมาจากการที่จังหวัดภูเก็ตได้รับเลือกเป็นเมืองสร้างสรรค์ด้านวิทยาการอาหาร (Creative City of Gastronomy) โครงการเมืองสร้างสรรค์ของยูเนสโก (UNESCO Creative Cities Network) จังหวัดภูเก็ตจึงมีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาเฉพาะด้านดังกล่าว บ่งชี้ถึงความสำเร็จของโครงการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นการจัดการองค์ความรู้ วิจัยและนวัตกรรมเพื่อนครแห่งการท่องเที่ยวด้านอาหาร ส่งเสริมให้มีการปลูกพืชท้องถิ่น การนำวัตถุดิบท้องถิ่นมาใช้ในการ ประกอบอาหารแบบครบวงจร เผยแพร่แนวคิดการผลิตและการทำฟาร์มที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมให้แก่เกษตรกร ซึ่งมีส่วนให้เกษตรกรในพื้นที่ลดการสารเคมีในการผลิตลง และยกระดับคุณภาพอาหาร ส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานของอาหารโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ ระดับประเทศและระดับสากลมากำกับ เพื่อปกป้องคุ้มครองสุขภาพอนามัยของผู้บริโภค และมีกิจกรรมอบรมมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับระดับประเทศและระดับสากล และกิจกรรมตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยของวัตถุดิบและผู้ประกอบการอาหารในจังหวัดภูเก็ต⁽¹⁷⁾

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นในการตรวจหาการปนเปื้อนได้ในระดับเบื้องต้นดำเนินการศึกษาเฉพาะในตลาดเทศบาลและซูเปอร์มาร์เก็ตซึ่งเป็นตลาดมีโรงเรือนถาวรมั่นคง ถูกกำกับดูแลและตรวจสอบจากส่วนราชการอยู่เสมอ ดังนั้นข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไปจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของตลาดเปิด ทั้งประเภทที่ไม่มีโรงเรือนและโรงเรือนประเภทไม่ถาวร ซึ่งมีมากในปัจจุบัน และควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ และเส้นทางที่มาในการจำหน่ายผักในจังหวัดภูเก็ต รวมไปถึงการศึกษาวัยกลุ่มของสารกำจัดวัชพืช และสารกำจัดแมลงประเภทอื่น ๆ เพิ่มเติมในระดับที่สูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา กองทุนอุดหนุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ที่สนับสนุนงบประมาณภายใต้สัญญาเลขที่ มรภ.01/2562

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2560 “ปีแห่งการบริโภคผัก-ผลไม้ปลอดภัย”. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. อมรินทร์ นันทวิทยากรณ์. การศึกษาสถานการณ์ กฎหมายและการควบคุมสารพิษตกค้างในผักสด และผลไม้สดนำเข้าจากต่างประเทศ. วารสารอาหารและยา. 2555;19(3):36-45.
3. จิราภรณ์ ใจเกลี้ยง, ศิริพร จันทรมณี, อรพรรณ หนูแก้ว. การตรวจหาฆ่าแมลงตกค้างในผักจากตลาดในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. เรื่องเต็มการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 50: สาขาวิทยาศาสตร์, สาขาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2555: 263-71.
4. สุภาพร ใจการุณ, สว่าง สมบูรณ์, สามารถ วันชนะ. การตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในผักพื้นบ้านอีสานและอาหารท้องถิ่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556;6(3):122-9.
5. ปิยะฉัตร พันทาส, รัตติยากร ทองญวน, นฤมล แก้วโมรา, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, ศิริกุล ธรรมจิตรสกุล, กัญจน์ ศิลป์ประสิทธิ์. ความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารเคมีกำจัดแมลงในการประกอบอาชีพ ผู้ค้าผักและผลไม้ในตลาดสด จังหวัดนครนายก. วารสารวิจัยทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2557;8(2):17-24.
6. พัชรี ภคขมา, สุวรรณ สายสิน, ศรมน สุทิน. การตรวจสอบสารฆ่าแมลงตกค้างในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาแห่งประเทศไทยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2559;5(1):22-30.
7. อติสรณ์ ติรัมย์, มยุรี กระจ่ายกลาง, ปรีดียาทร แก้วมณี. การตรวจสอบสารเคมีตกค้างในผักจำหน่าย ณ ตลาดสถานีรถไฟ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการประชุมวิชาการงานเกษตร. 2559;14(1):235-41.
8. ธนพงศ์ ภูบาลี, อรุณ วงศ์วัฒนาเสถียร, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล, มาลี สุปันดี. ความชุกของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาด และห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2559;8(2):399-409.
9. กฤตปักษ์ ตันติธรรมกุล, ธัชพล เมธารักษ์กุล. การตรวจหาการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดแมลง และความชุกของโปรโตซัวในผักสดที่จำหน่ายในตลาดสด อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2562;49(1):118-29.
10. วิจิตรา เหลียวตระกูล, วชิรญา เหลียวตระกูล, ปรียานุช เพียนเลี้ยงชีพ, รวีวรรณ เต็มขันมณี. การตรวจสอบสารเคมีตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักสด ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและประสิทธิภาพในการล้างผักต่อสารเคมีตกค้างในผักคะน้า. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า. 2563;38(1):131-8.

11. ภคิน ปัญญาฤทธิสร, ธีรุตม์ ธนมิตรามณี, ปุณยนุช สุนทรีวงศ์, ชิชญา กริมใจ, วสุพล จุฑานพมณี, พัสกร เพ็ชรผ่อง, ภาควัฒนิต เดชไพศาล. สถานการณ์การค้าของสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักที่โฆษณาปลอดสารพิษในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2566;18(1):1-13.
12. สุภัทรา กลางประพันธ์, มนจิรา พารามสี, ศรัณย์ ฉวีรักษ์. การตรวจสอบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักสมุนไพรที่จำหน่ายตามท้องตลาด ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเกษตรพระวรุณ. 2565; 19(2):91-9.
13. กรุงเทพฯธุรกิจ. ยูเนสโกประกาศจังหวัดภูเก็ตเมืองสร้างสรรค์อาหารโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2560 ต.ค. 18] เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/680819.2559.14>
14. Smart herb Platform. บั๊วบก [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2568 มี.ค. 18] เข้าถึงได้จาก: <https://pharmoffice.kku.ac.th/iss/smhcontrol/herb/109>
15. สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การรับรองคุณภาพระบบตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักสด-ผลไม้สด [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ส.ค. 20] เข้าถึงได้จาก: <http://blqs.dmsc.moph.go.th/assets/qsd/RequirementFruits%202019.pdf>
16. Thai-PAN. ความ (ไม่) รู้เรื่องการล้างสารพิษตกค้างในผัก สถานการณ์การปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการทบทวนวิธีการล้างผักผลไม้ที่เหมาะสม [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2560 ต.ค. 18] เข้าถึงได้จาก: https://thaipan.org/sites/default/files/file/3.10_ankana.pdf
17. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดภูเก็ต. แผนพัฒนาจังหวัดภูเก็ต (พ.ศ. 2566-2570) ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มี.ค. 13] เข้าถึงได้จาก: <https://www.phuketvc.ac.th/wp-content/uploads/2566-2570.pdf>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

จันจิรา เสมามิ่ง*, สุปัตน์ อาสนะ**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อม ทักษะจิต พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลที่มีอายุ 50-59 ปี จำนวน 373 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัย ด้านการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ 5 ด้านพบว่า ทุกด้านส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านสังคม (ร้อยละ 85.79) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม (ร้อยละ 84.18) ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 78.55) ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม (ร้อยละ 77.21) และด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 67.02) ทักษะจิตการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุภาพรวม อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.44) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ภาพรวม อยู่ในระดับที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 68.09) แรงสนับสนุนทางสังคม ภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 88.74) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัย ก่อนสูงอายุ คือ อายุ ($OR_{Adj}=1.90$, 95%CI: 1.07-3.35, p-value=0.026) ด้านความสามารถผู้สูงอายุ ($OR_{Adj}=2.39$, 95%CI: 1.17-4.88, p-value=0.016) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ($OR_{Adj}=3.43$, 95%CI: 1.63-7.21, p-value =0.001) และด้านทรัพยากร ($OR_{Adj}=3.26$, 95%CI: 1.51-7.01, p-value=0.002)

จากผลการวิจัย ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม; วัยก่อนสูงอายุ; พฤติกรรมสุขภาพ; ทักษะจิต

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: สุปัตน์ อาสนะ Email: su_assana@yahoo.com

รับบทความ: 2 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 14 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 14 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 มิ.ย. 68

Factors Associated with the Preparedness of the Pre-Elderly Group in Udon Thani Province

Junjira Semaming*, Supat Assana**^a

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study aging preparedness, attitudes, desirable health behaviors, social support, and associated factors among the pre-elderly population in Udon Thani province. Samples consisted of 373 individuals aged 50–59 years, selected through stratified random sampling. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression.

Findings indicated that overall aging preparedness among the pre-elderly was high across five domains: social (85.79%), housing and environments (84.18%), health (78.55%), technology and innovation (77.21%), and economy (67.02%). Overall attitude towards aging preparedness was high (95.44%). Desirable health behavior was at a satisfactory level (68.09%), and overall social support was rated high (88.74%). Factors significantly associated with aging preparedness included age ($OR_{Adj}=1.90$, 95%CI: 1.07-3.35, $p=0.026$), elderly capability ($OR_{Adj}=2.39$, 95%CI: 1.17-4.88, $p\text{-value}=0.016$), information perception ($OR_{Adj}=3.43$, 95%CI: 1.63-7.21, $p\text{-value}=0.001$), and available resources ($OR_{Adj}=3.26$, 95%CI: 1.51-7.01, $p\text{-value}=0.002$).

Results suggested that there should be activities to promote preparation before entering old age, especially in terms of desirable health behaviors, in order to enter the elderly society with quality.

Keywords: Preparedness; Pre-elderly; Health behavior; Attitude

* Master of Public Health Candidate, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

** Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Supat Assana Email: su_assana@yahoo.com

Received: May 2, 25; Revised: May 14, 25; Accepted: May 14, 25; Published Online: Jun. 11, 25

บทนำ

ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีโดยเฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุยืนยาวมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดกลับลดลง ส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2022 มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,109 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด 8,000 ล้านคน โดยมีเพียงทวีปแอฟริกาเท่านั้นที่ยังไม่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทวีปเอเชียเป็นภูมิภาคที่กำลังเผชิญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วซึ่งประเทศจีนมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก รองลงมาคือประเทศญี่ปุ่นที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 36 ของประชากรทั้งหมด ในกลุ่มประเทศอาเซียนก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่ชัดเจนเช่นกัน โดย 7 จาก 10 ประเทศสมาชิกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2565 ประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุด ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 23) และประเทศไทย (ร้อยละ 19.5) ในขณะที่ประเทศลาวยังมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่ำสุดที่ร้อยละ 7⁽¹⁾

ประเทศไทยในปี 2566 มีผู้สูงอายุ 13.64 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งประเทศ ทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ตามนิยามของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งนิยามว่าหากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ ส่งผลต่อสัดส่วนภาระพึ่งพิงของประเทศ กล่าวคือวัยแรงงาน 4 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสวัสดิการของรัฐ เพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลไทยจึงได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตสร้างความตระหนักรู้ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วอาจส่งผลกระทบต่อสวัสดิการ ที่มีอยู่ไม่เพียงพอ อีกทั้งรายได้ของภาครัฐจากการเก็บภาษีลดลงตามจำนวนประชากรวัยแรงงานทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุมีความท้าทายมากยิ่งขึ้น⁽²⁾

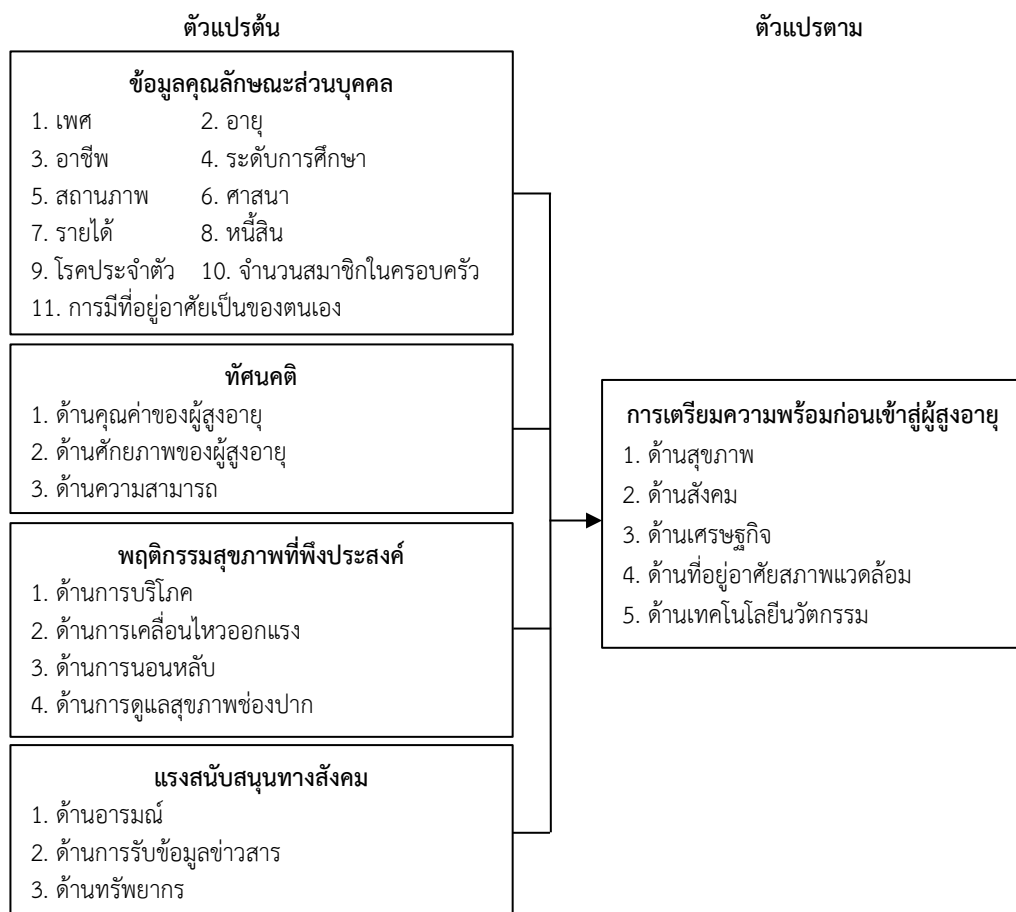
จังหวัดอุดรธานี เป็นหนึ่งในจังหวัดที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว โดยในปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 278,005 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.93 ของประชากรทั้งหมด อีกทั้งยังมีประชากรวัยก่อนสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) จำนวน 248,453 คน คิดเป็นร้อยละ 16.03⁽³⁾ ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต ส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจ เช่น แรงงานลดลงการผลิตชะลอตัว และค่าใช้จ่ายภาครัฐเพิ่มขึ้น รวมทั้งปัญหาทางสังคม เช่น ความตึงเครียดในครอบครัว ความรู้สึกด้อยคุณค่าของผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังและการเสื่อมถอยของร่างกาย ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี 2567 พบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การมองเห็นลดลง (ร้อยละ 6.21) การทำกิจวัตรประจำวันลดลง (ร้อยละ 2.8) ละปัญหาการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 2.2) นอกจากนี้ยังมีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง โดยพบว่าร้อยละ 97 ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ติดสังคม) ร้อยละ 2.15 (ติดบ้าน) และร้อยละ 0.8 (ติดเตียง)⁽³⁾

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยต้องคำนึงถึงหลายด้าน เช่น สุขภาพ เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สังคม และเทคโนโลยี รวมถึงการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ ข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าช่วงวัย 50-59 ปี

เป็นช่วงอายุที่สำคัญสำหรับการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและยังสามารถวางแผนชีวิตล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นที่เน้นศึกษากลุ่มวัยก่อนสูงอายุในบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมในเชิงลึก โดยเฉพาะด้านความรู้ข่าวสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในจังหวัดอุดรธานี อายุ 50–59 ปี ซึ่งกลุ่มนี้จะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสู่ผู้สูงอายุ จึงควรเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน เพื่อที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และเพื่อประโยชน์เชิงนโยบายสำหรับการเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ทศนคติ⁽⁵⁾ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์⁽⁶⁾ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁵⁾ และการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ⁽²⁾ เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อม ทักษะ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ปี 2567 จำนวน 248,453 คน

เกณฑ์การคัดเลือก: บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือพักอาศัยอยู่ ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และเป็นบุคคลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก: มีปัญหาด้านการได้ยินและการสื่อสาร และมีปัญหาด้านสุขภาพและจิตใจ ไม่พร้อมในการให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽⁷⁾ โดยผู้วิจัยแทนค่าจากงานวิจัยเรื่องระดับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ⁽⁸⁾ ดังนี้

P_0 = สัดส่วนของกลุ่มการเตรียมความพร้อมสูงมีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่าเท่ากับ 0.165

P_1 = สัดส่วนกลุ่มที่มีการเตรียมความพร้อมต่ำถึงปานกลางมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีค่าเท่ากับ 0.473

P = สัดส่วนของกลุ่มที่มีการเตรียมความพร้อมสูงในกลุ่มที่มีการสนับสนุนต่ำถึงปานกลาง มีค่าเท่ากับ 0.185

B = สัดส่วนของกลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่าเท่ากับ 0.06 และได้ปรับขนาดตัวอย่าง โดยการพิจารณาตัวแปรซึ่งนำมาใช้พยากรณ์ไม่ควรมีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) และต้องมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้สำเร็จ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 373 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเริ่มจากการแบ่งโซนอำเภอ (Clusters) ออกเป็น 4 โซน สุ่มอำเภอในแต่ละโซน ๑ ละ 1 อำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละอำเภอแยกเป็นตำบล (Stratified sampling) สุ่มตำบลในแต่ละอำเภอ ๑ ละ 1 ตำบล และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากร (Proportional to size) สุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่จนครบ 373 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ คือ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย หนี้สิน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 ทศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ จำนวน 6 ข้อ เป็นการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ คำถามเชิงบวก ไม่เห็นด้วย=1, ไม่แน่ใจ=2, และ เห็นด้วย=3 และ คำถามเชิงลบ ไม่เห็นด้วย=3, ไม่แน่ใจ=2, และเห็นด้วย=1, การแปลผลคะแนน ทศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับสูง, คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 ระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในแต่ละองค์ประกอบตามสมุดบันทึกสุขภาพวัยทำงาน⁽⁶⁾ จำนวน 4 ข้อ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมการกินผักอย่างน้อยวันละ 5 ทับพีตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์
- 2) มีการขยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์
- 3) นอนหลับวันละ 7-9 ชั่วโมงตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์
- 4) การแปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แบ่งเป็น 2 ระดับ⁽⁶⁾ คือ ทำครบทั้ง 4 ข้อ แปลผล ระดับพึงประสงค์ และทำไม่ครบ 4 ข้อ ระดับไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁵⁾ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คำถามเชิงบวก คือ ไม่ได้รับ=1, ได้รับน้อย=2, ได้รับมาก=3 คำถามเชิงลบ คือ ไม่ได้รับ=3, ได้รับน้อย=2, ได้รับมาก=1, การแปลผลคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับมาก, คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ระดับน้อย

ส่วนที่ 5 การเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ⁽²⁾ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านสังคม 3) ด้านเศรษฐกิจ 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และ 5) ด้านเทคโนโลยี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5=มากที่สุด, 4=มาก, 3=ปานกลาง, 2=น้อย, และ 1=น้อยที่สุด, การแปลผลการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ของเบสท์⁽⁹⁾ จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 ระดับสูง, คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับต่ำ

โดยการวิจัยครั้งนี้ จำแนกการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 2 ระดับ คือ มีความพร้อม หมายถึง มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ไม่มีความพร้อม หมายถึง มีความพร้อมอยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน คือ Multiple logistic regression analysis with backward elimination นำเสนอด้วยค่า Crude odds ratios, Adjusted odds ratios, 95% CI และระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE671073 วันที่ 23 ธันวาคม 2567 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอทำหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ถึงอาสาสมัครทุกคนได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การรักษาความลับ และสิทธิการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการทันที โดยที่ไม่มีผลกระทบใด ๆ อาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมได้ด้วยตนเอง ซึ่งข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินดียุติเข้าร่วมจะขอให้ทำลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.45 มีอายุเฉลี่ย 54.70 ปี (SD=2.91) ปี อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.60 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 18.50 ค้าขาย ร้อยละ 4.02 และข้าราชการ ร้อยละ 1.88 ระดับการศึกษาสูงสุด คือประถมศึกษา ร้อยละ 68.36 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 15.28 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 12.87 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79.89 โสด ร้อยละ 7.77 และหม้าย ร้อยละ 6.43 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 74.26 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 50.94 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 49.06 มีหนี้สิน ร้อยละ 77.21 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.21 มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.79 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 2.14 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.54 มีสมาชิกในครอบครัว 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 98.93 อาศัยอยู่บ้านตัวเอง ร้อยละ 90.08 รองลงมาคือ มาอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 8.58 และเช่าอยู่ ร้อยละ 1.34 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ทักษะการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

พบว่าทักษะการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับทักษะการเตรียมความพร้อมสูงมากที่สุด คือด้านศักยภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.83 รองลงมาคือ ด้านคุณค่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.47 และด้านความสามารถผู้สูงอายุ ร้อยละ 86.06 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ทักษะการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (n=373)

รายด้าน	ระดับทักษะการเตรียมความพร้อม n (%)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
1. ด้านคุณค่าผู้สูงอายุ	330 (88.47)	40 (10.72)	3 (0.80)
2. ด้านศักยภาพผู้สูงอายุ	350 (93.83)	22 (5.90)	1 (0.27)
3. ด้านความสามารถผู้สูงอายุ	321 (86.06)	50 (13.40)	2 (0.54)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวม อยู่ในระดับพึงประสงค์ ร้อยละ 68.09 รายด้าน ทุกด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึงประสงค์มากที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ร้อยละ 91.96 รองลงมาคือ ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 85.52 ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง ร้อยละ 84.18 และ ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 73.99 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n=373)

รายด้าน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	
	พึงประสงค์	ไม่พึงประสงค์
1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	343 (91.96)	30 (8.04)
2.พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง	314 (84.18)	59 (15.82)
3.พฤติกรรมการนอนหลับ	165 (44.24)	208 (55.76)
4.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	319 (85.52)	54 (14.48)
ภาพรวม	254 (68.09)	119 (31.90)

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุรายด้าน พบว่าทุกด้านส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก มากที่สุดคือ ด้านทรัพยากรร้อยละ 87.13 รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 86.06 และด้านอารมณ์ ร้อยละ 82.57 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (n=373)

รายด้าน	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม n (%)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ด้านอารมณ์	308 (82.57)	62 (16.62)	3 (0.80)
2.ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	321 (86.06)	50 (13.40)	2 (0.54)
3.ด้านทรัพยากร	325 (87.13)	45 (12.06)	3 (0.80)

ส่วนที่ 5 การเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

การเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จำแนกรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ทุกด้านอยู่ในระดับสูง มากที่สุดคือ ด้านสังคม ร้อยละ 85.79 รองลงมาคือ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ร้อยละ 84.18 ด้านสุขภาพ ร้อยละ 78.55 ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ร้อยละ 77.21 และด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 67.02 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ การเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (n=373)

รายด้าน	ระดับการเตรียมความพร้อม n (%)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
1. ด้านสุขภาพ	293 (78.55)	78 (20.91)	2 (0.54)
2. ด้านสังคม	320 (85.79)	52 (13.94)	1 (0.27)
3. ด้านเศรษฐกิจ	250 (67.02)	119(31.90)	4 (1.07)
4. ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	314 (84.18)	58 (15.55)	1 (0.27)
5. ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม	288 (77.21)	84 (22.52)	1 (0.27)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ โดยพิจารณาจากค่า $p\text{-value}<0.25$ เพื่อนำเข้าไปวิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 5 ดังนี้

1. **ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลเพศหญิง** กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 1.82 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย ($OR=1.82$, 95%CI: 1.09-3.04; $p\text{-value}=0.022$) อายุ 55-59 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 55-59 ปี มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 1.88 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 50-54 ปี ($OR=1.88$, 95%CI: 1.11-3.15, $p\text{-value}=0.016$)

รายได้ต่อรายจ่าย กลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เป็น 1.71 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ($OR=1.71$, 95%CI: 0.01-2.89, $p\text{-value}=0.040$)

2. ปัจจัยทัศนคติการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ด้านคุณค่าผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติด้านคุณค่าผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 2.22 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR=2.22$, 95%CI: 1.10-4.45, $p\text{-value}=0.031$) และ **ด้านความสามารถผู้สูงอายุ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติด้านความสามารถผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 2.84 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR=2.84$, 95%CI: 1.50-5.37, $p\text{-value}<0.001$)

3. ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ระดับพึงประสงค์ มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 2.15 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับไม่พึงประสงค์ ($OR=2.15$, 95%CI: 1.13-4.10, $p\text{-value}=0.023$)

4. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 4.04 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง ($OR=4.04$, 95%CI: 2.26-7.26, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 5.83 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง (OR=5.83, 95%CI: 3.12-10.90, p-value<0.001) และด้านทรัพยากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมาก มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 6.99 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง(OR=6.99, 95%CI: 3.66-13.34, p-value<0.001)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) (n=373)

ปัจจัย	จำนวน	มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ n (%)	Crude OR	95%CI	p-value
1. เพศ					0.022*
ชาย	155	116 (74.84)	1		
หญิง	218	184 (84.40)	1.82	1.09-3.04	
2. อายุ					0.016*
50-54 ปี	173	130 (75.14)	1		
55-59 ปี	200	170 (85.00)	1.88	1.11-3.15	
3. อาชีพ					0.386
ข้าราชการ/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	91	76 (83.52)	1		
เกษตรกร	282	224 (79.43)	1.31	0.70-2.44	
4. ระดับการศึกษา					0.342
มัธยมศึกษาขึ้นไป	114	95 (83.33)	1		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	259	205 (79.15)	1.31	0.73-2.34	
5. สถานภาพสมรส					0.455
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	75	58 (77.33)	1		
สมรส	298	242 (81.21)	1.26	0.68-2.33	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					0.590
15,000 บาท ขึ้นไป	140	79 (82.29)	1		
น้อยกว่า 15,000 บาท	226	221 (79.78)	1.17	0.64-2.14	
7. รายได้ต่อรายจ่าย					0.040*
เพียงพอต่อรายจ่าย	183	155 (84.70)	1		
ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย	190	145 (76.32)	1.71	0.01-2.89	
8. หนี้สิน					0.607
ไม่มีหนี้สิน	85	70 (82.35)	1		
มีหนี้สิน	288	230 (79.86)	0.84	0.45-1.59	

ตารางที่ 5 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
วิเคราะห์ด้วยวิธีแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) (n=373)

ปัจจัย	จำนวน	มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ n (%)	Crude OR	95%CI	p-value
9. โรคประจำตัว					0.900
โรคประจำตัว	85	68 (80.00)	1		
ไม่มีโรคประจำตัว	288	232 (80.56)	0.96	0.52-1.77	
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)					0.584
1-2 คน	81	17 (85.00)	1		
3 คนขึ้นไป	285	283 (80.17)	0.71	0.20-2.50	
11. ที่อยู่อาศัย					0.871
เช่าอยู่/อาศัยอยู่กับครอบครัว	37	31 (83.78)	1		
บ้านตัวเอง	336	269 (80.06)	1.07	1.42-2.72	
12. ทักษะการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ					
12.1 ด้านคุณค่าผู้สูงอายุ					0.031
ระดับต่ำ-ปานกลาง	43	29 (67.44)	1		
ระดับสูง	330	271 (82.12)	2.22	1.10-4.45	
12.2 ด้านศักยภาพผู้สูงอายุ					0.076
ระดับต่ำ-ปานกลาง	23	15 (65.22)	1		
ระดับสูง	350	285 (81.43)	2.34	0.95-5.75	
12.3 ด้านความสามารถผู้สูงอายุ					<0.001*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	52	33 (63.46)	1		
ระดับสูง	321	267 (83.18)	2.84	1.50-5.37	
13. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์					
13.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					0.595
ไม่พึงประสงค์	30	277 (80.76)	1		
พึงประสงค์	343	23 (76.67)	1.27	0.52-3.10	
13.2 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง					0.871
ไม่พึงประสงค์	59	253 (80.57)	1		
พึงประสงค์	314	47 (79.66)	1.05	0.52-2.11	
13.3 พฤติกรรมการนอนหลับ					0.257
ไม่พึงประสงค์	208	137 (83.03)	1		
พึงประสงค์	165	163 (78.37)	1.35	0.80-2.28	

ตารางที่ 5 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) (n=373)

ปัจจัย	จำนวน	มีความพร้อมในการ เตรียมตัวก่อนเข้าสู่ วัยสูงอายุ n (%)	Crude OR	95%CI	p- value
13.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					0.023*
ไม่พึงประสงค์	54	37 (68.52)	1		
พึงประสงค์	319	263 (82.45)	2.15	1.13-4.10	
14 แรงสนับสนุนทางสังคม					
14.1 ด้านอารมณ์					<0.01*
ระดับน้อย-ปานกลาง	65	38 (58.46)	1		
ระดับมาก	308	262 (85.06)	4.04	2.26-7.26	
14.2 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร					<0.01*
ระดับน้อย-ปานกลาง	52	26 (50.00)	1		
ระดับมาก	321	274 (85.36)	5.83	3.12-10.90	
14.3 ด้านทรัพยากร					<0.01*
ระดับน้อย-ปานกลาง	48	22 (45.83)	1		
ระดับมาก	325	278 (85.54)	6.99	3.66-13.34	

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.25

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ การวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis)

การวิเคราะห์การวิเคราะห์หลายตัวแปร เป็นการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบพหุตัวแปร (Multiple logistic regression analysis) ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่าภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 ดังนี้

1. **อายุ** คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 85.00 มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 1.90 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 50-54 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($OR_{Adj}=1.90$, 95%CI: 1.07-3.35, p-value=0.026)

2. **ด้านความสามารถผู้สูงอายุ** กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติด้านความสามารถผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 2.39 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=2.39$, 95%CI: 1.17-4.88, p-value=0.016)

3. **ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร** กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 3.43 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj}=3.43$, 95%CI: 1.63-7.21, p-value=0.001)

4. **ด้านทรัพยากร** กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมาก มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 3.26 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=3.26$, 95%CI: 1.51-7.01, p-value=0.002)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ครวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n=373)

ปัจจัย	n	มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ n (%)	Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-value
อายุ						0.026*
50-54 ปี	173	130 (75.14)	1	1		
55-59 ปี	200	170 (85.00)	1.90	1.75	1.07-3.35	
ด้านความสามารถผู้สูงอายุ						0.016*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	52	33 (63.46)	1	1		
ระดับสูง	321	267 (83.18)	2.39	2.84	1.17-4.88	
ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร						0.001*
ระดับน้อย-ปานกลาง	52	26 (50.00)	1	1		
ระดับมาก	321	274 (85.36)	3.43	5.83	1.63-7.21	
ด้านทรัพยากร						0.002*
ระดับน้อย-ปานกลาง	48	22 (45.83)	1	1		
ระดับมาก	325	278 (85.54)	3.26	6.99	1.51-7.01	

* ที่นัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

การอภิปรายผล

การเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.43 และระดับปานกลาง ร้อยละ 19.57 จำแนกรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ทุกด้านอยู่ในระดับสูง มากที่สุดคือ ด้านสังคม ร้อยละ 85.79 รองลงมาคือ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ร้อยละ 84.18 ด้านสุขภาพ ร้อยละ 78.55 ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ร้อยละ 77.21 และด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 67.02 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของบุคลากรด้านสุขภาพในจังหวัดเลย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่จะมีการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุราชการและเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ⁽¹⁰⁾

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลคือ อายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 85.00 มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็น 1.90 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 50-54 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($OR_{Adj}=1.90$, 95%CI: 1.07-3.35, $p\text{-value}=0.026$) สอดคล้องกับผลการศึกษา การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ก่อนวัยสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยการที่บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น จะตระหนักถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมมากขึ้นตามอายุที่เพิ่ม⁽¹¹⁾

ปัจจัยด้านทัศนคติการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.44 ในรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับเห็นสูงมากที่สุด คือพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติ ด้านความสามารถผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 2.39 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=2.39$, 95%CI: 1.17-4.88, $p\text{-value}=0.016$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ ต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัย อย่างมีคุณภาพของประชาชน⁽⁵⁾

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.74 แยกเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มากที่สุดคือ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 3.43 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=3.43$, 95%CI: 1.63-7.21, $p\text{-value}=0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาสังคมสูงวัยต่อเทคโนโลยีกับผู้สูงอายุ พบว่า เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ ในการดำเนินชีวิต⁽¹²⁾ ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในเขตสุขภาพ ที่ 2 พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพ และพบว่าการได้รับข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ รวมถึงการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัวหรือชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รองลงมาคือ ด้านทรัพยากร กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมาก มีการเตรียม ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 3.26 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj}=3.26$, 95%CI: 1.51-7.01, $p\text{-value}=0.002$)⁽¹³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุต่อการสื่อสาร จังหวัดนครนายก พบว่าการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีความเข้าใจและยอมรับไม่ขัดถึงผลกระทบ เนื่องจากผู้สูงอายุ

อยู่ในสถานะที่ดูแลตัวเองได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสวัสดิการภาครัฐบาลช่วยเหลือ
ในการรักษาพยาบาลและเบี้ยยังชีพ⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่มีอายุ 50-59 ปี ยังมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุนทรัพยากรด้านต่าง ๆ และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อช่วยกระตุ้นให้การเตรียมตัวในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

2. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในด้าน พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการปรับตัวในสังคมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อนำไปสู่การวางแผนด้านพัฒนานโยบายและการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาถึงผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อเข้าใจลึกซึ้งถึงความหลากหลายในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาในหลากหลายช่วงวัยของกลุ่มอายุ เพื่อทราบถึงสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อช่วยให้มีการออกแบบและการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับกลุ่มวัยต่าง ๆ ได้มีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

3. ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1752>
3. HDC กระทรวงสาธารณสุข. การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/udn/public/standard-report-detail/7daf8ce3f6f55038689e8ecf62e70c8a4>
4. จิรวัดน์ เชี่ยวชาญ. การเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุของข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 4(2): 50-66.

5. วาชร นพนรินทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
6. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพวัยทำงาน [ออนไลน์]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/web>
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623-34. doi: 10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s.
8. ภักวรินทร์ ภักศิริสมบุรณ์, ทศพร บุญญานุสนธิ์, ณัฐรดา แสคำ, ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย. ระดับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2566;18(2):1-16.
9. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
10. เกรียงศักดิ์ ยศพิมพ์, อุทอง นามวงษ์. การเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของบุคลากรด้านสุขภาพในจังหวัดเลย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก. 2562;6(2);พิเศษ:20-32.
11. ดลนภา ไชยสมบัติ, บัวบาน ยะนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;29(3):131-43.
12. รุจา รอดเข็ม, สุดารัตน์ ไชยประสิทธิ์. สังคมสูงวัย: เทคโนโลยีกับผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2562;13(2):36-45.
13. ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):56-68.
14. ขนัญญา ชัยวงศ์โรจน์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: การสื่อสารสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม. 2564;9(1):80-7.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ

สุภาวดี ตั้งใจ*, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์^{***}, อ้อยใจ กุชัยภูมิ^{***}, ศิริพร มาสูงเนิน^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ จำนวน 48 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 3 คน เครื่องมือวิจัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่องการเจาะน้ำคร่ำ และแบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามความพึงพอใจ ส่วนเครื่องมือสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้รับการพัฒนาโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องในระยะก่อน ขณะ และหลังการเจาะน้ำคร่ำ และ 2) ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องการเจาะน้ำคร่ำเพิ่มขึ้น และมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ การพัฒนาสื่อการสอนที่ทันสมัย เช่น สื่อดิจิทัลหรือแอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและชัดเจน การเสริมสร้างระบบการสนับสนุนทางจิตใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจ และการจัดกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำและคำปรึกษาทางพันธุศาสตร์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ข้อมูลที่ทันสมัยและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล; หญิงตั้งครรภ์; การเจาะน้ำคร่ำ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ

^a Corresponding author: จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์ Email: jungera2520@gmail.com

รับบทความ: 21 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 17 พ.ค. 68; ตอปรับตีพิมพ์: 18 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 มิ.ย. 68

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Pregnant Women Undergone Amniocentesis

Supawadee Thangjai^{*}, Jiratchaya Laokhompruttajarn^{**a},
Ooijai Kuchaiyaphum^{***}, Siriporn Masoongnern^{***}

Abstract

This research and development study aimed to develop a nursing practice guideline for pregnant women undergoing amniocentesis and to examine the effects of developing such guidelines. Sample consisted of 2 groups: 1) 48 pregnant women who underwent amniocentesis, and 2) 3 registered nurses working in the antenatal and family planning unit at Chaiyaphum hospital. Tools used for pregnant women included a knowledge assessment on amniocentesis, an anxiety assessment, and a satisfaction survey. Tools for registered nurses were a post-intervention feedback questionnaire and a satisfaction survey. Data analysis was conducted using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired sample t-tests, and content analyses.

Results showed that: 1) the developed nursing practice guidelines emphasized multidisciplinary collaboration, including genetic counseling and continuous care both physically and psychologically before, during, and after amniocentesis and 2) the practice guidelines significantly improved the pregnant women's knowledge of amniocentesis and reduced their anxiety at 0.05 significant level. Mean satisfaction scores of both the pregnant women and the registered nurses were at a very high level.

It was suggested that the developing modern educational media such as digital media or applications to facilitate easy and clear access to information for service users, strengthening the psychological support system for pregnant women to reduce anxiety and increase confidence, and regularly organizing review sessions on amniocentesis and genetic counseling to provide updated information aligned with high-quality practice guidelines.

Keywords: Development of clinical practice guideline; Pregnant women; Amniocentesis

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level, Outpatient Nursing, Nursing Department, Chaiyaphum Hospital

^{**} Instructor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{***} Registered Nurse, Professional Level, Outpatient Nursing, Nursing Department, Chaiyaphum Hospital

^a Corresponding author: Jiratchaya Laokhompruttajarn Email: jungera2520@gmail.com

Received: Apr. 21, 25; Revised: May 17, 25; Accepted: May 18, 25; Published Online: Jun. 26, 25

บทนำ

การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) เป็นการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ โดยจะทำเมื่ออายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์⁽¹⁾ เพื่อค้นหาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโครโมโซม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ และความผิดปกติทางพันธุกรรมอื่น ๆ โดยเฉพาะในสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อความผิดปกติทางโครโมโซม ร้อยละ 0.3-1.0 การเจาะน้ำคร่ำจึงเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญในกลุ่มนี้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการทดสอบหรือการดูแลเพิ่มเติม แม้การเจาะน้ำคร่ำจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ แต่ก็อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย ความเจ็บปวดและความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงผลการตรวจที่อาจพบความผิดปกติทางพันธุกรรม นอกจากนี้ยังมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์และการดูแลจิตใจ จึงสำคัญในการช่วยลดความวิตกกังวลและให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อความมั่นใจในการตัดสินใจ⁽²⁾

ข้อมูลการเจาะน้ำคร่ำที่โรงพยาบาลชัยภูมิในปี 2564-2566 พบว่ามีผู้รับบริการจำนวน 354, 415 และ 443 คน ตามลำดับ และตรวจพบความผิดปกติของโครโมโซมจำนวน 14, 18 และ 21 คน ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการตรวจพบความผิดปกติที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการด้านการเจาะน้ำคร่ำและการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์เป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ลดความวิตกกังวล และลดภาวะแทรกซ้อน การปรับปรุงขั้นตอนการบริการเพื่อให้การรอคอยลดลง รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแล จะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิในการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์และการแจ้งผลการตรวจน้ำคร่ำ แม้ว่าจะมีการปรับปรุงขั้นตอนการบริการแล้ว แต่ยังพบปัญหาด้านการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพัฒนาแผนการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับหลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ พบว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญในการลดความวิตกกังวลและความกลัวของหญิงตั้งครรภ์⁽⁴⁾ การมีส่วนร่วมของสามีหรือบุคคลในครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างกระบวนการตรวจประเมินสุขภาพครรภ์^(5,6) ซึ่งช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจและได้รับการสนับสนุนทั้งจากบุคคลในครอบครัวและผู้ที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีความสำคัญในการวางแผนติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังการเจาะน้ำคร่ำ โดยคำนึงถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมและสภาพการดูแลของหญิงตั้งครรภ์เมื่อกลับบ้าน⁽⁷⁾ ซึ่งการดูแลที่มีการติดตามและประเมินผลเหล่านี้จะช่วยช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวลและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเจาะน้ำคร่ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โดยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำและการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลชัยภูมิ ในการพัฒนาเป็นทีมพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพของ เดมมิง⁽⁸⁾ มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จะช่วยให้สามารถพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โดยเน้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

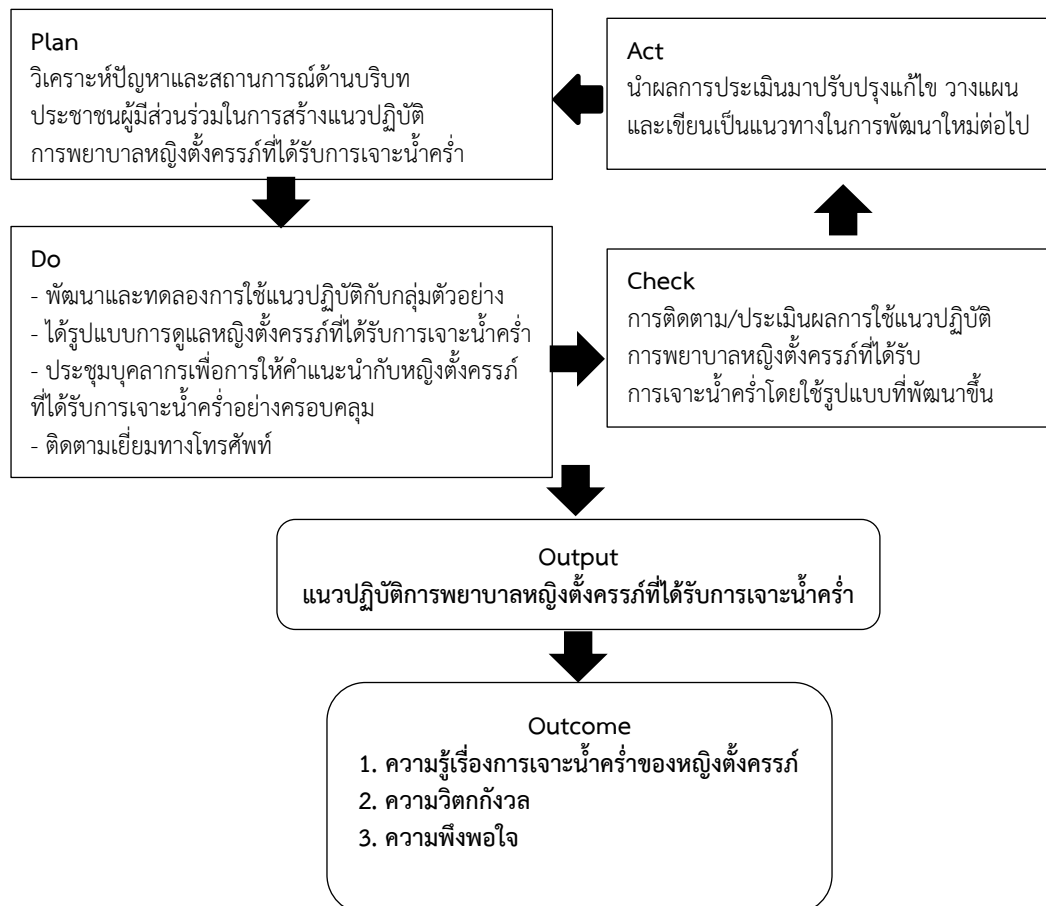
ต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ ซึ่งจะช่วยให้มีความรู้ ลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ให้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PDCA ของ เดมมิง (Deming Cycle)⁽⁸⁾ หรือการปรับปรุงคุณภาพของเดมมิง (Deming's Quality Improvement Cycle) ในการพัฒนาคุณภาพการทำงานและการบริการ โดยการนำ PDCA มาใช้ในงานพยาบาล เพื่อช่วยให้การดูแลผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ จากหน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ยินดีเข้าร่วมและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติของ Polit & Hungler⁽⁹⁾ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ 0.50 ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁰⁻¹³⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน และปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน
2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 3 คน ได้มาโดยสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนักส่วนสูง BMI โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การแท้ง การฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์คุณภาพและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด กลุ่มอาการดาวน์ ขั้นตอนเจาะน้ำคร่ำ ระยะเวลาในการตรวจและรอผล ผลข้างเคียงและคำแนะนำต่าง ๆ โดยใช้แบบตอบถูกผิด 15 ข้อ และแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom⁽¹⁴⁾ คือ ระดับสูง (12-15 คะแนน; $\geq 80\%$) ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน; 60-79%) และระดับน้อย (0-8 คะแนน; $< 60\%$) 3) แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ โดยใช้แบบสอบถาม STAI (State-Trait Anxiety Inventory) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger)⁽¹⁵⁾ ซึ่งประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) และความวิตกกังวลแฝง (STAI form Y-2) ด้านละ 20 ข้อ โดยใช้เฉพาะแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ 20 ข้อ แบ่งเป็นเชิงบวก 10 ข้อ และเชิงลบ 10 ข้อ โดยแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ: ต่ำ (20-39) ปานกลาง (40-59) และสูง (60-80) และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ (5 ถึง 1) รวม 10 ข้อ แปลคะแนนเป็นระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด⁽¹⁶⁾ คือ 4.51-5.00 (มากที่สุด) 3.51-4.50 (มาก) 2.51-3.50 (ปานกลาง) 1.51-2.50 (น้อย) และ 1.00-1.50 (น้อยที่สุด) และ 5) แบบสอบถามชนิดปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบเสนอแนะข้อคิดเห็น

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองภายใต้กรอบมาตรฐานในการปฏิบัติงานหน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) โดยการแปลคะแนนเป็น 5 ระดับ⁽¹⁶⁾

คือ 4.21-5.00 (มากที่สุด) 3.41-4.20 (มาก) 2.61-3.40 (ปานกลาง) 1.81-2.60 (น้อย) และ 1.00-1.80 (น้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ชุด ไปตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ว่ามีความสอดคล้องตรงตามประเด็นและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC: Item objective congruence index) จากการให้คะแนนรายข้อของผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น สำหรับผู้รับบริการ โดยแบบวัดความรู้ วิเคราะห์รายข้อ โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 แบบสอบถามความวิตกกังวล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82, 0.84 และ 0.79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 3 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย: ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทราบอย่างชัดเจน เพื่อให้เข้าใจถึงความสำคัญของการรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องและครบถ้วน 2) อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยสอนวิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง รวมถึงการทำแบบสอบถามและวิธีการให้คำแนะนำแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม 3) รับข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง: ผู้ช่วยเก็บข้อมูลรับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ เช่น ตรวจสอบว่าแบบสอบถามถูกตอบครบถ้วนหรือไม่ 4) ลงรหัสข้อมูล: เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ผู้ช่วยลงรหัสข้อมูลในรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ได้ และ 5) การวิเคราะห์และประมวลผล: ผู้วิจัยวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลที่เก็บมาเพื่อนำไปสู่การสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

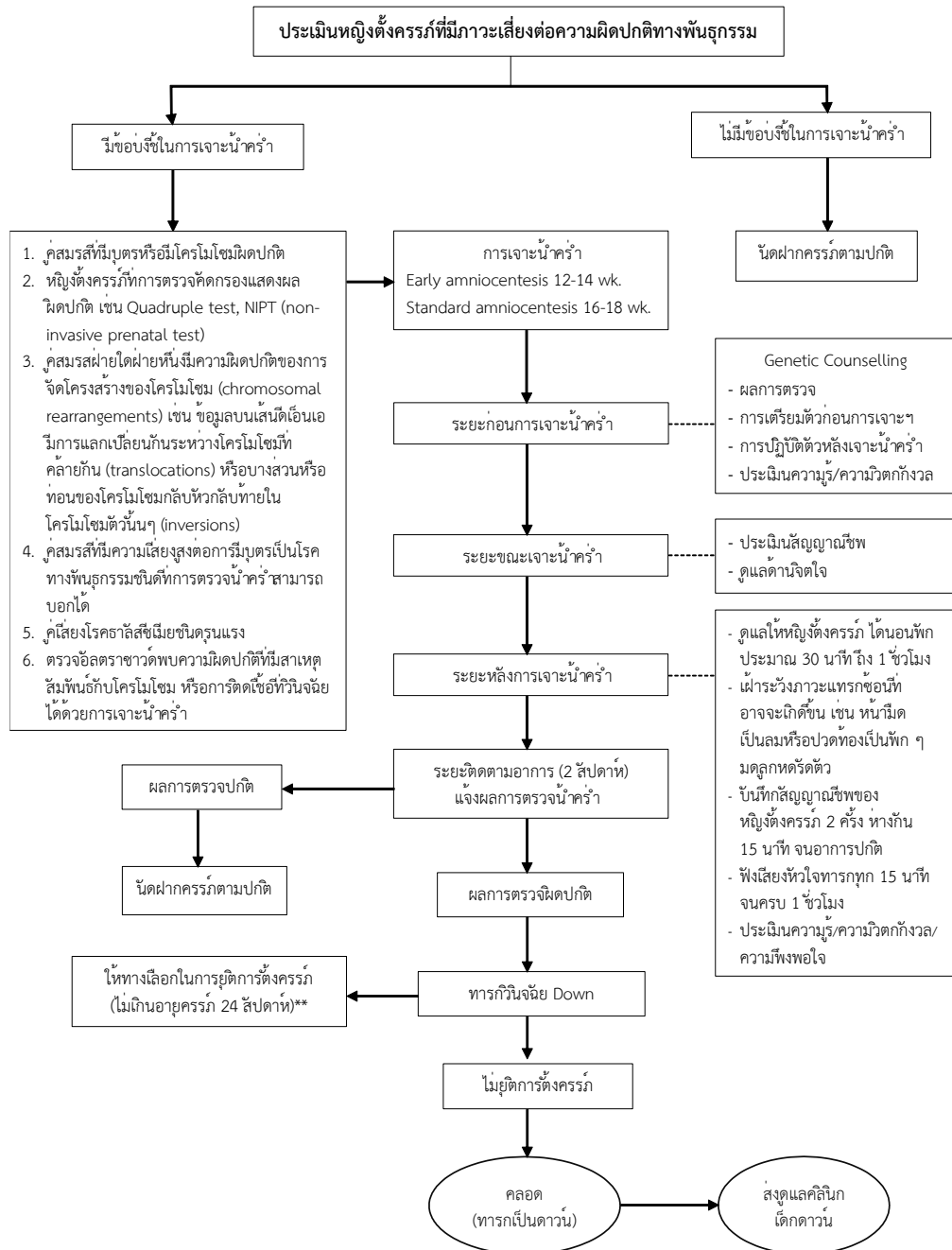
การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร ก่อนนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ ไปทดลองใช้ในหน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชัยภูมิ รหัสโครงการ 038/2567 ลงวันที่ 13 มกราคม 2568 และผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อปกป้องสิทธิของอาสาสมัครอย่างรอบด้าน โดยก่อนการวิจัยได้ยื่นขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม และขอความยินยอมโดยสมัครใจจากอาสาสมัครอย่างชัดเจน ระหว่างการวิจัยมีการรักษาความลับของข้อมูลและให้สิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลา พร้อมดูแลด้านจิตใจอย่างเหมาะสม หลังการวิจัย ผู้วิจัยรายงานผลโดยไม่เปิดเผยตัวตนและจัดการข้อมูลตามหลักจริยธรรม แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสิทธิและสวัสดิภาพของอาสาสมัครอย่างแท้จริง

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยใช้แนวคิด PDCA ของเดมมิง (Deming cycle) หรือการปรับปรุงคุณภาพของเดมมิง (Deming's quality

improvement cycle) โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำและพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งสามารถสรุปแนวทางได้ตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติทางพันธุกรรม หากพบข้อบ่งชี้ในการเจาะน้ำคร่ำ จะได้รับการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ก่อนการเจาะน้ำคร่ำ ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในขณะและหลังการเจาะน้ำคร่ำ

2. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ

2.1 ผลการศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี (ร้อยละ 63.33) โดยมีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 61.71 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.33 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 18.5-24.9 ร้อยละ 63.34 ในด้านสุขภาพส่วนตัว พบว่าร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 10 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (HT) เบาหวาน (DM) และเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรัง (DM with CKD) โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.33 และอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 43.33 เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าร้อยละ 86.6 ไม่มีประวัติการเสพยาเสพติด ส่วนร้อยละ 10 ดื่มสุรา และร้อยละ 3.33 ใช้น้ำยาเสพติด นอกจากนี้ร้อยละ 90 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยส่วนใหญ่ที่มีภาวะแทรกซ้อนจะพบภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 66.67 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.33 ประวัติการแท้ง ร้อยละ 16.66 และ ร้อยละ 73.33 เข้าฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

2.2.2 ความรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ: ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เรื่องการเจาะน้ำคร่ำ ที่หน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า หลังจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ย ก่อนการพัฒนาอยู่ที่ 10.50 (SD=2.64) และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 13.37 (SD=2.13) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความรู้หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในส่วนความวิตกกังวล พบว่าหลังจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ย ก่อนการพัฒนาอยู่ที่ 18.56 (SD=3.46) และหลังการพัฒนาดลดลงเป็น 12.56 (SD=4.67) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ (n=50)

ความรู้และความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้	10.50	2.64	13.37	2.13	- 5.364	<0.05*
ความวิตกกังวล	18.56	3.46	12.56	4.67	- 6.356	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, สถิติที่ใช้: Paired sample t-test

2.2.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ: ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ หลังการรับบริการเจาะน้ำคร่ำ พบว่าความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.55$, $SD=3.46$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (n=50)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านระบบบริการ			
1.1 ขั้นตอนการยื่นประวัติและส่งไปยังแผนกฝากครรภ์เหมาะสม	4.47	0.31	ดี
1.2 ระยะเวลาในขั้นตอนการบริการเหมาะสม	4.45	0.29	ดี
2. ด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่			
2.1 การอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ	4.65	0.35	ดีมาก
2.2 การให้บริการเสมอภาคเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ	4.64	0.39	ดีมาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.55	0.41	ดีมาก

2.2 ผลการศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

2.2.1 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ต่อการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ พบว่ามีความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.60$, $SD=0.41$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ต่อการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ (n=3)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ	4.57	0.31	ดีมาก
ด้านความสะดวกในการปฏิบัติงาน	4.55	0.29	ดีมาก
ด้านผลลัพธ์ที่ดีหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ	4.65	0.35	ดีมาก
ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงาน	4.64	0.39	ดีมาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.60	0.41	ดีมาก

2.2.1 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากข้อคำถามปลายเปิดของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่าการจัดกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์อย่างต่อเนื่องและการพัฒนาสื่อการสอนที่ทันสมัยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ ได้พัฒนาขึ้นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินและให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ก่อนการเจาะน้ำคร่ำ รวมถึงการดูแลด้านร่างกายและจิตใจในระหว่างและหลังการเจาะน้ำคร่ำอย่างต่อเนื่อง 2) ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ พบว่าข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 61.71 กก. ส่วนสูงเฉลี่ย 162.33 ซม. ร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัว แต่บางรายมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในด้านความรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่าความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำเพิ่มขึ้นและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.55$, $SD=3.46$) และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.60$, $SD=0.41$) สำหรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์และพัฒนาสื่อการสอนที่ทันสมัยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ ช่วยส่งผลดีทั้งในด้านการเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน

อภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ ได้ใช้การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ด้วยการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติทางพันธุกรรม หากพบข้อบ่งชี้ในการเจาะน้ำคร่ำ จะได้รับการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ก่อนการเจาะน้ำคร่ำ ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในขณะและหลังการเจาะน้ำคร่ำที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและความพยายามในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ดีที่สุด เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลในการเพิ่มความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในระบบการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน⁽¹⁷⁾ (Theory of Human Caring) ที่เน้นการดูแลด้วยความรักและความเมตตา ส่งเสริมการดูแลอย่างองค์รวมที่ไม่เพียงแต่เน้นการรักษาร่างกาย แต่ยังรวมถึงการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทฤษฎีนี้สอดคล้องกับการดูแลที่มีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถรับมือกับความเครียดและความวิตกกังวลจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ponglopisit S., et al.(11) โดยใช้แนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการให้คำปรึกษา การตรวจอัลตราซาวด์ และการเจาะน้ำคร่ำ พร้อมทั้งเก็บข้อมูลด้านข้อบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โดยสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือทรัพยากรจำกัด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kitamura et al.⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการเจาะน้ำคร่ำ โดยใช้เทคนิค G-banding ที่ดำเนินการเมื่ออายุครรภ์ 17 สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์อย่างละเอียด และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมอย่างรอบคอบเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของครอบครัว สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โดยเน้นการประเมินแบบองค์รวม การใช้เทคนิควินิจฉัยระดับโมเลกุล ควบคู่กับการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลมีความแม่นยำ ปลอดภัยและเคารพต่อสิทธิการตัดสินใจของผู้รับบริการ

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า 1) **ความรู้**ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุมเกี่ยวกับกระบวนการ วัตถุประสงค์ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจได้ง่ายขึ้น การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ช่วยเสริมความมั่นใจในการตัดสินใจ การสนับสนุนทางจิตใจในการจัดการกับความวิตกกังวลและลดความกลัว ช่วยเพิ่มความเข้าใจในการเจาะน้ำคร่ำ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เช่น โปสเตอร์และสื่อดิจิทัล ช่วยเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่ดีขึ้นของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ จึงทำให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย (18) (Roy Adaptation Theory) ที่เน้นการช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินและตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม ในกรณีของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนทางจิตใจ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวและตัดสินใจเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zemet, R., et al.⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาการเจาะน้ำคร่ำในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป โดยเฉพาะเมื่อพบความผิดปกติหลายระบบของทารก แสดงให้เห็นถึงการมีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยขั้นสูงและปลอดภัย ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติด้านการพยาบาลที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบและการวางแผนดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจและเสริมพลังในการตัดสินใจ ของหญิงตั้งครรภ์อย่างรอบด้าน ภายใต้บริบทการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยและเน้นสิทธิมนุษยชน 2) **ความวิตกกังวล**ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมการตัดสินใจและการจัดการกับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ ซึ่งช่วยให้ความมั่นใจในการตัดสินใจและลดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางจิตใจ โดยการพูดคุยและการให้คำแนะนำที่เหมาะสมก็มีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ การให้การช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดและความกลัว ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและมั่นใจมากขึ้น รวมถึงการใช้สื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ เช่น โปสเตอร์ คู่มือ หรือสื่อดิจิทัลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ ในรูปแบบ

ที่เข้าใจง่ายก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยลดความวิตกกังวล โดยการใช้สื่อเหล่านี้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจขั้นตอนและรู้สึกสบายใจมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของ Peplau⁽²⁰⁾ ที่กล่าวว่า การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การพยาบาลและผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen⁽⁵⁾ ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมในกรณีโมเสคิสมจากการสูญเสียบางส่วนของโครโมโซม (Partial monosomy) ร่วมกับเซลล์ปกติในน้ำคร่ำ ซึ่งมีความซับซ้อนทั้งด้านลักษณะทางพันธุกรรมและผลลัพธ์ที่หลากหลาย โดยวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ เช่น ความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการเพาะเลี้ยงเซลล์ ความแตกต่างทางไซโตเจเนติกในเนื้อเยื่อต่าง ๆ และแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดี ร่วมกับกระบวนการให้คำปรึกษาที่ครบถ้วนและแม่นยำ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเชิงวิชาการที่ชัดเจน ลดความวิตกกังวลและสนับสนุนการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) **ความพึงพอใจโดยรวมของหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระดับดีมาก** ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายประการที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจและได้รับการดูแลที่ดีอย่างครบถ้วน โดยปัจจัยสำคัญประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วนเกี่ยวกับกระบวนการเจาะน้ำคร่ำ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและมั่นใจในการตัดสินใจ การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ที่มีผลต่อจิตใจและการจัดการกับความวิตกกังวล ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจมากขึ้น รวมถึงการบริการที่ดีจากทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทุกขั้นตอน ขณะที่การมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดีและการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพช่วยอำนวยความสะดวกในการใช้บริการและทำให้ประสบการณ์โดยรวมดีขึ้น การใช้สื่อการสอนที่เหมาะสม เช่น แผ่นพับหรือสื่อดิจิทัลที่มีบทบาทในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความเข้าใจในกระบวนการเจาะน้ำคร่ำ ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมากต่อการบริการที่ได้รับและรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างดีและมีคุณภาพในทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Grgic et al.⁽²¹⁾ ได้ศึกษากระบวนการเจาะน้ำคร่ำ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการวินิจฉัยก่อนคลอดที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลทางพันธุศาสตร์อย่างถูกต้องและชัดเจน ผลตรวจที่รวดเร็วและเชื่อถือได้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วางแผนดูแลตนเองและทารกได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งการเตรียมรับมือกับภาวะผิดปกติหรือการตัดสินใจเรื่องการตั้งครรภ์ ช่วยเพิ่มความมั่นใจจากการให้คำปรึกษาที่ครบถ้วนช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจในกระบวนการดูแล นอกจากนี้ยังส่งเสริมความร่วมมือด้านการวางแผนดูแลก่อนและหลังคลอดอย่างเป็นระบบ ทำให้การดูแลครรภ์มีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น 4) **ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ** ต่อการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยหลายประการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการดูแลผู้รับบริการ โดยปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การออกแบบแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและมาตรฐานชัดเจน ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ ความสะดวกในการปฏิบัติงานที่มีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อนและเครื่องมือที่เหมาะสม ช่วยให้การดำเนินงานราบรื่นและลดภาระงานที่ไม่จำเป็น การได้รับผลลัพธ์ที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ เช่น การลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยให้เจ้าหน้าที่รู้สึกภาคภูมิใจ

ในผลงาน การที่แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงาน เช่น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพทำให้หน่วยงานสามารถให้บริการในระดับสูงได้โดยไม่ต้องใช้ทรัพยากรมากเกินไป และการได้รับการสนับสนุนและการฝึกอบรมที่ดีจากทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้เจ้าหน้าที่มั่นใจในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้มีความพึงพอใจในกระบวนการดูแลและการบริการที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Peterson et al.⁽²²⁾ ที่ศึกษาแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์แก่หญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยทางพันธุศาสตร์ในหญิงตั้งครรภ์ แม้จะมีแนวทางจาก ACOG ที่แนะนำให้เสนอการตรวจแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรชนกลุ่มน้อย ผู้ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ และผู้ที่มีประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่ามีแนวโน้มได้รับการตรวจวินิจฉัยน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นหากมีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติโดยเคร่งครัด จะสามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการ หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่น รวมถึงส่งเสริมความพึงพอใจให้แก่ผู้ให้บริการ และยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โรงพยาบาลชัยภูมิ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลด้านร่างกายและจิตใจในระหว่างและหลังการเจาะน้ำคร่ำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาสื่อการให้ความรู้ที่ทันสมัย เช่น สื่อดิจิทัล แผ่นพับหรือแอปพลิเคชันที่สามารถเข้าถึงข้อมูล การเจาะน้ำคร่ำและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองในระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจในกระบวนการเจาะน้ำคร่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในระดับที่ดีขึ้น ดังนั้นการจัดกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำและแนวทางการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้บุคลากรหน่วยงานห้องฝากครรภ์ มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยและสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ ให้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ในการเลือกทำการเจาะน้ำคร่ำ เช่น ความรู้ ความวิตกกังวล ความเชื่อทางศาสนาหรือประสบการณ์ส่วนตัว เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดของผู้รับบริการ

2. การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์เพื่อเสริมสร้างความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลครบถ้วนและเป็นระบบ

3. การศึกษาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ เช่น ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจาะน้ำคร่ำ และผลต่อการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ จะช่วยให้เข้าใจถึงความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐพงษ์ ก้านคุณ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์มารดาและทารก ในครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นอย่างสูง ที่ให้เกียรติเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำอันมีคุณค่ายิ่ง ในกระบวนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. พรณี ศิริวรรณภา, เพ็ญลดา ทองประเสริฐ. กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome): สิ่งที่เราควรรู้ สำหรับสูติแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Genetic testing and amniocentesis. ACOG committee; 2021.
3. หน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลชัยภูมิ. รายงานข้อมูลการเจาะน้ำคร่ำ หน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลชัยภูมิ; 2567.
4. ศิริกัญญา สมศรี. ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5):513-21.
5. Chen CP. Genetic counseling of mosaicism for a deletion due to partial monosomy in a cell line with 46 chromosomes associated with a normal cell line at amniocentesis. Taiwan J Obstet Gynecol. 2024 Sep;63(5):628-632. doi: 10.1016/j.tjog.2024.07.003.
6. Tang W, Yuan Y, Liu X, Liang X, Jiang X. Prenatal diagnosis and genetic counseling of mosaicism for trisomy 7 in a single colony at amniocentesis with a favorable outcome. Taiwan J Obstet Gynecol. 2021 Mar;60(2):390-391. doi: 10.1016/j.tjog.2021.01.029.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาทาง พันธุศาสตร์กลุ่มอาการดาวน์. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกใน พระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
8. Deming WE. Out of the Crisis. Reprint edition. Cambridge, MA: The MIT Press; 2000.
9. Polit DF, Hungler PB. Nursing Research Principles and Methods. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
10. Chakswat P, Wanapirak C, Piyamongkol W, Sirichotiyakul S, Tongprasert F, Srisupundit K, Luewan S, Traisrisilp K, Jatavan P, Tongsong T. A comparison of pregnancy outcomes after second-trimester amniocentesis between cases with penetration of the placenta and nonpenetration. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021 Dec;34(23):3883-3888. doi: 10.1080/14767058.2019.1702017.

11. Ponglopisi S, Wisuthimateenorn J, Pheungsonsirimas K, Inta M. Assessment of second trimester genetic amniocentesis: a review of 6 years of experience at Sanpatong Hospital, a mid-level secondary hospital setting. *Biomedical Sciences and Clinical Medicine*. 2024; 63(2):49-54.
12. Kitamura N, Ito Y, Kawai T, Kamura H, Yamamura M, Okubo H, Hasegawa A, Inoue M, Takahashi K, Miya M, Kawame H, Samura O, Okamoto A. Clinical course and genetic analysis of a case of the amniocentesis showing chromosome 6 trisomy mosaicism. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2024 May;63(3):418-421. doi: 10.1016/j.tjog.2024.03.009.
13. Li Y, Yan H, Chen J, Chen F, Jian W, Wang J, Ye X, Li Y, Li N, Chiu PCN, Chen M. The application of late amniocentesis: a retrospective study in a tertiary fetal medicine center in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Mar 30;21(1):266. doi: 10.1186/s12884-021-03723-7.
14. Bloom BS. editor. *Taxonomy of Educational Objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. London, UK: Longmans, Green and Co. Ltd; 1956.
15. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้นทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
17. Watson, J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised edition. University of Colorado Press, 2008.
18. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. London, UK: Pearson Education; 2009.
19. Zemet R, Maktabi MA, Tinfow A, Giordano JL, Heisler TM, Yan Q, et al. Amniocentesis in pregnancies at or beyond 24 weeks: an international multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2025 Apr;232(4):402.e1-402.e16. doi: 10.1016/j.ajog.2024.06.025.
20. Peplau HE. *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Reprinted edition. New York, NY: Springer; 1991.
21. Grgić G, Cerovac A, Hadžimehmedović A, Bogdanović G, Latifagić A. Genetic amniocentesis: indications, outcome and complications retrospective cohort study during 13 years. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2021;48(6):1318-23.
22. Peterson JA, Szeto L, Wodoslawsky S, Futterman ID, Silverstein JS, Fiorentino DG, et al. Genetic counseling practices among outpatient obstetric providers in the Northeast. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023 Nov;5(11):101150. doi: 10.1016/j.ajogmf.2023.101150.

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

สิริสุดา วงษ์ใหญ่^{*a}, แก้วใจ มาลีลัย^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และ 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.60) อายุเฉลี่ย 56.51 ปี รายได้เฉลี่ย 5,676.19 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.42 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.10) อาชีพหลักคือเกษตรกร (ร้อยละ 71.40) เข้ามาเป็น อสม. โดยการคัดเลือก (ร้อยละ 67.90) ไม่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 88.10) แต่มีประวัติการบริโภคอาหารดิบ (ร้อยละ 59.50) และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 59.50) อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.30) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการบริโภคอาหารดิบ ($p < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรค ($p < 0.001$) ควรส่งเสริมพฤติกรรมและความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ อสม. เป็นต้นแบบในการลดความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ; พฤติกรรม; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน

^{*} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: สิริสุดา วงษ์ใหญ่ Email: sirisuda@scphub.ac.th

รับบทความ: 30 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 18 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 22 มิ.ย. 68

The Relationship between Health Belief Model and Preventive Behavior against Liver Fluke Infection among Village Health Volunteers in a District of Ubon Ratchathani Province

Sirisuda Wongyai^{*a}, Kaewjai Maleelai^{*}

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the relationships between 1) personal factors and 2) health belief model components and the liver fluke prevention behaviors among village health volunteers (VHVs) in That subdistrict, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Samples were 84 VHVs. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics (including frequencies, percentages, means, and standard deviations) and inferential statistics (Chi-square test).

Findings revealed that the majority of VHVs were females (78.60%), with a mean age of 56.51 years and an average monthly income of 5,676.19 Baht. Their average length of service as VHVs was 13.42 years. Most had completed primary education (38.10%), worked mainly in agriculture (71.40%), and were selected by the community (67.90%). The majority had never been infected with liver fluke (88.10%), but had a history of consuming raw fish (59.50%) and had never received training on liver fluke prevention (59.50%). Most VHVs had moderate levels of prevention behaviors (58.30%). Two factors were significantly associated with prevention behavior including history of raw fish consumption ($p < 0.001$) and perceived barriers to prevention ($p < 0.001$). The study suggests that promoting appropriate health beliefs and preventive behaviors among VHVs can enhance their role as health role models in reducing the risk of liver fluke infection in the community.

Keywords: Liver fluke disease; Behavior; Health Belief Model; Village health volunteers

^{*} Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Sirisuda Wongyai Email:

Received: Apr. 30, 25; Revised: May 18, 25; Accepted: May 19, 25; Published Online: Jun. 22, 25

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย คือสายพันธุ์โอปิสทอร์คิสวิเวอร์รีนิ (*Opisthorchis viverrini* หรือ *O.viverrini*) ซึ่งสามารถอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับคนได้นานถึง 26 ปี สาเหตุมาจากการรับประทานปลาหรือสัตว์น้ำที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อเข้าไป โดยไม่ผ่านการปรุงให้สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น ปลาดุก ปลาช่อน ปลาหมอสี ปลาสร้อย ปลาแก้มช้ำ ปลาขาวนา และปลาทูนา หรือปลาจากการแปรรูปหมักดอง เช่น ก้อยปลา ปลาดิบ ปลาร้าที่ไม่สุก หรือมีสาเหตุมาจากการภาวะที่มีความผิดปกติของท่อน้ำดีแต่กำเนิด เช่น โรคซิสต์ของท่อน้ำดี ภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี ภาวะตับแข็ง นอกจากนี้ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ หรือประวัติมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ โดยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี แบ่งชนิดตามตำแหน่งของรอยโรค ได้แก่ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma) มักพบเป็นก้อนภายในตับ และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Cholangiocarcinoma) โดยอาจเป็นบริเวณขั้วตับหรือส่วนปลายของท่อน้ำดี มะเร็งชนิดนี้พบมากที่สุดที่ประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽²⁾ พื้นที่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคลุ่มน้ำโขง รวมถึงประเทศไทยพบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับ *O.viverrini* มีการระบาดมาก จากข้อมูลการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 4.98⁽³⁾ โดยเกิดจากวิถีชีวิตของประชาชนที่นิยมบริโภคจากแหล่งน้ำจืดในพื้นที่ และการจัดการระบบสุขภาพเพื่อการจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกทำให้ผู้ติดพยาธิใบไม้ตับพัฒนาไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีใน 20-30 ปีต่อมา⁽⁴⁾

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย ลาว เวียดนาม และกัมพูชา⁽⁵⁾ ซึ่งมีประชาชนมากกว่า 10 ล้านคนติดเชื้อ *O.viverrini*⁽⁶⁾ โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดเชื้อพยาธิที่ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อ *O.viverrini* ติดต่อทางการกิน⁽⁷⁾ ประชาชนป่วยติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับจากการกินอาหารประเภทปลา ปู หรือกุ้งที่ดิบ หรือกินแบบสุก ๆ ดิบ ๆ⁽⁸⁾ โดยข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2555-2564 โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอันดับหนึ่งของอัตราการตายจากโรคมะเร็งทั้งหมด ในปี 2561-2565 อัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งประเทศ คิดเป็น 24.3, 24.8, 24.7, 24.0 และ 23.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเกือบ 3 เท่า โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการตายด้วยโรคนี้มากที่สุดในประเทศ และจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังดังกล่าว จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการบริโภคปลาเพิ่มขึ้นแทบทุกปี คิดเป็นอัตรา 24.96, 25.42, 25.79, 24.83 และ 27.05 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽⁹⁾

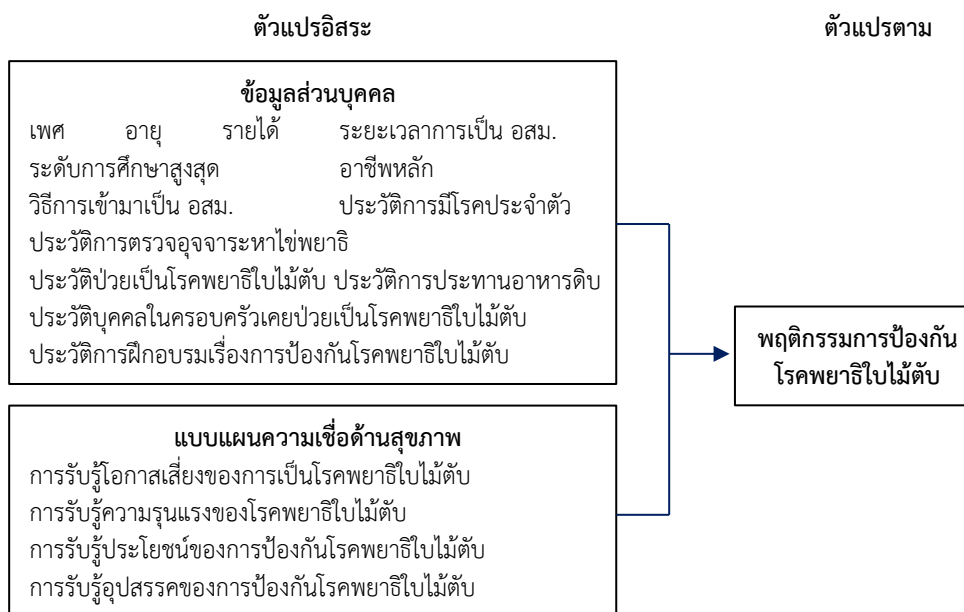
หน่วยงานภาครัฐนำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานนำมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน โดยการเน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของ ประชาชน มุ่งให้ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยชุมชนเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืน กำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญซึ่งความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดก็คืออาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. นั้นส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน โดย อสม. จะได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย มีหน้าที่แนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ วางแผนการประสานกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งการบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ซึ่งมีเป้าหมายด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมอยู่ดีมีสุข⁽¹⁰⁾

การเป็นผู้นำด้านสุขภาพของ อสม. นั้นจะส่งเสริมและชักนำให้ประชาชนในหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วยเช่นกัน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดิบหรืออาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชน ซึ่งเหนียวแน่นให้เกิดโรคมะเร็งในปอดอย่างต่อเนืองในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในปอดของ อสม. ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งในปอดของ อสม. ให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้ประชาชนในตำบลปฏิบัติตาม อีกทั้งเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพื้นที่อื่นในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาประชาชนให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการออกแบบกรอบแนวคิดการวิจัยโดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁽¹¹⁾ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งในปอด (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งในปอด (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของการป้องกันโรคมะเร็งในปอด (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งในปอด (Perceived barriers) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2566-15 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2566 จำนวน 136 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อสม. ในพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อสม. ที่ไม่มาในระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 3 ครั้ง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan⁽¹²⁾ ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

$$\text{โดยใช้สูตร } n = \frac{x^2 NP (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p=0.5)

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 75 คน ซึ่งการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหาย (Drop out) ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม จึงมีการปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการโดยไม่ตัดผู้ที่สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ตามสูตรที่คำนวณของออร์น จีร์วิธน์กุล⁽¹³⁾

$$\text{โดยใช้สูตร } n_{\text{adj}} = \frac{n}{1-R}$$

เมื่อ n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม (ร้อยละ 10 คือ 0.1)

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนเพื่อให้ครอบคลุมทั้ง 11 หมู่บ้านในตำบลธาตุ จากจำนวน อสม. ทั้งหมด 136 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ [คำนวณ: $(84/136) \times 100$] ของจำนวน อสม. ทั้งหมด โดยจำนวน อสม. ในแต่ละหมู่บ้านมีตั้งแต่ 5 ถึง 19 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จากแต่ละหมู่บ้านมีตั้งแต่ 3 ถึง 12 คน

โดยผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากจากรายชื่อ อสม. โดยไม่ใส่คืน จนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก วิธีการเข้ามาเป็น อสม. ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพหาพยาธิ ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการประทานอาหารดิบ ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนทั้งหมด 49 ข้อ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ

โดยผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

โดยงานวิจัยนี้นำข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาจากการวิจัยของ แก้วใจ มาลีสัย และสิริสุตา วงษ์ใหญ่⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับระดับดี

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับระดับควรปรับปรุง

การตรวจสอบเครื่องมือ

วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิด โดยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) พบว่า IOC ในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยทำหนังสือขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้เชิญอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแจ้งเรื่องการรักษาสิทธิของอาสาสมัครอย่างชัดเจน พร้อมทั้งขอความร่วมมือและเปิดโอกาสให้อาสาสมัครพิจารณาและตัดสินใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square และ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และจะประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (SCPHUB I004/2566) โดยผู้วิจัยการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครตลอดกระบวนการวิจัย มีการชี้แจงข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างการเก็บข้อมูล และการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มอาสาสมัครหลังสิ้นสุดการวิจัย ทั้งนี้ อาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม. ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.60 มีอายุสูงสุด 74 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี อายุเฉลี่ย 56.51 ปี มีรายได้ต่อเดือนสูงสุด 50,000 บาท ต่ำสุด 600 บาท รายได้เฉลี่ย 5,676.19 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. สูงสุด 40 ปี ต่ำสุด 1 ปี โดยเฉลี่ย 13.42 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.10 ประกอบอาชีพหลักคือเกษตร ร้อยละ 71.40 เข้ามาเป็น อสม. โดยได้รับการคัดเลือก ร้อยละ 67.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพไข้พยาธิิตรจทุกปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.10 มีประวัติการประทานอาหารดิบ ร้อยละ 59.50 ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 96.40 และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (n=84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	21.40
หญิง	66	78.60
อายุ (ปี) (Mean=56.51 ปี, Min=38 ปี, Max=74 ปี)		
≤ 20	0	0.00
21-30	0	0.00
31-40	1	1.20
41-50	19	22.60
51-60	40	47.60
≥ 61	24	28.60
รายได้ (บาท/เดือน) (Mean=5,676.19 บาท, Min=600 บาท, Max=50,000 บาท)		
≤ 5,000	54	64.30
5,001-10,000	28	33.30
10,001-15,000	0	0.00
15,001-20,000	0	0.00
≥ 20,001	2	2.40

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (n=84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี) (Mean=13.42 ปี, Min=1 ปี, Max=40 ปี)		
1-5	15	17.90
6-10	22	26.20
11-15	17	20.20
16-20	20	23.80
≥ 21	10	11.90
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	32	38.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	26.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25	29.80
ปวช./ปวส. หรือเทียบเท่า	4	4.80
ปริญญาตรี	1	1.20
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	60	71.40
ค้าขาย	1	1.20
รับจ้างทั่วไป	14	16.70
อื่น ๆ	9	10.70
วิธีการเข้ามาเป็น อสม.		
ได้รับการคัดเลือก	57	67.90
สมัครเข้ามาเอง	25	29.80
อื่น ๆ	2	2.40
ประวัติการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	63	75.00
มี	21	25.00
ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจทุกปี	56	66.70
ไม่เคยตรวจ	8	9.50
นาน ๆ จึงจะตรวจ	20	23.80
ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่		
ไม่เคย	74	88.10
เคย	10	11.90
ประวัติการประทานอาหารดิบ		
ไม่รับประทาน	34	40.50
รับประทาน	50	59.50

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (n=84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	81	96.40
เคย	3	3.60
ท่านเคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่		
ไม่เคย	34	40.50
เคย	50	59.50

ส่วนที่ 2 ภาพรวมระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง ร้อยละ 56.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง ร้อยละ 81.00 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ ร้อยละ 47.60 และในส่วนของพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่ อสม. มีพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.30 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 47.60 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 13.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพรวมระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=84)

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	8	9.50	76	90.50	0	0.00
Mean=2.10, SD=0.295						
- การรับรู้ความรุนแรง	47	56.00	37	44.00	0	0.00
Mean=2.56, SD=0.499						
- การรับรู้ประโยชน์	68	81.00	15	17.90	1	1.20
Mean=2.80, SD=0.433						
- การรับรู้อุปสรรค	40	47.60	33	39.30	11	13.10
Mean=1.65, SD=0.703						
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	24	47.60	49	58.30	11	13.10
Mean=2.15, SD=0.630						

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ประวัติการประทานอาหารดิบ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ n (%)			Chi square	df	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง			
เพศ						
ชาย	3 (3.60)	13 (15.50)	2 (2.40)	1.963	2	0.375
หญิง	21 (25.00)	36 (42.90)	9 (10.70)			
อายุ (ปี)						
≤ 20	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.106	6	0.795
21-30	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
31-40	1 (1.20)	0 (0.00)	0 (0.00)			
41-50	5 (6.00)	12 (14.30)	2 (2.40)			
51-60	12 (14.30)	22 (26.20)	6 (7.10)			
≥ 61	6 (7.10)	15 (17.90)	3 (3.60)			
รายได้ (บาท/เดือน)						
≤ 5,000	17 (20.20)	30 (35.70)	7 (8.30)	2.469	6	0.872
5,001-10,000	6 (7.10)	15 (17.90)	4 (4.80)			
10,001-15,000	1 (1.20)	2 (2.40)	0 (0.00)			
15,001-20,000	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
≥ 20,001	0 (0.00)	2 (2.40)	0 (0.00)			
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	8 (9.50)	21 (25.00)	3 (3.60)	7.801	8	0.453
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (7.10)	11 (13.10)	5 (6.00)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (11.90)	12 (14.30)	3 (3.60)			
ปวช./ปวส./เทียบเท่า	0 (0.00)	4 (4.80)	0 (0.00)			
ปริญญาตรี	0 (0.00)	1 (1.20)	0 (0.00)			
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	16 (19.00)	36 (42.90)	8 (9.50)	1.364	6	0.968
ค้าขาย	0 (0.00)	1 (1.20)	0 (0.00)			
รับจ้างทั่วไป	5 (6.00)	7 (8.30)	2 (2.40)			
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3 (3.60)	5 (6.00)	1 (1.20)			

ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ n (%)			Chi square	df	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง			
วิธีการเข้ามาเป็น อสม.						
ได้รับการคัดเลือก	17 (20.20)	34 (40.50)	6 (7.10)	6.900	4	0.141
สมัครเข้ามาเอง	5 (6.00)	15 (17.90)	5 (6.00)			
เป็นแทนภรรยา/สามีที่เสียชีวิต	2 (2.40)	0 (0.00)	0 (0.00)			
ประวัติการมีโรคประจำตัว						
ไม่มี	17 (20.20)	36 (42.90)	10 (11.90)	1.768	2	0.413
มี	7 (8.30)	13 (15.50)	1 (1.20)			
ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ						
ตรวจทุกปี	13 (15.50)	35 (41.70)	8 (9.50)	3.147	4	0.534
ไม่เคยตรวจ	4 (4.80)	3 (3.60)	1 (1.20)			
นาน ๆ ถึงจะตรวจ	7 (8.30)	11 (13.10)	2 (2.40)			
ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ไม่เคย	21 (25.00)	42 (50.00)	11 (13.10)	1.759	2	0.415
เคย	3 (3.60)	7 (8.30)	0 (0.00)			
ประวัติการประทานอาหารดิบ						
ไม่รับประทาน	5 (6.00)	36 (42.90)	2 (2.40)	21.136	2	0.000*
รับประทาน	19 (22.60)	13 (15.50)	2 (2.40)			
ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ไม่เคย	24 (28.60)	47 (56.00)	10 (11.90)	1.899	2	0.387
เคย	0 (0.00)	2 (2.40)	1 (1.20)			
ท่านเคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่						
ไม่เคย	5 (6.00)	24 (28.60)	5 (6.00)	5.427	2	0.066
เคย	19 (22.60)	25 (29.80)	6 (7.10)			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมການป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ n (%)			Chi square	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	4 (4.80)	4 (4.80)	0 (0.00)	6.684	0.261
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	20 (23.80)	45 (53.60)	11 (13.10)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	9 (10.70)	30 (35.70)	8 (9.50)	5.124	0.077
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	15 (17.90)	19 (22.60)	3 (3.60)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	20 (23.80)	38 (45.20)	10 (11.90)	1.607	0.808
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	4 (4.80)	10 (11.90)	1 (1.20)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0 (0.00)	1 (1.20)	0 (0.00)		
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	10 (11.90)	1 (1.20)	0 (0.00)	28.660	0.000*
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	10 (11.90)	20 (23.80)	3 (3.60)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	4 (4.80)	28 (33.30)	8 (9.50)		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลธาตุ จังหวัดอุบลราชธานี มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ประวัติการรับประทานอาหารดิบ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถอภิปรายได้ว่า

อสม. ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 59.50 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีการบริโภคปลาดิบร้อยละ 69.40 การศึกษาของ วาสนา ผิวเหลือง⁽¹⁶⁾ พบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ร้อยละ 87.50 และการศึกษาของ Songserm et al.⁽¹⁷⁾ พบการบริโภคปลาดิบของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 84.76 และ 68.25 ตามลำดับ ประกอบกับ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.40 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภค

อาหารปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ และพบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ทำจากอาหารปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ อธิบายได้ว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดี

ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ตำบลธาตุ จังหวัดอุบลราชธานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวัฒน์ รัศมี⁽¹⁸⁾ พบว่าเมื่อบุคคลพยายามหาวิธีการเพื่อป้องกันหรือรักษาโรค พวกเขามักจะมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะจะทำให้หายหรือป้องกันโรคได้ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมักจะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอยุซัน จังหวัดศรีสะเกษ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชยพล เสนาภักดิ์⁽¹⁹⁾ พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุน อำเภอยุซัน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อการตัดสินใจและการกระทำในการป้องกันโรคของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้ อสม. มีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทปลา ควรรับประทานปลาที่ปรุงสุก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ
2. ควรส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งลดปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ควรสนับสนุนให้ อสม. มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนในชุมชน เนื่องจากจากผลการวิจัยพบว่า อสม. เป็นกลุ่มที่มีความรู้และทัศนคติในระดับดี ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการสื่อสารและกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการแทรกแซงที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม อสม. โดยเน้นประเด็นด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบและการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นประเด็นที่การวิจัยเชิงปริมาณในครั้งนี้อาจไม่สามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุม

3. ควรศึกษาพฤติกรรมและแบบแผนความเชื่อของประชาชนในชุมชนที่ได้รับข้อมูลจาก อสม. เพื่อประเมินบทบาทของ อสม. ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ตลอดจนสะท้อนถึงศักยภาพและข้อจำกัดในการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสุขภาพของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. มะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มิถุนายน 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/CTf6V>
2. ธนิตา สุทธิชัยมงคล. พยาธิใบไม้ในตับกับมะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤษภาคม 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/9rHnL>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ 2564 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เมษายน 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/dsp/news.php?news=15030&deptcode=>
4. ธิติรัตน์ บุญมาศ. วิทยาการของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
5. Ogorodova LM, Fedorova OS, Sripa B, Mordvinov VA, Katokhin AV, et al. Opisthorchiasis: an overlooked danger. PLoS Negl Trop Dis. 2015 Apr 2;9(4):e0003563. doi: 10.1371/journal.pntd.0003563.
6. Sithithaworn P, Andrews RH, Nguyen VD, Wongsaroj T, Sinuon M, Odermatt P, Nawa Y, Liang S, Brindley PJ, Sripa B. The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong Basin. Parasitol Int. 2012 Mar;61(1):10-6. doi: 10.1016/j.parint.2011.08.014.
7. Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P, Kaewkes S, Mairiang E, Loukas A, et al. Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. Acta Trop. 2011 Sep;120 Suppl 1(Suppl 1):S158-68. doi: 10.1016/j.actatropica.2010.07.006
8. Centers for Disease Control and Prevention. About Liver flukes [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/liver-flukes/about/index.html>
9. Health Information System Development Office (HISO). สถิติสุขภาพประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2567 สิงหาคม 13]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/topic/index.php?t=02&m=01>

10. Raksanam B, Songthap A. "Pesticide Safety e-book development for children living in rubber farming areas, southern of Thailand," 2015 Third International Conference on Digital Information, Networking, and Wireless Communications (DINWC), Moscow, Russia, 2015, pp. 10-15, doi: 10.1109/DINWC.2015.7054209.
11. Becker MH. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. In: Becker MH, editor. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1974. p. 82-92.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
13. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
14. แก้วใจ มาลีลัย, สิริสุตา วงษ์ใหญ่. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(3):29-42.
15. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, ศศิธร เจริญประเสริฐ, กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล, ศักรินทร์ บุญประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(6):974-85.
16. วาสนา ผิวเหลือง. พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของประชาชนตำบลจอมศรี อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2556
17. Songserm N, Promthet S, Sithithaworn P, Pientong C, Ekalaksananan T, Chopjitt P, Parkin DM. Risk factors for cholangiocarcinoma in high-risk area of Thailand: role of lifestyle, diet and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms. Cancer Epidemiol. 2012 Apr;36(2):e89-94. doi: 10.1016/j.canep.2011.11.007.
18. วีรวัฒน์ รัตมี. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอยะผิง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(3):498-506.
19. ชยพล เสนาภักดิ์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขุนน อำเภอยะผิง จังหวัดศรีสะเกษ [สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ศรีสะเกษ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา; 2556.

ผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี โดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

ชัชชญา ปุณณภักดิ์, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบเรดส์ (BIRADS) 1-5 ความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5

วิธีการศึกษา: ศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนของสตรีกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม สัดส่วนของ BIRADS 1-5 และความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม แสดงผลเป็นร้อยละ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ BIRADS 4-5 วิเคราะห์โดยใช้ Multivariable log-binomial regression แสดงขนาดความสัมพันธ์โดย Adjusted prevalence ratio (aPR) และ 95% Confidence interval (CI)

ผลการศึกษา: อาสาสมัคร 2,501 คน มีค่าเฉลี่ยอายุ 53.5 ± 9.8 ปี สัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตาม BIRADS 1, 2, 3, 4 และ 5 คือ ร้อยละ 72.0, 22.0, 4.4, 1.3 และ 0.3 ตามลำดับ ความชุกของ BIRADS 4-5 ร้อยละ 1.6 (95% CI: 1.2-2.2) ความชุกของมะเร็งเต้านม ร้อยละ 0.8 (95% CI: 0.5-1.2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ BIRADS 4-5 ได้แก่ มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ aPR 5.73 (95% CI: 3.12-10.54) และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี aPR 2.60 (95% CI: 1.21-5.57)

สรุป: การศึกษานี้ได้แสดงสัดส่วนของผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตาม BIRADS ความชุกของมะเร็งเต้านม รวมถึงแสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (BIRADS 4-5) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์นี้จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการที่เป็นมาตรฐานสากล และช่วยค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม; ไบเรดส์ (BIRADS); แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์; อำเภอพนมสารคาม

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

^a Corresponding author: ชัชชญา ปุณณภักดิ์ Email: chat.cco.195@gmail.com

รับบทความ: 13 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 9 มิ.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 10 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 มิ.ย. 68

The Outcomes of Proactive Breast Cancer Screening for Women at Risk Aged 30-70 Years Old, Using Mammograms and Breast Ultrasounds in Phanom Sarakham District, Chachoengsao Province

Chatchaya Punyaphat, M.D.^{*a}

Abstract

Objectives: to evaluate the outcomes of breast cancer screening classified according to the BIRADS (category 1–5) among at-risk women and to estimate the prevalence of breast cancer. Factors associated with BIRADS 4-5 among this group was also determined.

Methods: a cross-sectional study using secondary data of women at risk who participated in proactive breast cancer screening was conducted. The proportion of BIRADS 1-5 and the prevalence of breast cancer were presented as percentages. Multivariable log-binomial regression analysis was performed to determine factors associated with BIRAD4-5 and presented as an adjusted prevalence ratio (APR) with a 95% confidence interval (CI).

Results: A total of 2,501 participants, with a mean age of 54.5 ($\pm$ 9.8) years, were included in the analyses. The proportion of BIRADS 1, 2, 3, 4, and 5 was 72.0, 22.0, 4.4, 1.3, and 0.3 percents, respectively. The prevalence of BIRADS 4-5 and breast cancer was 1.6% (95% CI: 1.2-2.2) and 0.8% (95% CI: 0.5-1.2), respectively. Factors associated with BIRADS 4-5 included women presenting with a palpable mass in the breast or axilla (aPR 5.73; 95% CI: 3.12-10.54), and those whose first childbirth occurred after the age of 35 (aPR 2.60; 95% CI: 1.21-5.57).

Conclusion: We highlighted the benefits of proactive breast cancer screening using BIRADS, analyzing the prevalence of breast cancer and factors associated with high-risk groups (BIRADS 4-5). This evidence aims to guide policymakers in developing a proactive screening system for at-risk women, ensuring access to standardized services, and promoting early detection of breast cancer.

Keywords: Breast cancer; BIRADS; Mammogram and ultrasound; Phanom Sarakham district

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level and Provincial Public Health Deputy Doctor, Chachoengsao Provincial Public Health Office

^a Corresponding author: Chatchaya Punyaphat Email: chat.cco.195@gmail.com

Received: May 13, 25; Revised: Jun. 9, 25; Accepted: Jun. 10, 25; Published Online: Jun. 26, 25

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก การตรวจพบโรคให้เร็วที่สุดในตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ดีที่สุด จากข้อมูลขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ ปี 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมประมาณ 2.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในผู้หญิง และมีจำนวนผู้เสียชีวิตราว 684,996 ราย⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี จึงถือว่า มะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศไทยพบว่า มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปีขึ้นไป โดยอัตราการเกิดมะเร็งจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปี ช่วงอายุที่พบสูงสุดจะอยู่ที่ 50-55 ปี และพบว่าช่วงอายุ 30-35 ปี มีแนวโน้มเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้นเรื่อย ๆ แสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีมีอายุน้อยลง ความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูงอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 13.31, 13.91, 14.34 และ 14.56 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽³⁾

จังหวัดฉะเชิงเทรา พบสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2562 ถึง 2564 มีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (ASR) ของโรคมะเร็งเต้านมในเท่ากับ 27.5 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ และมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 17.71, 15.40, 16.98 และ 15.28 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งสูงกว่าอัตราการตายของประเทศในทุกปี

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่แฝงมาอย่างเงียบ ๆ จนกระทั่งก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่น เมื่อนั้นผู้ป่วยจึงจะเริ่มรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือคลำได้ก้อนที่เต้านมก่อนที่คลำได้มักจะมีขนาดใหญ่กว่า 1-2 ซม.จึงจะคลำได้ หากเล็กกว่านี้ ต้องใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์จึงจะตรวจพบ การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ช่วยให้ตรวจพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในขณะที่ก้อนมีขนาดเล็กและยังไม่มีอาการแสดงได้⁽⁶⁾

การแปลผลภาพแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมนั้น รังสีแพทย์จะแปลผลการตรวจด้วยระบบไบเรดส์ (BIRADS)⁽⁷⁾ คือ BIRADS 1 เต้านมปกติ BIRADS 2 พบความผิดปกติแต่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หินปูนใหญ่ ๆ ถูกรั่ว BIRADS 3 พบความผิดปกติที่มีโอกาสจะเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 0-2 BIRADS 4 พบความผิดปกติสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 2-95 BIRADS 5 สงสัยจะเป็นมะเร็งโอกาสมากกว่าร้อยละ 95 ในกรณีที่ผลออกมาเป็น BIRADS 4 หรือ 5 ควรตรวจชิ้นเนื้อพิสูจน์ถึงการเป็นมะเร็งต่อไป⁽⁸⁾ ในปัจจุบัน แพทย์จึงสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่วัยแรกได้ เมื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมตั้งแต่วัยแรกก็ก่อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เต้านม ยังไม่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายไป จะช่วยลดความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมและสามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 82-90⁽⁹⁾

อำเภอพนมสารคามเป็นอำเภอแรกที่มีแผนรณรงค์และจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยในบทบาทของหัวหน้าโครงการฯ จึงได้ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้

ในการพัฒนาระบบการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในอำเภออื่นของจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับการบริการที่เป็นมาตรฐานสากล สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบเรสต์ (BIRADS) 1-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์รอง

- 1) เพื่อศึกษาความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากเวชระเบียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

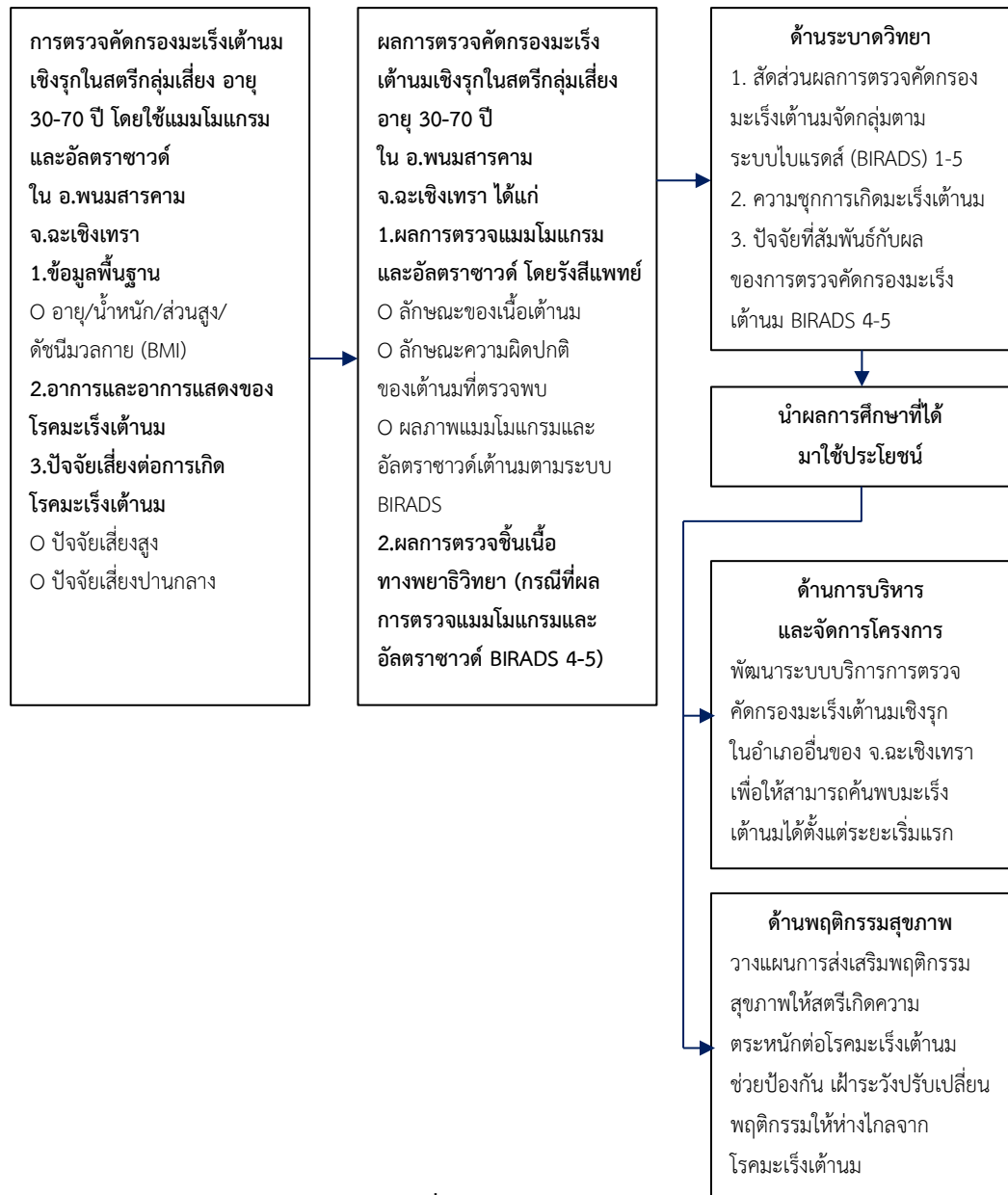
ประชากรเป้าหมาย คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,501 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่ผ่านการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2568

การดำเนินการวิจัย

1. รมรณรงค์และจัดบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกด้วยเครื่องแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ผู้วิจัยประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ข้อมูลอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงสูง 5 ข้อ และปัจจัยเสี่ยงปานกลาง 8 ข้อ และเก็บข้อมูลผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผลการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ ได้แก่ ลักษณะของเนื้อเต้านม ลักษณะความผิดปกติของเต้านมที่ตรวจพบ และผลภาพแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมตามระบบ BIRADS ลงในแบบบันทึกข้อมูล
3. สำหรับผู้ที่มีผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ เป็น BIRADS 4 และ BIRADS 5 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อศึกษาความชุกของมะเร็งเต้านม

4. ผู้วิจัยนำเข้าข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสู่โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับ การวิเคราะห์ข้อมูล

5. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อแสดงสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่ม ตามระบบไบเรดส์ (BIRADS) 1-5 ความชุกการเกิดมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5



ภาพที่ 1 การดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูล (Case report form) เพื่อใช้ทบทวนเวชระเบียน ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย
- 2) อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม
- 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
- 4) ข้อมูลผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์
- 5) ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (กรณีผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ BIRADS 4-5)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata statistical software version 17 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการวิเคราะห์สัดส่วนของ BIRADS 1-5 และความชุกของมะเร็งเต้านม แสดงผลเป็นร้อยละ และ ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence intervals-CI) การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ BIRADS 4-5 ใช้สถิติ Log-binomial regression โดยวิเคราะห์แบบ Univariable analysis เพื่อพิจารณาปัจจัยที่สำคัญ โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกปัจจัยที่มีค่า $p\text{-value} < 0.2$ มาทำการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย (Multivariable analysis) และ แสดงขนาดความสัมพันธ์โดย Adjusted prevalence ratio (aPR) และ 95% CI โดยปัจจัยที่นำเข้ามาวิเคราะห์ในโมเดลนี้ ได้แก่ 1) มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ 2) เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว 3) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป 4) มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี และ 5) รับประทานฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ ในการวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดให้ Two-sided $p\text{-value} < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 004/2568 ผู้วิจัยวางมาตรการเพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับในแบบบันทึกข้อมูล (Case report form) ที่ใช้ทบทวนเวชระเบียน โดยข้อมูลนี้จะไม่ปรากฏ ชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่สามารถสืบหาตัวบุคคลได้ แต่ข้อมูลจะถูกเก็บโดยใช้ Unique identification number (UID) ซึ่งจะเป็รหัสเฉพาะสำหรับเชื่อมโยงข้อมูล ข้อมูลของสตรีกลุ่มเสี่ยงถึงเสี่ยงสูงถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลที่มีรหัสผ่านและเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น สำหรับการแสดงผลข้อมูลการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการในลักษณะภาพรวม ไม่มีการแสดงผลเป็นรายบุคคลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำลายแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 53.5 ± 9.8 ปี ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 25.5 ± 4.5 กก./ม.² (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก (n=2,501)

ข้อมูลทั่วไป	n (%)
อายุ (ปี)	
Mean (SD)	53.5 (9.8)
30-39	276 (11.0)
40-49	623 (24.9)
50-59	935 (37.4)
≥ 60	667 (26.7)
ดัชนีมวลกาย/BMI (กิโลกรัม/เมตร ²) Mean=25.5; SD=4.5	
<18.5	52 (2.1)
18.5-22.9	749 (30.0)
23.0-24.9	521 (20.8)
25.0-29.9	777 (31.1)
≥ 30.0	402 (16.1)

2. ข้อมูลพื้นฐาน พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงมีอาการและอาการแสดง คือ เจ็บที่เต้านมหรือรักแร้ มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ และมีน้ำผิดปกติไหลออกจากหัวนม ร้อยละ 12.1, 12.1 และ 0.9 ตามลำดับ ข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาว หรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่มากที่สุด ร้อยละ 9.1 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง คือ อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือ ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม.² ร้อยละ 46.6, มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี ร้อยละ 37.5, ไม่มีบุตร ร้อยละ 19.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานจำแนกตามอาการและอาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก (n=2,501)

ข้อมูลพื้นฐาน	n (%)
อาการและอาการแสดง	
เจ็บที่เต้านมหรือรักแร้	303 (12.1)
มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้	302 (12.1)
มีน้ำผิดปกติไหลออกจากหัวนม	22 (0.9)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานจำแนกตามอาการและอาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก (n=2,501)

ข้อมูลพื้นฐาน	n (%)
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	
- ปัจจัยเสี่ยงสูง	
มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่	227 (9.1)
เคยเป็น cyst ที่เต้านม เคยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านม	168 (6.7)
เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว	16 (0.6)
เคยได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอก ก่อนอายุ 30 ปี	0 (0.0)
ตรวจพบยีนมะเร็งเต้านมผิดปกติ BRCA1 หรือ BRCA2	0 (0.0)
- ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง	
อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป	2,239 (89.5)
ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกาย (BMI)>25 กก./ม. ²	1,165 (46.6)
มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี	938 (37.5)
ไม่มีบุตร	482 (19.3)
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี	206 (8.2)
หมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี	171 (6.8)
รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ	81 (3.2)
รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นประจำ	56 (2.2)

3. ผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมีลักษณะเนื้อเต้านม โดยเป็นลักษณะมีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมค่อนข้างทึบ (Heterogeneously dense) มากที่สุด ร้อยละ 77.9 และตรวจพบลักษณะความผิดปกติของเต้านม โดยเป็นถุงน้ำ (Cyst) มากที่สุด ร้อยละ 17.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ (n=2,501)

ผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	n (%)
ลักษณะเนื้อเต้านม	
มีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมค่อนข้างทึบ (Heterogeneously dense)	1,947 (77.9)
มีเนื้อเต้านมกระจายอยู่บางส่วน (Scattering fibroglandular densities)	443 (17.7)
มีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมทึบสูงมาก (Extremely dense)	63 (2.5)
มีเนื้อเยื่อไขมันเกือบทั้งหมด (Almost entirely fat)	48 (1.9)
ลักษณะความผิดปกติของเต้านมที่ตรวจพบ	
ถุงน้ำ (Cyst)	444 (17.8)
จุดหินปูน (Calcification)	279 (11.2)
ก้อน (Mass)	158 (6.3)

4. สัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบแรดส์ (BIRADS) 1-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง มีสัดส่วน BIRADS 1 ร้อยละ 72 (95% CI: 70.2-73.7), BIRADS 2 ร้อยละ 22 (95% CI: 20.4-23.6), BIRADS 3 ร้อยละ 4.4 (95% CI: 3.7-5.3), BIRADS 4 ร้อยละ 1.3 (95% CI: 0.9-1.9) และ BIRADS 5 ร้อยละ 0.3 (95% CI: 0.2-0.6) โดยมีความชุกผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ร้อยละ 1.6 (95% CI: 1.2-2.2) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 Proportion of Breast imaging reporting and data system categories and prevalence of breast cancer (n=2,501)

BIRADS	n	% (95% CI)
BIRADS category		
BIRADS 1	1,801	72 (70.2-73.7)
BIRADS 2	549	22 (20.4-23.6)
BIRADS 3	110	4.4 (3.7-5.3)
BIRADS 4	33	1.3 (0.9-1.9)
BIRADS 5	8	0.3 (0.2-0.6)
BIRADS two groups		
BIRADS 1-3	2,460	98.4 (97.8-98.8)
BIRADS 4-5	41	1.6 (1.2-2.2)
Pathologic diagnosis		
Benign	2,481	99.2 (98.8-99.5)
Malignant	20	0.8 (0.5-1.2)

5. ความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยง มีอัตราความชุก ร้อยละ 0.8 (95% CI: 0.5-1.2) (ตารางที่ 4) โดยมีผลพยาธิวิทยาตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นชนิด Invasive carcinoma of no special type มากที่สุด ร้อยละ 85 และผลพยาธิวิทยาไม่พบเซลล์มะเร็งลุกลามเข้าสู่หลอดน้ำเหลืองหรือหลอดเลือดภายในเนื้อเยื่อเต้านม ร้อยละ 100 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 Malignant pathologic diagnosis among individuals with Breast cancer (n=20)

Pathologic findings	n (%)
Malignant pathologic diagnosis	
Invasive carcinoma of no special type (ductal)	17 (85.0)
Mucinous carcinoma	2 (10.0)
Ductal carcinoma in situ	1 (5.0)
Lymphovascular invasion	
No	20 (100.0)
Yes	0 (0.0)

6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่าอาการและอาการแสดงด้วยก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ มีความสัมพันธ์กับการพบผลตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 5.73 เท่า (95% CI: 3.12-10.54) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ (p-value<0.0001) และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงการมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการพบผลตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 2.60 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 35 ปี (p-value 0.014) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 Univariable analysis for factors associated with BIRADS 4-5

Factors	Total (n=2,501) n	BIRADS 4-5 (n=41) n (%)	Unadjusted Prevalence Ratio (95% CI)	p-value
อายุ (ปี)				
30-39	276	6 (2.2)	Ref.	
40-49	623	10 (1.6)	0.74 (0.27-2.01)	0.553
50-59	935	12 (1.3)	0.59 (0.22-1.56)	0.287
≥60	667	13 (1.9)	0.9 (0.34-2.33)	0.823
ดัชนีมวลกาย/BMI (kg/m2)				
18.5-22.9	749	11 (1.5)	Ref.	
23.0-24.9	521	10 (1.9)	1.31 (0.56-3.05)	0.537
25.0 -29.9	777	10 (1.3)	0.88 (0.37-2.05)	0.761
≥30.0	402	10 (2.5)	1.69 (0.73-3.95)	0.223
มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้				
No	2199	22 (1)	Ref.	
Yes	302	19 (6.3)	6.29 (3.44-11.48)	<0.0001
เจ็บที่เต้านมหรือรักแร้				
No	2198	36 (1.6)	Ref.	
Yes	303	5 (1.7)	1.01 (0.4-2.55)	0.987
เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว				
No	2485	40 (1.6)	Ref.	
Yes	16	1 (6.3)	3.88 (0.57-26.55)	0.167
มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่				
No	2274	38 (1.7)	Ref.	
Yes	227	3 (1.3)	0.79 (0.25-2.54)	0.694
เคยเป็น cyst ที่เต้านม เคยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านม				
No	2333	39 (1.7)	Ref.	
Yes	168	2 (1.2)	0.71 (0.17-2.92)	0.638

ตารางที่ 6 (ต่อ) Univariable analysis for factors associated with BIRADS 4-5

Factors	Total (n=2,501) n	BIRADS 4-5 (n=41) n (%)	Unadjusted Prevalence Ratio (95% CI)	p-value
อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป				
No	262	9 (3.4)	Ref.	
Yes	2239	32 (1.4)	0.42 (0.2-0.86)	0.018
มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี				
No	1563	24 (1.5)	Ref.	
Yes	938	17 (1.8)	1.18 (0.64-2.19)	0.598
ไม่มีบุตร				
No	2019	31 (1.5)	Ref.	
Yes	482	10 (2.1)	1.35 (0.67-2.74)	0.403
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี				
No	2295	34 (1.5)	Ref.	
Yes	206	7 (3.4)	2.29 (1.03-5.11)	0.042
รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ				
No	2420	38 (1.6)	Ref.	
Yes	81	3 (3.7)	2.36 (0.74-7.48)	0.145
รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นประจำ				
No	2445	40 (1.6)	Ref.	
Yes	56	1 (1.8)	1.09 (0.15-7.8)	0.93
ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกาย(BMI)>25 กก./ม. ²				
No	1336	21 (1.6)	Ref.	
Yes	1165	20 (1.7)	1.09 (0.6-2)	0.776

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยงแบบ Univariable analysis ทุกปัจจัยที่มีในสตรีที่มีผลการตรวจ BIRADS 4-5 เพื่อพิจารณาปัจจัยที่สำคัญ โดยนำปัจจัยที่มีค่า p-value<0.2 มาทำการวิเคราะห์แบบ Multivariable analysis ต่อไป (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 Multivariable analysis for factors associated with BIRADS 4-5

Factors	Adjusted Prevalence Ratio*	95% confidence interval	p-value
มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้	5.73	3.12-10.54	<0.0001
เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว	3.68	0.70-19.45	0.125
อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป	0.56	0.27-1.15	0.114
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี	2.60	1.21-5.57	0.014
รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ	2.49	0.83-7.48	0.105

* Adjusting for factors ดังนี้ มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้, เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว, อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป, มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี และรับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบเรดส์ (BIRADS) 1-5 ดังนี้ สัดส่วน BIRADS 1 ร้อยละ 72, BIRADS 2 ร้อยละ 22, BIRADS 3 ร้อยละ 4.4, BIRADS 4 ร้อยละ 1.3 และ BIRADS 5 ร้อยละ 0.3 โดยมีความชุกผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ร้อยละ 1.6 ซึ่งพบว่ามีสัดส่วน BIRADS 1, 4 และ 5 สูงกว่า และ BIRADS 2 และ 3 ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ จารุวัฒน์ แจ่มวัจ⁽¹⁰⁾ ที่มีสัดส่วน BIRADS 1-5 เป็นร้อยละ 25.3, 56.0, 14.5, 1.2 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในอำเภอพนมสารคามในการค้นหาสตรีที่มีผล BIRADS 4-5 ได้ดี

การศึกษานี้พบความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 0.8 ซึ่งสตรีทุกคนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมเป็นครั้งแรก คิดเป็นการเกิดมะเร็งเต้านม 800 คน ต่อแสนประชากรของสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 พบว่าอำเภอพนมสารคามมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (ASR) ของโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 23.9 ต่อแสนประชากรของสตรีอายุ 30-75 ปี⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีนี้เป็นการดำเนินการตรงกลุ่มเป้าหมายและให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้คำนวณอุบัติการณ์โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หากด้วยจำนวนของสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นการค้นหาแบบเชิงรุกที่พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าอุบัติการณ์ที่รายงานข้อมูลทางสถิติจากทะเบียนมะเร็ง (Surveillance data)

การศึกษานี้พบผลพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมพบเป็นชนิด Invasive carcinoma of no special type มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ Invasive carcinoma of no special type เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดประมาณ ร้อยละ 75-80⁽¹¹⁾

การศึกษานี้ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ซึ่งเป็นระดับที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และต้องมีการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยัน

การวินิจฉัย คือ สตรีที่มีอาการแสดงด้วยก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ และสตรีมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสพบผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 3.68 และ 2.49 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC)⁽¹²⁾ ที่รายงานว่าอาการที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งเต้านมคือการคลำพบก้อนใหม่ในเต้านมหรือรักแร้และเป็นหนึ่งในสัญญาณเตือนของมะเร็งเต้านมที่สำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lyons⁽¹³⁾ ที่รายงานว่าสตรีมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมชนิดที่ตอบสนองต่อฮอร์โมน โดยสตรีที่คลอดบุตรในช่วงอายุที่มากขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมสูงขึ้นทั้งในช่วงหลังคลอดและยังคงมีความเสี่ยงสะสมในการเกิดมะเร็งเต้านมสูงขึ้นเป็นเวลาหลายปี ส่วนปัจจัยที่มีแนวโน้มว่าจะสัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ได้เช่นกัน ได้แก่ ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว และการได้รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ โดยมีโอกาสพบผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 3.68 และ 2.49 เท่า ตามลำดับ แต่ยังไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากยังต้องการจำนวนขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น ถึงแม้ว่าผลของงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์พบผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีมีอายุน้อยลง⁽²⁾ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ภารณี ศรีสุภะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าอายุมากกว่า 40 ปีเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านม 5.31 เท่าของกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี ($p\text{-value} < 0.002$) และการศึกษาของ ลักษณะาวดี มหิทธิธรรม⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม ($p\text{-value} < 0.0001$) เนื่องจากส่วนใหญ่สตรีที่ได้รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำจะเป็นสตรีช่วงวัยทองหรือหลังวัยทอง อายุจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึงร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วยเสมอ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในสตรีที่ไม่มีอาการใด ๆ เลยเช่นกัน ดังนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ยังเป็นวิธีที่สามารถตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้นหรือระยะก่อนลุกลามเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรืออัตราการรักษาให้หายขาดนอกจากนี้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะต้นจะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขและประเทศชาติได้ประมาณ 300,000 ถึง 500,000 บาทต่อคน เมื่อเทียบกับระยะลุกลาม⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. พัฒนาระบบบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในอำเภอต่อไปของจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละอำเภอออกคัดกรองเพื่อค้นหาและรวบรวมสตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีอาการแสดงด้วยก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ และมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี ในแต่ละอำเภอให้เข้ามาได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เป็นอันดับแรก
2. สตรีอายุ 30-70 ปี กลุ่มต่อไปที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก คือ ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว, การได้รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ และผู้ที่มีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ เกี่ยวกับเต้านม เช่น มีน้ำผิดปกติไหลออกจากหัวนม, เต้านม หัวนม หรือลานนมมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นต้น
3. ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงอื่นๆอย่างน้อย 1 ข้อ หรือปัจจัยเสี่ยงปานกลางอื่น ๆ อย่างน้อย 2 ข้อ โดยเฉพาะสตรีที่อายุมากกว่า 40 ปี เป็นลำดับต่อไป

4. สตรีผู้ที่ยังไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดปฏิบัติตัวตามข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยแนะนำให้สตรีอายุ 20 ปี ขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน ตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อยทุก 3 ปี และควรตรวจแมมโมแกรมสม่ำเสมอทุก 1-2 ปี เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป⁽²⁾

5. รณรงค์เพื่อให้สตรีตระหนักต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีเพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งเต้านม เพื่อลดโอกาสเกิดและการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม ดังนี้ ควรออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ เอาใจใส่ควบคุมน้ำหนักอย่างดี ไม่ให้เกินมาตรฐานรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว เน้นการรับประทานผัก ผลไม้และอาหารที่มีเส้นใยปริมาณมาก หลีกเลี่ยงการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนโดยไม่จำเป็น งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ และหมั่นตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁸⁾

6. ควรมีการเฝ้าระวังและทำการตรวจติดตามโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ซ้ำในสตรีกลุ่มที่มีผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 และผลการตรวจชิ้นตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยายังไม่พบมะเร็ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรนำผลการตรวจติดตามโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ 6 เดือนของสตรีที่มีผล BIRADS 3 มาวิเคราะห์ โดยหากมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่ม BIRADS 4-5 จะมีจำนวนขนาดตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ได้เพิ่มเติม

2. ควรประเมินติดตามสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกรายต่อไปในด้านการรักษาหายขาดและอัตราการรอดชีวิต 5 ปี (Five year-overall survival rate)

3. ดำเนินการวิจัยผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี โดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม ในอำเภออื่นของจังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในแต่ละอำเภอ

4. ควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจมีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านมอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีนโยบายจัดโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคามและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลพนมสารคาม

งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดีโดยได้รับความกรุณาจากร้อยเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับงานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลพนมสารคามที่ให้ความร่วมมือให้โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอ

พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทราจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยฉบับนี้ จะนำไปพัฒนาระบบการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สตรีจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Cancer Research Fund International. Breast cancer statistics [Internet]. WCRF International. [cited 2024 Dec 9]. Available from: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/breastcancer-statistics/>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการตายจากข้อมูลรณบัตร: อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมของประเทศไทย ปี 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=13_4
4. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์. Cancer Incidence in Chachoengsao, Thailand 2019-2021: Breast Cancer. วารสารโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 15]; หน้า 34-6. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cch.go.th/main/images/registry/Cancer%20Incidence%20In%20Chachoengsao%20Thailand%202019-2021.pdf>
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการตายจากข้อมูลรณบัตร: อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=3&pf=01248101&tm=2>
6. วิชัย เอกพลากร. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559;25(4):583-4.
7. American College of Radiology. Mammography-Reporting [Internet]. [cited 2024 Dec 16]. Available from: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/BI-RADS/Mammography-Reporting.pdf>
8. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โรค: ก้อนที่เต้านม (Breast mass) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 20]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast Mass.html](https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast%20Mass.html)
9. จารุวรรณ ป้อมกลาง, รัตน์ศิริ ทาโต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิต จากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ. วารสารเกื้อการุณย์ 2557;21(3):155-67.
10. จารุวัฒน์ แจ่มวัง. การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560;4(3):42-51.

11. Wiratkapun C, Bunyapaiboonsri W, Wibulpolprasert B, Lertsithichai P. Biopsy rate and positive predictive value for breast cancer in BI-RADS category 4 breast lesions. J Med Assoc Thai. 2010 Jul;93(7):830-7.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Breast Cancer Awareness: Symptoms [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services; 2024 Sep 25 [cited 2025 April 16]. Available from: https://www.cdc.gov/breast-cancer/symptoms/index.html?utm_source=chatgpt.com
13. Lyons TR, Schedin PJ, Borges VF. Pregnancy and breast cancer: when they collide. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2009 Jun;14(2):87-98. doi: 10.1007/s10911-009-9119-7.
14. ภาวณี ศรีสุภะ. ความแม่นยำของการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ ในโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2566; 10(2):1-13.
15. ลักษณะวดี มหิวรรณ. ประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลโสธร. โยโสธรเวชสาร. 2566;25(1):4-14.
16. มะเร็งเต้านม: ปัญหาที่สังคมต้องร่วมกันแก้ไข. ใน: เอกสารประกอบการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2562 ของมูลนิธิถันยรักษ์ฯ; 2562.
17. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการกรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มาตรา 7. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง; 2563.
18. Key TJ, Schatzkin A, Willett WC, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. Diet, nutrition and the prevention of cancer. Public Health Nutr. 2004 Feb;7(1A):187-200. doi: 10.1079/phn2003588.

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วิไลพร การี*, นภาพร ห่วงสุขสกุล**, วุฒิमान ห้วยทราย***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 144 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามและบันทึกการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ สถิติที่ใช้คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสหสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.41, SD=0.80) โดยพฤติกรรม การบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.85, SD=0.98) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ คือ ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ จำนวนอุปกรณ์ การเข้าถึงอุปกรณ์และบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ($p<0.001$; $r=0.240, 0.250, 0.319$, และ 0.356 ตามลำดับ) ในขณะที่เพศและอาชีพของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์ ($p=0.47$ และ 0.33) ข้อเสนอแนะ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การจัดให้มีสถานที่แปรงฟัน และการสนับสนุนให้เด็กนักเรียนรวมกลุ่ม/ชมรม จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก; วัยเรียน; นักเรียนชั้นประถมศึกษา

* นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

** อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

*** อาจารย์ สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

๑ Corresponding author: นภาพร ห่วงสุขสกุล Email: napaporn@scphub.ac.th

รับบทความ: 20 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 16 มิ.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 17 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 27 มิ.ย. 68

Oral Health Care Behavior among Grades 4-6 Primary School Students at Ban Muangnadee School, Somsa-ad Subdistrict, Detudom District, Ubon Ratchathani Province

Wilaiporn Karee^{*}, Napaporn Houngsuksakul^{**a}, Wuttichan Huaisai^{***}

Abstract

This study aimed to examine oral health care behaviors and associated factors among 144 primary school students in grades 4 to 6 at Ban Muang Nadi school, Somsa-ad subdistrict, Det Udom district, Ubon Ratchathani province. Research instruments used in this study were a structured questionnaire and an oral health assessment record. Statistical methods used included frequencies, percentages, means, standard deviations, minimum and maximum values, and correlations. Findings indicated that overall oral health care behavior was at a moderate level ($\bar{X}$ =3.41, SD=0.80) and dietary behavior was also at a moderate level ($\bar{X}$ =2.85, SD=0.98). Personal factors significantly associated with the oral health care behaviors included parental educational level. Factors significantly related to the behaviors included: predisposing factors, including knowledge, perception, and attitude towards oral health care; enabling factors, including number of oral care tools, access to tools and services, and receipt of oral health information; and reinforcing factors, including receiving social support. These factors showed a low positive correlation with oral health care behaviors at $p<0.001$ with $r=0.240, 0.250, 0.319, \text{ and } 0.356$, respectively. On the other hand, gender and parental occupation showed no significant relationship with oral health care behaviors ($p=0.47$ and 0.33 , respectively). It is recommended that providing guidance from healthcare professionals, establishing designated tooth brushing areas, and encouraging students to form health-related groups or clubs would effectively promote better oral health care behaviors among schoolchildren.

Keywords: Oral health care behavior; School age; Primary school students

^{*} Bachelor of Public Health (Community Public Health) Student, Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

^{**} Instructor in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

^{***} Instructor in Dental Public Health, Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

^a Corresponding author: Napaporn Houngsuksakul Email: napaporn@scphub.ac.th

Received: May 20, 25; Revised: Jun. 16, 25; Accepted: Jun. 17, 25; Published Online: Jun. 27, 25

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โรคในช่องปากที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับแรกในวัยเรียน คือ โรคฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคฟันผุในเด็กนักเรียนประถมศึกษาเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงและเป็นวัยที่มีฟันแท้ขึ้นมาในช่องปากแล้ว⁽¹⁾ ฟันแท้ที่ขึ้นมาจะยังไม่แข็งแรงเท่าที่ควร ต้องมีการสะสมของแร่ธาตุอีกไม่ต่ำกว่า 2 ปี ทำให้ ช่วง 2 ปี แรกนี้เป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ถ้าเด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ซึ่งเมื่อฟันผุแล้วจะมีการลุกลามอย่างรวดเร็ว ประกอบกับฟันที่ขึ้นยังไม่เกิดการสึกจากการใช้งาน ทำให้หลุมและร่องที่ลึกเป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์ จึงมักจะตรวจพบฟันผุในบริเวณหลุมและร่องฟันที่ลึกเป็นส่วนใหญ่ นอกจากฟันผุในฟันแท้แล้ว ยังมีปัญหาเหงือกอักเสบ (Gingivitis) ร่วมด้วย เพราะไม่แปรงฟันหรือขาดการฟีกทักษะที่ถูกต้องในการแปรงฟัน แต่ไม่ว่าจะเป็นโรคฟันผุเมื่อถึงวัยนั้นจนเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อขึ้นแล้ว เช่น ฟันเป็นรูหรือเหวือกร่น จะเป็นการทำลายที่ถาวรไม่สามารถทำให้กลับคืนในสภาพเดิมได้⁽²⁾

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ในกลุ่มอายุ 12 ปี ระดับประเทศพบว่า มีฟันแท้ผุร้อยละ 61.1 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุอุด ถอน (Decayed Missing and Filled Teeth: DMFT) ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดจำนวนฟันผุ (รวมฟันที่อุดและถอน) เท่ากับ 1.6 ซึ่งต่อคน ทั้งนี้ฟันที่ผุส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 29.1 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ามีฟันแท้ผุร้อยละ 56.9 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุอุด ถอน (DMFT) เท่ากับ 1.8 ซึ่งต่อคน⁽³⁾ ทั้งนี้กลุ่มอายุ 12 ปี ถือเป็นกลุ่มสำคัญทางระบาดวิทยา เนื่องจากเป็นอายุที่มีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ในช่องปาก⁽⁴⁾ ซึ่งอัตราการเกิดโรคฟันผุในวัยนี้จะใช้ทำนายแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในวัยผู้ใหญ่ จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วง เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 พบว่ามีค่าเฉลี่ยฟันผุอุด ถอน เท่ากับ 1.6 ซึ่งต่อคน มีปัญหาโรคฟันผุร้อยละ 21.45 จากข้อมูลนี้จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุสูง⁽²⁾ จากรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเด็กวัยเรียน โดยสำนักทันตสาธารณสุข ปี 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2565) พบว่าเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 64.8 ฟันดี ไม่มีฟันผุ (Cavity free) ร้อยละ 71.4 มีสถานะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 19.7 โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ โดยจากรายงานดังกล่าวพบว่า เด็กแปรงฟันคุณภาพ (แปรงฟัน 222) ร้อยละ 50.0 กินขนม/เครื่องดื่ม/ลูกอมระหว่างมื้อ มากกว่า 2 ครั้ง/วัน ร้อยละ 30.2 ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพช่องปากและการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพและความท้าทายที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเด็กวัยเรียนวัยรุ่น⁽⁵⁾

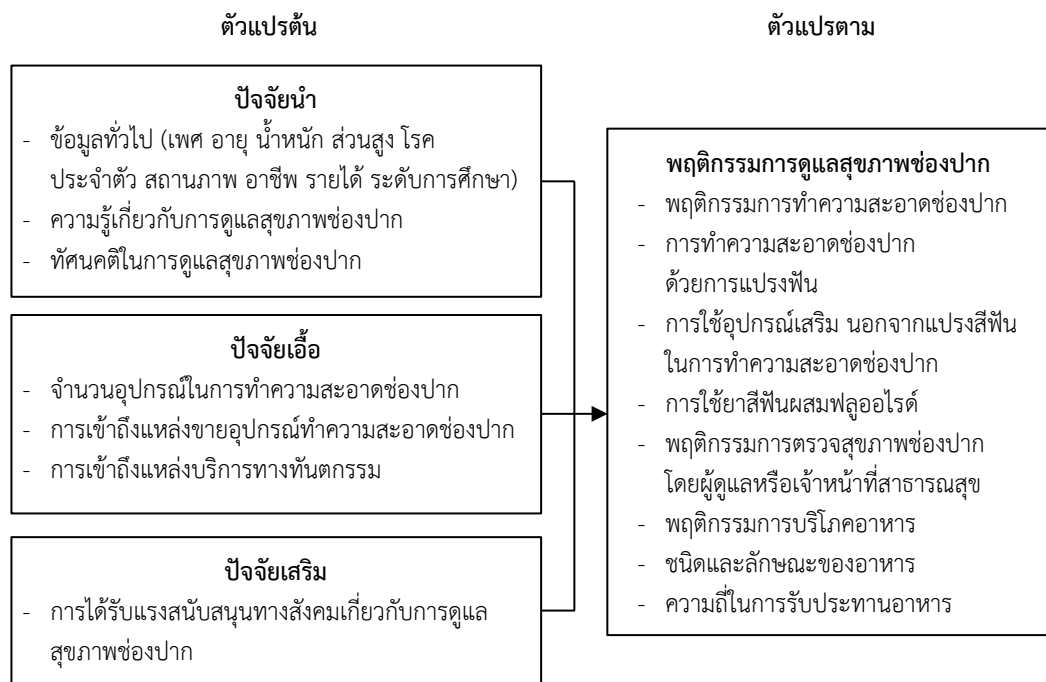
ข้อมูลจากการสำรวจของโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2565 พบว่า มีปัญหาโรคฟันผุร้อยละ 21.45 เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 63.75 ฟันดีไม่มีฟันผุ (Cavity free) ร้อยละ 81.25⁽⁶⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับบุคคล ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนกลุ่มนี้

และหากวิธีที่มีประสิทธิภาพอันจะส่งผลกระทบต่อลดความรุนแรงของโรคฟันผุและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาทางทันตกรรมในระดับบุคคลและภาพรวมของระดับประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย โดยนำแนวคิด PRECEDE Model เป็นแบบจำลองในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม พัฒนาโดย ลอเรนซ์ กรีน (Lawrence W. Green)⁽⁷⁾



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 144 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) นักเรียนอายุ 10-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) เรียนอยู่ที่โรงเรียนบ้านม่วงนาดีชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6
- 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
- 4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา
- 5) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) นักเรียนอายุ 10-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม
- 2) เจ็บป่วยหรือไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

โรงเรียน	จำนวน	จำแนกตามระดับชั้น			รวม
		ป.4	ป.5	ป.6	
บ้านม่วงนาดี	144	48	46	50	144

เครื่องมือวิจัยและการประเมินคุณภาพเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ และรายได้ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยข้อคำถามลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์โดยใช้คะแนน⁽⁸⁾ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้ต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้สูง

ตอนที่ 3 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

แบบสอบถามด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมิน มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

ทัศนคติระดับสูง มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00

ทัศนคติระดับปานกลาง มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67

ทัศนคติระดับต่ำ มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการทันตสุขภาพ ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามความถี่ของการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.00 -4.00
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.00 -2.99
ระดับต่ำ	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 -1.99

ตอนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามความถี่ของการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

การรับรู้ระดับสูง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.00 -4.00
การรับรู้ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.00 -2.99
การรับรู้ระดับต่ำ	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 -1.99

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) แบบสอบถามทั้งฉบับมี IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับบุคคลที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมเท่ากับ 0.86 และแบ่งเป็นแต่ละส่วนดังนี้ แบบสอบถามด้านปัจจัยนำเข้า เท่ากับ 0.86 ทศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการทันตสุขภาพ เท่ากับ 0.75 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.8 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เมื่อได้รับอนุญาตเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิของอาสาสมัครในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลเสียใด ๆ จากนั้น ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ตัดสินใจด้วยตนเองโดยสมัครใจ ก่อนที่จะเข้าร่วมในกระบวนการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ โดยปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด ภายหลังจาก

การเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในแต่ละชุด เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้นั้นมีคุณภาพและพร้อมสำหรับการนำไปวิเคราะห์เชิงสถิติต่อไปอย่างถูกต้องและแม่นยำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก สถิติที่ใช้คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หนังสือรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-95 วันที่ 13 พฤษภาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการก่อนเข้าร่วมการวิจัยโดยลงลายมือชื่อให้ความยินยอม การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 144 คน โดยมีเพศหญิง ร้อยละ 48.6 เพศชาย ร้อยละ 51.4 ในด้านศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.6 เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นที่กำลังศึกษา พบว่า ป.4 ร้อยละ 36.8, ป.5 ร้อยละ 31.3 และ ป.6 ร้อยละ 31.9 สำหรับอาชีพหลักของผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ร้อยละ 66.7 ในด้านระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.2 เมื่อพิจารณารายได้รวมของผู้ปกครองต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.8 เมื่อพิจารณาถึงจำนวนเงินที่นักเรียนได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ได้รับเงินระหว่าง 30 ถึง 40 บาท ร้อยละ 56.9

ระดับความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.66 ทศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.97 ปัจจัยเอื้อ (การมีอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก) อยู่ระดับสูง ร้อยละ 40.97 ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการทันตสุขภาพ) ระดับสูง ร้อยละ 41.66 ปัจจัยเสริม (การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก) ระดับสูง ร้อยละ 76.38 ปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก) ระดับสูง ร้อยละ 35.41 และ พฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.42 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 (n=144)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ ($\bar{X}$=12.52, SD=0.51)		
ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	43	29.86
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	96	66.66
ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	5	3.47
ระดับทัศนคติ ($\bar{X}$=12.97, SD=1.24)		
ทัศนคติระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	45	31.25
ทัศนคติระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	95	65.97
ทัศนคติระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	4	2.78
ปัจจัยเอื้อ (การมีอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก) ($\bar{X}$=12.97, SD=0.86)		
สูง (3.00-4.00 คะแนน)	59	40.97
ปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน)	38	26.38
ต่ำ (1.00-1.99 คะแนน)	47	32.63
ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการทันตสุขภาพ) ($\bar{X}$=12.39, SD=0.80)		
สูง (3.00-4.00 คะแนน)	60	41.66
ปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน)	49	34.02
ต่ำ (1.00-1.99 คะแนน)	35	24.30
ปัจจัยเสริม (การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก) ($\bar{X}$=12.47, SD=0.61)		
สูง (3.00-4.00 คะแนน)	110	76.38
ปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน)	23	15.97
ต่ำ (1.00-1.99 คะแนน)	11	7.64
ปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก) ($\bar{X}$=13.03, SD=0.82)		
สูง (3.00-4.00 คะแนน)	51	35.41
ปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน)	47	32.64
ต่ำ (1.00-1.99 คะแนน)	46	31.94
ระดับพฤติกรรม ($\bar{X}$=3.47, SD=1.24)		
สูง (3.00-4.00 คะแนน)	25	17.36
ปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน)	87	60.42
ต่ำ (1.00-1.99 คะแนน)	32	22.22

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.24$, $p=0.01$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวก

($r=0.25$, $p=0.01$) ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.319$, $p=0.01$) และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.356$, $p=0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ($n=144$)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.50	0.47	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพของผู้ปกครอง	5.74	0.33	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	12.07*	0.034	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ปัจจัยนำ			
ความรู้	0.240**	0.001	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ทัศนคติ	0.250**	0.001	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ปัจจัยเอื้อ	0.319**	0.001	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ปัจจัยเสริม	0.356**	0.001	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

*Significant at $p\text{-value} \leq 0.05$; **Significant at $p\text{-value} \leq 0.01$

อภิปรายผล

อภิปรายตามวัตถุประสงค์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริพร สุปิยะ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ การเคลือบฟลูออไรด์ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองต่อบุตรหลานได้ถึง ร้อยละ 31.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.66 ซึ่งความรู้เป็นแนวทางหนึ่งที่เด็กจะนำความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องไปปฏิบัติได้ โดยความรู้มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย ทองฤทธิ์⁽¹⁰⁾ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย ทองฤทธิ์⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของครุฑิต สกุลแก้ว และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กล่าวได้ว่าเมื่อนักเรียนมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ช่องปากของตนเองได้อย่างเหมาะสม และอาจเนื่องจากความรู้มีความสำคัญต่อการเกิดทัศนคติที่ดี และถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากภายหลังการรับรู้

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานที่แปรงฟันและการเข้าถึงอุปกรณ์แปรงฟัน มีผลต่อการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกฤตา ผลอ้อ⁽¹²⁾ พบว่าการพัฒนาจิตสภาวะแวดล้อม ในโรงเรียนให้ปลอดภัย อากาศดี และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ส่งผลให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่าง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.90 ดังนั้น การพัฒนาจิตสภาวะแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะนำมาซึ่งการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมของเด็กวัยเรียน⁽¹³⁾

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลกับการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาสีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ โดยพบว่า การสนับสนุนจากผู้ปกครองและครูมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน และสอดคล้องกับ ปริญญา นามพิกุล⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับที่ 0.05 รวมถึงมีข้อเสนอแนะการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียน ควรเน้นที่การเพิ่มการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง เพื่อน และครู เพื่อกระตุ้นและปลูกฝังพฤติกรรมที่เหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ตอบสมมติฐานที่ว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในประเด็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากควรคำนึงถึงปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันและสถานที่แปรงฟัน ซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน โดยพบว่านักเรียนที่ไม่มีแปรงสีฟัน หรือโรงเรียนมีพื้นที่สำหรับการแปรงฟันน้อย เด็กนักเรียนก็จะให้ความสำคัญกับการแปรงฟันน้อยลง สำหรับปัจจัยเสริมจากครอบครัว และโรงเรียน เป็นส่วนสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นให้นักเรียนเห็นความสำคัญในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง มีรายงานการศึกษาที่พบว่าโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก มีความสัมพันธ์กับการลดการเกิดโรคฟันผุในเด็ก⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกฤตา ผลอ้อ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพในลักษณะเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ตำบลทรายมูลหนองกุง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6

แปร่งฟันก่อนนอนร้อยละ 24.7 และหลังดำเนินการพัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 แปร่งฟันก่อนนอนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.12

ข้อเสนอแนะในการผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน จึงควรจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เด็กและอบรมครูเพื่อเป็นแกนนำให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่เด็กรวมถึงขยายเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพช่องปากไปยังโรงเรียนและชุมชนใกล้เคียงในพื้นที่รับผิดชอบ
2. นักเรียนมีการใช้ไหมขัดฟันน้อย และยังมีบริโภคขนมหรือเครื่องดื่มหวานหลังแปร่งฟัน และก่อนนอน โรงเรียนควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยให้แกนนำนักเรียนมีส่วนร่วมพร้อมส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
3. พัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา โดยบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองและแกนนำนักเรียนผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน รวมทั้งควรขยายผลการศึกษาโดยนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปพัฒนาต่อยอดโดยการศึกษาถึงผลของการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านม่วงนาดี และคณาจารย์ทุกท่าน นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้นำไปศึกษาค้นคว้า เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Oral health [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. สุระเดช พรหมนต์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนนาแต่โคกสำราญ ตำบลนาแต่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 23] เข้าถึงได้จาก: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/3p17.pdf

3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2561.
4. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003 Dec;31 Suppl 1:3-23. doi: 10.1046/j..2003.com122.x.
5. กองทันตสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปี 2566 นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. Health Data Center (HDC). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 13]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/19267da6a1ed870ac70cd5e3eb73ad23>
7. Green LW. Toward cost-benefit evaluations of health education: Some concepts, methods, and examples. Health Educ Behav. 1974;2(1_Suppl):34-64. doi:10.1177/109019817400205106
8. ลักขณา ทรัพย์สมบูรณ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
9. สุริพร สุปินะ, ณรงค์ ใจเที่ยง, ศรีสุดา เจริญดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน. มหाराชนครศรีธรรมราช เวชสาร. 2562; 2(2):1-12.
10. วินัย ทองฤทธิ์, กฤษณา วุฒิสินธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6 โรงเรียนเขตตำบลโพธิ์ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(1):36-48.
11. ครรชิต สกุลแก้ว, อมรัตน์ แก้วสุวรรณ, รุ่งอรุณ กุลบุตร, เจนฤทัย เจริญศรี, จุฬาลักษณ์ บัวใหญ่รักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนบ้านม่วงต่ง ตำบลโคกกลาง อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 18]. เข้าถึงได้จาก: https://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/2563/63_1.pdf
12. ณัฐฤตา ผลอ้อ. การพัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพในลักษณะเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ตำบลทรายมูล-หนองกุง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2560; 28(1):114-31.

13. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียน
อย.น้อย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหาร
และยา; 2560.
14. ปาลิรัตน์ วงศ์ฤทธิ์, บุษราคัม สุภาพบุรุษ, เนตรชนก เจริญรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่อง
ปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนท่าศาลา อำเภوتاศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช.
วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2562;7(3):317-27.
15. ปรียานุช นามพิกุล, ญัฐวุฒิ พูลทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนอนุบาลเขกา อำเภอเขกา จังหวัดบึงกาฬ. วารสารทันตภิ
บาล. 2562; 30(2):92-104.
16. Ruff RR, Niederman R. Silver diamine fluoride versus therapeutic sealants for the arrest
and prevention of dental caries in low-income minority children: study protocol for a
cluster randomized controlled trial. Trials. 2018 Sep 26;19(1):523. doi: 10.1186/s13063-
018-2891-1.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

จิระศักดิ์ พรหมลับ*, ลำพิ่ง วอนอก**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ ระดับการสนับสนุนจากสังคมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.07%) อายุเฉลี่ย 58.75 ปี มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (59.02%) สถานภาพโสด (34.75%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (74.75%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (44.92%) รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 7,051.20 บาท ได้รับเบี้ยความพิการ (96.07%) ใช้รถจักรยานยนต์/สามล้อพ่วงในการเดินทาง (37.05%) บุตรธิดาเป็นผู้ดูแลหลัก (37.05%) การเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง (71.48%) การสนับสนุนจากสังคมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับสูง (77.7%) การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับสูง (95.08%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพการมีคู่สมรส ($OR_{Adj}=2.22$, 95%CI=1.12-4.42, $p=0.023$) การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ($OR_{Adj}=2.40$, 95%CI=1.03-5.59, $p=0.042$) การสนับสนุนจากบุคลากรรัฐในระดับสูง ($OR_{Adj}=9.24$, 95%CI=4.06-21.0, $p<0.001$) การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในระดับสูง ($OR_{Adj}=2.41$, 95%CI=1.06-5.49, $p=0.036$) การสนับสนุนจากภาคเอกชนในระดับสูง ($OR_{Adj}=2.66$, 95%CI=1.35-5.24, $p=0.005$) ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาการให้บริการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: คนพิการ; การเข้าถึง; การรับรู้; การสนับสนุน; บริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: ลำพิ่ง วอนอก Email: lampung@scphkk.ac.th

รับบทความ: 23 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 17 มิ.ย. 68; ตอรับตีพิมพ์: 18 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 6 ก.ค. 68

Factors Associated with Access to Disability Rehabilitation Fund Services for Disabled People in Phon District, Khon Kaen Province

Jeerasak Phomlab*, Lampung Vonok**^a

Abstract

A cross-sectional analytical research study was conducted to examine the level of access to disability rehabilitation fund services, the level of support from society and relevant agencies, the level of awareness of health insurance benefits and rights, and factors associated with access to disability rehabilitation fund services in Phon district, Khon Kaen province. The study employed stratified random sampling with 305 participants. Data collection was performed using questionnaires, and statistical analysis included descriptive statistics and inferential statistics through multiple logistic regression analysis.

The findings revealed that the majority of participants were females (56.07%) with an average age of 58.75 years. Most participants had mobility or physical disabilities (59.02%), were single (34.75%), had completed primary education (74.75%), were unemployed (44.92%), and had an average household income of 7,051.20 Baht. The majority received disability allowances (96.07%) and used motorcycles or three-wheeled vehicles for transportations (37.05%), and were with children serving as primary caregivers (37.05%). Access to rehabilitation fund services was rated at a high level (71.48%), support from society and relevant agencies was at a high level (77.7%), and awareness of health insurance benefits and rights was also at a high level (95.08%). Factors significantly associated with service access included: marital status ($OR_{Adj}=2.22$, 95%CI=1.12-4.42, $p=0.023$), high-level of support from families ($OR_{Adj}=2.40$, 95%CI=1.03-5.59, $p=0.042$), high-level of supports from government personnel ($OR_{Adj}=9.24$, 95%CI=4.06-21.0, $p<0.001$), high-level of supports from government agencies ($OR_{Adj}=2.41$, 95%CI=1.06-5.49, $p=0.036$), and high-level of supports from private sector organizations ($OR_{Adj}=2.66$, 95%CI=1.35-5.24, $p=0.005$). The research findings can be utilized to enhance the effectiveness of disability rehabilitation fund service delivery.

Keywords: Disabled people; Access; Perception; Support; Rehabilitation fund services

* Master of Public Health Candidate, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

** Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Lampung Vonok Email: lampung@scphkk.ac.th

Received: May 23, 25; Revised: Jun. 17, 25; Accepted: Jun. 18, 25; Published Online: Jul. 6, 25

บทนำ

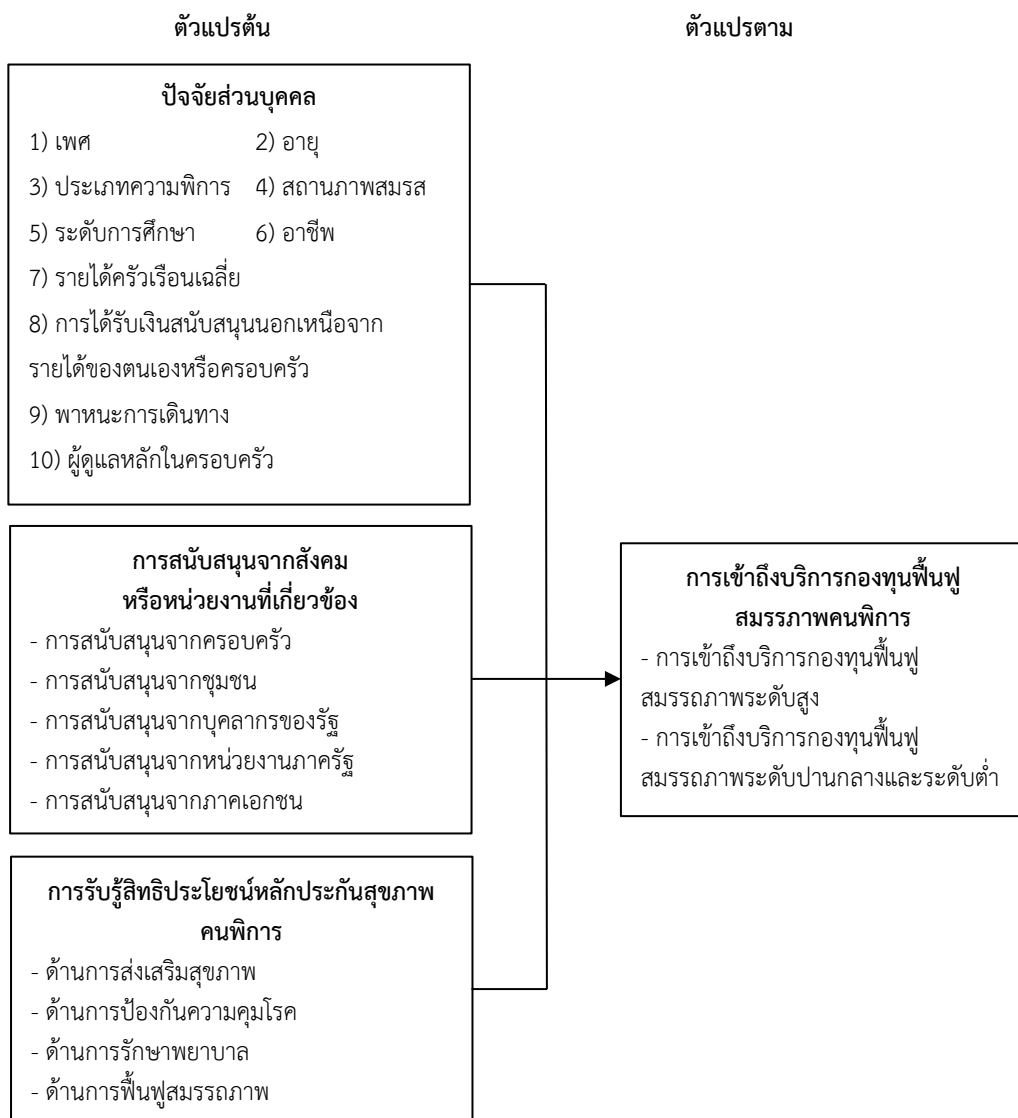
การส่งเสริมสิทธิและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนขององค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีคนพิการทั่วโลกประมาณ 1,300 ล้านคน (ร้อยละ 16 ของประชากรโลก)⁽¹⁾ ประเทศไทยได้บรรจุประเด็นนี้ในยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580)⁽²⁾ ตามหลักการ "เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง" และออกกฎหมายสำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ข้อมูลจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2567) ระบุว่าประเทศไทยมีคนพิการจำนวน 2,215,079 คน (ร้อยละ 3.35 ของประชากรทั้งประเทศ)⁽³⁾ โดยเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายมากที่สุด (ร้อยละ 50.86) และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 57.98) จังหวัดขอนแก่น มีคนพิการ 66,634 คน ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย (ร้อยละ 50.79) ในอำเภอพล มีคนพิการประมาณ 4,044 คน โดยส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 55.19)⁽⁴⁾

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดขอนแก่นปี 2566 พบว่ามีการสนับสนุนการจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการร้อยละ 48.37 และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนร้อยละ 40.88 การทบทวนวรรณกรรมพบว่า คนพิการยังเข้าถึงอุปกรณ์และบริการฟื้นฟูที่เหมาะสมได้จำกัด⁽⁵⁾ และการเข้าถึงสิทธิส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง⁽⁶⁾ แต่ยังคงขาดการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ชนบท ซึ่งทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky & Thomas⁽⁷⁾ ได้นำเสนอมิติการเข้าถึงบริการ 5 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมของหน่วยบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับคุณภาพบริการ และด้วยบริบทอำเภอพลมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายประการ ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์และการคมนาคม 2) การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง 3) การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิที่จำกัด และ 4) การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

ดังนั้น การศึกษานี้มุ่งตอบคำถามวิจัย 4 ประการ ดังนี้ 1) ระดับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในอำเภอพลอยู่ในระดับใด 2) ระดับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับใด 3) ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการของคนพิการในอำเภอพลอยู่ในระดับใด และ 4) ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนานโยบาย จัดสรรทรัพยากร ปรับปรุงการให้บริการ และดำเนินงานเชิงรุกที่ตรงกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยการสนับสนุนจากสังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 3) ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนพิการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย ความพร้อมของหน่วยบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ⁽⁷⁾ จึงได้นำมาออกแบบกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ
2. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนจากสังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของคนพิการ
3. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

คำถามการวิจัย

1. ระดับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับใด
2. ระดับการสนับสนุนจากสังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับใด
3. ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับใด
4. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาระยะยาวเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือคนพิการทุกประเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และได้รับขึ้นทะเบียนคนพิการโดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น หรือผู้ดูแลคนพิการในกรณีที่ผู้พิการไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตัวเอง จำนวน 4,044 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับกรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรแจกแจงและวิเคราะห์ความสัมพันธ์คร่าวหลายตัวแปร โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ดังนั้นจึงใช้สูตรของ Hsieh et al.⁽⁸⁾ ดังนี้

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

โดยผู้วิจัยใช้ค่า p_0 ค่าสัดส่วนจัดทำ Care plan ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าเท่ากับ 0.67 p_1 ค่าสัดส่วนการเข้าถึงจัดทำ Care plan ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิอื่น ๆ ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าเท่ากับ 0.95 และ B ค่าสัดส่วนจัดทำ Care plan ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดมีค่าเท่ากับ 0.96 จากรายงานผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดขอนแก่น ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล⁽⁹⁾ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 150 คน และปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเลือกค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.3 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ คำนวณสัดส่วนของประชากรของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 305 คน

เกณฑ์การคัดเข้า: 1) เป็นคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และมีบัตรคนพิการเนื่องจากได้รับการรับรองความพิการแล้วจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานบริการของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่อธิบดีประกาศ 2) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) สมัครและยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก: 1) คนพิการที่มีความพิการที่เจ็บป่วยรุนแรง หรือพิการจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ย้ายที่อยู่อาศัยออกจากพื้นที่วิจัยขณะทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านได้ค่า IOC=0.67-1.0 และได้ทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.92 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประเภทความพิการ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย การได้รับเงินสนับสนุนนอกเหนือจากรายได้ของตนเองหรือครอบครัว พาหนะการเดินทาง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิดแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากรของรัฐ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ และการสนับสนุนภาคเอกชน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนเต็ม 40 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน โดยกำหนดคะแนน ดังนี้ ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีการสนับสนุน (0 คะแนน) ระดับ 1 หมายถึง มีการสนับสนุนน้อย (1 คะแนน) ระดับ 2 หมายถึง มีการสนับสนุนปานกลาง (2 คะแนน) ระดับ 3 หมายถึง มีการสนับสนุนมาก (3 คะแนน) ระดับ 4 หมายถึง มีการสนับสนุนมากที่สุด (4 คะแนน)

1) การแปลผลการได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลความหมายจากค่าคะแนนตามเกณฑ์ของ Best⁽¹⁰⁾ โดย $\text{อันตรภาคชั้น} = (40-0)/3 = 13.33$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 30 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 21-30 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน

ผู้วิจัยจัดกลุ่มการได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยภาพรวม เป็น 2 กลุ่ม คือ ได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยภาพรวมระดับสูง คะแนนมากกว่า 30 คะแนน และได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยภาพรวมระดับปานกลางและต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน

การแปลผลการได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายด้าน จำนวน 5 ด้าน ๗ ๒ ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับการแปลความหมายจากค่าคะแนนตามเกณฑ์ Best⁽¹⁰⁾ $\text{อันตรภาคชั้น} = (8-0)/3 = 2.67$ ระดับสูง คะแนน มากกว่า 6 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 5-6 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน โดยผู้วิจัยจัดกลุ่มการได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยภาพรวม เป็น 2 กลุ่ม คือ ได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายด้านระดับสูง

คะแนนมากกว่า 6 คะแนน และได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายด้านระดับปานกลางและต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการ มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบเลือกตอบ โดยตอบว่ารับรู้ เมื่อการรับรู้ตรงกับข้อคำถามที่ถาม ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และตอบไม่รับรู้เมื่อการรับรู้ไม่ตรงกับข้อคำถามที่ถาม ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการ 0 คะแนน หมายถึง ไม่รับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการ

การแปลผลการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการ โดยภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลความหมายจากค่าคะแนนตามเกณฑ์ Best⁽¹⁰⁾ โดย $\text{อัตราภาคั่น} = (20-0)/3 = 6.67$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 13 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 8-13 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

ผู้วิจัยจัดกลุ่มการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการโดยภาพรวม ออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการโดยภาพรวมระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน และการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการโดยภาพรวมระดับปานกลางและต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน

การแปลผลการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการรายด้าน จำนวน 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับการแปลความหมายจากค่าคะแนนตามเกณฑ์ Best⁽¹⁰⁾ โดย $\text{อัตราภาคั่น} = (5-0)/3 = 1.67$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 3.34 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 1.68-3.34 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.67 คะแนน

ผู้วิจัยจัดกลุ่มการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการรายด้าน ออกเป็น 2 กลุ่มคือ การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการรายด้านระดับสูง คะแนนมากกว่า 3.34 คะแนน และการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพคนพิการรายด้านระดับปานกลางและต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.34 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบด้วยด้านความพร้อมของหน่วยบริการ ด้านการเข้าถึง ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านความสามารถในการจ่าย ด้านการยอมรับ จำนวน 25 ข้อ โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนนหมายถึงการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการน้อยที่สุด 2 คะแนนหมายถึงการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการน้อย 3 คะแนนหมายถึงการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการปานกลาง 4 คะแนนหมายถึงการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมาก และ 5 คะแนนหมายถึงการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากที่สุด

การแปลผลการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแปลความหมายจากค่าคะแนนตามเกณฑ์ Best⁽¹⁰⁾ อันตรภาคชั้น $= (25-5)/3 = 6.67$ ระดับสูง มากกว่า 18 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 13-18 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน

การแปลผลการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับการแปลความหมายจากค่าคะแนนตามเกณฑ์ Best⁽¹⁰⁾ อันตรภาคชั้น $= (125-25)/3 = 33.33$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 92 คะแนน ระดับปานกลางคะแนน 59-92 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 58 คะแนน

ผู้วิจัยจัดกลุ่มการหาความสัมพันธ์การเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพลจังหวัดขอนแก่น ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ การเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการโดยภาพรวมระดับสูง คะแนนมากกว่า 92 คะแนน และการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการระดับปานกลางและต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 92 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽⁸⁾ คัดเลือกตัวแปรจากการวิเคราะห์แบบ Bivariable analysis เข้าสู่การวิเคราะห์แบบ Multivariable analysis เมื่อตัวแปรใด ๆ มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ แล้วใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร จนกว่าจะได้ Model ที่ดีที่สุด แล้วนำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วย (OR_{Adj}) และ (95% CI) และค่า $p\text{-value}$ ที่ระดับ < 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ICH GCP) เลขที่ HE671184 เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.07%) มีอายุเฉลี่ย 58.75 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (61.64%) ความพิการส่วนใหญ่เป็นทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (59.02%) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (74.75%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (44.92%) และมีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน 7,051.20 บาท โดยได้รับเบี้ยความพิการหรือเบี้ยผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ (96.07%) ใช้จักรยานยนต์และสามล้อพ่วงในการเดินทาง (37.05%) ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรธิดา (37.05%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (n=305 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	134	43.93
หญิง	171	56.07
อายุ (ปี) Mean=58.75, SD=25.71, Median=68, Min=2, Max=96		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (n=305 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทความพิการ		
พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย	180	59.02
พิการด้านอื่น	125	40.98
สถานภาพสมรส		
โสด	106	34.75
สมรส	100	32.79
อื่น ๆ	99	32.47
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	27	8.85
ประถมศึกษา	228	74.75
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	50	16.40
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	137	44.92
เกษตรกรกรรม	93	30.49
อาชีพอื่น	75	24.59
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
Mean=7,051.20, SD=6,958.794, Median=5,000, Min=600, Max=50,000		
การได้รับเงินสนับสนุนนอกเหนือจากรายได้		
เบี้ยความพิการ/ผู้สูงอายุ	293	96.07
เงินช่วยเหลืออื่น	12	3.93
พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง		
รถจักรยานยนต์/สามล้อพ่วง	113	37.05
รถยนต์/ปิกอัพ	86	28.20
พาหนะอื่น	106	34.75
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว		
บุตรธิดา	113	37.05
พ่อ/แม่	58	19.02
อื่น ๆ	134	43.93

การสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของคนพิการในเขตอำเภอพลจังหวัดขอนแก่น โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.70 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีการสนับสนุนในระดับสูง โดยด้านที่ได้รับการสนับสนุนสูงสุด คือการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 83.61 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากบุคลากรของรัฐ ร้อยละ 82.95 และการสนับสนุนจากชุมชน ร้อยละ 78.36 ส่วนด้านที่มีการสนับสนุนในระดับต่ำมากที่สุดคือ การสนับสนุนจากภาคเอกชน ร้อยละ 26.89 ในส่วนของการรับรู้

สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยภาพรวม ร้อยละ 95.08 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่รับรู้สูงที่สุดคือ การรับรู้สิทธิด้านป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 94.75 รองลงมาคือด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 94.09 ส่วนด้านที่รับรู้ในระดับต่ำมากที่สุดคือ ด้านการฟื้นฟูสภาพพบเพียงร้อยละ 1.97 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (n=305)

รายละเอียดของตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงาน n (%)				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	Mean	SD
การสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงาน					
ด้านที่ 1 การสนับสนุนจากครอบครัว	248 (81.31)	49 (16.07)	8 (2.62)	2.79	0.47
ด้านที่ 2 การสนับสนุนจากชุมชน	239 (78.36)	61 (20.00)	5 (1.64)	2.77	0.46
ด้านที่ 3 การสนับสนุนจากบุคลากรของรัฐ	253 (82.95)	48 (15.74)	4 (1.31)	2.82	0.42
ด้านที่ 4 การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	255 (83.61)	47 (15.41)	3 (0.98)	2.83	0.40
ด้านที่ 5 การสนับสนุนจากภาคเอกชน	130 (42.62)	93 (30.49)	82 (26.89)	2.16	0.82
ภาพรวมการสนับสนุนจากสังคม-หน่วยงาน	237 (77.70)	63 (20.66)	5 (1.64)	30.67	6.41
การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ					
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	280 (91.8)	21 (6.89)	4 (1.31)	2.90	0.34
ด้านป้องกันควบคุมโรค	289 (94.75)	13 (4.27)	3 (0.98)	2.90	0.34
ด้านการรักษาพยาบาล	287 (94.09)	16 (5.25)	2 (0.66)	2.93	0.27
ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	271 (88.85)	28 (9.18)	6 (1.97)	2.87	0.39
ภาพรวมการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ	290 (95.08)	14 (4.59)	1 (0.33)	18.80	2.38

การเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.48 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.21 รองลงมาคือด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.72 ในส่วนของการเข้าถึงระดับต่ำมากที่สุดคือ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกพบสูงถึงร้อยละ 70.16 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคณพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (n=305)

การเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพรายด้าน	ระดับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ n (%)				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	mean	SD
ด้านความพร้อมของหน่วยบริการ	222 (72.79)	79 (25.90)	4 (1.31)	2.71	0.48
ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก	0.0 (0.00)	91 (29.84)	214 (70.16)	1.30	0.46
ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก	266 (87.21)	34 (11.15)	5 (1.64)	2.86	0.40
ด้านความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ	166 (54.43)	111 (36.39)	28 (9.18)	2.45	0.66
ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ	234 (76.72)	67 (21.97)	4 (1.31)	2.75	0.46
ภาพรวม	218 (71.48)	86 (28.2)	1 (0.33)	101.87	16.52

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคณพิการ กับ การเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เมื่อทำการควบคุมจำนวน 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนจากสังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 5 ตัวแปร ดังนี้ 1) สถานภาพการมีคู่สมรส มีโอกาสในการเข้าถึงบริการระดับสูง 2.22 เท่า เมื่อเทียบกับสถานภาพอื่น ๆ ($OR_{Adj}=2.22$, $95\%CI=1.12-4.42$, $p-value=0.023$) 2) การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีโอกาสในการเข้าถึงบริการระดับสูงมากถึง 2.40 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลางและต่ำ ($OR_{Adj}=2.40$, $95\%CI=1.03-5.59$, $p-value=0.042$) 3) การสนับสนุนจากบุคลากรรัฐอยู่ในระดับสูง มีโอกาสเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิการในระดับสูงมากกว่าการสนับสนุนจากบุคลากรรัฐในระดับปานกลางและระดับต่ำ 9.24 เท่า ($OR_{Adj}=9.24$, $95\%CI=4.06-21.0$, $p-value < 0.001$) 4) การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐอยู่ในระดับสูง มีโอกาสเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิการในระดับสูงมากกว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในระดับปานกลางและระดับต่ำ 2.41 เท่า ($OR_{Adj}=2.41$, $95\%CI=1.06-5.49$, $p-value=0.036$) และ 5) การสนับสนุนจากภาคเอกชนในระดับสูง มีโอกาสเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิการในระดับสูงมากกว่า การสนับสนุนจากภาคเอกชนในระดับปานกลางและระดับต่ำ 2.66 เท่า ($OR_{Adj}=2.66$, $95\%CI=1.35-5.24$, $p-value=0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปรระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการกับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (n=305 คน)

ปัจจัย	ระดับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ n (%)		OR _{Crude}	OR _{Adj}	95% CI	p-value
	สูง	ปานกลาง/ต่ำ				
สถานภาพสมรส						
โสด	83 (83.0)	17 (17.00)	2.82	2.22	1.12-4.42	0.023*
คู่สมรส	130 (63.41)	75 (36.59)	1	1	1	
การสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการสนับสนุนโดยภาพรวม						
ระดับสูง	185 (78.06)	52 (21.94)	5.08	0.70	0.27-1.79	0.452
ระดับปานกลาง/ระดับต่ำ	28 (41.18)	40 (58.82)	1	1	1	
การสนับสนุนจากครอบครัว						
ระดับสูง	189 (76.21)	59 (23.79)	4.40	2.40	1.03-5.59	0.042*
ระดับปานกลาง/ระดับต่ำ	24 (42.11)	33 (57.89)	1	1	1	
การสนับสนุนจากบุคลากรรัฐ						
ระดับสูง	202 (79.84)	51 (20.16)	14.76	9.24	4.06-21.0	<0.001*
ระดับปานกลาง/ระดับต่ำ	11 (21.15)	41 (78.85)	1	1	1	
การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ						
ระดับสูง	193 (75.69)	62(24.31)	4.67	2.41	1.06-5.49	0.036*
ระดับปานกลาง/ระดับต่ำ	20 (40.0)	30(60.0)	1	1	1	
การสนับสนุนจากภาคเอกชน						
ระดับสูง	112 (86.15)	18(13.85)	4.57	2.66	1.35-5.24	0.005*
ระดับปานกลาง/ระดับต่ำ	101 (57.71)	74(42.29)	1	1	1	

* มีนัยสำคัญที่ระดับ p=0.05

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

การเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพโดยภาพรวมในระดับสูง (ร้อยละ 71.48) และทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 70.16) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้พิการตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงครามพบว่าการเข้าถึงสิทธิของคนพิการอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁶⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง

คนพิการในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน อยู่ระดับสูง จึงทำให้เข้าถึงโดยสภาพได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 70.16) นั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 61.64) และพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการคือรถโดยสารประจำทาง รถจักรยานยนต์ สามล้อพ่วง (ร้อยละ 54.19)

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนจากสังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ระดับการได้รับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสภาพรวมอยู่ในระดับสูง (77.70%) โดยภาครัฐมีบทบาทสำคัญมากที่สุด (83.61%) ผ่านหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รองลงมาคือบุคลากรภาครัฐ (82.95%) เนื่องจากอำเภอพลมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นคนในชุมชน มีบทบาทหน้าที่ช่วยประสานงานการเข้าถึงบริการแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ครอบคลุมมีความสำคัญในการสนับสนุน (81.31%) โดยมีส่วนช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการ ขณะที่ภาคเอกชนให้การสนับสนุนในระดับต่ำสุด (42.62%) เมื่อเทียบกับภาคส่วนอื่นสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ คุณภาพคนพิการจังหวัดเพชบูรณ์พบว่า ได้รับการสนับสนุนเรื่องการศึกษา อาชีพ การเข้าถึงสังคม สิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับมาก⁽¹¹⁾ และผลการศึกษาก่อนหน้านี้สนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกำหนดในการใช้บริการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พบว่าการผู้พิการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับสูง⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยภาพรวมร้อยละ 95.08 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่รับรู้สูงที่สุดคือ การรับรู้สิทธิด้านป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 94.75 รองลงมาคือด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 94.09 ส่วนด้านที่รับรู้ในระดับต่ำมากที่สุดคือ ด้านการฟื้นฟูสภาพพบเพียงร้อยละ 1.97 กลุ่มคนพิการมีระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับสูง เนื่องจากบุคลากรของรัฐในส่วนของผู้ให้บริการ รพ.สต. อสม. ให้บริการเชิงรุก เช่น การคัดกรองโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดใหญ่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น แต่การรับรู้ด้านการฟื้นฟูสภาพในระดับต่ำมาก (เพียงร้อยละ 1.97) เนื่องจากหน่วยงานที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมีข้อจำกัดในการให้บริการโดยบุคลากรไม่เพียงพอ และคนพิการในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดด้านการเดินทางอาจเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ยาก เนื่องจากศูนย์ฟื้นฟูหรือหน่วยงานที่ให้บริการอาจตั้งอยู่ในเขตเมืองหรือพื้นที่ที่เดินทางไปมาลำบาก สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า การรับรู้ในสิทธิประโยชน์ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง⁽¹³⁾ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้การรับรู้สิทธิของผู้ด้อยโอกาสตามมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมสิทธิของผู้ด้อยโอกาส พ.ศ. 2550: กรณีศึกษาจังหวัดพิจิตร พบว่า การรับรู้สิทธิคนพิการตามมาตรา 20 โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 จำนวน 5 ตัวแปร ดังนี้

1) สถานภาพการมีคู่สมรส มีโอกาสเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับสูงมากกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 61.64) และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 16.39) และนอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (ร้อยละ 81.31) อาจส่งผลให้การช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการของกองทุนสุขภาพได้ดี เนื่องจากคู่สมรสเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือหลักในการเดินทาง การติดต่อประสานงาน และการให้ข้อมูล สอดคล้องกับผลการศึกษาตัวทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในบริบทของอิหร่านพบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁵⁾

2) การศึกษาพบว่าคนพิการที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงมีโอกาเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำถึง 2.40 เท่า ($95\%CI=1.03-5.59$, $p\text{-value}=0.042$) เนื่องจากคนพิการที่มีครอบครัวดูแลใกล้ชิดทำให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการค้นหาแหล่งบริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยเหลือพาไปพบแพทย์ การติดตามการรักษา และการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูต่าง ๆ ช่วยในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องผลการศึกษางค์ประกอบความสุขของผู้สูงอายุพิการในสมาร์ทซิตี จังหวัดขอนแก่นที่พบว่า คนพิการมีครอบครัวดูแลมีโอกาเข้าถึงบริการมากกว่า⁽¹⁶⁾ และผลการศึกษาศักยภาพการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกำหนดในการใช้บริการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เข้าถึงบริการได้มากกว่า⁽¹²⁾

3) การสนับสนุนจากบุคลากรรัฐอยู่ในระดับสูง มีโอกาเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับสูงมากกว่า การสนับสนุนจากบุคลากรรัฐในระดับปานกลางและระดับต่ำ 9.24 เท่า ($OR_{Adj}=9.24$, $95\%CI=4.06-21.0$, $p\text{-value}<0.001$) โดยอสม. ในพื้นที่ช่วยประสานงานให้และบทบาทเชิงรุกของบุคลากรรัฐ ในการค้นหา แนะนำ และช่วยเหลือคนพิการให้เข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟู มีความไว้วางใจและเชื่อถือในคำแนะนำจากบุคลากรรัฐมากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาคความเข้าใจอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ: การศึกษาเชิงคุณภาพกับมารดาหรือผู้ดูแลสตรีของเด็กพิการในอินโดนีเซีย บุคลากรภาครัฐเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนสูง⁽¹⁷⁾ แตกต่างจากการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการรายบุคคลด้วยสาธารณสุขทางไกล พบว่าคนพิการด้านการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการประเภทรถเข็นที่ปรับแต่งให้เหมาะสมกับคนพิการแต่ละราย ได้จริงจากบุคลากรภาครัฐ⁽⁵⁾

4) การศึกษาพบว่าคนพิการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในระดับสูงมีโอกาเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูง มากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำถึง 2.41 เท่า ($95\%CI=1.06-5.49$, $p\text{-value}=0.036$) พบว่าได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในระดับสูง (83.61%) ผ่านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์บริการจากหน่วยงานสาธารณสุข เนื่องจากอำเภอพลมีการประชาสัมพันธ์

และมีเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนมีการนำนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติมีแนวทางการดำเนินงานชัดเจน การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดบริการเชิงรุกค้นหาคนพิการในชุมชน การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการอำนวยความสะดวกโดยลดขั้นตอนที่ซับซ้อน สอดคล้องผลการศึกษการเพิ่มการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐด้านการพัฒนาอาชีพของผู้พิการด้วยกลุ่มเครือข่ายสมาคมคนตาบอดและคนพิการจังหวัดร้อยเอ็ดหน่วยงานของภาครัฐเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนเรื่องการศึกษา จัดหาทุนกู้ยืม และจัดสวัสดิการต่าง ๆ⁽¹⁸⁾ แตกต่างจากการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการรายบุคคลด้วยสาธารณสุขทางไกล พบว่าภาครัฐเข้าไม่ถึง คนพิการด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการประเภท รถเข็นที่ปรับแต่งให้เหมาะสมกับคนพิการแต่ละรายได้จริง⁽⁵⁾

5) การศึกษาพบว่าคนพิการที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนในระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำถึง 2.66 เท่า (95%CI=1.35-5.24, p-value=0.005) โดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนในระดับสูง (42.62%) เขตอำเภอพลเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่ดี อาชีพส่วนใหญ่ค้าขาย มีนักธุรกิจเข้ามาลงทุนมากภาคเอกชนมีการสนับสนุนด้านทรัพยากรทางการเงิน การจ้างงาน การฝึกอบรม การอำนวยความสะดวก การให้ความช่วยเหลือทางสังคม และการจัดหาอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมที่เน้นช่วยเหลือคนพิการสอดคล้องผลการศึกษาแนวทางการฟื้นฟูผู้พิการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนอย่างดี⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรสร้างระบบอาสาสมัครชุมชนและบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุก พร้อมพัฒนาเครือข่ายครอบครัวเพื่อสนับสนุนคนพิการที่อยู่คนเดียว พัฒนาศักยภาพบุคลากรภาครัฐให้มีทักษะการให้บริการคนพิการและบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก การจ้างงาน และพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะที่เป็นมิตรกับคนพิการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาเหตุผลเชิงลึกว่าเหตุใดการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของคนพิการที่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.08) จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]., 2024 [cited 2024 Jul 11]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities>

2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ 112 ก (28 ธันวาคม 2561) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ก.ค. 11]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=9035
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ก.ค. 11]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dep.go.th/th/rights-welfares-services/disabled-person-fund>
4. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลผู้พิการจังหวัดขอนแก่น 2567. ขอนแก่น: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น; 2567.
5. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อภิญาพัชญ์ กองเกิด, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, ณาณิกา อักษรนำ, นำพร สามภักดิ์. โครงการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการรายบุคคลด้วยสารสนเทศสุขภาพ (ระยะที่1) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2568 พ.ค. 17]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5758/hs2901.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. บุญวัฒน์ ไทรย้อย, พรรณราย สุขมณี, วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว. การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้พิการตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2565; 7(2):71-81.
7. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981 Feb;19(2):127-40. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
8. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623-34. doi: 10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ก.ค. 11]. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
11. สมเกียรติ คำโสม, รุ่งริตติ คงยั่งยืน. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารธรรมเพื่อชีวิต. 2566; 29(4):438-51.
12. Safran DG, Graham JD, Osberg JS. Social supports as a determinant of community-based care utilization among rehabilitation patients. Health Serv Res. 1994 Feb;28(6):729-50.

13. ญาณิ ศิริภัทรโสภณ, อังสนา บุญธรรม, อรุณช ภาชื่น, อุมาวดี เหลาทอง. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. วารสาร สมาคมนักวิจัย. 2562; 24(1):151-62.
14. อัจฉรา ฉัตรแก้ว, โชติ บดีรัฐ. การรับรู้สิทธิของผู้ด้อยโอกาสตามมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550: กรณีศึกษาในเขตจังหวัดพิจิตร. Journal of Modern Learning Development. 2564;6(3):180-92.
15. Karami Matin B, Kamali M, Williamson HJ, Moradi F, Solatni S. The predictors of access to health services for people with disabilities: A cross sectional study in Iranian context. Med J Islam Repub Iran. 2019 Nov 23;33:125. doi: 10.34171/mjiri.33.125.
16. Narongchai W. The Elements of Happiness of Disabled Older Adults in Khon Kaen Smart City, Khon Kaen, Thailand. J Popul Soc Stud. 2022;30: 377-90.
17. Asa GA, Fauk NK, Mwanri L, Ward PR. Understanding Barriers to the Access to Healthcare and Rehabilitation Services: A Qualitative Study with Mothers or Female Caregivers of Children with a Disability in Indonesia. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 3;18(21):11546. doi: 10.3390/ijerph182111546.
18. วีระชัย อาษารินทร์, อจิรภาส เพียรขุนทด. การเพิ่มการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐด้านการพัฒนาอาชีพของผู้พิการด้วยกลุ่มเครือข่าย: กรณีศึกษาสมาคมคนตาบอดและคนพิการ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2565;17(59):93-9.
19. วรานนท์ ปฐมโรจนฤทธิ์, ศุภสิทธิ์ เลิศบัวสิน. แนวทางการฟื้นฟูผู้พิการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC). วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2565;10(5):2050-64.

ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนจังหวัดชัยภูมิ

กัลยาณี จันธิมา^a, ชลลดา แนนตุ^{**}, วีรพล จันธิมา^{***}, ชัชวาล น้อยวังขัง^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ต.ดงกลาง อ.คอนสาร จ.ชัยภูมิ คัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบเจาะจง 90 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน นักพัฒนาชุมชน ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิค PAR การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการสะท้อนความคิด ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ: ระยะที่ 1 อภิปรายและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับโดยการพัฒนา ระยะที่ 2 สร้างและทดสอบรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยแบบจำลอง CIPP ดำเนินการระหว่างพฤศจิกายน 2564 ถึงกรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบที่สร้างขึ้น 2) การดำเนินงานบูรณาการผ่านส่วนสาธารณสุข โรงเรียน และชุมชน 3) การพัฒนาความรู้และทักษะรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) การดำเนินการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนและชุมชน และ 5) รูปแบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ องค์ประกอบของรูปแบบในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับควรเป็นกระบวนการติดตาม สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ควรมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน; การป้องกันพยาธิใบไม้ในตับ; พฤติกรรม

^{*} สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

^{**} โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อ.คอนสาร จ.ชัยภูมิ

^{***} มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a Corresponding author: กัลยาณี จันธิมา Email: Kul4080@yahoo.com

รับบทความ: 29 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 18 มิ.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 18 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ก.ค. 68

The Effects of Community Participation Model Development on Behaviors to Prevent Liver Fluke among Local People in Chaiyaphum

Kulyanee Junthima^{*a}, Chonlada Naptu^{**},
Weerapol Chunthima^{***}, Chutchawal Noiwangkang^{*}

Abstract

The objectives of the participatory action research were to study situations and develop a community participation model to prevent and resolve liver fluke disease among residents in Dongkang subdistrict, Kongsan district, Chaiyaphum. Ninety participants including village health volunteers, community leaders, school health volunteers, community development personnel, teachers, and public health professionals were selected. Data were obtained using PAR technique, in-depth interviews, focus groups, participatory and non-participatory observations, and reflections with data triangulation approach. The research was divided into 3 phases: phase 1-discussions and learning together to analyze problems and find solutions on liver fluke prevention behavior; phase 2-model development and testing; and phase 3-model evaluation using CIPP model. The study was conducted during November 2021 and July 2024. Data were analyzed using content analyses.

The developed model included 1) leaders' potential development, 2) integrated operations through public health, schools, and communities, 3) development of knowledge and skills for liver fluke prevention, 4) implementations in schools and communities, and 5) monitoring and evaluations. The components of the model should include monitoring and supporting at-risk population to understand perceived barriers and self-efficacy, preventive behaviors, and determinations in preventive behaviors, as well as continuing monitoring and evaluation.

Keywords: Community participatory action research; Preventing of liver fluke; Behavior

^{*} Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima Province

^{**} Dong Klang Sub-district Health Promoting Hospital, Khonsan District, Chaiyaphum Province

^{***} Suranaree University of Technology

^a Corresponding author: Kulyanee Junthima Email: Kul4080@yahoo.com

Received: May 29, 25; Revised: Jun. 18, 25; Accepted: Jun. 18, 25; Published Online: Jul. 7, 25

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*: *O. viverrini*) เป็นสารก่อมะเร็งที่ก่อให้เกิดอัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก และเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขมานานกว่า 100 ปี ในประเทศไทย โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁾ พบกลุ่มเสี่ยง 6 ล้านคนจากประชาชนประมาณ 20 ล้านคน ส่วนใหญ่อายุ 40-50 ปี เสียชีวิตปีละมากกว่า 1 หมื่นคน สาเหตุสำคัญมาจากการกินปลาดิบ และผู้ที่ติดพยาธิใบไม้ตับมากกว่า 20 ปีจะมีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อคนไทยสุขภาพดี ตั้งเป้าหมายอัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2575 อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2568 ปลาปลอดเชืวน้อยกว่าร้อยละ 1 การดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า สถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัด (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) ในปี พ.ศ. 2559, 2560, 2561, 2562, 2563 และ 2564 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564) พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของเขตเฉลี่ยร้อยละ 16.3, 7.71, 4.41, 3.0, 3.6 และ 2.74 ตามลำดับ และระดับจังหวัดในปี 2559 และปี 2564 พบว่า จังหวัดชัยภูมิ ประชาชนติดพยาธิใบไม้ตับเกินกว่าร้อยละ 5 (ปี 2559 ร้อยละ 12.9 ปี 2564 ร้อยละ 5.9)⁽²⁾ ซึ่งปัจจัยและสาเหตุหลักของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เนื่องจากประชาชนยังมีพฤติกรรมในการบริโภคปลาร้าดิบ ปลาสามสับดิบ ลาบหรือก้อยปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ร่วมกับความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเรื่องการฆ่าพยาธิจากการใช้เครื่องปรุงรส เช่น การต้มเหล้าไปพร้อมกับการกินก้อยปลา ไม่เพียงแต่วัฒนธรรมการกินเท่านั้น พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิด้วย⁽³⁾ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดโรคและถือเป็นปัญหาอุปสรรคในการแก้ไขปัญหายังยั้งยืน เกื้อหนุนทำให้ประชาชนติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชากรประมาณ 6 ล้านคนที่ติดเชื้อ *O. viverrini* อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁾ Sripa et al.⁽⁴⁾ รายงานว่าประมาณ 8 ล้านคนติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ Xia et al.⁽⁵⁾ ระบุว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด โดยมีอัตราประมาณ 85 รายต่อ 100,000 คนต่อปี คนจะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสายพันธุ์ *Opisthorchis* เมื่อกินปลาดิบหรือปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ปรุง หรือกึ่งที่ติดเชื้อปรสิตและอาศัยอยู่ที่ ตับ ถุงน้ำดี และท่อน้ำดี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการ หากไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการรุนแรงและเกิดความเจ็บป่วยขึ้น เชื้อสามารถอยู่ในร่างกายได้นานถึง 25-30 ปี ขึ้นอยู่กับอายุขัยของปรสิต ทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินน้ำดีอย่างต่อเนื่องหรือการอักเสบเรื้อรัง เยื่อบุผิวทางเดินน้ำดีถูกทำลาย เกิดพังผืดในช่องท้อง และการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ตับที่เป็นมะเร็ง ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ *Opisthorchiasis* สูงเป็นพิเศษเนื่องจากการบริโภคอาหารดิบแบบดั้งเดิมที่ปรุงจากปลาแม่น้ำเป็นเวลานาน (ดิบ หมัก หรือปรุงไม่สุก)^(6,7) ในประเทศไทย พบว่ารายงานจำนวนผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ระบาดของโรค *Opisthorchiasis* สูงกว่าพื้นที่ไม่ระบาดถึง 20 เท่า จังหวัดชัยภูมิ รายงานอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ (17.6%)⁽²⁾ อัตราการติดเชื้อสูงที่สุดในกลุ่มคนอายุ 25-58 ปี ความชุกของตัวอ่อนพยาธิในโฮสต์กึ่งกลางโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งได้แก่หอยและปลาน้ำจืดมีเกล็ด ซึ่งจะเป็นดัชนีชี้วัดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจนเป็นสาเหตุนำไปสู่การป่วย ด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี แต่การที่พยาธิสภาพจะพัฒนาจนกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีจะใช้เวลาถึง 20 ปี ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเฝ้าระวังต่อไปในอนาคต และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนรณรงค์ป้องกันการติดโรคหนอนพยาธิในพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ *O. viverrini* ในจังหวัดชัยภูมิ ทำให้แผนการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดำเนินการได้ผลน้อย ดังนั้น เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูง จึงจำเป็นต้องลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนการแก้ไขพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และแก้ไขพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยวิธีการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่ยั่งยืนที่สุด คือชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนวางแผน ดำเนินการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการร่วมกัน ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) จึงเป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากชุมชนแสวงหาแนวคิด ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และแนวทางแก้ไขปัญหามาพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะส่งผลให้โครงการมีความต่อเนื่องยั่งยืนเพราะทุกคนมีส่วนร่วม ชุมชนให้ความร่วมมือในการคิดและการดำเนินงานและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและแผนงานของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในจังหวัดชัยภูมิ ชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เริ่มดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 เพื่อได้รูปแบบที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่รวมทั้งชุมชนใกล้เคียงต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลดงกลาง อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลดงกลาง อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ดำเนินงานโดยคนในชุมชนร่วมกำหนดรูปแบบและแผนงานโดยใช้บุคลากรและทรัพยากรภายในชุมชนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภายในและภายนอกพื้นที่วิจัย เพื่อให้ได้รูปแบบและแผนงานที่ประชาชนสามารถร่วมกันแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

พื้นที่วิจัย ใช้วิธีเลือกข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกชุมชนในตำบลดงกลาง อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ เป็นพื้นที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงกรกฎาคม 2567 เพราะมีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับสูงสุดในจังหวัดชัยภูมิและผู้บริหารท้องถิ่นยินดีเข้าร่วมโครงการเนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุนหลายประการ เป็นที่ราบสูง มีลำน้ำไหลผ่านหลายสาย โดยมีลำห้วยยางเป็นลำน้ำสายหลักของตำบล มี 9 หมู่บ้าน 1,982 หลังคาเรือน ประชากร 6,405 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม ทำไร่นา ไร่ย่อย ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงรักษาวัฒนธรรมท้องถิ่นของอีสาน ภาษาถิ่น ประเพณีพื้นบ้าน และวิถีชีวิต รวมถึงนิสัยการกิน

ผู้ร่วมวิจัย ใช้วิธีเลือกข้อมูลแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้แทนชาวบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขโรงเรียน และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู เจ้าหน้าที่เกษตรตำบล นักพัฒนาชุมชน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนทั้งหมด 90 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเกี่ยวข้องสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล และคณะ จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ศึกษาสภาพปัญหาและพฤติกรรมชุมชน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการกิน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ลักษณะข้อคำถามมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 4 ระดับ ได้แก่ เชื่อมั่นมากที่สุด เชื่อมั่น ไม่เชื่อมั่น และไม่เชื่อมั่นมากที่สุด

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบประเมินค่า โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 3 ระดับ ได้แก่ กินประจำ กินบางครั้ง ไม่เคยกิน และไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ และ 2) แบบตรวจสอบรายการ โดยมีข้อความดังนี้ ทุกครั้ง บ่อย (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) และไม่เคยเลย จากระดับคะแนนของเกณฑ์ข้างต้นจะนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้ต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความถูกต้องของเนื้อหาของแบบสอบถามได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญสองคน

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

การเตรียมการ: ขั้นตอนนี้มีความสำคัญต่อการสร้างความสัมพันธ์อันดี ความเข้าใจ และความไว้วางใจระหว่างนักวิจัย ผู้นำชุมชน ประชาชน และเจ้าหน้าที่ของรัฐในพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับพื้นที่ เช่น แผนที่ สภาพสังคม ภูมิศาสตร์ ทรัพยากรน้ำจืด อาชีพ และชีวิตประจำวัน เพื่อให้ นักวิจัยเข้าใจและซึมซับข้อมูลสู่ชุมชนและเข้าใจวิถีชีวิตของผู้คนอย่างแท้จริง อีกทั้งยังทำให้คนในพื้นที่ไว้วางใจนักวิจัยและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มอีกด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การศึกษาสภาพปัญหาและพฤติกรรมชุมชน ได้แก่ สภาพสุขภาพ พฤติกรรมการกิน ทิมีวิจัยได้สำรวจผู้เข้าร่วมในพื้นที่ถึงระดับความรู้ ความตั้งใจ และแนวปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ ทีมงานได้จัดกลุ่มอภิปรายและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจกิจกรรมอย่างถ่องแท้

ขั้นตอนที่ 2 (ปฏิบัติการ): ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมหลักของการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชาวบ้านผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน และนักพัฒนา ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐในพื้นที่ มีแผนงานในการแก้ไขปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับในชุมชน ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้จัดกระบวนการประชุมเท่านั้น ทีมวิจัยได้เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่จำนวน 90 ราย เข้าร่วมการประชุมเพื่อรับทราบปัญหา วิเคราะห์ หรือวิพากษ์วิจารณ์สาเหตุของปัญหา และวางแผนการแก้ปัญหาตลอดจนกำหนดรูปแบบและแผนงานโดยใช้บุคลากรและทรัพยากรภายในชุมชน กิจกรรมดังกล่าวสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมออกแบบแผนโครงการและบริหารจัดการ ดำเนินกิจกรรมตามแผน โดยจัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ พฤติกรรมเสี่ยงและหาหรือเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ โดยทีมนักวิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อทดสอบรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ โดยเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ พร้อมด้วยข้อมูลจากกระบวนการเข้าสู่ชุมชนและสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ข้อมูลทั้งหมดได้รับการวิเคราะห์และนำเสนอด้วยวิธีง่าย ๆ ใช้ภาษาท้องถิ่น วิดีโอ สไลด์ และใช้แผ่นกระดาษติดผนังนำเสนอข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมรับรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยของพยาธิใบไม้ในตับ การวางแผนองค์กร เมื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและเลือกปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกแล้ว ผู้นำการประชุมจะแบ่งผู้เข้าร่วมออกเป็น 4 กลุ่มย่อยตามความจำเป็นในการแก้ปัญหาของแต่ละคน เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาได้วางแผนในการแก้ปัญหาร่วมกัน ทั้งต้องวางแผน กำหนดกิจกรรม กำหนดเวลา ระบุเวลาจัดกิจกรรม กำหนดแหล่งงบประมาณ ระบุผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานโดยเน้นการพึ่งพาตนเองในพื้นที่และใช้ทรัพยากรบุคคล การดำเนินการตามแผนเมื่อได้รับแผนการแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ในตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วจึงนำไปปฏิบัติ โดยมอบหมายให้ผู้นำชุมชนแบ่งปันความรู้กับประชาชนในหมู่บ้านและโรงเรียน มีการรณรงค์ส่งเสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ในตับในหมู่บ้านและโรงเรียน

ขั้นตอนที่ 3: การประเมินผลลัพธ์ ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินความก้าวหน้าและสรุปผลและประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับด้วย CIPP model ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมผ่านการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนในการดำเนินการในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ อสม. อสร. และประชาชนทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลถูกเก็บรวบรวมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งไม่พบข้อมูลใหม่ เช่น ข้อมูลมีความอิ่มตัว การศึกษาเชิงคุณภาพใช้เทคนิคสนทนากลุ่มในประเด็น ดังนี้ 1) สถานการณ์การบริโภคปลาในชุมชน 2) การรับรู้อุปสรรค 3) การรับรู้ความสามารถตนเอง 4) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ และ 5) การวินิจฉัยและการรักษาโรคติดเชื้อ *O. viverrini*

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การวิเคราะห์จำนวนแผนงานที่ดำเนินการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ระดับการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ และความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความชุก

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การวิเคราะห์ PAR ดำเนินการเพื่อทำความเข้าใจและตีความเนื้อหาของข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยดำเนินการควบคู่ไปกับการรวบรวมข้อมูลของแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ดำเนินการโดยนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และมีความรู้ความเข้าใจในบริบทของการศึกษา

ผู้ได้รับการคัดเลือกที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยจะต้องขออนุญาตจากผู้นำชุมชน เมื่อผู้นำชุมชนอนุญาต ผู้วิจัยปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การอธิบายขั้นตอนการวิจัย การดำเนินงาน ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชนและสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมได้มีโอกาสเลือกอย่างอิสระ และให้แสดงความสมัครใจในการร่วม เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยคำพูดตอบรับ (Verbal consent) และประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยแบบสอบถามศึกษาสภาพปัญหาและพฤติกรรมชุมชน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการกิน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แล้วดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมจำนวน 90 คน อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามคือ 32.6 ปี (SD=22.0) และอยู่ในช่วง (9-75 ปี) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (58.4%) เป็นผู้หญิง แต่งงานแล้ว (54.4%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (74.4%) ทำงานในภาคเกษตรกรรม (36.7%)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า: วิเคราะห์สภาพปัญหาภายในชุมชน กระบวนการนี้เป็นการศึกษาชุมชนเพื่อแบ่งปันและเรียนรู้ในมิติทางสังคมในชุมชน ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม วิถีชีวิต และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับควรเป็น 1) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการพัฒนากระบวนการรูปแบบ 2) การดำเนินงานบูรณาการผ่านส่วนสาธารณสุข โรงเรียน และชุมชน 3) การพัฒนาความรู้และทักษะรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนและชุมชน และ 5) ติดตาม กำกับ และประเมินผลรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังจากจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว ทีมวิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการประชุมได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนจัดทำแผนชุมชนโดยใช้บุคลากรและทรัพยากรภายในชุมชน และของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภายในและภายนอกพื้นที่วิจัยเพื่อให้ได้รับ รูปแบบหรือแผนงาน

ที่ประชาชนสามารถร่วมกันใช้แก้ไขปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วางแผนที่จะติดตามและประเมินผลโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียนและชุมชน หลังจากชุมชนและโรงเรียนได้รับแผนการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว จึงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามแผน เน้นบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดำเนินการกำกับ ติดตาม และประเมินผลแผนงาน หลังจากนั้น สองปีต่อมาผู้วิจัยกลับมาประเมินผลการดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบตัวแปรในกลุ่มผู้เข้าร่วมระหว่างการทดลองและหลังการทดลอง (n=90)

ปัจจัย	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI	p-value
การรับรู้อุปสรรค						
ก่อนทดลอง	90	25.1	4.13	2.35	1.23—	0.000*
หลังทดลอง	90	22.8	4.52		3.47	
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ก่อนทดลอง	90	33.72	9.52	3.42	-5.88—	0.007*
หลังทดลอง	90	37.14	5.30		-0.95	
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ก่อนทดลอง	90	35.67	5.02	5.20	-6.66—	0.000*
หลังทดลอง	90	40.88	4.34		-3.73	

* p-value <0.05

การประเมินผลกระทบในการศึกษานี้ วัดความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับหลังจากดำเนินการตามแผนเป็นเวลา 2 ปี ในปี 2567 ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากปี 2565 ร้อยละ 2.05 (p<0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูงของตำบลดงกลาง อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ

ปีที่สำรวจ	จำนวนตัวอย่าง (ราย)	จำนวนที่ติดเชื้อ (ราย)	ความชุก (95%CI)	ความแตกต่าง ของความชุก (95%CI)	p- value
2565	445	68	10.64%	2.05 %	<0.05*
2567	291	25	8.59%		<0.05*
			(3.14–7.79)		

* p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลดงกลาง อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ โดยสำรวจ สร้างรูปแบบหรือแผนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทีมวิจัยได้นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการศึกษาระยะแรก สรุปว่า กลุ่มตัวอย่างในระยะแรกของการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.4) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 32.6 ± 22 ปี เกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 36.7 ระดับการศึกษาเป็นโรงเรียนประถมศึกษา (ร้อยละ 74.1) ระยะแรก อภิปรายและเรียนรู้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดพยาธิใบไม้ตับ การพัฒนารูปแบบระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยแบบจำลอง CIPP ก่อนเข้าร่วมการฝึกอบรมกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และส่วนใหญ่เชื่อว่าพยาธิใบไม้ตับไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพร้ายแรงและสามารถรักษาได้โดยการกินยาบางชนิด ผู้เข้าร่วมคนหนึ่ง (หญิงอายุ 52 ปี) กล่าวว่า “โรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นอันตราย กินยาฆ่าพวกมันแล้วจะหายสบายดี การรับประทานปลาดิบ เป็นวิถีชีวิตมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งอยากรับประทานปลาดิบมากขึ้น” จากการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การใช้ยาพรอซิดอนเทิล การบริโภคปลาดิบ และอาหารที่มีสารไนโตรซามีน⁽⁹⁾ อีกทั้งยังนำไปสู่กระบวนการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาได้ง่ายขึ้น เนื่องจากทั้งผู้นำชุมชนและชุมชนมีความเห็นตรงกัน จาก การวางแผนกลุ่มย่อย จะได้แผนงาน 5 แผน และกระจายไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ รวมถึงผู้รับผิดชอบแผนงานทั้ง 5 แผน ได้แก่ 1) ปลุกฝังค่านิยมและพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้องปราศจากโรคพยาธิใบไม้ตับให้กับเด็กและเยาวชน โดยขอความร่วมมือ โรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในชุมชน เพิ่มหรือรวมเนื้อหาคะเรียนการสอนเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ 2) ร่วมกันออกกฎเกณฑ์ชุมชนไม่ให้ ถ่ายอุจจาระลงแหล่งน้ำและร่วมกันสร้างที่กำจัดอุจจาระของชุมชนที่ถูกหลักสุขาภิบาล 3) สนับสนุนผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในชุมชนด้วยการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) มอบหมายให้แม่บ้านทุกครัวเรือนปรุงอาหารที่สะอาดปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 5) ส่งเสริมให้ชาวบ้านพัฒนาความรู้ความตระหนักรู้เพื่อให้ และความตระหนักเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuntikeo et al. ที่วิจัยแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในจังหวัดขอนแก่น ในด้านการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽¹⁰⁾ ในการพัฒนากระบวนการชุมชน (รวมถึงคน สุนัข และแมว) และสิ่งแวดล้อมที่อาจนำลัษะว่า จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย⁽¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ดำเนินการโดย Duangsong et al. ในปี 2556⁽¹²⁾

หนึ่งปีถัดมา ทีมวิจัยกลับมาประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้ CIPP เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานพบว่าหลังการดำเนินโครงการมีการดำเนินการโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับ อสม. พัฒนาแผนงาน

เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อเป้าหมายสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อเนื่องและยั่งยืน สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่า PAR มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมีความรู้และมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ดีขึ้นมากกว่าก่อนทำการวิจัย สิ่งนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในมิติสาธารณสุขซึ่งมีพนักงานหรือเจ้าหน้าที่น้อย เราสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้คนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการประเมินผลกระทบ ใช้ความชุกของภาวะพยาธิใบไม้ตับเป็นตัวบ่งชี้ พบว่าหลังจากดำเนินการตามแผนเป็นเวลา 2 ปี ความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สิ่งนี้ตั้งข้อสังเกตว่า PAR มีประสิทธิภาพในการลดหรือหยุดผู้คนในพื้นที่เสี่ยงจากการกินปลาดิบ ส่งผลให้การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Sithithaworn et al.⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่อ่างน้ำละว้า จังหวัดขอนแก่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาศักยภาพผู้นำในชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาศึกษา การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแบบอย่างในการแก้ปัญหาในด้านอื่นของชุมชน
2. ควรมีการเก็บอุจจาระส่งตรวจหาพยาธิทุกปี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จและยั่งยืนเนื่องจากชุมชนมีทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และการบริหารจัดการที่เหมาะสมสำหรับโครงการ ควรนำรูปแบบและแผนการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้ PAR ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคหรือโรคเรื้อรังในพื้นที่และนำไปใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ที่สนับสนุนการดำเนินงานโครงการ ขอขอบคุณคณะที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ที่ให้คำปรึกษาและข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโครงการเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทุกหน่วยงาน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ที่สนับสนุนข้อมูลในพื้นที่ ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงานลงพื้นที่ภาคสนามในพื้นที่จนโครงการวิจัยสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO Study Group on the Control of Foodborne Trematode Infections. Control of foodborne trematode infections: Report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization; 1995.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในเขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค; 2564.

3. อิตารัตน์ บุญมาศ, ปลาร้า ปลาจี้ม ปลอดภัย ปลอดพยาธิ ปราศจากมะเร็งท่อน้ำดี ได้อย่างไร? วารสารโครงการ CASCAP โครงการแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2559;2(6):8-12.
4. Sripa B, Kaewkes S, Sithithaworn P, Mairiang E, Laha T, Smout M, et al. Liver fluke induces cholangiocarcinoma. PLoS Med. 2007 Jul;4(7):e201. doi: 10.1371/journal.pmed.0040201.
5. Xia J, Jiang SC, Peng HJ. Association between Liver Fluke Infection and Hepatobiliary Pathological Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015 Jul 17;10(7):e0132673. doi: 10.1371/journal.pone.0132673.
6. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ลดพยาธิใบไม้ตับและกำจัดมะเร็งท่อน้ำดีของชาวอีสาน. 2555. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, เกสร แถวโนนิจ, วันทนา กลางบุรีมย์. ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทยในปี 2556. วารสารควบคุมโรค. 41(1):77-86.
8. มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาลิทธิ, นิรันดา ไชยพาน, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสริณ ศุกลักษ์. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารควบคุมโรค 42(1):15-24
9. Thaewnongiew K, Singthong S, Kutchamart S, Tangsawad S, Promthet S, Sailugkum S, Wongba N. Prevalence and risk factors for *Opisthorchis viverrini* infections in upper Northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(16):6609-12. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.16.6609.
10. Khuntikeo N, Sithithaworn P, Loilom W, Namwat N, Yongvanit P, Thinkhamrop B, Kiatsopit N, Andrews RH, Petney TN. Changing patterns of prevalence in *Opisthorchis viverrini* sensu lato infection in children and adolescents in northeast Thailand. Acta Trop. 2016 Dec;164:469-472. doi: 10.1016/j.actatropica.2016.10.017.
11. Sithithaworn P, Andrews RH, Nguyen VD, Wongsaroj T, Sinuon M, Odermatt P, Nawa Y, Liang S, Brindley PJ, Sripa B. The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong Basin. Parasitol Int. 2012 Mar;61(1):10-6. doi: 10.1016/j.parint.2011.08.014.
12. Duangsong R, Promthet S, Thaewnongiew K. Development of a community-based approach to opisthorchiasis control. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(11):7039-43. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.11.7039.

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร

นภาพร เหมลา, พย.บ.*, ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย, พย.ม.**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม- มิถุนายน 2567 เครื่องมือวิจัยเป็นโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 และ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=5.96$, $p<0.001$, $95\%CI=0.57-1.16$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=4.59$, $p<0.001$, $95\%CI=0.06-0.16$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.52$, $p=0.001$, $95\%CI=2.40-9.00$) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มาออกแบบจัดบริการเพื่อให้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้มีความรู้ เกิดความเชื่อมั่น สามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลตนเอง; หญิงตั้งครรภ์; เบาหวานขณะตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโสธร

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^a Corresponding author: ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย Email: poylumpont@gmail.com

รับบทความ: 14 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 22 มิ.ย. 68; ตอรับตีพิมพ์: 23 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 ก.ค. 68

Effects of a Self-Care Program for Pregnant Women with Gestational Diabetes Receiving Antenatal Care at Yasothon Hospital

Napaporn Hamla, B.N.S. *, Lumpong Srewongchai, M.N.S. **^a

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental research was conducted to examine the effects of a self-care program for pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM) who received antenatal care at Yasothon hospital. Samples consisted of 30 pregnant women diagnosed with GDM. Data were collected between January and June 2024. The research instruments included the self-care program for pregnant women with GDM at Yasothon Hospital, a demographic data questionnaire, a knowledge questionnaire on GDM, and a self-care behavior assessment. The Cronbach's alpha coefficients for the self-care behavior assessment were 0.77 and 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test.

Results showed that the mean knowledge score about GDM after participating in the program was significantly higher than before ($t=5.96$, $p<0.001$, $95\%CI=0.57-1.16$). Overall mean score for self-care behavior was also significantly higher after the program ($t=4.59$, $p<0.001$, $95\%CI=0.06-0.16$). In addition, the mean blood glucose level after participating in the program was significantly lower than before ($t=3.52$, $p=0.001$, $95\%CI=2.40-9.00$). Therefore, the self-care program for pregnant women with GDM should be implemented as part of antenatal care services to enhance their knowledge and confidence in self-management, particularly for preventing pregnancy-related complications.

keywords: Self-care program; Pregnant women; Gestational diabetes

* Registered Nurse, Professional Level, Antenatal Care Clinic, Out Patient Department, Yasothon Hospital

** Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

^a Corresponding author: Lumpong Srewongchai Email: poylumpong@gmail.com

Received: May 14, 25; Revised: Jun. 22, 25; Accepted: Jun. 23, 25; Published Online: Jul. 14, 25

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เกิดจากร่างกายหญิงตั้งครรภ์มีความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ระดับฮอร์โมนที่รกสร้าง มีผลด้านฤทธิ์อินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การมีน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์คือ เพิ่มโอกาสในการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำตาลมากกว่าปกติตลอดก่อนกำหนด เพิ่มหัตถการเกี่ยวกับการคลอด ตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อในช่องคลอดและทางเดินปัสสาวะ ส่วนทารกนั้นมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด ทารกมีขนาดใหญ่⁽¹⁾ และพบทารกผิดปกติแต่กำเนิด ปัจจุบัน International Diabetes Federation (IDF) ประมาณว่า ร้อยละ 14 ของสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลก หรือราว 18 ล้านคนเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ โดยเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความชุกของโรคมากที่สุดคือร้อยละ 24.2 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน ขาดสารอาหารและเกลือแร่ การตั้งครรภ์อายุมาก และมีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้⁽²⁾ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์เบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.2 เบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มโอกาสการเป็นโรคเบาหวานหลังคลอดร้อยละ 8.4 สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นเบาหวาน⁽³⁾

จากสถิติมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานของโรงพยาบาลโสธรพบว่า ในปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน 101, 90 และ 90 ราย จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทั้งหมด จำนวน 852, 854 และ 1210 รายคิดเป็นร้อยละ 11.85, 10.54 และ 7.44 ตามลำดับ และพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) คิดเป็นร้อยละ 8.45, 9.48 และ 6.61 ตามลำดับ ความดันโลหิตสูง (Pregnancy-induced hypertension: PIH) คิดเป็นร้อยละ 0.59, 0.94 และ 0.66 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือทารกตายในครรภ์ (Death fetus in utero: DFU) คิดเป็นร้อยละ 0.12, 0.12 และ 0.08 ตามลำดับ โดยเป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปตามปกติ เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหลักสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้มีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ติดตามน้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ⁽⁴⁾ ซึ่งแบนดูรา (Bandura)⁽⁵⁾ กล่าวว่า การตัดสินใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินการกิจกรรม โดยมีสมมุติฐานว่าถ้าบุคคลคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองโดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตาม และการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องโดยเริ่มจากการให้ความรู้ การใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นความสนใจ รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อสร้างความมั่นใจ

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่วนแบบจำลองพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁶⁾ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการคิดรู้และอารมณ์ ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งได้แก่การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการ ปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลระหว่างสถานการณ์

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบดুরา⁽⁵⁾ เนื่องจาก การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งเรื่องทักษะที่มีอยู่และการตัดสินใจว่าสามารถทำอะไร ได้บ้าง และการฝึกให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจาก มีประสบการณ์ตรง บุคคลสามารถประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และแสดงพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ มากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเน้น ที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวมาใช้ ด้วยการจัดโปรแกรม การดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร ด้วยการให้หญิง ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กำหนดเป้าหมายของตนเองในการลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการ ตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ มีการทบทวนและประเมินซ้ำทุกครั้งที่มารับ บริการฝากครรภ์ตามนัด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปรับพฤติกรรม รวมทั้งการติดตามผล การปรับพฤติกรรมทางกลุ่มไลน์ ซึ่งปัจจุบันเทคนิคการนับคาร์โบไฮเดรตเป็นวิธีการให้ความรู้ทางโภชนาการ อีกวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนบริโภคอาหาร มีการศึกษานำเทคนิคนี้มาใช้ในการให้ความรู้ กับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไกล่เคียงกับคนปกติมากที่สุด และยังช่วยให้แผนรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานสะดวก ง่าย และคล่องตัวไม่เข้มงวดจนเกินไป⁽⁷⁾ และการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมอาหารสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดีกว่าการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว ซึ่งวิธีการ ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ควรออกแรงเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกายและ ส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อส่วนท้องน้อยที่สุด เช่น การเดิน ว่ายน้ำ โยคะซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสม กับหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ การเดิน เนื่องจากทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ การออกกำลังกาย ที่ดินนั้น ควรทำสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป ใช้ระยะเวลาต่อครั้งประมาณ 30 นาที ความแรงระดับปานกลาง ส่งผลให้ร่างกายนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้มากขึ้น ทำให้อินซูลินทำงานได้ดีขึ้น ช่วยให้ระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดลดลง และเป็นการลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้⁽⁸⁾ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาล โสธร โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเริ่มจาก การให้ความรู้ การใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นความสนใจ รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อสร้าง ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้

เรื่องโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะมีการเสริมแรง การชื่นชม และการให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลที่ได้ดำเนินการ เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโยธิน โดย

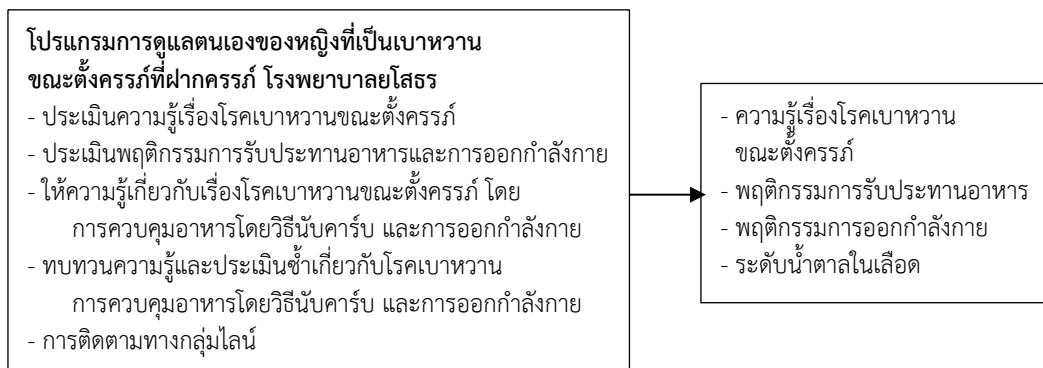
1. เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา⁽⁵⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน โดย แบนดูรา มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal/personal factors: P) ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อต่อพฤติกรรมนั้น 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Represent behavior: B) คือ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และ 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (External environment: E) คือสภาพแวดล้อม สังคม บทบาทในสังคม ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้มีลักษณะที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้รายกลุ่ม 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ด้วยการแจกคู่มือและวีดิทัศน์ให้เป็นสื่อประกอบ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้จากการได้เห็นตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรม การให้ข้อมูลย้อนกลับจากพฤติกรรมการดูแลตนเองตามรายการบันทึก และ 4) สภาวะทางกายและอารมณ์ ผ่านกิจกรรม การพูดคุยแลกเปลี่ยน การให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมทางกลุ่มไลน์และโทรศัพท์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับกิจกรรมดังกล่าว สามารถส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ดีได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ซึ่งจะใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยเป็นแบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือหญิงที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร ปี 2567 จำนวน 1,122 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงมาฝากครรภ์ หรือใช้บริการที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทำนาย (Power analysis) ที่ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ค่าเท่ากับ 4.30 ผู้วิจัยจึงปรับลดค่าขนาดอิทธิพลลงเหลือ 0.80 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit & Beck⁽⁹⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ผู้วิจัยป้องกันความคลาดเคลื่อนและการสูญเสียจึงเพิ่มเป็น 30 ราย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) หญิงที่มาฝากครรภ์หรือใช้บริการที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร 2) หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และไม่มีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน และ 3) มีความสามารถในการสื่อสาร โดยติดต่อทางไลน์ได้ไม่มีปัญหาทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น มีถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตก มีภาวะรกเกาะต่ำ มีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่ดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria) เมื่ออาสาสมัครขอถอนตัวจากการวิจัย หรือย้ายสิทธิไปรับการรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลโสธร โดยประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาหลักเกี่ยวกับจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหาร คาร์โบไฮเดรต⁽⁸⁾ การออกกำลังกายกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์⁽¹⁰⁾ QR Code การควบคุมอาหารโดยนับคาร์บ นำโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลโสธร ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในโปรแกรมการโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลโสธร พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยใช้ ได้ค่า Index of item-objective congruence (IOC) 0.80 และนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมมีความเหมาะสมระดับมาก หากรายการประเมินข้อใดมีค่าน้อยจะทำการปรับปรุง แก้ไข รวมทั้งปรับปรุง

จากข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้มีความถูกต้องและเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลโสธร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วย อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ของ ประไพพรรณ ใจอักษร⁽¹¹⁾ และวรรณุช แสงเจริญ และคณะ⁽¹²⁾ จำนวน 20 ข้อ โดยใช้ลักษณะคำถามเป็นประเมินค่าแบบสองตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับโดยแบ่งเกณฑ์การประเมินตามการแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้ ร้อยละ 80-100 แปลผลเป็นระดับสูง, ร้อยละ 60-79 แปลผลเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 0-59 แปลผลเป็นระดับต่ำ ช่วงคะแนนที่เป็นร้อยละดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้กับคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานดังนี้ ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน การแปลผล มีความรู้ระดับสูง ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน การแปลผล มีความรู้ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน การแปลผล มีความรู้ระดับต่ำ โดยกำหนดให้ข้อที่มีความหมายเชิงบวก ถ้าตอบ“ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่มีความหมายเชิงลบตอบว่า “ไม่ใช่”ได้ 1 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

3. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ นิตยา หนูพล⁽¹³⁾ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับคือ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนมาก 3-4 วันต่อสัปดาห์ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้งหรือเป็นส่วนน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์ และระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จากนั้นนำค่าคะแนนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลค่าคะแนน โดยพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best)⁽¹⁴⁾ ดังนี้ ช่วงคะแนน 0-<2.40 คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมควรปรับปรุง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.40-3.19 คะแนน หรือร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ≥ 3.20 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มหมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

การหาคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ คือ แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์สอนเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) หลังจากนั้นนำน้ำหนักในแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

พบว่า ดัชนีความสอดคล้องรายข้อมากกว่า 0.77 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ และมีการปรับบางรายการตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.80

4. การวัดระดับน้ำตาลในเลือด เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโสธร และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายดำเนินการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information sheet) ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เซ็นใบยินยอม (Informed consent form)

2. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร ดังนี้

2.1 ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 หลังทราบจากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะให้ตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แล้วจึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์เรื่องเบาหวานแบบตัวต่อตัว ใช้ระยะเวลา 10 นาที แล้วให้แสกนเข้าร่วมกลุ่มไลน์เบาหวานขณะตั้งครรภ์ นัดอีก 2 สัปดาห์

2.2 ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 นัดเข้ากลุ่มให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ใช้ระยะเวลา 60 นาที

2.2.1 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย

2.2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ อธิบายผลเสียต่อทารกในครรภ์ เช่น ภาวะแท้งบุตร ทารกตัวโต ทารกพิการแก็กกำเนิด ทารกตายในครรภ์ ผลเสียต่อมารดา เช่น เกิดภาวะความดันโลหิตสูง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครรภ์แฝดน้ำ

2.2.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยใช้คู่มืออาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พร้อมให้แสกนเพื่อรับชมวิดีโอและสื่อการนับคาร์บสำหรับผู้เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.2.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ โดยให้ดูวิดีโอ และให้ปฏิบัติตาม



ภาพที่ 2 คิวอาร์โค้ดวิดีโอการดูแลตนเอง

2.3 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 ติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทางไลน์ ใช้ระยะเวลา 15 นาที

2.3.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.3.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.3.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.3.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.4 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 ของการรับบริการของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทางไลน์ ใช้ ระยะเวลา 15 นาที

2.4.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.4.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร

2.4.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.4.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.5 ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 9 การรับบริการของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทาง ไลน์ ใช้ ระยะเวลา 15 นาที

2.5.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.5.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.5.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.5.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.6 ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 นัดเข้ากลุ่มให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ใช้เวลา 30 นาที

2.6.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.6.2 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.6.3 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.6.4 ให้ตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบประเมินพฤติกรรม การรับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย สอบถามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบกับครั้งก่อนเข้าร่วมกลุ่ม กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและ เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโสธร รหัสการวิจัย YST 2023-61 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยว่ามีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาและบริการต่าง ๆ การรวบรวมข้อมูลไม่ระบุชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และทำลายหลังจากเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 31.43 ปี (SD=6.07) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 56.67) ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 43.33) ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์

ครั้งที่ 3 (ร้อยละ 36.67) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 28.71 กก./ม.² (SD=6.85) ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 โดยร้อยละ 60 มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ม.²) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) [$\bar{X}$ =31.43 ปี, SD=6.07, Mi=22, Max=42]		
20-25	7	23.33
26-30	8	26.67
31-35	5	16.67
36-40	8	26.67
มากกว่า 40	2	6.66
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	6.67
มัธยมศึกษา	17	56.67
อนุปริญญา/ปวส.	7	23.33
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	13.33
อาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	43.33
เกษตรกร	3	10.00
รับจ้าง	1	3.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	10.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00
อื่น ๆ	10	33.33
ตั้งครรภ์ที่		
ครั้งที่ 1	7	26.67
ครั้งที่ 2	10	33.33
ครั้งที่ 3	11	36.67
ครั้งที่ 4 หรือมากกว่า	2	3.33
BMI (กก./ม. ²) [$\bar{X}$ =28.71, SD=6.85, Min=18.0, Max=43.8]		
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	1	3.33
18.5-22.9 (ปกติ)	6	20.00
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	5	16.67
25.0-29.9 (อ้วนระดับ 1)	9	30.00
มากกว่า 30.0 (อ้วนระดับ 2)	9	30.00

2. การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.67) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) โดยไม่มี ผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำเลย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม n (%)	หลังได้รับโปรแกรม n (%)
ระดับสูง (≥ 16 คะแนนหรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	16 (53.33)	23 (76.67)
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนนหรือ 60-79% ของคะแนนเต็ม)	13 (43.33)	7 (23.33)
ระดับต่ำ (< 12 คะแนนหรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม)	1 (3.34)	0 (0.00)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)

ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 15.90 คะแนน (SD=2.17) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.77 คะแนน (SD=2.36) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=5.96$, $p<0.001$, $95\%CI=0.57-1.16$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร (n=30)

ความรู้	$\bar{X}$	SD	Mean diff	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง	15.90	2.17	0.87	0.57-1.16	$<0.001^*$
หลังทดลอง	16.77	2.36			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง (ด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือระดับควรปรับปรุง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมี พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 แต่มีจำนวนผู้ที่มี พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีจำนวนผู้ที่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับควรปรับปรุงลดลงเหลือ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง (n=30)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม n (%)	หลังได้รับโปรแกรม n (%)
ระดับดี (≥ 3.20 คะแนนหรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	5 (16.67)	9 (30.00)
ระดับปานกลาง (2.40-3.19 คะแนน หรือ 60-79% ของคะแนนเต็ม)	18 (60.00)	17 (56.67)
ระดับควรปรับปรุง (< 2.40 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม)	7 (23.33)	4 (13.33)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)

เมื่อนำมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=4.59$, $p<0.001$, 95% CI=0.06-0.16) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง (n=30)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean Diff	t	p-value	95% CI
การดูแลตนเอง	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
ด้านการควบคุมอาหาร	3.03	0.42	3.11	0.44	0.08	3.96	$<0.001^*$	0.04-0.12
ด้านการออกกำลังกาย	2.10	0.34	2.24	0.46	0.14		0.001*	0.06-0.22
ภาพรวม	2.57	0.32	2.68	0.38	0.11	4.59	$<0.001^*$	0.06-0.16

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการควบคุมอาหาร คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.96$, $p<0.001$, 95% CI=0.04-0.12) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง (n=30)

การประเมิน	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	t	p-value	95%CI
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.03	0.42	0.08	3.96	0.001*	0.04-0.12
หลังได้รับโปรแกรม	3.11	0.44				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการออกกำลังกายพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.73$, $p=0.001$, 95%CI=0.06-0.22) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน
ด้านการออกกำลังกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง (n=30)

การประเมิน	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	t	p-value	95%CI
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.10	0.34	0.14	3.73	0.001*	0.06-0.22
หลังได้รับโปรแกรม	2.24	0.46				

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ควบคุม (<120 mg/dL) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ควบคุม (≥ 120 mg/dL) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ ควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ควบคุม ลดลงเหลือ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมการดูแลตนเอง (n=30)

ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	ก่อนได้รับโปรแกรม n (%)	หลังได้รับโปรแกรม n (%)
อยู่ในเกณฑ์ควบคุม (<120 mg/dL หลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง)	22 (73.33)	25 (83.33)
สูงกว่าเกณฑ์ควบคุม (≥ 120 mg/dL หลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง)	8 (26.67)	5 (16.67)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 108.63 mg/dL (SD=33.96) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 102.93 mg/dL (SD=33.23) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.52$, $p=0.001$, 95%CI=2.40-9.00) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง (n=30)

การประเมิน	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	t	p-value	95% CI
ก่อนได้รับโปรแกรม	108.63	33.96	5.70	3.52	0.001*	2.40-9.00
หลังได้รับโปรแกรม	102.93	33.23				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽⁵⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ 1) การชักจูงด้วย คำพูด โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้รายกลุ่ม 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ด้วยการแจ้กลุ่มมือและวิดีโอให้เป็นสื่อประกอบ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้จากการได้เห็นตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรม การให้ข้อมูลย้อนกลับจากพฤติกรรม การดูแลตนเอง และ 4) สภาพทางกายและอารมณ์ ผ่านกิจกรรม การพูดคุยแลกเปลี่ยน การให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยม สามารถส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ดีได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ซึ่งจะใช้เวลา 12 สัปดาห์ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 โดยไม่มีผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำเลย โดยค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 15.90 คะแนน (SD=2.17) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.77 คะแนน (SD=2.36) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ เบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=5.96$, $p<0.001$, $95\%CI=0.57-1.16$)) อธิบายได้ว่า การชักจูงด้วยคำพูด โดยการจัดกิจกรรม การให้ความรู้รายกลุ่ม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ ผลกระทบ ของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ด้วยการแจ้กลุ่มมือและวิดีโอให้เป็นสื่อประกอบ ผ่านตัวแบบทำให้เกิดความเข้าใจ มีความรู้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง เพื่อแนะนำหรือชักจูงให้หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นเบาหวาน เกิดความเข้าใจ มีความรู้และตระหนักถึง ความสำคัญของการดูแลตนเองให้สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ได้

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย) ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=4.59$, $p<0.001$, $95\%CI=0.06-0.16$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการควบคุมอาหาร คะแนนเฉลี่ย หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.96$, $p<0.001$, $95\%CI=0.04-0.12$) ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่สำคัญในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานนั้น กระทำผ่านโปรแกรมการให้ความรู้เป็นราย กลุ่มย่อย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก และให้แ่สแกนวีดิทัศน์การควบคุมอาหารแบบนับคาร์บ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์

เกิดการสังเกตเอง เกิดความเข้าใจที่นำไปสู่ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม⁽⁷⁾ ด้านการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.73$, $p=0.001$, $95\%CI=0.06-0.22$) การออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานนั้นจะต้องมีการจัดการความคิดที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคล เช่น การเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะไปสู่พฤติกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ⁽¹⁵⁾ โดยเมื่อเข้าโปรแกรมจะมีการประเมินความพร้อมในการออกกำลังกายทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ดูวิถีทัศน์ตัวแบบหรือต้นแบบที่ออกกำลังกายถูกต้องและเหมาะสม แล้วให้หญิงครรภ์เดินออกกำลังกายด้วยตนเอง จนเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ ในสัปดาห์ที่ 2-12 ของโปรแกรม มีการติดตามการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายได้แก่ 1) การสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการประเมิน และตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองที่กระทำ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรับผิดชอบและสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนมากขึ้น 2) การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการทบทวนการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สม่ำเสมอ ตลอดระยะเวลาของโปรแกรม และ 3) การสร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติตามการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถในการดูแลและกำกับพฤติกรรมของตนได้ และเมื่อบุคคลได้รับการชื่นชมทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจ ส่งผลให้บุคคลมีความมุ่งมั่นที่จะกำกับพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง

ระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.52$, $p=0.001$, $95\%CI=2.40-9.00$) อธิบายได้ว่า รายละเอียดของโปรแกรมมีการให้ความรู้โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหารโดยวิธีนับคาร์บ เป็นวิธีนับคาร์โบไฮเดรตทำให้เข้าใจหมวดอาหารมากขึ้น สามารถเลือกรับประทานอาหารได้อิสระมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ รติรัตน์ กสิกุล และเบญญา มุกตพันธุ์⁽⁷⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ช่วยให้เรียนรู้ปริมาณการกินที่เหมาะสมได้มากขึ้น สามารถปรับจำนวนการกินได้ตามกิจกรรมประจำวันที่ทำ นอกจากนี้ การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการกระตุ้นเตือนจากการติดตามระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมโปรแกรมทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะสำหรับปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบการจัดโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมเหมาะสม ตามบริบทแต่ละพื้นที่ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อให้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้มีความรู้ เกิดความเชื่อมั่น สามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกตลอดการขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ขณะตั้งครรภ์ และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่ม เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลโสธร นักโภชนากร และฝ่ายเทคโนโลยี ที่ให้ความร่วมมือผลิตสื่อในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณท่านอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุน ระยะเวลาในการทำวิจัย งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Warunpitikul R, Aswakul O. The incidence of diabetes mellitus in pregnant women and its outcomes between pregnant women with diabetes mellitus and non-diabetes mellitus at Maharat Nakhon Ratchasima hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynecology. 2014; 22(2):81-7.
2. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารทหารบก. 2557; 15(2): 50-9.
3. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี. เอ. สิวัง จำกัด; 2560.
4. สีวาพร พานเมือง, อักษรานัฐ สุทธิประภา, วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2566; 9(1):130-44.
5. Bandura A. Social Foundation of Thought and Action: A Social cognitive theory. Englewood Cliffe, NJ: Printice-Hall; 1986.
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 5thed. Bloomington MN: Pearson; 2005.
7. รติรัตน์ กลีกุล, เบญจา มุกตพันธุ์. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามการนับคาร์โบไฮเดรต และสารอาหารที่ได้รับของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับคำปรึกษาวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2557; 11(1):77-85.
8. ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตและส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565; 30(1):12-23.

9. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and methods. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
10. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรดำ, อุทุมพร ดุลยเกษม. การออกกำลังกายกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารมหาจุฬานาครพรรณ์. 2563;7(11):396-408.
11. ประไพพรรณ ไฉ่อักษร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานและการติดตามระดับน้ำตาลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อำเภอยางชุม จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(2):260-73.
12. วรณัฐ แสงเจริญ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, รวมพร สมประสงค์, สุริยา เขียวยศกิจ, ลัคนาภา จิตสุวรรณ, วิมลวิภา เหมทานนท์. การพัฒนาแบบวัดความรู้โรคเบาหวาน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2566;19(2):16-28.
13. นิตยา หนูนวล. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 6(2):e265772.
14. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall;1977.
15. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2562;9(2):100-13.

การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง ด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

ยุภาติ สกวนพงษ์^{*อ}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 จากการสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ด้วยกระบวนการ PAOR ดำเนินการวิจัย 2 วงรอบ จนได้รูปแบบ ชื่อว่า “8H Model” ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเด็ก และระยะที่ 2 จากการทดลองกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียว จำนวน 30 คน เป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมและการได้รับความรู้ตามรูปแบบฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยด้วยความรักความเข้าใจในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิหลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 3.21 และ 3.74 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นไปตามสมมุติฐาน ดังนั้นผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ควรส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวด้วยความรักความเข้าใจอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; เด็กปฐมวัย; ครอบครัวแห่งกลาง; ความรักความเข้าใจของครอบครัว

^{*} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

^อ Corresponding author: ยุภาติ สกวนพงษ์ Email: Tiktik_9922@hotmail.com

รับบทความ: 7 มิ.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 22 มิ.ย. 68; ตอรับตีพิมพ์: 23 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 15 ก.ค. 68

Development of Quality of Life for Early Childhood in Skipped-generation Families by the Family's Love and Understanding in Chaiyaphum Province

Yuphadi Sa-nguanphong^{*a}

Abstract

The objective of the study with research and development (R&D) design was to develop the quality of life for early childhood in skipped-generation families by the family's love and understanding in Chaiyaphum Province. The study was divided into 2 phases. Phase one was action research with an aim to develop quality of life among early childhood in skipped-generation families by the family's love and understanding in Chaiyaphum Province model. Phase two was quasi-experimental research with aim to evaluate the effects the model from the previous phase.

Results showed that, in phase one, the draft model was structured by PAOR cycle and suggested by 7 specialists, called an "8H model". In phase two, one-group with 30 subjects who completed that developed model in one group were compared their quality-of-life scores between before and after attending the program. The results showed the mean quality of life score at post-test (3.74) was significantly higher than pre-test (3.21) at $p\text{-value}=0.01$. It was suggested that caregivers and network partners should appropriately and continuously promote child rearing with family's love and understanding.

Keywords: Quality of life, Early childhood, Skipped-generation families, Family's love and understanding

^{*} Instructor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^a Corresponding author: Yuphadi Sa-nguanphong Email: Tiktik_9922@hotmail.com

Received: Jun. 7, 25; Revised: Jun. 22, 25; Accepted: Jun. 23, 25; Published Online: Jul. 15, 25

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เกี่ยวกับครอบครัวแห่งกลาง ด้านการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์และต่อเนื่องตลอดชีวิต การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพ สร้างเสริมสุขภาวะที่ดีและความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว เพื่อเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศให้ยั่งยืนต่อไป และจากแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579⁽¹⁾ พบว่าคุณภาพของคนไทยทุกกลุ่มวัยยังมีปัญหาและส่งผลต่อการยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศในอนาคต ทั้งเรื่องพัฒนาการและสติปัญญาตั้งแต่วัยเด็ก ยังมีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย สาเหตุส่วนใหญ่มาจากครอบครัวไม่มีความรู้ และไม่มีเวลาในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ส่งผลต่อระดับสติปัญญา บุคลิกภาพและความฉลาดทางอารมณ์ โดยเฉพาะเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ต้องเริ่มพัฒนาทักษะการเข้าสังคม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเด็กปฐมวัย คือระยะสำคัญที่สุดของวัฏจักรชีวิตในแง่ของพัฒนาการ เพราะเป็นช่วงเวลาที่กระบวนการเจริญเติบโตเร่งความเร็วขึ้นมาก โดยพัฒนาการสำคัญจะเริ่มเกิดขึ้นในช่วงปฐมวัยนี้

เมื่อความรักความเข้าใจซึ่งเป็นบ่อเกิดของการเป็นครอบครัวและการสร้างชีวิตของเด็กมีความแตกต่างออกไปจากอุดมคติ ครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยพื้นฐานที่เล็กที่สุดและเป็นสังคมแรกของมนุษย์มีความเปลี่ยนแปลงไปเช่นเดียวกัน ที่เริ่มให้ประสบการณ์ชีวิตแก่มนุษย์ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของมนุษย์ เป็นส่วนสำคัญของชีวิตในวัยเด็กจนถึงช่วงวัยอื่น ครอบครัวส่งผลต่อเด็กในทุกภาคส่วน⁽²⁾ และเมื่อความรักความเข้าใจเกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดเหตุการณ์ลักษณะต่าง ๆ ขึ้นในครอบครัว เช่น การให้ความอบอุ่น ความเข้าใจ ความปลอดภัย ซึ่งถือเป็นพื้นฐานความต้องการแรกในชีวิตของเด็กที่เป็นแหล่งสร้างพื้นฐานทางความคิดและจิตใจของเด็กตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิตอย่างต่อเนื่องและมีความสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ทำให้เด็กเติบโตท่ามกลางสภาวะแวดล้อมในครอบครัวที่มีลักษณะอันเหมาะสมส่งผลให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽³⁾ และในกรณีที่ครอบครัวครบสมบูรณ์มีการให้ความรักความเข้าใจอย่างเต็มเปี่ยม โดยขาดความเข้าใจและเหตุผลที่ดีในการให้ความรักอาจก่อให้เกิดความรักที่มากเกินไปหรือไม่พอดี ซึ่งเห็นได้ว่าสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อตัวเด็กมากขึ้น หากผู้ดูแลให้ความรักความเข้าใจในครอบครัวไม่เหมาะสมแล้ว มีโอกาสทำให้เด็กประสบปัญหากับการใช้ชีวิตในสังคมได้มากยิ่งขึ้น⁽⁴⁾ ครอบครัวแห่งกลาง หมายถึงครอบครัวที่เด็กอยู่กับผู้ดูแลคนอื่นที่ไม่ใช่พ่อแม่ เนื่องจากพ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกพื้นที่ หรือมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม ปรากฏการณ์นี้ส่งผลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญาของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾ ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแลอ่อนแอลงอย่างมาก โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้รอบด้านไม่ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศ ประชาชนมีภาวะยากจนอาชีวหลักเป็นเกษตรกรรม เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศแล้วพบว่า มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจัดเป็นลำดับที่ 68 ของประเทศ (แผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2561-2565) มีความยากจน รายได้น้อย มีประชากรจำนวน 1,189,026 คน มีครัวเรือน 387,224 ครัวเรือน ครอบครัวแห่งกลาง จำนวน 52,848 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 13.65⁽⁶⁾ จากสถานการณ์คุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางในจังหวัดชัยภูมิ⁽⁷⁾

พบว่าผู้ดูแลมีประเด็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อให้เด็กมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน สรุปได้ 2 ประเด็น คือ 1) เชิงบวก ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ก) มีความรักเด็ก ข) อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน และ ค) เสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน 2) เชิงลบ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ก) ขาดการใช้เวลาคุณภาพ ข) ค่าใช้จ่ายของครอบครัวไม่เพียงพอ และ ค) เด็กติดสื่อดิจิทัล ส่วนปัจจัยความรักความเข้าใจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก พบว่าความรักของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.01 จากข้อมูลดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว ถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจากผู้ดูแลมีความรักความเข้าใจ และมีปฏิสัมพันธ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก มีแนวโน้มที่เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ บ้านยังคงเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีอิทธิพลยิ่งต่อเด็ก Bronfenbrenner⁽⁸⁾ กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยสิ่งแวดล้อมชั้นแรกที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดคือครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยในการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ให้กับเด็ก อย่างไรก็ตามการสร้าง “ความรักความเข้าใจ” ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กสามารถเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่สำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ ความรักในบริบทของความผูกพัน (Attachment) และการเข้าใจในพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กสามารถช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวและตอบสนองต่อเด็กได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพเด็กและความมั่นคงของครอบครัวได้

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัวแห่งกลาง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็ก และเป็นการป้องกันปัญหาทางด้านการเรียนรู้ พัฒนาการในระยะยาว ตลอดจนเป็นแนวทางเชิงนโยบายในการสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กในบริบทของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ระยะที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

ระยะที่ 2 เพื่อประเมินผลของรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

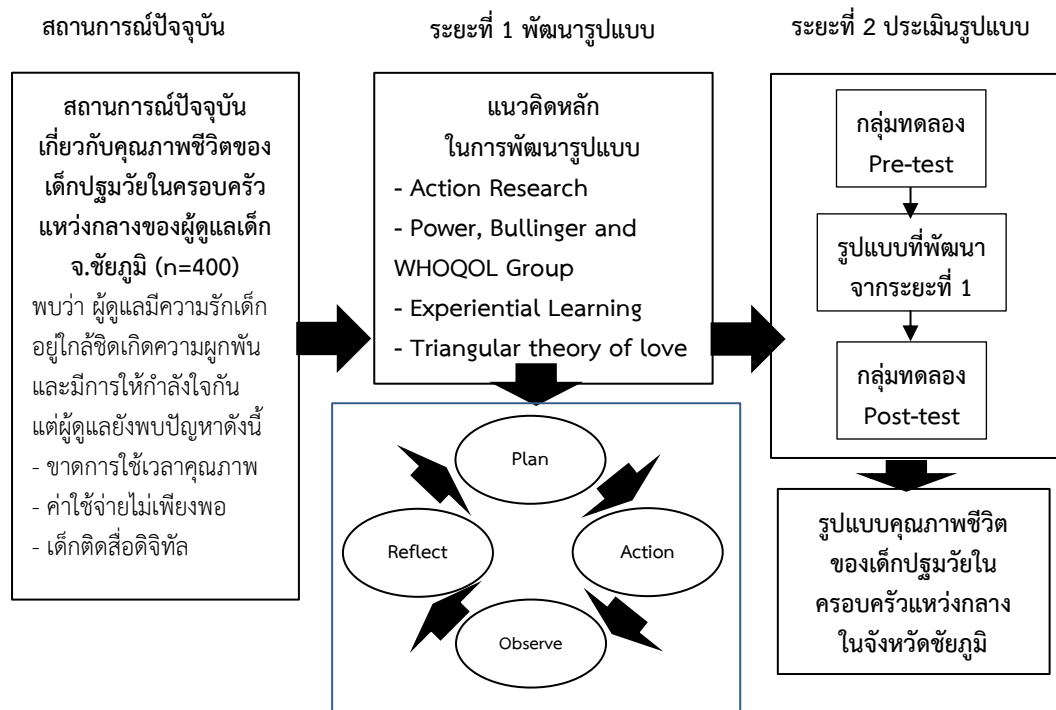
สมมุติฐานการวิจัย

หลังใช้รูปแบบคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัวที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1** พัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 2 วงรอบ ดำเนินการวิจัยครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 30 กันยายน 2566 เพื่อนำข้อมูลจากการประชุมกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิ

ในวาระรอบที่ 1 มาใช้ในการวางแผนในวาระรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ ระยะที่ 2 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว ดำเนินการระหว่าง วันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 ถึง 30 มกราคม 2567 สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากร เป็นผู้ดูแลเด็กและผู้ทรงคุณวุฒิที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการวางแผนนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย/งานครอบครัวที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กในครอบครัวแห่งกลางอย่างน้อย 10 ปี

กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) กุมารแพทย์ 1 คน 2) พยาบาลเด็กชำนาญการพิเศษ 1 คน 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน 4) ครูปฐมวัย 1 คน 5) ครูพี่เลี้ยงเด็ก จำนวน 1 คน 6) เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 1 คน และ 7) ผู้ดูแลเด็กที่ประสบความสำเร็จในการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลาง 1 คน ทั้งหมดจำนวน 7 คน โดยให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus groups) ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ระยะที่ 2 ประเมินผลพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรัก

ความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว
แห่งกลาง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย
2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ และ ส่วนที่ 2 เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ
แนวโน้มเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรค และรายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยใน
ครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ และ 3) แบบประเมินความ
เหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายการประเมินทั้งหมด 9 ข้อ ซึ่งความ
เหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของ
ครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ นี้เป็นแบบอันดับคุณภาพมาตรฐานค่า โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Rating
scale) ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เหมาะสมมาก ระดับ 3 หมายถึง
เหมาะสมปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย และระดับ 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกภาคสนาม 2) เครื่องเล่น
MP4 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยด้วยความรักความเข้าใจในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล
จังหวัดชัยภูมิ 4) แบบสังเกตพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย และ 5) แบบติดตามเยี่ยมบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม
2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และ 3) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กฯ
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ
5 ท่าน ตรวจสอบในประเด็นคำถาม เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ประเด็นที่ต้องการศึกษาและเหมาะสม
กับวัตถุประสงค์งานวิจัย

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัว
แห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิกับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง
จำนวน 30 คน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ส่วนที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง
ด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

1) การหาค่าความตรง (Validity) พิจารณาตรวจสอบโดยมีดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-
objective congruency: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.84

2) การหาความเที่ยง (Reliability) เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิ โดยมีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในระยะที่ 1
คือ ผู้ทรงคุณวุฒิ และการวิจัยในระยะที่ 2 คือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะ

การเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสามารถขอลอนตัว
ออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 66-1-007 ได้รับอนุมัติ
วันที่ 17 กรกฎาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 พัฒนาคูณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจ
ของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ดำเนินงานด้วยกระบวนการ PAOR ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ
ขั้นสังเกตการณ์ และขั้นสะท้อนกลับ จำนวน 2 วงรอบ *ขั้นวางแผน* ประกอบด้วย 1) ส่งเอกสารฉบับร่าง
พัฒนาคูณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยฯ ที่ผู้วิจัยค้นพบปัญหาอุปสรรคในการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
รับทราบปัญหาและขอบเขตการวิจัยครั้งนี้ และแจ้งกำหนดการเพื่อประชุมกลุ่มในครั้งต่อไป *ขั้นปฏิบัติการ*
2) เชิญผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 7 ท่านเข้าประชุมกลุ่มสะท้อนข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาที่ได้
จากการศึกษา จากนั้นทำการสนทนากลุ่ม จำนวน 2-3 ครั้ง ๆ ละ 40-60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย
การทบทวนองค์ประกอบการพัฒนาคูณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง หลักการและเหตุผล
กิจกรรมการเรียนรู้ และการประเมินผล เพื่อวางแผนรูปแบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัว
แห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ นำเสนอผลการวางแผนจากการประชุมกลุ่ม
ของผู้ทรงคุณวุฒิและสรุปในภาพรวม เพื่อพิจารณาความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นำสู่การปฏิบัติ
ขั้นสังเกตการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามแผนการวิจัยที่วางไว้ *ขั้นสะท้อนกลับ* ผลการดำเนินงาน
ในวงรอบที่ 1 มาใช้ในการวางแผนในวงรอบที่ 2 ต่อไป ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
และสังเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยฯ ตามลำดับ

ระยะที่ 2 ประเมินผลการพัฒนาคูณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรัก
ความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง คือผู้ดูแลเด็ก
ในตำบลนาฝาย จำนวน 30 คน ในด้านความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่เด็กในครอบครัว
แห่งกลาง โดยการให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามก่อนให้กิจกรรมการเรียนรู้ ทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 กิจกรรมอบรม 1 วันตามแผนที่วางไว้ โดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลทั้งหมด 10 กิจกรรม

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เพิ่มเติมผ่านกลุ่ม Line Application ช่วงเวลา 10.00-10.20 น. และเวลา
16.00-16.20 น. สรุปดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2 ทั้งสิ้น 8 วัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้และสามารถ
สอบถามประเด็นที่ไม่มั่นใจกับผู้วิจัยได้

ครั้งที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้าน ห่างจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ (ครั้งที่ 2) 4 สัปดาห์ เพื่อติดตาม
เสริมความรู้ความเข้าใจตามแผนงานวิจัยที่ตั้งใจ ประเมินคุณภาพจริงของสิ่งแวดล้อมในบ้าน บริเวณนอกบ้าน
และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ดูแล

ครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งที่ 3) 2 สัปดาห์ และ

ครั้งที่ 5 (ห่างจากครั้งที่ 4) 2 สัปดาห์ เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มเติมประเด็นสำคัญ
และทบทวนครั้งสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามก่อนสิ้นสุดการวิจัยและซักถามในประเด็นที่ต้องการ
สรุปเป็นแผนผังการดำเนินงานวิจัยระยะที่ 2 ได้ดังภาพที่ 2

โปรแกรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง

ด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ (n=30 คน)

Pre-test ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 1	กิจกรรมอบรมให้ความรู้	(1 วัน)
ครั้งที่ 2	กิจกรรมการให้ความรู้ผ่านกลุ่ม Line Application	(2 สัปดาห์)
ครั้งที่ 3	กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1	(4 สัปดาห์)
ครั้งที่ 4	กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2	(2 สัปดาห์)
ครั้งที่ 5	กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน สุดท้าย	(2 สัปดาห์)

Post-test สิ้นสุดการทดลอง

**ภาพที่ 2 โปรแกรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง
ด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ**

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ตามความสอดคล้องด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง วิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม ดำเนินการปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิเคราะห์สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายระดับความเหมาะสมของรูปแบบฯ และนำรูปแบบที่พัฒนาฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านโดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

- 1) การหาค่าความตรง พิจารณาตรวจสอบโดยมีดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าเท่ากับ 0.84
- 2) การหาความเที่ยง เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

พัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตฯ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย ดำเนินการ 2 วนรอบ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของเด็ก จากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ตามองค์ประกอบที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย สรุปได้ 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดของ Power, Bullinger and WHOQOL Group⁽¹¹⁾ สำหรับจุดเน้น (H: Highlights) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพิ่มเติมจากการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม⁽¹²⁾ โดยมีเป้าประสงค์ คือ เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการและคุ้มครองอย่างทั่วถึงเท่าเทียมตามมาตรฐาน ภายใต้กรอบการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต 5 H ประกอบด้วย 1) Heart (จิตใจดี มีวินัย) 2) Head (คิดเก่ง วิเคราะห์เป็น) 3) Hand (ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ) 4) Health (สุขภาพกายดี แข็งแรง) และ 5) Hi-tech (ทันสมัยก้าวหน้า รู้เท่าทันเทคโนโลยี) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาต่อยอดอีก 3 จุดเน้น สรุปทั้งหมด 8 จุดเน้น คือ 1) Health, 2) Head, 3) Heart, 4) Hope, 5) Hand, 6) Happy, 7) Home และ 8) Hi-tech แต่ละจุดเน้นเชื่อมโยงกับการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล (Experiential learning) ทั้งหมด 8 กิจกรรมหลัก คือ 1) Eating & safety 2) Executive Function 3) Emotion 4) Empowerment 5) Exercise & Plays 6) Enjoin 7) Education area และ 8) Enhance Knowledge ตามลำดับ โดยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ในชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์ (Life-centered) ทั้งหมด 12 กิจกรรม โดยการเลี้ยงดูเด็กแบบมีส่วนร่วม (Participation) จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบรูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัย

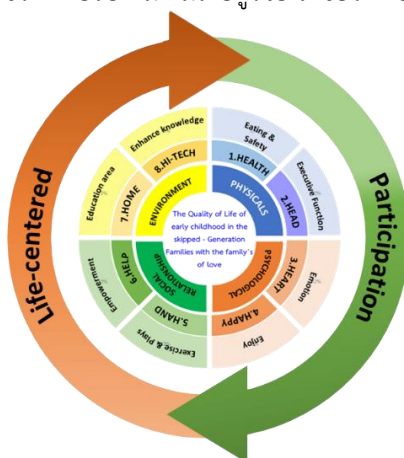
องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	8 H Model				ประเมินผล
	Highlights (H)	Experiential Learning (E)	Life-centered (L)	Participation (P)	
1. ด้านสุขภาพ ร่างกาย (Physical)	1) Health	Eating & safe	1) หนูจะโต	ผู้ดูแล/สมาชิก	- สมุดแม่และเด็กฯ
			2) เมนูชวนกิน	ครอบครัว	- แบบสังเกตฯ
	2) Head	Executive Function	3) ป้องกัน..ใช้หัวใหญ่ได้		- คู่มือรูปแบบฯ
			4) ประเมินพัฒนาการ	ผู้ดูแล/สมาชิก	- คู่มือ DSPM
			5) เล่าเรื่องตาม จินตนาการ	ครอบครัว	- แบบสังเกตฯ - คู่มือรูปแบบฯ

**ตารางที่ 1 (ต่อ) องค์ประกอบรูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรัก
ความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัย**

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	8 H Model				ประเมินผล
	Highlights (H)	Experiential Learning (E)	Life-centered (L)	Participation (P)	
2. ด้านจิตใจ (Psychological)	3) Heart	Emotion	6) ใจถึงใจ...สายใยรัก	ผู้ดูแล/สมาชิก ครอบครัว	- แบบสังเกตฯ - แบบเยี่ยมบ้าน
	4) Hope	Empowerment	7) กอดอุ่นใจเสริม แรงบวก	ผู้ดูแล/สมาชิก ครอบครัว	- แบบสังเกตฯ - แบบเยี่ยมบ้าน
3. ด้านสัมพันธ์ภาพ ทางสังคม (Social relationships)	5) Hand	Exercise & Plays	8) เล่นอิสระ	ผู้ดูแล/สมาชิก ครอบครัว	- แบบสังเกตฯ - แบบเยี่ยมบ้าน
	6) Happy	Enjoin	9) the power of love	ผู้ดูแล/สมาชิก ครอบครัว	- แบบสังเกตฯ - แบบเยี่ยมบ้าน
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	7) Home	Education area	10) บ้านอุ่นใจ	ผู้ดูแล/สมาชิก ครอบครัว	- แบบสังเกตฯ - แบบเยี่ยมบ้าน
	8) Hi-tech	Enhance knowledge	11) รู้เท่าทันสื่อ...	ผู้ดูแล/สมาชิก	- แบบสังเกตฯ
			12) การสื่อสารเชิงบวก	ครอบครัว	- แบบเยี่ยมบ้าน

ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของผู้ดูแล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.35 อยู่ในระดับมาก

สรุปเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของผู้ดูแล จังหวัดชัยภูมิ ภายใต้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตเด็กตามแนวคิดของ Power, Bullinger and WHOQOL Group⁽¹¹⁾ และผู้วิจัยได้พัฒนา Model ตั้งต้นจากกรอบการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระบวนการหลักจากการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต⁽¹²⁾ ปรับเพิ่มเติมโดยผู้วิจัย ได้ชื่อว่า “8H Model” ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 8H model โดยผู้วิจัย

ระยะที่ 2 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง ด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มทดลองจากผู้ดูแลจำนวนทั้งหมด 30 คน พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยด้วยความรักความเข้าใจในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามแผนที่กำหนด ทั้งผ่านการอบรม เข้ากลุ่ม Line application และการนำความรู้ตามรูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กฯ ไปปฏิบัติกับเด็ก เมื่อนำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัวก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า มีระดับคะแนนหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยด้วยความรักความเข้าใจในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลหลังทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนทำการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยด้วยความรักในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังทำการทดลอง (n=30)

คุณภาพชีวิตเด็ก ของผู้ดูแล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ด้านสุขภาพ						
1. Health	3.58	0.32	4.02	0.32	-6.46	0.00*
2. Head	3.01	0.29	3.71	0.37	-8.72	0.00*
ภาพรวม	3.29	0.23	3.86	0.28	9.42	0.00*
ด้านจิตใจ						
3. Heart	3.10	0.39	3.76	0.35	-7.92	0.00*
4. Hope	3.25	0.52	3.76	0.35	-5.09	0.00*
ภาพรวม	3.18	0.45	3.76	0.35	8.20	0.00*
ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม						
5. Hand	3.43	0.35	3.79	0.32	-3.80	0.01*
6. Happy	3.26	0.30	3.79	0.41	-6.84	0.00*
ภาพรวม	3.35	0.32	3.79	0.37	4.99	0.00*
ด้านสิ่งแวดล้อม						
7. Home	3.13	0.50	3.65	0.35	-4.86	0.00*
8. Hi-tech	2.87	0.51	3.41	0.37	-4.89	0.00*
ภาพรวม	3.00	0.49	3.53	0.32	5.16	0.00*
ค่าเฉลี่ยรวมคุณภาพชีวิตฯ	3.21	0.30	3.74	0.25	7.65	0.00*

* p-value<0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1

ผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ได้ดำเนินการศึกษาทั้งหมด 2 วงรอบ จนได้รูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ชื่อว่า “8H model” โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน จากการประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

ขั้นที่ 1 วางแผน จากการสังเคราะห์งานวิจัย ได้กำหนดหลักการและเหตุผลตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเด็กและบูรณาการร่วมกับจุดเน้น (H: Highlights) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จากความร่วมมือร่วมกับบูรณาการตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ 6 กระทรวงการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569 ร่วมกับผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจุดเน้นอีก 3 จุดเน้น รวมเป็นทั้งหมด 8 จุด คือ 1) Health 2) Head 3) Heart 4) Hope 5) Hand 6) Happy 7) Home และ 8) Hi- tech ตามลำดับ

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) E: Experiential Learning⁽¹³⁾ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลที่เคยทำมาก่อน ทั้งหมด 8 กิจกรรมการเรียนรู้ คือ 1) Eating & safe 2) Executive Function 3) Emotion 4) Empowerment 5) Exercise & Plays 6) Enjoin 7) Education area และ 8) Enhance Knowledge ตามลำดับ เป็นการเรียนรู้อย่างง่าย ควรให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมเรียนรู้กับเด็ก ถ้าเด็กได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสม ผ่านการเรียนรู้ให้ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยกันทำให้เด็กมีทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น หากเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจากผู้ดูแลที่มีความรักความเข้าใจ และมีปฏิสัมพันธ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก มีแนวโน้มที่เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ทั้งนี้บ้านยังคงเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีอิทธิพลยิ่งต่อเด็ก Bronfenbrenner⁽⁷⁾ กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก โดยสิ่งแวดล้อมขั้นแรกที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดคือครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยในการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ให้กับเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาการจัดประสบการณ์แบบโครงการโดยใช้ปรากฏการณ์เป็นฐานเพื่อพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กมีทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นสูงขึ้น สามารถแสดงความคิดเห็นสะท้อนคิดร่วมกับเพื่อนได้ และมีความสัมพันธ์เชิงบวก⁽¹⁴⁾

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการติดตามสังเกตพฤติกรรมหลังได้ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบฯ ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กด้วยความรักความเข้าใจ โดยมีการบูรณาการร่วมกันในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเด็ก ตามด้วยจุดเน้น (H: Highlights) ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (E: Experiential learning) ในกิจวัตรประจำวัน (L: Life-centered) และการมีส่วนร่วม (P: Participation) ตามแผนที่กำหนดอย่างต่อเนื่องอาจเป็นการสังเกตการณ์ง่าย ๆ ผ่านกิจกรรมการส่งเสริมความรักของเด็กกับผู้ดูแลด้วยกิจกรรมกินกอดเล่นเล่าในชีวิตประจำวันได้เพื่อให้เด็กมีความคิดเชิงบริหารสร้างเป็นภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป⁽¹⁵⁾ การส่งเสริม

ศักยภาพของผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยการกินกอดเล่นเล่าและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้ดูแลนั้น การส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) ของเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมทักษะ EF มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ควรส่งเสริมให้เด็กได้รับโภชนาการและการนอนเพียงพอ เล่นกลางแจ้ง และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ดูแล มีระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการ และติดตามอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสนับสนุนให้เกิดกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านทักษะ EF เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมนำไปสู่ความสำเร็จและเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อสังคมในอนาคตต่อไป⁽¹⁶⁾

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection) นำผลการดำเนินการตามแผนที่กำหนดมาสะท้อนคิดร่วมกันเพื่อหาผลสรุปถึงความเหมาะสมในการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล จังหวัดชัยภูมิ ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินวิจัยสะท้อนกลับครบ 2 วงรอบ จนได้ชื่อว่า “8H Model” มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกัน การจัดการให้ประชาชนตระหนักถึงบทบาทของผู้ดูแลต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการประเมินพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และการบริหารจัดการให้มีการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กด้วยบทบาทของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยการสร้างนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน การเพิ่มความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสมรรถนะการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กมาก่อน การดำรงชีวิตในชีวิตประจำวัน และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้⁽¹⁷⁾

ระยะที่ 2

ผลการประเมินรูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยฯ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบฯ มีระดับคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัวหลังทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาทำให้ทราบถึงรูปแบบคุณภาพชีวิตเด็กฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้แก่ผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กฯ ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อประโยชน์สูงสุดสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑานดี รอดคล้าย⁽³⁾ ผู้ดูแลเด็กที่เลี้ยงดูเด็กด้วยความเอาใจใส่และพร้อมที่จะให้ความรักความเข้าใจแก่เด็กอยู่เสมอ มุ่งเน้นที่จะปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมพื้นฐานแก่ลูกของตน ได้แก่ ความซื่อสัตย์และรับผิดชอบต่อน้ำที่โดยมุ่งหวังให้เด็กเป็นคนดีของครอบครัวและสังคม ได้แนวทางในการวางแผนและจัดทำยุทธศาสตร์ในการพัฒนาครอบครัวอย่างถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการให้ความรักความเข้าใจในครอบครัว อันจะช่วยเสริมสร้างผลผลิตหรือเด็กและเยาวชนที่มีคุณธรรมจริยธรรมเป็นสมาชิกของสังคมที่มีคุณภาพ

การศึกษานี้สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิตามรูปแบบชื่อว่า “8H Model” เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยที่อยู่ในครอบครัวแห่งกลาง จากการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ในบทบาทหน้าที่อาจารย์พยาบาลเด็กที่ได้ศึกษางานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายนี้มาตลอด ผู้วิจัยได้รวบรวมหลักการขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกันอย่างบูรณาการในทุกองค์ประกอบตามจุดเน้น (Highlights) อย่างสมดุล ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Experiential learning) ของผู้ดูแล เพื่อมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดในชีวิตประจำวัน (Life-centered) และอย่างต่อเนื่องแบบมีส่วนร่วม (Participation) ด้วยฐานของความรักความเข้าใจของครอบครัว เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับช่วงเวลาปฐมวัยนั้นมีความสำคัญมากเพียงใดต่อผลลัพธ์ด้านพัฒนาการและคุณภาพชีวิตเด็ก ดังนั้นผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ควรส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักความเข้าใจอย่างเหมาะสมทั้งภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมตัวเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งเน้นให้เด็กปฐมวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการคิดเชิงบริหารเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. พัฒนาเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เสริมสร้างบทบาทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กแก่ครอบครัวแห่งกลาง
2. ส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างรุ่นหรือภายในครอบครัวโดยจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลในรูปแบบที่เอื้อต่อความรักความเข้าใจ เช่น กิจกรรมศิลปะ การเล่นร่วมกัน และเรียนรู้ประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

1. บูรณาการแนวความคิดเกี่ยวกับ “ความรักความเข้าใจ” ในหลักสูตรของครูที่เลี้ยงหรือพยาบาลเด็กในเชิงวิชาชีพ เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวแห่งกลางและสามารถให้คำปรึกษาด้านการเลี้ยงดูเด็ก
2. ได้ชุดองค์ความรู้และคู่มือสำหรับผู้ดูแลเด็กในครอบครัวแห่งกลาง ควรมีการพัฒนาคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เทคนิคสร้างวินัยเชิงบวก ทักษะการคิดเชิงบริหาร และการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็ก

ข้อเสนอแนะด้านเศรษฐศาสตร์

1. ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ควรมีมาตรการสนับสนุนรายได้หรือสิทธิพิเศษสำหรับครอบครัว เช่น การลดหย่อนภาษี อาหารสำหรับเด็ก หรือเงินอุดหนุนเด็กเล็กเพิ่มเติมในกรณีที่อยู่กับผู้สูงอายุดูแลเด็ก เป็นต้น
2. ส่งเสริมอาชีพและการสร้างรายได้ของครอบครัว สนับสนุนการฝึกอาชีพหรือกิจกรรมสร้างรายได้ในชุมชนหรือในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ดูแล เช่น งานจักสาน การปลูกผักสวนครัว การเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในมิติงานวิจัยประเด็นอื่นที่หลากหลาย เช่น เพื่อศึกษาพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลาง พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เป็นต้น
2. ควรดำเนินงานวิจัยต่อเนื่องในพื้นที่ที่ใกล้เคียงและกลุ่มเป้าหมายใหญ่ขึ้น เช่น เรื่องพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว พื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาธิการ. แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579. กรุงเทพฯ: บริษัทพริกหวานกราฟฟิค จำกัด; 2560.
2. ภัททา เกิดเรือง. ปัจจัยด้านความเป็นอยู่ที่ดีและเศรษฐกิจของครัวเรือนข้ามรุ่นในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมแห่งประเทศไทย (สกว.); 2562.
3. มณฑกานต์ รอดคล้าย. อิทธิพลของความรักความเข้าใจในครอบครัวต่อคุณธรรมและจริยธรรมของเด็กและเยาวชนไทย (ปริญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
4. กาญจนา เทียนลาย, วรณีย์ หุตะแพทย์. คนไกลบ้าน: การสื่อสารของครอบครัวข้ามรุ่น. วารสารพัฒนาสังคม. 2562;21(1):59-75.
5. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. คู่มือการอบรมครูและผู้ดูแลเด็ก. กรุงเทพฯ: วาย.เค.เอช กราฟิก แอนด์เพรส; 2561.
6. นันทพร อ่อนชัย, บุปผา แก่นชัยภูมิ, อภิวรรณ ดวงมณี, สิริศักดิ์ อาจวิชัย. รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวแห่งกลางสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยภูมิ 2562. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2562;13(32);261-77.
7. ยุกดี สงวนพงษ์, จารุมาศ จันทกุล. คุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ: การวิจัยแบบผสมวิธี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2567;25(1);328-37.
8. Bronfenbrenner U. The Bioecological Theory of Human Development. New York: Elsevier; 2001.
9. Backhaus A, Hofer J, Schneider C. The role of emotional understanding and empathy in supportive parenting among grandparents raising grandchildren. Journal of Family Issues. 2012;33(5):659-81.
10. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
11. Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. Health Psychol. 1999 Sep;18(5):495-505. doi: 10.1037//0278-6133.18.5.495.

12. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2565-2569 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2568 พฤษภาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/storage/doc/articles/25/file_download/1692599749_file_download.pdf
13. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice Hall; 2005.
14. กมลทิพย์ ทองเทพ, อรพรรณ บุตรกัตัญญ, ปทมาวดี เล่ห์มงคล, พงศธร มหาวิจิตร. การศึกษาการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบโครงการโดยใช้ปรากฏการณ์เป็นฐาน เพื่อพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันของเด็กปฐมวัย. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 2565; 33(3):151-67.
15. ยุภาติ์ สวงพงษ์, วาสนา แสงทอง, รจนา เมืองแสน, ศิริพร พึ่งเพ็ชร. ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกิน กอด เล่น เล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ณ ตำบลนาเสียว อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565:16(3);816-33.
16. ปาริชาติ อาษาธง, ทองมี ผลาผล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2565; 15(2):266-82.
17. ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(ฉบับพิเศษ):222-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา

ชลัญธร ตริยมณีนรัตน์*, ลำพิ่ง วอนอก**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการวิจัยระดับการรู้ดิจิทัล ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 302 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรู้ดิจิทัล การสนับสนุนจากองค์กร และสมรรถนะด้านการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.55 ($\bar{X}$ =97.66, SD=23.87) การรู้ดิจิทัลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.97 ($\bar{X}$ =124.34, SD=24.38) การสนับสนุนจากองค์กรในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.60 ($\bar{X}$ =54.69, SD=13.64) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุโดยควบคุมตัวแปรการมีประสบการณ์นำเสนอผลงานวิจัย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัยระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศชาย ($OR_{Adj}=22.69$, 95%CI=1.85-277.63) การรู้ดิจิทัลด้านการเข้าใจดิจิทัลระดับสูง ($OR_{Adj}=19.39$, 95%CI=1.12-13.63) การรู้ดิจิทัลด้านการสร้างดิจิทัลระดับสูง ($OR_{Adj}=8.72$, 95%CI=3.06-24.67) การสนับสนุนทรัพยากร/งบประมาณระดับสูง ($OR_{Adj}=6.31$, 95%CI=2.10-18.92) และการสนับสนุนนโยบายและแผนงานระดับสูง ($OR_{Adj}=3.19$, 95%CI=1.04-9.77)

ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการส่งเสริมวิชาการและการวิจัย การจัดทีมพี่เลี้ยงวิจัย การพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัล รวมถึงการสนับสนุนจากองค์กร

คำสำคัญ: สมรรถนะด้านการวิจัย; การรู้ดิจิทัล; การสนับสนุนจากองค์กร; พยาบาลวิชาชีพ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: ลำพิ่ง วอนอก Email: lampung@scphkk.ac.th

รับบทความ: 7 มิ.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 25 มิ.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 25 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 ก.ค. 68

Factors Associated with Research Competency of Professional Nurses in General Hospitals, Nakhon Ratchasima Province

Chalunthorn Teeyamaneerat*, Lampung Vonok**^a

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine the levels of research competency, digital literacy, organizational support, and factors associated with research competency among professional nurses in general hospitals in Nakhon Ratchasima Province. Samples were comprised of 302 professional nurses with at least one year of work experience. Data were collected using an online questionnaire validated by three experts. The questionnaire consisted of four parts: general information, digital literacy, organizational support, and research competency. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (simple and multiple logistic regressions).

The results revealed that the overall research competency was at a moderate level (67.55%, $\bar{X}$ =97.66, SD=23.87). The majority of nurses had a moderate level of digital literacy (54.97%, $\bar{X}$ =124.34, SD=24.38), and organizational support was also at a moderate level (60.60%, $\bar{X}$ =54.69, SD=13.64). Multiple logistic regression analysis, controlling for research presentation experience, identified five factors significantly associated with high research competency ($p<0.05$): being males (OR_{Adj} =22.69, 95%CI=1.85-277.63), high-level digital understanding (OR_{Adj} =19.39, 95%CI=1.12-13.63), high-level digital creation skills (OR_{Adj} =8.72, 95%CI=3.06-24.67), high-level resource/budget support (OR_{Adj} =6.31, 95%CI=2.10-18.92), and high-level policy and planning support (OR_{Adj} =3.19, 95%CI=1.04-9.77).

These findings can inform strategies to enhance research competency among professional nurses through academic and research promotion, mentorship programs, digital literacy skill development, and clear organizational supports.

Keywords: Research competency; Digital literacy, Organizational support, Professional nurses

* Master of Public Health Candidate, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

** Thesis Advisor, Instructor, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Lampung Vonok Email: lampung@scphkk.ac.th

Received: Jun. 7, 25; Revised: Jun. 25, 25; Accepted: Jun. 25, 25; Published Online: Jul. 19, 25

บทนำ

สมรรถนะ (Competency) เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้โดดเด่นในองค์กร⁽¹⁾ ในวิชาชีพพยาบาล สมรรถนะนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล สุขภาพและชีวิตของประชาชน สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะพื้นฐานของพยาบาลและผดุงครรภ์ไว้ 8 ด้าน อาทิ ด้านจริยธรรม การปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำ การวิจัย และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ⁽²⁾ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ การบริการสุขภาพ การวิจัยช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย และสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งช่วยพัฒนาองค์กรด้านสุขภาพ ให้มีระบบบริหารจัดการที่ดีขึ้น⁽³⁾

ระบบราชการ 4.0 เน้นการเปลี่ยนผ่านจากการบริหารแบบดั้งเดิมไปสู่การบริหารที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ใช้เทคโนโลยีเป็นตัวขับเคลื่อน และเน้นความคล่องตัว โปร่งใส และประสิทธิภาพในการบริการ สาธารณะ สมรรถนะในบริบทนี้จึงไม่เพียงจำกัดอยู่ที่ความสามารถเชิงเทคนิคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทักษะ การปรับตัว การคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการทำงานเป็นทีมข้ามสายงาน และการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศอย่างเหมาะสม⁽⁴⁾ พยาบาลในยุค 4.0 จำเป็นต้องมีสมรรถนะรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านวิชาชีพ จริยธรรม การสื่อสารเชิงรุก การใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิก และการมีส่วนร่วมในระบบบริการ สุขภาพแบบบูรณาการ ตัวอย่างเช่น สมรรถนะด้านการวิจัยไม่ได้จำกัดเฉพาะการตีพิมพ์ผลงานเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ สมรรถนะด้านดิจิทัลยังกลายเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่มีการนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR), ระบบ telemedicine, ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และ Big data เข้ามาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหมายความว่าพยาบาลต้องสามารถวิเคราะห์ ข้อมูลเบื้องต้น เข้าใจแนวโน้มสุขภาพของกลุ่มประชากร และสามารถสื่อสารผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

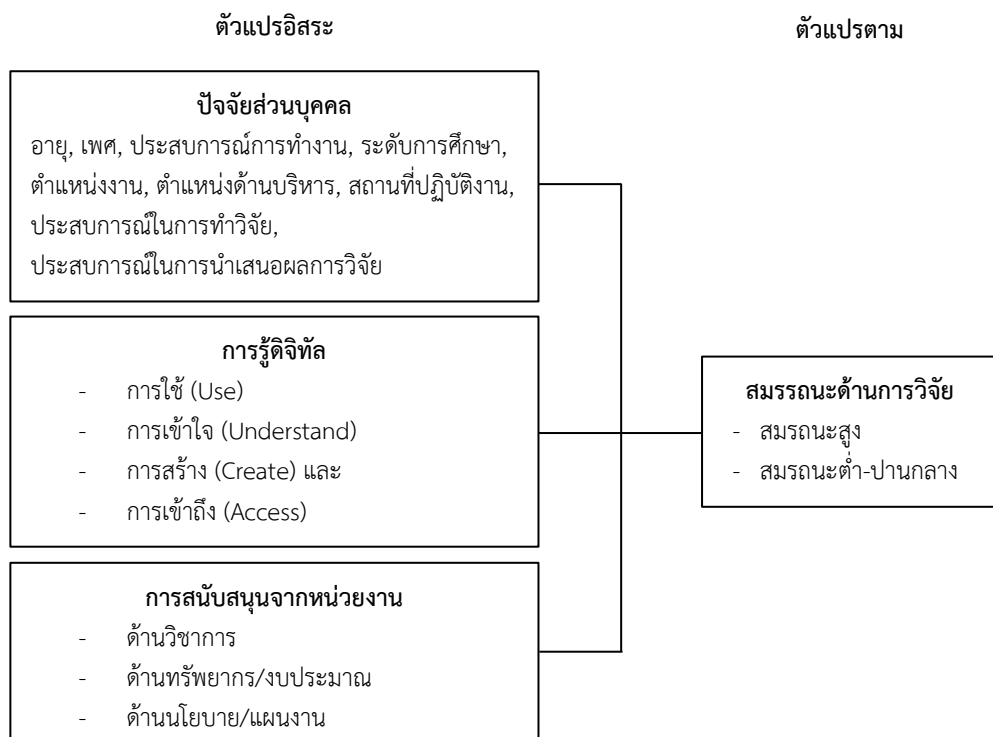
จากการศึกษานำร่องโรงพยาบาลพิมาย ซึ่งเป็นหนึ่งในโรงทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า สัดส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยและการเผยแพร่ผลงานยังมีจำนวนจำกัด ในปีงบประมาณ 2565-2566 มีผลงานวิจัยเพียงร้อยละ 0.98-1.47% ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนา สมรรถนะด้านการวิจัยผ่านการฝึกอบรมและการสนับสนุนจากองค์กร โดยปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการวิจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา การสนับสนุนจากหน่วยงาน และการฝึกอบรมด้านดิจิทัล⁽³⁾ การพัฒนาสมรรถนะ ดังกล่าวจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในยุคดิจิทัล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลในหลายพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษานอกระบบของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ยังขาดข้อมูลเฉพาะเจาะจง ในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทั้งในด้านทรัพยากร โครงสร้าง

องค์กร และความหลากหลายของประชากรผู้รับบริการ นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมปัจจัยในยุคดิจิทัล ที่อาจมีผลต่อสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาล เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การเข้าถึงฐานข้อมูลออนไลน์ และการสนับสนุนจากองค์กรในด้านดิจิทัล

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่องสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมาที่มาจากบริบทระบบราชการ 4.0 ที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความสามารถในการคิดเชิงรุก ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล และสร้างนวัตกรรม⁽⁴⁾ ประกอบกับสภาการพยาบาลที่กำหนดให้ด้านวิชาการและการวิจัยเป็นหนึ่งในสมรรถนะพื้นฐาน 8 ด้านของพยาบาลวิชาชีพ ในยุคที่ระบบสุขภาพถูกขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพผ่านนวัตกรรมดิจิทัล⁽⁶⁾ ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบแนวคิดโดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรู้ดิจิทัล และการสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลกับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลของหน่วยงานต้นสังกัด ในการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในยุคดิจิทัลต่อไปรายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านวิจัย 2) เพื่อศึกษาระดับการรู้ดิจิทัล 3) เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนจากองค์กร 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการรู้ดิจิทัลและการสนับสนุนจากองค์กรกับสมรรถนะด้านวิจัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา

คำถามการวิจัย: 1) สมรรถนะด้านวิจัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับใด 2) การรู้ดิจิทัล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับใด 3) การสนับสนุนจากองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับใด 4) ปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับสมรรถนะด้านวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัด นครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical-research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพิมาย โรงพยาบาลบัวใหญ่ โรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา และโรงพยาบาลปากช่องนานา มีจำนวน 913 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับกรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงนามับและวิเคราะห์ความสัมพันธ์คร่าวละหลายตัวแปร โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ดังนั้นจึงใช้สูตรของ Hsieh et al.⁽⁷⁾ ดังนี้

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

โดยผู้วิจัยใช้ค่า P คือ ค่าสัดส่วนของการเกิดเหตุการณ์ ในที่นี้คือสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์วิจัย เท่ากับ 0.12, P_0 คือค่าสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์วิจัย ในกลุ่มทักษะทางดิจิทัลปานกลางถึงต่ำ 0.22, P_1 คือค่าสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์วิจัย ในกลุ่มมีทักษะทางดิจิทัลสูง เท่ากับ 0.04 และ B คือ สัดส่วนกลุ่มที่มีทักษะทางดิจิทัลสูงของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.54 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α เท่ากับ 0.05 อำนาจจำแนก β เท่ากับ 0.1 กลุ่มตัวอย่างอ้างอิงได้จากการศึกษานำร่องด้วยการสำรวจตามแบบสอบถามทัศนคติทางดิจิทัลในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับการสำรวจผลงานการวิจัย ของพยาบาลโรงพยาบาลพิมาย ประจำปี 2567 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 154 คน และปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเลือกค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ เท่ากับ 0.7 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 302 คน การสุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดสัดส่วนของประชากรต่อกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณแล้ว ทำการสุ่มแบบ Stratified random sampling

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา โรงพยาบาลพิมาย โรงพยาบาลบัวใหญ่ โรงพยาบาลปากช่องนานา ที่อายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และ 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ย้ายออกจากโรงพยาบาลที่ปฏิบัติระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านได้ค่า IOC=0.67-1.0 และได้ทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน ได้ค่า Reliability=0.98 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ อายุการทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ด้านการวิจัย ประสบการณ์เสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ ใช้ข้อคำถามชนิดปลายปิดแบบเลือกตอบ และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการรู้ดิจิทัล โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีแบบสอบถาม ครอบคลุมเนื้อหา แบ่งเป็น 4 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ (Use) การเข้าใจ (Understand) การสร้าง (Create) และ การเข้าถึง (Access) เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 36 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด, 4 คะแนน หมายถึง มาก, 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง, 2 คะแนน หมายถึง น้อย และ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

1) การแปลผลการรู้ดิจิทัลโดยภาพรวมแบ่งเป็น 3 ระดับการแปลความหมายจากค่าคะแนน ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁸⁾ โดย $\text{อันตรภาคชั้น} = (180-36)/3 = 48$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 132 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 85-132 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 84 คะแนน

จัดกลุ่มการรู้ดิจิทัลโดยภาพรวม เป็น 2 กลุ่มดังนี้

- การรู้ดิจิทัลระดับสูง คะแนนมากกว่า 132 คะแนน
- การรู้ดิจิทัลระดับปานกลาง-ต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 132 คะแนน

2) การแปลผลการรู้ดิจิทัลรายด้านในด้านการใช้ดิจิทัล (Use) และการเข้าถึงดิจิทัล (Access) จำนวนด้านละ 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับการแปลความหมายจากค่าคะแนน ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁸⁾ โดย $\text{อันตรภาคชั้น} = (50-0)/3 = 16.67$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 43.33 คะแนน, ระดับปานกลาง คะแนน 26.68-43.33 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 26.67 คะแนน

จัดกลุ่มการรู้ดิจิทัลรายด้านในด้านการใช้ดิจิทัล และการเข้าถึงดิจิทัลเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- การรู้ดิจิทัลรายด้านในด้านการใช้ดิจิทัล (Use) และการเข้าถึงดิจิทัล (Access) ระดับสูง คะแนนมากกว่า 43.33 คะแนน
- การรู้ดิจิทัลรายด้านในด้านการใช้ดิจิทัล (Use) และการเข้าถึงดิจิทัล (Access) ระดับปานกลางและต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 43.33 คะแนน

3) การรู้ดิจิทัลรายด้านในด้านการเข้าใจ (Understand) และการสร้าง (Create) จำนวนด้านละ 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับการแปลความหมายจากค่าคะแนน ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁸⁾ โดย $\text{อันตรภาคชั้น} = (40-8)/3 = 16.67$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 29.33 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 18.68-29.33 คะแนน ระดับต่ำ คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.67 คะแนน

จัดกลุ่มการรู้ดิจิทัลรายด้านในด้านการเข้าใจ และการสร้างเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- การรู้ดิจิทัลรายด้านในด้านการเข้าใจ (Understand) และการสร้าง (Create) ระดับสูงคะแนนมากกว่า 29.33 คะแนน

- การรู้ดีจิตพิสัยรายด้านในด้านการเข้าใจ (Understand) และการสร้าง (Create) ระดับปานกลางและต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29.33 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ การสนับสนุนด้านวิชาการ การสนับสนุนทรัพยากร/งบประมาณ และนโยบายและแผนงาน แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแนว Likert scale โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ และให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงมาก

3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อย

1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด

แปลผลระดับการสนับสนุนจากองค์กรโดยภาพรวม จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับการแปลผลความหมายคิดจากค่าคะแนน ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁸⁾ โดย อันตรภาคชั้น $= (90-18)/3=24$ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 66 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 43-66คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน

จัดกลุ่มการสนับสนุนจากองค์กรโดยภาพรวม จำนวนเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- การสนับสนุนจากองค์กรโดยภาพรวมระดับสูง คะแนนมากกว่า 66 คะแนน
- การสนับสนุนจากองค์กรระดับปานกลาง-ต่ำ คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 66 คะแนน

2) ระดับการสนับสนุนจากองค์กรรายด้าน ประกอบด้วย 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ คือ ด้านการสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร /งบประมาณ และด้านนโยบายและแผนงาน แบ่งเป็น 3 ระดับการแปลผลความหมายคิดจากค่าคะแนน รายด้านตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁸⁾ โดย อันตรภาคชั้น $= (30-6)/3=8$ ระดับสูง คะแนน มากกว่า 22 คะแนน ระดับปานกลางคะแนน 15-22 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

จัดกลุ่มการสนับสนุนจากองค์กร ออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- การสนับสนุนจากองค์กรระดับสูง คะแนนมากกว่า 22 คะแนน
- การสนับสนุนจากองค์กรระดับปานกลาง-ต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

ตอนที่ 4 การวัดสมรรถนะด้านการวิจัย โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี การตอบลักษณะประเมินตนเอง จำนวน 32 ข้อ แบ่งการวัดดังนี้ 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงมาก 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงปานกลาง 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อย 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด

แปลผลระดับสมรรถนะด้านการวิจัยโดยภาพรวม จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับการแปลผลความหมายคิดจากค่าคะแนน ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁸⁾ โดยอันตรภาคชั้น $= (160-32)/3=42.67$ ระดับสูง มากกว่า 117.33 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 74.68-117.33 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 74.67 คะแนน

จัดกลุ่มสมรรถนะด้านการวิจัย ออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- สมรรถนะด้านการวิจัยสูง คะแนนมากกว่า 117.33 คะแนน
- สมรรถนะด้านการวิจัยพอใช้-ควรปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 117.33 คะแนน

แปลผลระดับสมรรถนะด้านการวิจัยรายด้าน ประกอบด้วย 8 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลความหมายคิดจากค่าคะแนน ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁸⁾ โดยสูตรภาคพื้น = $(20-4)/3=5.33$ ระดับสูง คะแนน มากกว่า 14.67 คะแนน ระดับปานกลางคะแนน 9.34-14.67 คะแนน ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9.33 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽⁷⁾ คัดเลือกตัวแปรจากการวิเคราะห์แบบ Bivariable analysis เข้าสู่การวิเคราะห์แบบ Multivariable analysis เมื่อตัวแปรใด ๆ มีค่า p-value<0.25 แล้วใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวจนกว่าจะได้ Model ที่ดีที่สุด แล้วนำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วย OR_{Adj} และ 95%CI ที่ p-value<0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ICH GCP) เลขที่ HE671122 วันที่ 2 มกราคม 2568 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขอความร่วมมือในแบบสอบถามด้วยความ สมัครใจไม่มีการบังคับ นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลรายบุคคลที่ได้จากการศึกษา ถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลเมื่อผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่ และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 302 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานลักษณะงานผู้ป่วยใน ร้อยละ 41.72 ลักษณะงานผู้ป่วยนอก ซึ่งรวมกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะงานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี และกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ร้อยละ 33.77 และกลุ่มงานบริการปฐมภูมิ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 24.50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 293 คน ร้อยละ 97.02 ค่ามัธยฐานของอายุ คือ 35 ปี อายุมากที่สุด 59 ปีอายุน้อยที่สุด 22 ปี เมื่อจัดช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 58.94 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.41 ปี (SD=9.82) ส่วนใหญ่มีช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี ร้อยละ 52.32 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 94.04 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการและชำนาญการ จำนวน 254 คน (ร้อยละ 84.11) ตำแหน่งด้านบริหารส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในลักษณะพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 236 คน (ร้อยละ 78.15) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ด้านการวิจัย จำนวน 250 คน (ร้อยละ 82.78) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์นำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ จำนวน 273 คน (ร้อยละ 91.92) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=302 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.หน่วยงานที่ปฏิบัติ		
ลักษณะงานผู้ป่วยนอก	74	24.50
ลักษณะงานผู้ป่วยใน	126	41.72
ลักษณะงานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	102	33.77
2.เพศ		
ชาย	9	2.98
หญิง	293	97.02
3.อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	178	58.94
มากกว่า 35 ปีขึ้นไป	124	41.86
Mean =37.22, s.d.=9.45, Median =35, Max = 59, Min=22		
4.ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี	158	52.32
มากกว่า 12 ปี	144	47.68
Mean =12, s.d.=9.82, Median =14.41, Max = 59, Mn=1		
5.ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	284	94.04
ปริญญาโท	18	5.95
6.ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ -ชำนาญการ	254	84.11
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	48	15.89
7.ตำแหน่งบริหาร		
พยาบาลผู้ปฏิบัติ	236	78.15
พยาบาลหัวหน้าทีม /หัวหน้างาน / หัวหน้ากลุ่มงาน	66	21.85
8.ประสบการณ์วิจัยและการมีส่วนร่วมในงานวิจัย		
เคย	58	19.21
ไม่เคย	244	80.79
9.จำนวนครั้งของการมีประสบการณ์วิจัยและการมีส่วนร่วมในงานวิจัย		
1 ครั้งขึ้นไป	52	17.22
ไม่มี	250	82.78

ตารางที่ 2 นำเสนอข้อมูลการรู้ดิจิทัลโดยภาพรวม ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัด นครราชสีมา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.97 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง โดยการใช้ดิจิทัล (Use) ร้อยละ 49.34 การเข้าถึง (Access) ร้อยละ 53.97 การเข้าใจ

(Understand) ร้อยละ 50.66 และการสร้าง (Create) ร้อยละ 49.01 สำหรับการรู้ดิจิทัลอยู่ในระดับสูง คือการใช้ดิจิทัล (Use) ร้อยละ 46.69 รองลงมาได้แก่ การเข้าถึง (Access) ร้อยละ 46.03 การเข้าใจ (Understand) ร้อยละ 38.08 และการสร้าง (Create) ร้อยละ 29.14 สำหรับการรู้ดิจิทัลระดับต่ำสุด คือด้านการสร้าง (Create) ร้อยละ 20.20

ในส่วนของการสนับสนุนจากองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.60 โดยมีการสนับสนุนด้านวิชาการ ร้อยละ 62.25 ด้านทรัพยากร/งบประมาณ ร้อยละ 58.28 ด้านนโยบายและแผนงาน ร้อยละ 57.62 สำหรับด้านการสนับสนุนจากองค์กร ในระดับสูง มากที่สุดคือ ด้านการสนับสนุนด้านนโยบายและแผนงาน ร้อยละ 25.83 รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านวิชาการ ร้อยละ 20.20 และด้านทรัพยากร/งบประมาณ ร้อยละ 17.88 โดยการสนับสนุนจากองค์กรในระดับต่ำ ด้านทรัพยากร/งบประมาณ ร้อยละ 23.34 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรู้ดิจิทัล และการสนับสนุนจากองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดนครราชสีมา (n=302)

รายละเอียดของตัวแปรที่ศึกษา	ระดับ n (%)				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	mean	SD
1. การรู้ดิจิทัล					
ด้านที่ 1 การใช้ดิจิทัล (Use)	141 (46.69)	149 (49.34)	12 (3.97)	36.11	7.17
ด้านที่ 2 การเข้าใจ (Understand)	115 (38.08)	163 (53.97)	24 (7.95)	27.33	5.57
ด้านที่ 3 การสร้าง (Create)	88 (29.14)	153 (50.66)	61 (20.20)	25.08	6.80
ด้านที่ 4 การเข้าถึง (Access)	139 (46.03)	148 (49.01)	15 (4.97)	35.80	7.19
ภาพรวมการรู้ดิจิทัล	117 (38.74)	166 (54.97)	19 (6.29)	124.34	24.28
2. การสนับสนุนจากองค์กร					
ด้านที่ 1 การสนับสนุนด้านวิชาการ	61 (20.20)	188 (62.25)	53 (17.56)	17.52	5.08
ด้านที่ 2 การสนับสนุนด้าน	54 (17.88)	176 (58.28)	72 (23.34)	27.33	5.57
ทรัพยากร/งบประมาณ					
ด้านที่ 3 การสนับสนุนด้านนโยบาย	78 (25.83)	174 (57.62)	50 (16.56)	18.81	4.81
และแผนงาน					
2.4 ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร	58 (19.21)	183 (60.60)	61 (20.20)	54.96	13.64

ตารางที่ 3 นำเสนอข้อมูลระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.67 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางโดย จริยธรรมในการวิจัย เท่ากับร้อยละ 50.31 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการวิจัย ร้อยละ 47.68 ความสามารถในการใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ ร้อยละ 45.87 และความสามารถ ในการวางแผนการวิจัย ร้อยละ 44.12 สำหรับสมรรถนะระดับสูง พบว่าจริยธรรมในการวิจัย มีค่ามากที่สุด ร้อยละ 38.08 รองลงมาคือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการวิจัย ร้อยละ 34.75 ความสามารถในการใช้ ข้อมูลและการวิเคราะห์ ร้อยละ 30.94 และความสามารถในการวางแผนการวิจัย ร้อยละ 29.81

ขณะที่สมรรถนะระดับต่ำสุด ได้แก่ ความสามารถในการวางแผนการวิจัย และความสามารถในการใช้ข้อมูล และการวิเคราะห์ ร้อยละ 29.81 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา (n=302)

สมรรถนะด้านการวิจัย	ระดับสมรรถนะ n (%)				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	mean	SD
1. ด้านความรู้พื้นฐานด้านการวิจัย	47 (15.56)	204 (67.55)	51 (16.39)	12.16	3.87
2. ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์และการคิดเชิงวิพากษ์	49 (16.23)	196 (64.90)	57 (18.87)	11.89	2.97
3. ด้านทักษะการออกแบบการวิจัย	52 (17.22)	184 (60.93)	66 (21.85)	11.77	3.20
4. ด้านความสามารถในการจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์	48 (15.89)	164 (54.30)	90 (29.80)	11.34	3.33
5. ด้านทักษะการเขียนและการนำเสนอผลงานวิจัย	50 (16.56)	177 (58.61)	75 (24.63)	12.16	3.34
6. ด้านจริยธรรมในการวิจัย	115 (38.08)	154 (50.99)	33 (10.93)	13.40	2.97
7. ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการวิจัย	68 (22.52)	188 (62.25)	36 (15.23)	12.52	3.53
8. ด้านความสามารถในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัย	82 (27.15)	183 (60.60)	37 (12.25)	12.90	3.29
สมรรถนะด้านการวิจัยโดยภาพรวม	51 (16.89)	204 (67.55)	47 (15.56)	97.66	3.14

ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของพหุตัวแปร (Multivariable analysis) โดยควบคุมตัวแปรการมีประสบการณ์นำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ มีจำนวน 5 ตัวแปร ดังนี้ 1) เพศ พยาบาลเพศชาย มีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัยในระดับสูง เป็น 22.69 เท่า เมื่อเทียบกับพยาบาลเพศหญิง ($OR_{Adj}=22.69$, $95\%CI=1.85\text{-}277.63$, $p\text{-value}=0.015$), 2) การรู้ดิจิทัลด้านการเข้าใจดิจิทัล (Understand) ในระดับสูง มีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัยในระดับสูงเป็น 19.39 เท่า เมื่อเทียบกับการเข้าใจดิจิทัล (Understand) ในระดับปานกลาง-ต่ำ ($OR_{Adj}=19.39$, $95\%CI=1.12\text{-}13.63$, $p\text{-value}=0.032$), 3) การรู้ดิจิทัลด้านการสร้างดิจิทัล (Create) ในระดับสูง มีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัยในระดับสูงเป็น 8.72 เท่าเมื่อเทียบกับการสร้างดิจิทัล (Create) ในระดับปานกลาง-ต่ำ ($OR_{Adj}=8.72$, $95\%CI=3.06\text{-}24.67$, $p\text{-value}<0.001$) 4) การสนับสนุนจากองค์กรด้านทรัพยากร/งบประมาณในระดับสูง ทำให้มีสมรรถนะด้านการวิจัยในระดับสูงเป็น 6.31 เท่าเมื่อเทียบกับการสนับสนุนจากองค์กรด้านทรัพยากร/งบประมาณ ในระดับปานกลาง-ต่ำ ($OR_{Adj}=6.31$, $95\%CI=2.10\text{-}18.92$, $p\text{-value}=0.001$) และ 5) การสนับสนุนจากองค์กรด้านนโยบาย

และแผนงานในระดับสูง มีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัยในระดับสูง เป็น 3.19 เท่า เมื่อเทียบกับการสนับสนุนจากองค์กรด้านนโยบายและแผนงานในระดับปานกลาง-ต่ำ ($OR_{Adj}=3.19$, 95%CI=1.04-9.77, p-value=0.042) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พหุตัวแปร (n=302)

ปัจจัย	สมรรถนะด้านการวิจัย n (%)		OR_{Crude}	OR_{Adj}	95%CI	p-value
	สูง	ปานกลาง-ต่ำ				
1. ปัจจัยส่วนบุคคล						
1.1 เพศ						
ชาย	4 (44.44)	5 (55.56)	4.18	22.69	1.85-277.63	0.015*
หญิง	47 (16.04)	246 (83.96)	1	1	1	
1.2 การมีประสบการณ์นำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ						
เคย	10 (32.26)	21 (67.74)	2.67	3.69	0.84-16.10	0.083
ไม่เคย	41 (15.15)	230 (84.87)	1	1	1	
2 การรู้ดิจิทัล						
2.1 ด้านการเข้าใจดิจิทัล (Understand)						
การเข้าใจดิจิทัลระดับสูง	45 (39.13)	70 (60.87)	19.39	3.91	1.12-13.63	0.032*
การเข้าใจดิจิทัลระดับปานกลาง-ต่ำ	6 (3.21)	181 (96.79)	1	1	1	
2.2 การรู้ดิจิทัลด้านการสร้าง (Create)						
การสร้างดิจิทัลระดับสูง	43 (48.86)	45 (51.14)	24.6	8.72	3.08-24.67	<0.001*
การสร้างดิจิทัลระดับปานกลาง-ต่ำ	8 (3.74)	206 (96.26)	1	1	1	
3. การสนับสนุนจากองค์กร						
3.1 การสนับสนุนด้านทรัพยากร/งบประมาณ						
การสนับสนุนระดับสูง	36 (66.67)	18 (33.33)	31.06	6.31	2.10-18.92	0.001*
การสนับสนุนระดับปานกลาง-ต่ำ	15 (6.05)	233 (93.95)	1	1	1	
3.2 การสนับสนุนด้านนโยบายและแผนงาน						
การสนับสนุนระดับสูง	38 (48.72)	40 (51.28)	15.41	3.19	1.04-9.77	0.042*
การสนับสนุนระดับปานกลาง-ต่ำ	13 (5.80)	211 (94.20)	1	1	1	

* มีนัยสำคัญที่ระดับ $p<0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 ระดับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา พบว่าโดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.55) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร⁽³⁾ แตกต่างจากการศึกษาเรื่องผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมุกดาหาร⁽⁹⁾ เนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการวิจัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จากข้อค้นพบ คือพยาบาลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีเท่านั้น (ร้อยละ 94.04) ซึ่งอาจได้รับการฝึกอบรมด้านการวิจัยในระดับพื้นฐาน พยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ด้านการวิจัย (ร้อยละ 80.79) ไม่เคยนำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ (ร้อยละ 89.74) และปฏิบัติงานในตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ-ชำนาญการ ในลักษณะผู้ปฏิบัติ อาจทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาในวิชาการและการวิจัยได้

วัตถุประสงค์ที่ 2 ระดับการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา พบว่าโดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.97) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง⁽⁶⁾ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.90) ทั้งนี้ พยาบาลส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 94.04) ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี (ร้อยละ 58.94) ซึ่งอาจได้รับความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลจากการเรียนในระดับปริญญาตรีเท่านั้น ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐาน และจากข้อค้นพบว่ามีการสนับสนุนจากองค์กร โดยภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร/งบประมาณ และด้านการสนับสนุนด้านนโยบายและแผนงาน อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเข้าถึงการพัฒนาทักษะทางด้านดิจิทัลในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ที่ 3 การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าพบโดยภาพรวม ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.60) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวทางการจัดระบบกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ซึ่งอาจโครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล มีหน้าที่ “พัฒนาระบบงานเพื่อพัฒนาบริการพยาบาลในทุกมิติทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทั้ง ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และมีความก้าวหน้าทันสมัย ซึ่งมีการปรับปรุงโครงสร้างในปี 2567 อย่างเป็นรูปธรรมนั้นส่งผลให้การสนับสนุนจากองค์กร ในด้านการวิจัยของพยาบาล ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพด้วยการควบคุมตัวแปร การมีประสบการณ์นำเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมวิชาการ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ พบ 5 ตัวแปรได้แก่

1. พยาบาลเพศชายมีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัยระดับสูงมากกว่าพยาบาลเพศหญิงถึง 22.69 เท่า ($OR_{Adj}=22.69$ 95%CI=1.85-277.63, p-value=0.015) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง “ความแตกต่างด้านเพศในผลผลิตงานวิจัยของบุคลากรทางสุขภาพ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ” ซึ่งสะท้อนถึงโอกาสที่บุคลากรเพศชายได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการ การมอบหมายงาน หรือการแสดงออกในเชิงวิจัยมากกว่าเพศหญิงในบริบทวิชาชีพพยาบาล ซึ่งมีสัดส่วนเพศหญิงเป็นหลัก จึงอาจได้รับการคาดหวังหรือสนับสนุนให้แสดงความสามารถด้านวิชาการมากขึ้น เช่น การนำเสนอผลงาน การเป็นวิทยากร หรือการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพอย่างเข้มข้น ส่งผลให้เพศชายมีโอกาสในการพัฒนาทักษะด้านการวิจัยมากกว่า⁽¹⁰⁾ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ จำนวนเพศชายมีจำนวนน้อย จึงทำให้ค่า OR_{Adj} ค่อนข้างสูงในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรเพิ่มสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศชายให้ใกล้เคียงกับเพศหญิง

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีการรู้ดิจิทัลด้านความเข้าใจ (Understand) ในระดับสูง มีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัยมากกว่าผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำ ถึง 3.91 เท่า ($OR_{Adj}=3.91$ 95%CI=1.12-13.63 p-value=0.032) สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในยุคดิจิทัลที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ เช่น Internet of Things (IoT), ปัญญาประดิษฐ์ (AI), การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data analysis) และ Blockchain⁽⁵⁾ การที่การเข้าใจดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัย อาจเป็นเพราะการเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล ความปลอดภัยของข้อมูล และการเข้าถึงฐานข้อมูลวิชาการออนไลน์เป็นพื้นฐานสำคัญของการทำวิจัยในยุคดิจิทัล เช่น การเข้าถึงฐานข้อมูลวิจัย การสืบค้นวรรณกรรมวิชาการ และการใช้ซอฟต์แวร์วิเคราะห์ข้อมูลขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นทักษะสำคัญของนักวิจัยผู้ที่มีระดับความเข้าใจดิจิทัลสูงสามารถทำความเข้าใจบริบทของงานวิจัย เช่น แนวคิด ทฤษฎี เครื่องมือ และขั้นตอนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ได้ดียิ่งขึ้น

3. พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการรู้ดิจิทัลด้านการสร้าง (Create) ในระดับสูงมีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัยในระดับสูงมากกว่าผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำถึง 8.72 เท่า ($OR_{Adj}=8.72$ 95%CI=3.08-24.67, p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ทักษะดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 ทำความเข้าใจผลกระทบของความรู้ด้านดิจิทัลต่อพยาบาล พบว่าระดับการรู้ดิจิทัลของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานพยาบาล⁽¹¹⁾ ซึ่งรวมถึงการจัดการข้อมูลผู้ป่วยและการใช้ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการใช้เทคโนโลยีในการออกแบบและพัฒนานวัตกรรม เช่น การสร้างแบบสอบถามออนไลน์ หรือการนำเสนอข้อมูลเชิงสร้างสรรค์ มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการดำเนินการวิจัย

4. พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการสนับสนุนจากองค์กรในระดับสูงด้านทรัพยากร/งบประมาณ มีโอกาสมีสมรรถนะด้านการวิจัย สูงกว่าผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำ 6.31 เท่า ($OR_{Adj}=6.31$ 95%CI=2.10-18.92 p-value=0.001) การสนับสนุนจากองค์กรในด้านทรัพยากรและงบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอและการสนับสนุนทางการเงิน สามารถส่งเสริมให้พยาบาลมีโอกาสร่วมการฝึกอบรม การทำวิจัย และการเผยแพร่ผลงานวิจัย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัย ผลการศึกษานี้สอดคล้อง

กับงานวิจัยการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการใช้หลักฐานเชิงวิจัยในการปฏิบัติงานของพยาบาล ตัวอย่างเช่น การศึกษาที่พบว่า พยาบาลที่ทำงานในองค์กรที่มีการสนับสนุนจากผู้นำน้ององค์กรสูง มีโอกาสใช้หลักฐานเชิงวิจัยในการปฏิบัติงานมากกว่าผู้ที่ทำงานในองค์กรที่ไม่มีการสนับสนุน⁽¹²⁾

5. พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการสนับสนุนจากองค์กรในระดับสูงด้านนโยบายและแผนงาน มีโอกาสมีสมรรถนะ ด้านการวิจัยสูงกว่า ผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำ ($OR_{Adj}=3.19$ 95%CI=1.04-0.77 p-value=0.042) การสนับสนุนจากองค์กรในด้านนโยบายและแผนงานมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อพยาบาลได้รับการสนับสนุนนโยบายที่ชัดเจนด้านการวิจัย จะทำให้พยาบาลสามารถเข้าถึงโอกาสในการวิจัย สามารถจัดสรรเวลา มีแนวทางในการดำเนินงานวิจัย และได้รับแรงจูงใจให้พัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การมีระบบการจัดการเชิงนโยบายในโรงพยาบาลชุมชนมีส่วนสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัย ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาล โดยพบว่าสมรรถนะด้านการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสม⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยเสนอให้มีการพัฒนาสมรรถนะด้านการรู้ดิจิทัลของพยาบาลผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและหลักสูตรด้านเทคโนโลยีเพื่อการวิจัย พัฒนานโยบายและแผนงานที่ชัดเจน สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ รวมถึงสร้างระบบพี่เลี้ยงและเวทีนำเสนอผลงานวิจัย ควรกำหนดผลงานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินความก้าวหน้าในวิชาชีพ พร้อมทั้งส่งเสริมโอกาสในการเข้าถึงการวิจัยอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายการศึกษาไปยังบริบทที่หลากหลาย เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนความแตกต่างของบริบทอย่างแท้จริง ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการวิจัย เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงจูงใจภายใน รวมถึงการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งจะช่วยอธิบายผลการวิจัยได้อย่างรอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แนวทางการพัฒนาบุคลากรภาครัฐ พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ocsc.go.th/?post_type=laws&p=83025
2. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. ประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 53 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NP.PDF>
3. บุษกรทิพย์ มะตูม, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุนีย์ ละกะปิ่น, ดุสิต สุจิรารัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์. 2563;27(2):7-19.

4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.). คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐ ในการเป็นระบบราชการ 4.0 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2566.
5. อุไรรัชต์ บุญแท้, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, พิเชฐ บัญญัติ, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพัฒนาสมรรถนะการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพในยุคไทยแลนด์ 4.0 สำหรับผู้นำทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(2):113-26.
6. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดระบบกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623-34. doi: 10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s.
8. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
9. สมพิศ เหง้าเกษ, ปัสสสิริ ทับสุริ, เพชรสมร มีธรรม, กาญจนา วงศ์อินตา. ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(1):101-14.
10. Chauvin S, Mulsant BH, Sockalingam S, Stergiopoulos V, Taylor VH, Vigod SN. Gender Differences in Research Productivity among Academic Psychiatrists in Canada. Can J Psychiatry. 2019 Jun;64(6):415-422. doi: 10.1177/0706743718802798.
11. Seki EA. Digital skills in the 21st century: Understanding the impact of digital literacy on nurses. Research on Education and Psychology. 2024;8(2):360-72.
12. Hu H, Allen P, Yan Y, Reis RS, Jacob RR, Brownson RC. Organizational Supports for Research Evidence Use in State Public Health Agencies: A Latent Class Analysis. J Public Health Manag Pract. 2019 Jul/Aug;25(4):373-381. doi: 10.1097/PHH.0000000000000821.
13. อีสริย์ พันธุ์เหนือ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ. สมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(1):80-7.

ผลของการใช้พรมมะค่าต่อการลดอาการชาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

วรางคณา บุตรศรี, วท.ม.*^a, ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ, พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้พรมมะค่า ในการลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจำนวน 60 คน ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทำการทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการชาที่เท้า และแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับอาการชาก่อนและหลังใช้พรมมะค่า โดยใช้สถิติอนุมานคือ paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้พรมมะค่ามีระดับการชาเท้าลดลง มีระดับการชาเท้าลดลง ค่าเฉลี่ย $\bar{X}=4.65$ (SD=2.42) เป็น $\bar{X}=0.42$ (SD=0.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$, SD=0.47) ดังนั้นจึงควรนำพรมมะค่าไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณฝ่าเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2; ระดับอาการชา; พรมมะค่า

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก ตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

^a Corresponding author: วรางคณา บุตรศรี Email: warang924@gmail.com

รับบทความ: 17 มิ.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 27 มิ.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 28 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 21 ก.ค. 68

Effects of Black Rose Wood Carpet on Relieving Foot Numbness in Type 2 Diabetic Patients at Nong Kainok Health Promoting Hospital, Muangsamsib District, Ubon Ratchathani

Warangkana Bootsri, M.Sc.^{*a}, Channarong Singban, B.N.S.^{**}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of using Black Rose Wood carpet to relieve foot numbness in diabetic patients. The 60 diabetic patients were purposively selected from patients who attended chronic disease clinic of Nong Kai Nok Health Promoting Hospital, Mungsamsib, Ubon Ratchathani and followed the occurrence of feet numbness for 8 weeks. The data were collected by the questionnaire, foot-numbness examination form, satisfaction-assessment form and were analyzed by descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations and inferential statistics using paired sample t-tests to compare the means before and after the interventions. Results showed that, after the intervention, the levels of feet numbness of the subjects were significantly decreased from ($\bar{x}$ =4.65, SD=2.42) to ($\bar{x}$ =0.42, SD=0.75) at $p<0.05$. Overall satisfactions of the subjects on using the innovation were at a high level ($\bar{x}$ =4.70, SD=0.47). So Black Rose Wood carpet should be promoted to relieve the feet numbness and decrease risk factors for feet complications among diabetic patients.

Keywords: Type 2 diabetic patients; Numbness level; Black Rose Wood carpet

^{*} Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute

^{**} Registered Nurse, Nong Khai Nok District Health Promoting Hospital, Muangsamsip District, Ubon Ratchathani

^a Corresponding author: Warangkana Bootsri Email: warang924@gmail.com

Received: Jun. 17, 25; Revised: Jun. 27, 25; Accepted: Jun. 28, 25; Published Online: Jul. 21, 25

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขระดับโลก ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 422 ล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก 1.5 ล้านคน ต่อปี⁽¹⁾ สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย และญี่ปุ่น⁽²⁾ และในปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ 297,847 ราย จากผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562-2563 กองโรคไม่ติดต่อได้จัดทำภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) กำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่เกี่ยวข้องและนโยบายของกรมควบคุมโรคเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานลดความเสี่ยง ลดการป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีประเด็นสำคัญ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อโดยลดลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573⁽³⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาไม่ว่าจะเป็นบริเวณตา ไต หัวใจ สมอง และเท้า เกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของเท้า ทำให้โครงสร้างเท้าผิดปกติ เกิดอาการเท้าชา ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียขาและเท้า โดยความชุกของการตัดเท้ามีประมาณร้อยละ 1.6⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะปลายประสาทเสื่อม การส่งกระแสประสาทช้าลง ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อที่เท้าเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อ ฝ่าเท้าอ่อนแรงสลับแพบ ส่งผลให้มีเท้าผิดรูป ทำให้การกระจายของน้ำหนักที่ฝ่าเท้าผิดปกติ เกิดแรงกดซ้ำ ๆ ในตำแหน่งที่มีการรับน้ำหนักตลอดเวลา จนเกิดผิวหนังกำพืดแข็ง การรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เท้าลดลง เกิดอาการชาสูญเสียความสามารถในการป้องกันอันตราย ทำให้เดินสะดุดของแข็งหรือเหยียบของมีคมโดยไม่รู้สึกตัว และสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสอันเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า⁽⁵⁾

ตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 250 คน และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี มีการจัดให้บริการคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกเดือน โดยมีการดูแลเท้าโดยการแช่น้ำสมุนไพร ก่อนเข้าพบแพทย์เพื่อรักษา ผลการประเมินคุณภาพการบริการในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยการใช้แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาตรวจรักษาจำนวน 120 คน พบว่าจำนวน 96 คน ส่วนใหญ่มีอาการขาบริเวณปลายเท้า นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่ต้องมาทำแผล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก วันละไม่ต่ำกว่า 3 ราย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลและจำนวนที่ถูกตัดอวัยวะพร้อมเท้า และจากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการมีพฤติกรรมดูแลเท้าและสวมรองเท้าที่ไม่ถูกต้องคือ สวมรองเท้าแตะแบบคิบบิ ผิวน้ำเท้า แห้ง แตก และมีคราบสกปรกติดบริเวณง่ามนิ้วเท้า ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับสถานการณ์และการเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และการใช้แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สอดคล้องความสามารถในการดูแลตนเอง

เป็นแนวทางที่ดีที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความเสี่ยงในระยะยาวที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานจากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานของคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก พบว่าโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในคลินิกเบาหวานมีภารกิจในการจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่งผลทำให้ขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งวิธีการสอนการดูแลเท้าจะเน้นการบรรยายเป็นหลัก รวมทั้งไม่มีรูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า และการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และประกอบกับในตำบลหนองไข่นกยังไม่มีนวัตกรรมลดอาการชาแบบใช้อุปกรณ์วัด จึงได้พัฒนานวัตกรรมพรมมะค่า เพื่อลดอาการเท้าชา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม การใช้นวัตกรรมพรมมะค่าลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁽⁶⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองใช้นวัตกรรม มีระดับการชาเท้าลดลงเฉลี่ยจากระดับ 4.65 (SD=0.29) เป็น 0.40 (SD=0.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษครั้งนี้จึงต้องการทดสอบว่าพรมมะค่าสามารถลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้จริงโดยใช้วัสดุที่หาได้ในท้องถิ่นมาพัฒนา เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ทำเองที่บ้าน ตลอดจนสามารถประเมินผลการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดกำลังใจและความภาคภูมิใจในการดูแลตนเองและสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่

กรอบแนวคิดการวิจัย

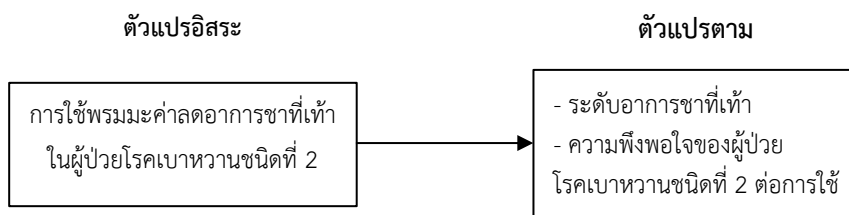
การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการดูแลเท้า

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา Albert Bandura⁽⁷⁾ ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเองซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่าง เช่น พันธุกรรม สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคล ผสมผสานกัน ซึ่งยากแก่การตัดสินว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจาก ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม⁽⁷⁾

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับนวัตกรรมพรมมะค่า

การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคล สามารถบรรลุในพฤติกรรมที่คาดหวังผ่านแรงจูงใจ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ ดังนั้นจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเป็นทฤษฎีที่ถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในด้านการศึกษา หรือด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การคุมกำเนิด การป้องกัน

การตั้งครรในวัยรุ่น การสูบบุหรี่ การควบคุมแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย เป็นต้น การรับรู้ความสามารถของตนเองถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้ของบุคคล ในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดทำนวัตกรรมมะค่าพระราชลาดชาในผู้ป่วยเบาหวาน บ้านท่าม่วง ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁸⁾ และซึ่งได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการลดเท้าชาในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองโดยใช้ล่อกลิ้งในการนวดเท้า ระดับอาการชาเท้าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของแบนดูราโดยมุ่งเน้นไปที่ความคาดหวังของความสามารถของบุคคล โดยแบ่งความคาดหวังเป็น 2 ประเภทคือ ความคาดหวังต่อความสามารถของตน และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมและทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มี 4 ปัจจัย คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การกระตุ้นโดยการใช้นวัตกรรมและจัดกิจกรรมตามปัจจัยทั้ง 4 ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการชาก่อนและหลังการใช้พรมมะค่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้พรมมะค่า

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 115 คน ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการตรวจเท้าโดยใช้โมโนฟิลาเมนต์

(Monofilament) ไม่สามารถรับรู้การสัมผัส มีอาการชาที่เท้าตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป และ 3) ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนเกณฑ์คัดออกได้แก่ 1) มีการรักษา อาการชาที่เท้าด้วยวิธีการอื่น ทั้งการนวดแพทย์แผนไทย การใช้เครื่องนวดหรืออุปกรณ์นวดเท้าหรือสวมใส่ รองเท้าเพื่อนวดเท้า 2) มีความผิดปกติที่เท้า ทั้งเท้าผิดปกติ มีแผล มีหูด ตาปลา สภาพเท้ามีรอยแตก ผิวหนังแห้งซิด และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ครั้งนี้ จึงใช้จำนวนประชากรทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ การใช้พรมมะค่าลดอาการชาที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการนวดแผนไทยตามหลักวิชาการแพทย์แผนไทย⁽⁶⁾ ในการลดอาการชาที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยวิธีการนวดแผนไทย การใช้พรมมะค่าลดอาการชาที่เท้า ในผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนั้น มีการร้อยเป็นสายเม็ดมะค่าขัดเป็นวงกลม แล้วเย็บติดกับพรม โดยเย็บจากด้านนอกเข้าสู่ด้านใน จำนวน 5 วง เมื่อผู้ป่วยได้ยืนบนพรมที่เย็บติดกับเม็ดมะค่าแล้วให้ผู้ป่วย นวดเท้าด้วยการย่ำอยู่กับที่อย่างช้า ๆ โดยนวดได้ทั้ง 4 ทิศทาง ตามตำแหน่ง 3, 6, 9 และ 12 นาฬิกา ใช้เวลา ในการนวด 15 นาทีต่อครั้ง ต่อวัน ทั้งนี้ได้จัดทำเอกสารคู่มือการใช้งาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาและออกแบบเพื่อให้สอดคล้องกับสรีระของเท้า และมีความปลอดภัยในการใช้งาน



ภาพที่ 2 พรมมะค่า



ภาพที่ 3 การนวดเท้าด้วยพรมมะค่า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามการเลือกตอบและการเติมค่า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และประวัติการระดับน้ำตาล ในเลือดจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย
2. แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการชาที่เท้า ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการชาที่เท้า ของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยประเมินการสูญเสียความรู้สึกด้วย Monofilament 4 จุด ใต้ฝ่าเท้าซ้ายและขวา รวมทั้งสิ้น 8 จุด และบันทึกผลการประเมินอาการชาที่เท้าหลังใช้ นวัตกรรม โดยใช้แบบบันทึกการติดตาม อาการชาหลัง การใช้นวัตกรรม ซึ่งทำการประเมินผล 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ด้วย Monofilament 8 จุด โดยคำนวณค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้าระหว่างการดำเนินการวิจัย ดังสมการ

$$F \sum_{i=1}^8 f_i/n$$

- F = ค่าเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้า
 i = จำนวนจุดที่สูญเสียความรู้สึกได้ฝ่าเท้า
 f = จำนวนคนที่สูญเสียความรู้สึกได้ฝ่าเท้าที่ i จุด
 n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

3. แบบประเมินความพึงพอใจของนวัตกรรม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการใช้งาน ด้านความแข็งแรง คงทน ความปลอดภัยในการใช้งาน ด้านความสะดวกต่อการใช้งาน และด้านความสวยงาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินความพึงพอใจของนวัตกรรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาก่อนนำไปทดลองใช้ นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการชาบริเวณเท้า คลินิกหมอครอบครัวปทุมวิทยากรจำนวน 15 ชุดแล้วนำมาวิเคราะห์หาระดับความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การดูแลเท้าด้วยพรมมะค่าเพื่อลดอาการชาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีความถี่ในการนัดที่เท้าวันละครั้ง คิดเป็น 7 ครั้ง ต่อสัปดาห์ จัดกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งการติดตามเยี่ยมจะไปบ้านผู้ป่วยโดยตรงซึ่งมีการนัดหมายล่วงหน้าทุกครั้ง มีขั้นตอนดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมการดูแลเท้าด้วยพรมมะค่าเพื่อลดอาการชาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สัปดาห์ที่ (รหัส)	กิจกรรม	เครื่องมือ
0 (S ₁)	- ชี้แจงวัตถุประสงค์ - ตรวจวัดอาการชาที่เท้าก่อนใช้พรมมะค่า - การนำเสนอประสบการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้พรมมะค่าจนเท้าแล้วอาการชาลดลง และการสอนและสาธิตทำในการใช้ ระยะเวลาและแรงกด	- แบบสอบถาม - การประเมินการสูญเสียความรู้สึกด้วย Monofilament - แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการชาที่เท้า
2 (S ₂)	- ตรวจวัดติดตามอาการชาที่เท้า ครั้งที่ 2	- การประเมินการสูญเสียความรู้สึกด้วย Monofilament - แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการชาที่เท้า
4 (S ₃)	- ตรวจวัดติดตามอาการชาที่เท้า ครั้งที่ 3	- การประเมินการสูญเสียความรู้สึกด้วย Monofilament - แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการชาที่เท้า

ตารางที่ 1 (ต่อ) กิจกรรมการดูแลเท้าด้วยพรมมะค่าเพื่อลดอาการขาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สัปดาห์ที่ (รหัส)	กิจกรรม	เครื่องมือ
6 (S ₄)	- ตรวจวัดติดตามอาการขาที่เท้า ครั้งที่ 3	- การประเมินการสูญเสียความรู้สึกด้วย Monofilament - แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการขาที่เท้า
8 (S ₅)	- ตรวจวัดติดตามอาการขาที่เท้า ครั้งที่ 3	- การประเมินการสูญเสียความรู้สึกด้วย Monofilament - แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการขาที่เท้า - แบบสอบถามความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคลและความพึงพอใจด้านการใช้พรมมะค่า ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับอาการขาที่เท้าก่อนและหลังใช้ สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC 4/2568 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัย อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา สิทธิเข้าร่วมโครงการวิจัย ความเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัย ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถไม่ตอบข้อคำถามหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้พรมมะค่าลดอาการขาที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปรากฏผลดังนี้

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.20 อายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.10 อายุสูงสุด 89 ปี อายุต่ำสุด 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.40 ส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 80.00 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงสุด 12 ปี ระยะเวลาที่เป็นต่ำสุด 4 ปี ประวัติค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย อยู่ระหว่าง 125-154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 40.00 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด สูงสุด 185 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต่ำสุด 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใช้พรมมะค่าลดอาการชาที่เท้า (n=60)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	30.80
หญิง	42	69.20
อายุ (สูงสุด 89 ปี, ต่ำสุด 50 ปี, เฉลี่ย 69.50 ปี)		
50-59 ปี	11	18.40
60-69 ปี	26	43.10
70-79 ปี	16	26.20
80-89 ปี	7	12.30
สถานภาพ		
โสด	5	7.70
สมรส	45	75.40
หม้าย	8	13.80
แยก	2	3.10
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	52	86.67
มัธยมศึกษา	7	11.67
อนุปริญญา	1	1.66
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกรรวม	48	80.00
ค้าขาย	5	7.70
รับจ้างทั่วไป	7	12.30
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (สูงสุด 12 ปี, ต่ำสุด 4 ปี, ค่าเฉลี่ย 8 ปี)		
1-4 ปี	9	15.00
5-9 ปี	32	53.33
10-14 ปี	19	31.67
ประวัติน้ำตาล (สูงสุด 185 mg/dl, ต่ำสุด 120 mg/dl, ค่าเฉลี่ย 152.50 mg/dl)		
<125 mg/dl	13	21.67
125-154 mg/dl	24	40.00
155-162 mg/dl	15	25.00
>162 mg/dl	8	13.33

2. ระดับอาการชาที่เท้า ผลประเมินระดับอาการชาหรือการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าซ้ายและขวา ด้วย Monofilament จำนวนทั้งสิ้น 8 จุด พบว่าก่อนการใช้พรมมะค่า ในสัปดาห์เริ่มการทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ตามลำดับ (S1, S2 และ S3) มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการชาตั้งแต่ 0-8 จุดไม่ต่างกัน

แต่พบความแตกต่างหลังการใช้พรมมะค่าไปแล้ว 2 และ 4 สัปดาห์ (S4 และ S5) โดยการใช้พรมมะค่าดังกล่าวส่งผลให้มีแนวโน้มให้จำนวนจุดขาที่เท้าลดลง ดังจะเห็นได้ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากใช้นวัตกรรมพบว่า ผู้ป่วยแสดงจำนวนจุดที่มีอาการขาที่เท้าสูงสุดเพียง 3 จุด ในขณะที่เริ่มการทดลองมีจำนวนขาที่เท้าสูงสุดถึง 8 จุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการใช้พรมมะค่าลดอาการขาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จำนวนจุดขาที่เท้า	W ₁	W ₂	W ₃	W ₄	W ₅
8	14 (23.4)	14 (23.4)	14 (23.4)	0	0
7	4 (6.7)	4 (6.7)	4 (6.7)	0	0
9	7 (11.7)	7 (11.7)	7 (11.7)	2 (3.3)	0
5	2 (3.3)	2 (3.3)	2 (3.3)	3 (5.0)	0
4	9 (15.0)	9 (15.0)	9 (15.0)	3 (5.0)	0
3	4 (6.6)	4 (6.6)	4 (6.6)	6 (10.0)	2 (3.3)
2	18 (30.0)	18 (30.0)	18 (30.0)	21 (35.0)	4 (6.6)
1	2 (3.3)	2 (3.3)	2 (3.3)	7 (11.7)	11 (18.4)
0	0	0	0	18 (30.0)	43 (71.7)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการขาของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้พรมมะค่าลดอาการขาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับอาการขาของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้พรมมะค่าต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือก่อนการทดลอง มีระดับอาการขาเฉลี่ย 4.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD=2.42) ขณะที่หลังการใช้พรมมะค่ามีคะแนนเฉลี่ย 0.42 คะแนน (SD=0.75) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับอาการขาที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วย มีระดับอาการขาที่เท้าหลังการใช้พรมมะค่า 2 สัปดาห์ ลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้พรมมะค่า และค่าเฉลี่ยระดับอาการขาที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วยมีระดับอาการขาที่เท้า หลังการใช้พรมมะค่าไป 4 สัปดาห์ ลดลงกว่าหลังการใช้พรมมะค่า 2 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยระดับอาการขาที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วย มีระดับอาการขาที่เท้าหลังการใช้พรมมะค่าลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้พรมมะค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับอาการขาที่เท้า ระหว่างการดำเนินการวิจัย

กลุ่มการเปรียบเทียบระดับอาการขา	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
1 ก่อนการใช้พรมมะค่า (S ₁ S ₂ S ₃)	4.63	2.42	14.56	38	0.00**
หลังการใช้พรมมะค่า 2 สัปดาห์ (S ₄)	1.70	1.56			
2 หลังการใช้พรมมะค่า 2 สัปดาห์ (S ₄)	1.70	1.56	8.16	38	0.00**
หลังการใช้พรมมะค่า 4 สัปดาห์ (S ₅)	0.42	0.75			
3 ก่อนการใช้พรมมะค่า (S ₁)	4.63	2.42	13.56	38	0.00**
หลังการใช้พรมมะค่า 4 สัปดาห์ (S ₅)	0.42	0.75			

** $p<0.05$

4. ด้านความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความพึงพอใจต่อภาพรวมของการใช้พรมมะค่า ลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินด้านความแข็งแรง คงทน ความปลอดภัยในการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 (SD=0.42) รองลงมาด้านความความสะดวกอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (SD=0.64) ด้านความสวยงาม อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 (SD=0.43) ความพึงพอใจในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (SD=0.51) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการใช้พรมมะค่าลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=60)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการประเมินการใช้งาน	4.8	0.32	มากที่สุด
- ขณะใช้พรมมะค่ารู้สึกสบายเท้า	4.9	0.32	มากที่สุด
- ภายหลังการใช้พรมมะค่ามีความรู้สึกลดอาการชาที่เท้าลดลง	4.8	0.40	มากที่สุด
- ภายหลังการใช้พรมมะค่าเกิดการผ่นคลายของกล้ามเนื้อ	4.9	0.32	มากที่สุด
- การใช้พรมมะค่าไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เท้า	4.8	0.39	มากที่สุด
ด้านความแข็งแรง คงทน ความปลอดภัยในการใช้งาน	4.8	0.42	มากที่สุด
- พรมมะค่าไม่สิ้นขณะใช้งาน	4.9	0.42	มากที่สุด
- พรมมะค่าสามารถรองรับน้ำหนักตัวของผู้ใช้งานได้	4.8	0.35	มากที่สุด
- เมล็ดมะค่ามีความคงทนไม่แตกง่ายในขณะใช้งาน	4.9	0.47	มากที่สุด
- เมล็ดมะค่าเป็นวัตถุจากธรรมชาติที่ไม่มีแมลงรบกวน	4.6	0.45	มากที่สุด
ด้านความความสะดวก	4.6	0.64	มากที่สุด
- เมล็ดมะค่ามีการกระจายทำให้โดนทุกส่วนของเท้า	4.8	0.32	มากที่สุด
- พรมมะค่าพกพาเคลื่อนย้ายได้ง่าย	4.7	0.78	มากที่สุด
- พรมมะค่าสะดวกในการนำไปใช้ได้ทุกที่	4.5	0.82	มากที่สุด
ด้านความสวยงาม	4.6	0.51	มากที่สุด
- พรมมะค่ามีความสวยงาม	4.7	0.42	มากที่สุด
- พรมมะค่ามีสีสัน สดใส น่าใช้งาน	4.6	0.60	มากที่สุด
ภาพรวม	4.7	0.47	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการใช้พรมมะค่าลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าภายหลังการใช้มีอาการชาที่เท้าลดลง เนื่องจากการเหยียบพรมมะค่าที่มีจำนวนขนาดเม็ดใกล้เคียงกัน และการนวดเท้าโดยการย่ำอยู่กับที่บนพรมมะค่า ต่อเนื่องกันไปเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 15 นาที จะมีลักษณะเหมือนกับการกดจุดและนวดบริเวณฝ่าเท้า ทำให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dala et al.⁽⁹⁾ พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า สามารถลดอาการปลายประสาทอักเสบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี แวงวรรณ และสกวรัตน์ ไกรจันทร์⁽¹⁰⁾

ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการใช้ล้อยิ่งในการนัดทำต่ออาการขาเท้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้ล้อยิ่งในการนัดทำต่ออาการขาเท้า เป็นเวลา 6 สัปดาห์ วันละ 15 นาที พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการขาเท้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$, $SD=0.47$) ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความพึงพอใจด้านการใช้งาน ($\bar{X}=4.80$, $SD=0.30$) และด้านความแข็งแรงคงทนปลอดภัยการใช้งาน ($\bar{X}=4.80$, $SD=0.42$) รองลงมาคือด้านความสะดวก ($\bar{X}=4.60$, $SD=0.64$) และด้านความสวยงาม ($\bar{X}=4.60$, $SD=0.51$) ซึ่งอธิบายได้ว่าพรมมะค่าที่สร้างขึ้นมาสามารถใช้ในการบรรเทาอาการขาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้จริง มีขั้นตอนการใช้งานง่ายเหมาะสมสำหรับใช้ในวิถีชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังมีต้นทุนค่าวัสดุในการผลิตเพียง 480 บาท ซึ่งถือว่าเป็นวัสดุที่ต้นทุนต่ำ เนื่องจากเป็นการนำเมล็ดมะค่า ซึ่งเป็นผลผลิตจากธรรมชาติในท้องถิ่นมาใช้ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความพึงพอใจเนื่องสามารถลดอาการขาบริเวณเท้าได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ ชัยชลทรัพย์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องการกดจุดสะท้อนเท้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งทำให้มีการรับรู้สิ่งที่เพิ่มมากขึ้น กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตบริเวณฝ่าเท้า เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำนวัตกรรมเพิ่มเติมเพื่อใช้ในผู้ป่วยเบาหวานเช่นผู้ที่เท้าผิดปกติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคแทรกซ้อนและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2022. p. 85-103.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
4. ศศิมา พึ่งโพธิ์ทอง, วิสุทธิ์ โนจิตร, มยุรี บุญทนต์. การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยรางไม้ไผ่: กรณีศึกษาตำบลแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภอสรคบุรี จังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(1):75-87.
5. รัตนา แสงสว่างโชติ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สุภาภรณ์ วรอรุณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกะลามะพร้าว: ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2565;5(2):61-78.

6. ศศิธร สกฤตภูมิ, พิมพ์ดี โรจน์เรืองนนท์, ปัญญา บุริสาย, กาญจนา วินทะไชย์, กิจจา จิตราภิรมย์. ผลของการใช้นวัตกรรมพรมมะค่าลดอาการขาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกชุม. วารสารควบคุมโรค. 2561;44(3):258-73.
7. Bandura A. Self-efficacy. In: Weiner IB, Craighead WE, editors. The Corsini Encyclopedia of Psychology. 4th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2010. p. 1534-6.
8. ทองมี ผลาผลม, ปิยะมาศ โพธิ์ชัยทอง, วิยดา ชัยมุงคุณ, ชลธิชา ภูบุญทอล, นริศรา ชวนะภูตานนท์, เกวลิน วินทะชัย, วรรณนิสา นาคะชัย. นวัตกรรมมะค่าหรรษาลดขาในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพราชภัฏ. 2566;3(1):83-93.
9. Dalal K, Maran VB, Pandey RM, Tripathi M. Determination of efficacy of reflexology in managing patients with diabetic neuropathy: a randomized controlled clinical trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:843036. doi: 10.1155/2014/843036.
10. พัชรี้ แวงวรรณ, สกาวรัตน์ ไกรจันทร์. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยใช้ล้อ กลิ้งในการนวดเท้าต่ออาการขาเท้า. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(2):35-44.
11. อำไพ ชัยชลทรัพย์, บุญยาพร วิชาตะวัต, รุ่งฤดี ทองพลู, อรุณเนตร ต้นโลม. คู่มือกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท วี อินดี้ ดีไซน์ จำกัด; 2562.

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสูยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลัก ธรรมานามัยและการสูยาแบบไม่มีสมุนไพร ณ คลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย: กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

ศุภกร ทิบทอง*, ภาณุชา พงศ์นราทร**, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์**, เพ็ญศิริ จันทรแอ **^a

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสูยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัย และการสูยาแบบไม่มีสมุนไพร ในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน Total nasal symptoms score: TNSS ซึ่งอาสาสมัครได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้และมีอาการเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าจะถูกส่งตัวมายังคลินิกการแพทย์แผนไทย โดยแบ่งกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการสูยาด้วยตำรับยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัย จำนวน 34 คน และกลุ่มที่ได้รับการสูยาแบบไม่มีสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัย จำนวน 34 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ได้รับการสูยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัย และการสูยาแบบไม่มีสมุนไพร ในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการประเมินด้วย TNSS (Total nasal symptoms score) ทั้งสี่อาการนั้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอาการน้ำมูกไหล อาการคันจมูก อาการคัดจมูก และอาการจามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสูยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัยสามารถลดระดับอาการในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ได้

คำสำคัญ : สูยาสมุนไพร; ธรรมานามัย; โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

* แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

** อาจารย์ สาขาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

^a Corresponding author: เพ็ญศิริ จันทรแอ E-mail: pigky1910@hotmail.com

รับบทความ: 4 มิ.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 28 มิ.ย. 68; ตอรับตีพิมพ์: 28 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 22 ก.ค. 68

A Comparative Study of the Effectiveness of Herbal SUM-YA Combined with the Use of Dhammanamai Principles and Non-herbal SUM-YA at a Thai Traditional Medicine Clinic in Pak Chom Hospital, Loei Province: A Case Study in Patients with Allergic Rhinitis

Supakorn Heebthong^{*}, Panicha Pongnaratorn^{**},
Juthathip Sirisin^{**}, Pensiri Chan-ae^{**a}

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the effectiveness of herbal SUM-YA combined with Dhammanamai principles and non-herbal SUM-YA in patients with allergic rhinitis. Research instruments used was a total nasal symptom score (TNSS) assessment form. Volunteers were diagnosed with allergic rhinitis by modern medicine doctors and symptoms indicated inclusion criteria were referred to Thai traditional medicine clinic. The volunteers who participated in the project were divided into 2 groups: an experimental group who received herbal SUM-YA combined with Dhammanamai principles (34 subjects) and a control group who received non-herbal SUM-YA combined with Dhammanamai principles (34 subjects). Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test statistics.

The results showed that the comparison mean of the symptoms allergic rhinitis that received herbal medicine with Dhammanamai principles and non-herbal medicine in patients with allergic rhinitis. Moreover, the experimental group and the control group from the assessment by TNSS (total nasal symptoms score) that the experimental group had a mean of runny nose, itchy nose, stuffy nose, and sneezing symptoms that were significantly reduced than the control group at $p\text{-value} < 0.001$. From the results of this study, it was indicated that the experimental group that received herbal medicine and Dhammanamai principles could reduce the symptoms in patients with allergic rhinitis.

Keywords: Herbal SUM-YA; Dhammanamai; Allergic rhinitis

^{*} Thai Traditional Medicine Doctor, Pak Chom Hospital, Loei Province

^{**} Instructor, Department of Thai Traditional Medicine, Rajamangala University of Technology Isan Sakonnakhon Campus

^a Corresponding author: Pensiri Chan-ae E-mail: pigky1910@hotmail.com

Received: Jun. 4, 25; Revised: Jun. 28, 25; Accepted: Jun. 28, 25; Published Online: Jul. 22, 25

บทนำ

โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ คือ โรคที่เกิดจากปฏิกิริยาเมื่อร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้เข้าไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกัน และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารนั้นมากผิดปกติภายหลังเมื่อได้รับสารนั้นเข้าไปอีก ภูมิคุ้มกันดังกล่าวก็จะกระตุ้นให้เกิดอาการ โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เป็นโรคที่เกิดจากเยื่อบุจมูกมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากผิดปกติ โดยเฉพาะสารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ ทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน อาทิ ฝุ่นในบ้าน ตัวไรในฝุ่น เชื้อราในอากาศ คว้น และสภาพอากาศ ซึ่งในปัจจุบันยังพบเจอปัญหาจาก PM 2.5 โดยเมื่อร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ จะมีอาการที่สำคัญ คือ คัน จาม น้ำมูกไหล คัดแน่นจมูก⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในประเทศไทยมีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.9 เป็นร้อยละ 50⁽²⁾

การรักษาโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันมีวิธีการรักษาทั้งการใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่เป็นตัวก่อให้เกิดอาการโดยการกำจัดและควบคุมสารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง ลดการสัมผัสกับไรฝุ่น ทำความสะอาดบ้าน เครื่องนอน ลดการสัมผัสกับสัตว์เลี้ยง งดเลี้ยงหรืออยู่ใกล้สัตว์เลี้ยง ลดการสัมผัสกับขากแมลงสาบ ทำความสะอาดบ้าน ลดการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้จากเกสรหญ้า และเชื้อรา หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับคว้นบุหรืทั้งทางตรงและทางอ้อม หรือสารก่อระคายเคืองในบ้านอื่น ๆ รวมไปถึงการรักษาด้วยการฉีดวัคซีน⁽³⁾ การรักษาทางกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยมีการรักษาทั้งด้วยตำรับยาสมุนไพรการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ยาปราบชมพูทวีป ด้านหัตถการในการดูแลรักษาของทางการแพทย์แผนไทยที่เป็นไปตามกรรมวิธีการรักษาได้แก่การอบไอน้ำสมุนไพรและการสูดดมสมุนไพร⁽⁴⁾ โดยเป็นการใช้เครื่องยาสมุนไพรหรือตำรับยาสมุนไพรฤทธิ์ร้อนซึ่งวิธีการสูดดมนี้วางหม้อสุมนยาบนโต๊ะเติมน้ำในปริมาณ 500 มิลลิลิตร ลงในหม้อสุมนยาซึ่งใช้อุณหภูมิในการต้ม 100 องศาเซลเซียส ตามด้วยการนำสมุนไพรที่ผ่านการตั้งตำรับใส่ลงไปในหม้อโดยการใช้ไอน้ำเป็นตัวพาซึ่งสมุนไพรฤทธิ์ร้อนจะช่วยลดอาการกำเริบทางคอเสมหะได้และสามารถลดการอักเสบได้อีกด้วยเช่นกัน⁽⁵⁾

หลักธรรมานามัยถือเป็นเครื่องมือในการใช้สร้างเสริมสุขภาพโดยเป็นการนำเอาหลักการทางพระพุทธศาสนา มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหลักธรรมานามัยนั้นประกอบด้วย 2 คำ คือ คำว่า “ธรรมะ” หมายถึง ธรรมชาติ และ “อนามัย” หมายถึง การมีสุขภาพที่ดีซึ่งเมื่อนำมารวมกัน หมายถึง การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วยวิถีทางธรรมชาติ ที่ช่วยให้มีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจสงบ ตระหนักรู้คิด สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคม แนวคิดพื้นฐานของหลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทยมองสุขภาพแบบองค์รวม มี 3 ส่วน คือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย โดยกายานามัยเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางกายด้วยการออกกำลังกายด้วยวิธีต่าง ๆ จิตตานามัย เป็นการส่งเสริมสุขภาพทางใจด้วยการปฏิบัติสมาธิและวิปัสสนาตามหลักพุทธธรรม หรือตามหลักศาสนาที่นับถืออยู่ และชีวิตานามัยเป็นการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักอนามัยมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดี เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเสียสุขภาพของชีวิต⁽⁶⁾

โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ถือเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ติดกับพื้นที่ในแถบลุ่มน้ำโขงซึ่งมีผลกระทบจากปัญหาการเผาป่าทำการเกษตรในบริเวณที่โล่งแจ้งจนเป็นเหตุให้เกิดฝุ่นควัน มลภาวะทางอากาศที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการหายใจและยังเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้ตามมาด้วยปัญหา

สุขภาพต่าง ๆ ส่งผลต่อร่างกาย อาทิ อาการคันจมูก จาม น้ำมูกไหล รวมไปถึงอาการคัดจมูก จากการรวบรวมปัญหาและประวัติการรักษาย้อนหลังในปีงบประมาณ 2566 (โปรแกรม Hos-XP รพ.ปากชม) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้จำนวน ทั้งหมด 68 ราย ทั้งนี้ยังคงมีผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลปากชมมีการเปิดให้บริการคลินิกการแพทย์แผนไทย โดยใช้หลักกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยในการตรวจดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ และมีการเปิดให้บริการการดูแลครบทั้ง 4 สาขาวิชาชีพของทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย และหัตถเวชกรรมไทย ซึ่งด้วยในปัจจุบัน มีการเข้าถึงการบริการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยได้อย่างหลากหลายจากทีมสหวิชาชีพซึ่งหนึ่งในนั้น คือการแพทย์แผนไทย โดยได้มีการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาบรรเทาอาการผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยในการสุ่มยาสมุนไพรร่วมกับการปฏิบัติตัวตามหลักธรรมานามัยในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้ร่างกายเป็นปกติสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษา เนื่องจากยังไม่พบงานวิจัยที่มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสุ่มยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัยและการสุ่มยาแบบไม่มีสมุนไพรในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และเพื่อเป็นหนึ่งในทางเลือกของการบรรเทาอาการรวมไปถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสุ่มยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัยและการสุ่มยาแบบไม่มีสมุนไพรในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม (Two-group pre and post-test design) เพื่อประเมินอาการโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้จากการสุ่มยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัยและการสุ่มยาแบบไม่มีสมุนไพรโดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ มกราคม 2567-มีนาคม 2567 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้ำมูกไหล จาม คัดจมูก และคันจมูกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้โดยแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปากชม จำนวน 68 คน คำนวณจากโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนด Effect size $d_z=0.36$, $\alpha=0.05$ และค่า Power=0.9⁽⁵⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้โดยแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปากชม

- มีอาการไอแน่นหน้าอก น้ำมูกไหล จาม คัดจมูก และคันจมูก
- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่**
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจที่ไม่สามารถควบคุมได้จากการซักประวัติการเจ็บป่วย
 - ผู้ป่วยที่มีไข้สูงหรือพึงพื่นจากอาการไข้ใหม่ ๆ สอบถามจากการซักประวัติและรวมไปถึงผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียสจากการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย

- ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาสมุนไพร หรือมีการแพ้ยาสมุนไพรในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย อาทิ มีผื่นแดงขึ้นตามผิวหนัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อาทิ เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาของการเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และประวัติการแพ้สมุนไพร

- แบบประเมิน Total nasal symptoms score: TNSS ทั้งหมด 4 หัวข้อ คัดจมูก คันจมูก น้ำมูกไหล และจาม⁽⁷⁾

- ตำรับยาสมุนไพรสำหรับสูมยา ประกอบด้วย มะแขว่น (*Zanthoxylum limonella* Alston) 60 กรัม ดอกปีป (*Millingtonia hortensis* L.f.) 60 กรัม ข่า (*Alpinia galanga* (L.) Willd.) 60 กรัม ผิวมะกรูด (*Citrus hystrix* DC.) 60 กรัม และขิง (*Zingiber officinale* Roscoe) 60 กรัม โดยสมุนไพร 5 ชนิดเป็นสมุนไพรแห้งรับซื้อจากร้านสมุนไพรไทเฮา (อำเภอแม่จันจาศรี จังหวัดขอนแก่น) และมีการตรวจสอบคุณภาพของสมุนไพรจากแพทย์แผนไทยพงษ์สิทธิ์ กลางนอก ผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรและเภสัชกรรมไทย ทั้งนี้ในขั้นตอนการเตรียมตำรับยาสมุนไพรสำหรับสูมยาในแต่ละครั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องของสมุนไพรโดยการตรวจสอบตามหลักเภสัชกรรมไทยด้วยหลักพิจารณาตัวยา 5 ประการ ได้แก่ รูป รส กลิ่น สี และชื่อ⁽⁸⁾ ทั้งนี้ทำการตรวจสอบน้ำหนักของสมุนไพรแต่ละชนิดในตำรับจากแพทย์แผนไทยวิไลวรรณ ไชกะวิง ผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรของคลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลปากชม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของงานวิจัยที่ได้สร้างขึ้นในส่วนของคุณสมบัติทั่วไป ไปตรวจสอบโดยใช้วิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของงานวิจัยกับแบบสอบถาม (IOC: Index of item objective congruence)⁽⁹⁾ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่างตั้งแต่ 0.67-1.00

วิธีดำเนินการวิจัย

เมื่ออาสาสมัครเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมโครงการจะได้รับการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน หากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และมีอาการเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าซึ่งอาสาสมัครจะถูกส่งตัวมายังคลินิกการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน จากนั้นได้ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อแบ่งกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการออกเป็น 2 กลุ่ม

วิธีการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. กลุ่มทดลองจะทำการสูดดมยาด้วยตัวรับยาสมุนไพรโดยการสูดดมยาสมุนไพร วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน วันเว้นวัน นาน 1 เดือน ในยา 1 ห่อ ใช้ในการสูดดม 1 คน/ครั้ง ใช้แล้วทิ้ง โดยประยุกต์รูปแบบวิธีการสูดดมยาโดยการวางหม้อสุมนยาบนโต๊ะเติมน้ำในปริมาณ 500 มิลลิลิตร ลงในหม้อสุมนยาซึ่งใช้อุณหภูมิในการต้ม 100 องศาเซลเซียส ตามด้วยนำตัวรับยาสมุนไพรใส่ลงไปในหม้อโดยการสูดดมไอน้ำพร้อมด้วยการนำผ้ามาคลุมศีรษะ ใช้เวลา 10 นาที⁽⁵⁾ จากนั้นให้ความรู้ในการใช้หลักกรรมานามัยโดยแพทย์แผนไทยซึ่งให้ความรู้ในการใช้หลักกรรมานามัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายานามัย โดยการออกกำลังกายควบคู่การรับประทานอาหารให้เหมาะสมเพื่อรักษาสมดุลของธาตุทั้ง 4 ด้านจิตตานามัย การฝึกสมาธิ คิดดี ทำดี ฝึกจิตให้มั่นคง และด้านชีวิตานามัย หลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้น จัดบ้านเรือนให้สะอาด ใส่หน้ากากอนามัยอยู่ทุกครั้งเมื่อออกมาบริเวณที่โล่งแจ้ง

2. กลุ่มควบคุมจะทำการสูดดมยาแบบไม่มีสมุนไพรโดยสูดดมด้วยน้ำกลั่น⁽⁵⁾ โดยทำการสูดดมวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน วันเว้นวัน นาน 1 เดือน โดยรูปแบบวิธีการสูดดมยาและการให้ความรู้ในการใช้หลักกรรมานามัยโดยแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ติดตามผลหลังการรักษาด้วยแบบประเมิน Total nasal symptoms score: TNSS

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนาในการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลแบบประเมิน Total nasal symptoms score: TNSS ใช้สถิติ t-test independent

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0129/2566 วันที่ 26 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยทำการแนะนำตัวและชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยซึ่งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างชัดเจน พร้อมให้ลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยไม่มีการขู่เข็ญ บังคับ หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการวิจัยใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยโดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยหรือกล่าวถึงกลุ่มตัวอย่างใด ๆ ซึ่งในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุถึงกลุ่มตัวอย่าง และจะดำเนินการทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88 ประกอบอาชีพ เกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 62 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ร้อยละ 91 และ

สูบบุหรี่มาแล้ว 1 ปี ร้อยละ 9 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มาแล้ว 3-4 เดือน ร้อยละ 73 และโดยส่วนใหญ่ปฏิเสธการแพ้สมุนไพรร้อยละ 100

1.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 79 ประกอบอาชีพ เกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 44 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ร้อยละ 91 และสูบบุหรี่มาแล้ว 1 ปี ร้อยละ 9 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มาแล้ว 3-4 เดือน ร้อยละ 79 และโดยส่วนใหญ่ปฏิเสธการแพ้สมุนไพรร้อยละ 100

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ได้รับการสูยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักกรรมานามัยและการสูยาแบบไม่มีสมุนไพรรในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ได้รับการสูยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักกรรมานามัยและการสูยาแบบไม่มีสมุนไพรรในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการประเมินด้วย TNSS (Total nasal symptoms score) ทั้งสี่อาการ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอาการน้ำมูกไหลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$ ($\bar{X}=0.76$, $SD=0.58$; $\bar{X}=4.53$, $SD=0.49$ ตามลำดับ) อาการคันจมูก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$ ($\bar{X}=0.68$, $SD=0.63$; $\bar{X}=4.97$, $SD=0.45$ ตามลำดับ) อาการคัดจมูก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$ ($\bar{X}=0.44$, $SD=0.49$; $\bar{X}=4.15$, $SD=0.75$ ตามลำดับ) และอาการจาม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$ ($\bar{X}=0.38$, $SD=0.47$; $\bar{X}=4.41$, $SD=0.48$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ได้รับการสูยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักกรรมานามัยและการสูยาแบบไม่มีสมุนไพรรในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (n=68)

การรักษา	n	Mean ± SD	t	p-value
อาการน้ำมูกไหล				
กลุ่มที่ได้รับการสูยา	34	0.76±0.58	25.43	<0.001*
กลุ่มควบคุม	34	4.53±0.49		
อาการคันจมูก				
กลุ่มที่ได้รับการสูยา	34	0.68±0.63	25.26	<0.001*
กลุ่มควบคุม	34	4.97±0.45		
อาการคัดจมูก				
กลุ่มที่ได้รับการสูยา	34	0.44±0.49	21.73	<0.001*
กลุ่มควบคุม	34	4.15±0.75		
อาการจาม				
กลุ่มที่ได้รับการสูยา	34	0.38±0.47	33.47	<0.001*
กลุ่มควบคุม	34	4.41±0.48		

* p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสูดยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัยและการสูดยาแบบไม่มีสมุนไพร ณ คลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย: กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลการทดลองในการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเปรียบเทียบการสูดยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัยมีความแตกต่างกับการสูดยาแบบไม่มีสมุนไพรในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ซึ่งมีผลต่อการลดอาการน้ำมูกไหล อาการคันจมูก อาการคัดจมูก และอาการจาม ดังนั้น งานวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานหลักในการวิจัย ซึ่งถือเป็นหนึ่งในกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยที่สามารถเกิดการบูรณาการในการใช้ดูแลผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ได้รับการสูดยาสมุนไพรร่วมกับการใช้หลักธรรมานามัยและการสูดยาแบบไม่มีสมุนไพรในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ได้รับการประเมินจากแบบประเมิน TNSS (Total nasal symptoms score) นั้น พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสูดยามีคะแนนเฉลี่ยอาการน้ำมูกไหล อาการคันจมูก อาการคัดจมูก และอาการจามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งพบว่าการรักษาด้วยวิธีการสูดยาสมุนไพรถือเป็นหนึ่งในหัตถการที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการจากโรคทางคอสมะหรือโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้โดยอาศัยสมุนไพรที่ประกอบไปด้วย ขิง ข่า มะแขว่น ผิวมะกรูด และดอกปีบ โดยเป็นสมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อนมีกลิ่นหอมช่วยลดการกำเริบของธาตุน้ำ ลดการอักเสบ และยังช่วยให้ธาตุดินได้แก่ตะไคร้ (เยื่อใบโพรงจมูก) หดตัวยุบมวลลงจึงส่งผลกระทำให้ง่ายกลับมามีการทำงานได้อย่างปกติลดอาการคัดจมูก หายใจได้สะดวกขึ้นรวมถึงการขับสิ่งแปลกปลอมออกมาพร้อมน้ำมูกและลดการหลังของน้ำมูกได้อีกด้วยและพบว่าการสูดยาโดยใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อน อาทิ เปราะหอม ขมิ้น ขิง สามารถลดอาการคันจมูก อาการน้ำมูกไหล อาการจาม และอาการคัดจมูกของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001⁽¹⁰⁾ ยังพบว่าในด้านของการนำสมุนไพรที่มีคุณสมบัติที่ความสอดคล้องกันนำมาดูแลรักษาด้วยวิธีการสูดยาสมุนไพรนั้นน้ำมันหอมระเหยของเครื่องยาสมุนไพรยังสามารถผ่านเข้าสู่กระแสเลือดทางเยื่อจมูกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการหายใจได้⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ในการรักษาด้วยการสูดยาสมุนไพรควบคู่กับการใช้หลักธรรมานามัยในการดูแลสุขภาพนั้นมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ได้ปฏิบัติตามหลักธรรมานามัยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วย กายานามัย โดยการออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับอาการที่เป็นเพื่อเป็นการรักษาสมดุลของธาตุทั้ง 4 ให้กลับมามีสภาวะที่ปกติ จิตตามัย การฝึกสมาธิ คิดดี ทำดี เพื่อเป็นการฝึกจิตให้มั่นคง และชีวิตานามัย การดำเนินชีวิตโดยยึดหลักอนามัยจากการปรับพฤติกรรมให้เกิดความเหมาะสมและเป็นนิสัย การทำความสะอาดบ้านเรือนที่พักหลับนอนให้สะอาดเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคที่เป็น รวมไปถึงการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกไปยังบริเวณที่โล่งแจ้งที่ต้องพบเจอกับมลภาวะฝุ่น คิวบิก สภาพอากาศ และยังมีปัจจัยกระตุ้นจากเกสรหญ้าเกสรดอกไม้ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้และป้องกันให้ร่างกายไม่เกิดการเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 หรือเกิดความผิดปกติ ทั้งนี้การเสริมสร้างทางด้านจิตใจด้วยการทำสมาธิซึ่งถือเป็นจิตตานามัย ในการรักษาทางกายจาก

การปรับพฤติกรรมต่าง ๆ การบริหารร่างกาย รับประทานอาหารถูกหลักถือเป็นกายานามัย และการปรับนาฬิกาชีวิตเพื่อให้ร่างกายมีคุณภาพที่ดี การอยู่ในพื้นที่หรือสิ่งแวดล้อมดี ๆ สภาพอากาศที่ดี ซึ่งถือเป็นชีวิตานามัยและเมื่อรวมแล้วก็คือหลักธรรมานามัยในการรักษาโรคสู่สภาวะปกติสุขนั่นเอง⁽¹²⁾ และการใช้หลักธรรมานามัยทั้ง 3 ด้าน อย่าง กายานามัย จิตตานามัย ชีวิตานามัย ถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ปรับสมดุลธาตุทั้ง 4 ให้กลับมาเป็นปกติโดยผ่านการดูแลตนเองปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ไม่ให้เกิดปัจจัยกระตุ้น ที่ก่อให้เกิดอาการป่วยซ้ำอีกครั้ง⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยนี้เกิดเป็นการบูรณาการในการดูแลรักษาบรรเทาอาการผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ ด้วยการนำกรรมวิธีทางกายภาพแผนไทยควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบอื่น ๆ เช่น กลุ่มโรคหืด กลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นการเปรียบเทียบยืนยันประสิทธิภาพผลของตำรับยาจากการสุ่มยาสมุนไพรเพิ่มเติมในการศึกษา เพื่อประสิทธิภาพที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากชม นพ.สรรคเพชร หอมสมบัติ ที่ให้การสนับสนุน ผลักดันในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปารยะ อาศนะเสน. แนวทางการรักษาโรคภูมิแพ้ในปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rcot.org/2021/ForPeople/Knowledge/a4b6501f00e059dea36a64603956081be8efe6e2>
2. Bunnag C, Jareoncharsri P, Tantilipikorn P, Vichyanond P, Pawankar R. Epidemiology and current status of allergic rhinitis and asthma in Thailand -- ARIA Asia-Pacific Workshop report. Asian Pac J Allergy Immunol. 2009 Mar;27(1):79-86.
3. ฉันทธร อธิวรเศรษฐ์. โรคภูมิแพ้ [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.med.cmu.ac.th/web/news-event/news/pr-news/8371/>
4. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคภูมิแพ้ ให้แผนไทย ช่วยดูแล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/ar/>
5. ปิยะพร ทระจักษ์, จินตนา จุลทัศน์, อนุชิตา วงษ์จันทร์, อรอนงค์ หล้าสา, ศิริประภา มุลลา. ผลของยาสมุนไพรแก้ปวดค่าความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ที่มีภาวะความเครียด. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;28(3):30-41.

6. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. การดำรงชีวิตด้วยหลักธรรมานามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/health-nature/>
7. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy. 2008 Apr;63 Suppl 86:8-160. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x.
8. สภาการแพทย์แผนไทย. เกษัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: <https://online.fliphtml5.com/egeio/pevj/#p=1>
9. Jirarattanaphochai K, Jung S, Sumananont C, Saengnipanthkul S. Reliability of the medical outcomes study short-form survey version 2.0 (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. J Med Assoc Thai. 2005 Oct;88(10):1355-61.
10. รสมน เพ็งสิงห์. ผลของการสูมยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคหืด ที่มีโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ร่วมด้วย คลินิกโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เรื้อรังและโรคหืด โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย. โครงการสนับสนุนการพัฒนางานประจำสูงานวิจัยระดับประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 9]: 16 [48-49]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.r2rthailand.org/news/detail/20451>
11. Moss M, Oliver L. Plasma 1,8-cineole correlates with cognitive performance following exposure to rosemary essential oil aroma. Ther Adv Psychopharmacol. 2012 Jun;2(3):103-13. doi: 10.1177/2045125312436573.
12. ประเสริฐ โมกแก้ว, พระปลัดสมชาย ดำเนิน บิโยโค, โยตะ ชัยวรมันกุล, มานพ นักการเรียน. การสร้างหลักธรรมานามัยในการรักษาโรคของแพทย์แผนไทย ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2562;7(ฉบับเพิ่มเติม):S16-S31.
13. อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยภูมิปัญญาไทย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2557;6(2):250-62.

ผลของโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิด ต่อการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

สัจจพร ธรรมวงศ์*, กิตติพร ประชาศรีสรเดช^a, ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข**

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แผนการทดลองแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิด ต่อการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้การตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิด และแผนการจัดการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ นักศึกษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=48.25$, $SD=3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t=5.439$) ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษา เกิดสมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกได้

คำสำคัญ: กรณีศึกษา; การสะท้อนคิด; สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิก; นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

^a Corresponding author: กิตติพร ประชาศรีสรเดช Email: kittiporn@bnc.ac.th

รับบทความ: 27 มิ.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 8 ก.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 9 ก.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 ก.ค. 68

Effect of Instructional Management Using Case Studies with Reflection on the Perception of Clinical Decision-making Ability of Nursing Students

Satjaporn Thamawong^{*}, Kittiporn Prachasaisoradej^{*a}, Thunyamol Suriyanimitsuk^{**}

Abstract

The objective quasi-experimental research study with two-group pretest-posttest design was to examine the effect of a teaching program using case studies with reflection on the perception of clinical decision-making ability of nursing students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery 1. Samples were 154 third-year nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. Instruments used in the study were 1) instrument for data collection that included a questionnaire assessing perception of clinical decision making in nursing and 2) the teaching program using case studies with reflection and a lesson plan for the Maternal and Newborn Nursing and Midwifery 1 course. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired sample t-test.

Results showed that, the group of students who received the program had a significantly higher average score in clinical decision-making perception as compared to those who did not receive the program at $p=0.001$ and the students who received the program had a significantly higher mean score in perceived clinical decision-making competence after the intervention ($\bar{X}=48.25$, $SD=3.74$) at $p=0.001$ ($t=5.439$). The findings can be used as a guideline for teaching and learning management in nursing courses to promote students' clinical decision-making competence.

Keywords: Case study; Reflection; Clinical decision-making competency; Nursing students

^{*} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

^{**} Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

^a Corresponding author: Kittiporn Prachasaisoradej Email: kittiporn@bnc.ac.th

Received: Jun. 27, 25; Revised: Jul. 8, 25; Accepted: Jul. 9, 25; Published Online: Jul. 26, 25

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชาชีพพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยมุ่งหวังให้นักศึกษาสามารถบูรณาการความรู้และทักษะทางวิชาชีพ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ สถาบันอุดมศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะรอบด้านตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีด้านพยาบาลศาสตร์ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสามารถในการใช้ตัวเลขและเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงทักษะทางวิชาชีพ⁽¹⁾ หนึ่งในสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลคือ ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgment) ซึ่งหมายถึงกระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถรับรู้ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ได้อย่างแม่นยำ และตัดสินใจในการให้พยาบาลได้เหมาะสมต่อบริบททางคลินิกที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ⁽²⁾ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลจึงได้พยายามออกแบบวิธีการสอนและพัฒนานวัตกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้ นักศึกษามีทักษะการตัดสินใจทางคลินิก โดยเป้าหมายสูงสุดให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ และป้องกันภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดมาจากการขาดทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลที่ไม่สามารถให้พยาบาลได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ⁽³⁾

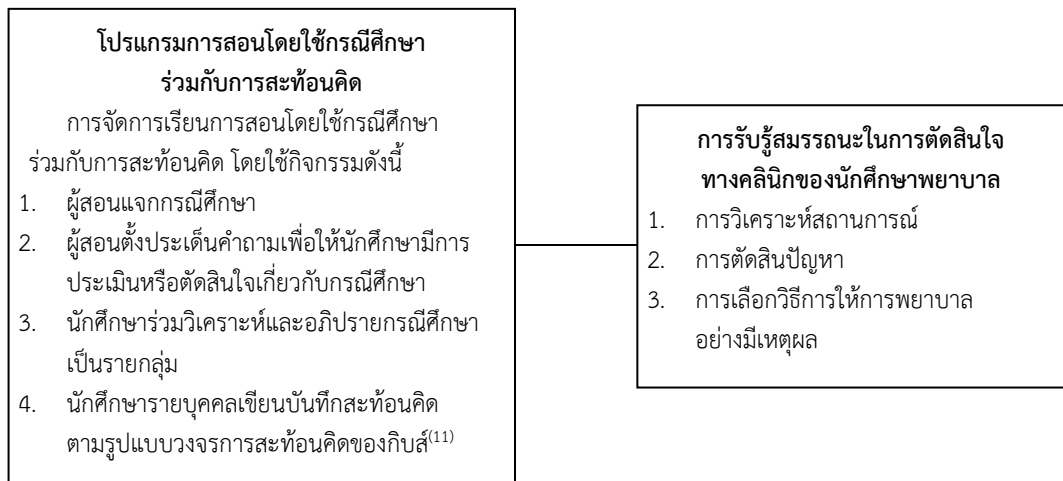
จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาลพบว่าทักษะการคิดของนักศึกษาพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบหลัก ได้แก่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ และการคิดเชิงระบบ โดยมีวิธีการส่งเสริมที่แตกต่างกัน เช่น การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักและการกำกับตนเองช่วยพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขณะที่การใช้คำถามกระตุ้นและการสะท้อนคิดส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การเรียนรู้จากประสบการณ์และกรณีศึกษาช่วยเพิ่มทักษะการคิดสร้างสรรค์ ส่วนการคิดเชิงระบบได้รับการส่งเสริมผ่านกรณีศึกษาและการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ทั้งนี้การประยุกต์ใช้วิธีการเหล่านี้จึงสำคัญต่อการพัฒนาทักษะการคิดของนักศึกษาพยาบาลอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ การใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่ให้นักศึกษาได้วิเคราะห์สถานการณ์จริงหรือสถานการณ์จำลอง โดยอาศัยทฤษฎี ความรู้ และประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อหาทางออกหรือแนวทางในการให้พยาบาลอย่างเหมาะสม⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีการใช้เหตุผลในการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจเมื่อต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริง

นอกจากนี้การสะท้อนคิด (Reflective thinking) ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เชิงลึก โดยช่วยให้นักศึกษาทบทวนประสบการณ์ วิเคราะห์เหตุการณ์ และ

พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ⁽⁷⁾ การศึกษาวิธีการเขียนบันทึกสะท้อนความคิดในการส่งเสริมการคิดเชิงสะท้อนของนักศึกษาพยาบาลในระหว่างการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทางคลินิกพบว่า การเขียนบันทึกสะท้อนคิดสามารถช่วยให้นักศึกษานำความรู้ที่เรียนมาบูรณาการกับการปฏิบัติจริงได้ดีขึ้น เพิ่มความมั่นใจ และช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก⁽⁸⁾ จากการทบทวนงานวิจัยที่แสดงถึงความสำคัญของการใช้การสะท้อนคิดในการเรียนการสอน เช่น วิจัยเชิงคุณภาพศึกษาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนกลับ การปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในห้องคลอด พบว่าการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติการในห้องคลอดช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้เชิงลึก พัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ และมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ⁽⁹⁾ ผลของการเขียนบันทึกสะท้อนคิดร่วมกับแผนผังความคิดตามวงจร Gibbs ที่มีต่อการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมให้ เขียนบันทึกสะท้อนคิดร่วมกับการใช้ แผนผังความคิด (Mind map) ตามแนวทางของ Gibbs' Reflective Cycle มีระดับทักษะการคิดวิเคราะห์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$)⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ การใช้วงจรการสะท้อนคิดของ Gibbs⁽¹¹⁾ เป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงอย่างเป็นระบบ การใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิดจึงเป็นแนวทางสำคัญที่สามารถส่งเสริมการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงก่อนที่นักศึกษาจะออกไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง การศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความคงทนในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษา มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่า และมีความคงทนในการเรียนรู้ดีกว่ากลุ่มที่เรียนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹²⁾ ในปัจจุบันแม้จะมีการนำวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติอย่างแพร่หลาย แต่ยังมีกรณีนำไปใช้ในการเรียนการสอนภาคทฤษฎีน้อย และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิด ที่ออกแบบขึ้นอย่างเป็นระบบต่อการรับรู้สมรรถนะด้านการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มีความสามารถในการตัดสินใจและเลือกวิธีการให้การพยาบาลอย่างมีเหตุผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) ของทิตนา แชมมณี⁽⁵⁾ ร่วมกับนำวงจรการสะท้อนคิดของกิบส์ (Gibb's Reflective Cycle)⁽¹¹⁾ มาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎีในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 บทที่ 6 หัวข้อการพยาบาลมารดา ทารก ในระยะที่ 1 ของการคลอด ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 41 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะในการตัดสินใจทางคลินิก ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิดต่อการรับรู้สมรรถนะ
การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล
กลุ่มทดลองก่อนและหลังภายหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองสูงกว่า
กลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง
ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการทดลอง
มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 534 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 154 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 1) กลุ่มทดลอง คือ นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิด จำนวน 77 คน และ 2) กลุ่มควบคุม คือ นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาอย่างเดียว จำนวน 77 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาออกแบบโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) แผนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 บทที่ 6 ในหัวข้อการพยาบาลมารดา ทารก ในระยะที่ 1 ของการคลอด 2) คู่มือการใช้โปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิดรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 บทที่ 6 ในหัวข้อการพยาบาลมารดา ทารกในระยะที่ 1 ของการคลอด และ 3) กรณีศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือจาก ศิริพร พุทธิรังสี และคณะ⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่แปลและดัดแปลงมาจาก Clinical Decision Making in Nursing Scale จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการประเมิน ตั้งแต่ระดับ 1-5 โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 12-60 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี โดยการแปลผลการประเมิน ดังนี้

48-60 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกดีมาก

32-47 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกดี

16-31 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกปานกลาง

1-15 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญคืออาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงภาษา และนำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาค่าความเที่ยงตรง

โดยวิเคราะห์ประเมณหาค่า (Index of item-objective congruence: IOC) ตรวจสอบด้านเนื้อหาภาษาที่ใช้และความครอบคลุม โดยคำนึงถึงดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

เมื่อโครงการวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยปฐมนิเทศนักศึกษาเพื่อให้เข้าใจการจัดการเรียนการสอนตาม มคอ.3 รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ปีการศึกษา 2563 และชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์และวิธีการสอนแบบใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 บทที่ 6 ในหัวข้อ การพยาบาลมารดา ทารก ในระยะที่ 1 ของการคลอด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองโดยการสอนตามโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ดำเนินการสอนด้วยตนเองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื้อหาในการจัดการเรียนการสอนเป็นเนื้อหาเดียวกัน ใช้เวลาสอนกลุ่มละ 3 ชั่วโมง จำนวน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาเป็น 6 ชั่วโมง ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการสอนด้วยวิธีการสอนตามขั้นตอนตามโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยขั้นเตรียมการ เป็นการแบ่งกลุ่มนักศึกษาและมอบหมายกรณีศึกษาตามใบงาน ซึ่งขั้นตอนการสอนมี 6 ขั้นตอน ตามขั้นตอนการสะท้อนคิดของกิบส์ และขั้นสรุปผลการสอน

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการสอนด้วยวิธีการสอนตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นเตรียมการ เป็นการแบ่งกลุ่มนักศึกษาและมอบหมายกรณีศึกษาตามใบงาน ขั้นตอนการสอน เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาร่วมกันอภิปรายกรณีศึกษาที่ได้รับอย่างอิสระ และขั้นสรุปผลการสอน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมจากแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 17/2563 เพื่อพิจารณาทบทวนด้านจริยธรรมในคน และพิทักษ์สิทธิ ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี การตอบแบบสอบถามหรือการดำเนินการใด ๆ ในการให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีสิทธิ์ถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ มีการรักษาความลับ การรายงานผลการวิจัยมีการนำเสนอโดยภาพรวมของกลุ่ม หลังจบการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 41 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 154 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 77 คน กลุ่มควบคุม 77 คน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกเท่ากับ 45.34 (SD=4.47) และ 46.23 (SD=3.81) ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกเท่ากับ 48.25 (SD=3.74) และ 45.55 (SD=4.20) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิก	n	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
กลุ่มทดลอง	77	45.34	4.47	48.25	3.74
กลุ่มควบคุม	77	46.23	3.81	45.55	4.20

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	77	48.25	3.74	4.21	152	<0.001
กลุ่มควบคุม	77	45.55	4.20			

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมนักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิก ($\bar{X}$ =48.25, SD=3.74) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ =45.34, SD=4.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t =5.439) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อน	77	45.34	4.47	5.439	<0.001
หลัง	77	48.25	3.74		

การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ร่วมกับการสะท้อนคิด มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 สามารถอภิปรายผลได้ว่า

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ร่วมกับการสะท้อนคิด มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และยังพบว่านักศึกษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกสูงขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนด้วยการใช้กรณีศึกษา (Case-based Learning: CBL) ร่วมกับการสะท้อนคิด (Reflective thinking) มีความสำคัญและมีผลในเชิงบวกอย่างชัดเจนต่อการพัฒนาสมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นรายวิชาที่ต้องการความแม่นยำ ความไวในการรับรู้ปัญหา และการใช้วิจารณญาณเชิงคลินิกที่ถูกต้อง ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามวงจรการสะท้อนคิดของกิบส์ (Gibb's Reflective Cycle)⁽¹¹⁾ ได้แก่ 1) การบรรยายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ด้วยการตอบคำถามว่า “เกิดอะไรขึ้น” นักศึกษาจะบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและให้ความสำคัญกับรายละเอียดของเหตุการณ์โดยไม่ตัดสินหรือลงข้อสรุป ผู้สอนเปิดโอกาสให้นักศึกษาเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของกรณีศึกษาหลังจากที่นักศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับกรณีศึกษาที่ได้รับว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง

2) การแสดงความคิดเห็นหรือรู้สึกต่อสถานการณ์ นักศึกษาจะบอกความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นด้วยการตอบคำถามว่า “เรารู้สึกอย่างไรและมีปฏิกิริยาอย่างไรต่อความรู้สึกนั้น” นักศึกษาจะให้ความสำคัญกับอารมณ์ของตนเองโดยไม่ด่วนที่จะวิเคราะห์ ผู้สอนเปิดโอกาสให้นักศึกษาเขียนบรรยายว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อความรู้สึกนั้นหลังจากที่ได้รับรู้และทำความเข้าใจกับกรณีศึกษานั้น ๆ

3) การประเมินสถานการณ์โดยใช้ประสบการณ์ว่ามีความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ด้วยการตอบคำถามว่า “มีประสบการณ์อะไรที่เป็นด้านบวกและด้านลบบ้าง” นักศึกษาจะให้ความสำคัญในการเลือกประเด็นปัญหาเพียง 1 หรือ 2 ประเด็นซึ่งจะทำให้พัฒนาการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณอย่างลึกซึ้งมากกว่าการเลือกประเด็นปัญหามากจนเกินไปวิเคราะห์อย่างผิวเผิน โดยผู้สอนจะเปิดโอกาสให้นักศึกษาเขียนบรรยายว่าตนเองวิเคราะห์ประสบการณ์ต่อกรณีศึกษานั้นอย่างไรทั้งด้านบวกหรือด้านลบ เพื่อให้ นักศึกษาเกิดการพัฒนาความคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ

4) วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นว่า มีอะไรบ้างที่จะสามารถช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น เป็นการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์สถานการณ์ ด้วยการตอบคำถามว่า “เข้าใจอะไรบ้างจากประสบการณ์” ผู้สอนเปิดโอกาสให้นักศึกษาเขียนบรรยายว่าตนเองเข้าใจอะไรบ้างจากกรณีศึกษาที่ได้รับจากการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์โดยภาพรวม โดยมีการอ้างอิงและเชื่อมโยงหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

5) สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์ ด้วยการตอบคำถามว่า “เราได้เรียนรู้อะไรจากประสบการณ์” นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ความตระหนักในตนเอง เช่น ความรู้ ทศณคติหรือข้อคิด และวิธีแก้ไขปัญหา โดยให้นักศึกษาเขียนบรรยายว่าตนเองได้เรียนรู้วิธีการพยาบาลต่อกรณีศึกษาที่ได้รับอย่างไรโดยใช้เหตุผลประกอบ หรือวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ซ้ำขึ้นอีก และ

6) สะท้อนผลเพื่อการวางแผนการนำไปประยุกต์ใช้หากเกิดสถานการณ์ซ้ำกับตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่นักศึกษาจะประเมินผลและวางแผนการจะทำในอนาคตด้วยการตอบคำถามว่า “เราจะทำอย่างไรถ้าเกิดเหตุการณ์เช่นนี้อีก” โดยให้นักศึกษาเขียนบรรยายว่าตนเองต้องการรู้อะไรเพิ่มเติม และจะทำอะไรเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการปฏิบัติในอนาคตให้ดีขึ้นอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นเดียวกับในกรณีศึกษา จะเห็นได้ว่าการใช้กรณีศึกษาทำให้นักศึกษาได้เผชิญกับสถานการณ์จำลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงในทางคลินิก นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงทฤษฎีที่เรียนมากับสถานการณ์ที่กำหนดฝึกวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตัดสินใจโดยอิงตามข้อมูลอย่างมีเหตุผล⁽¹⁴⁾ ผ่านการสะท้อนคิดที่ส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดกระบวนการไตร่ตรองอย่างลึกซึ้งผ่านการเขียน การสนทนา และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นกระบวนการที่ช่วยให้นักศึกษาได้ประเมินประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง วิเคราะห์สิ่งที่ทำได้ดี และสิ่งที่ควรปรับปรุง และสามารถวางแผนพัฒนานตนเองในอนาคตได้อย่างมีเป้าหมาย⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาวิธีการเขียนบันทึกสะท้อนความคิดในการส่งเสริมการคิดเชิงสะท้อนของนักศึกษาพยาบาล ในระหว่างการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทางคลินิกพบว่า การเขียนบันทึกสะท้อนคิดสามารถช่วยให้นักศึกษา

นำความรู้ที่เรียนมาบูรณาการกับการปฏิบัติจริงได้ดีขึ้น เพิ่มความมั่นใจ และช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก⁽⁸⁾ และการศึกษาผลของการเขียนบันทึกสะท้อนคิดร่วมกับแผนผังความคิดตามวงจร Gibbs ที่มีต่อการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมให้เขียนบันทึกสะท้อนคิด ร่วมกับการใช้ แผนผังความคิด (Mind map) ตามแนวทางของ Gibbs' Reflective Cycle มีระดับทักษะการคิดวิเคราะห์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ⁽¹⁰⁾ การใช้กรณีศึกษาเป็นการฝึกให้นักศึกษาเชื่อมโยงทฤษฎีที่เรียนมากับสถานการณ์ที่กำหนด นักศึกษาได้ฝึกคิดวิเคราะห์และสามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความคงทนในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษา มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่า และมีความคงทนในการเรียนรู้ดีกว่ากลุ่มที่เรียนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹²⁾ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าภายหลังนักศึกษาได้รับโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิด ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 บทที่ 6 ในหัวข้อ การพยาบาลมารดา ทารก ในระยะที่ 1 ของการคลอด นั้นส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ ควรนำโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิดไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาการทฤษฎีหรือวิชาภาคปฏิบัติทางการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดสมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาโปรแกรมการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการสะท้อนคิดที่อาจส่งผลต่อสมรรถนะอื่นที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 2562;136(57ก):54-78.
2. Wang Y, Chien WT, Twinn S. An exploratory study on baccalaureate-prepared nurses' perceptions regarding clinical decision-making in mainland China. J Clin Nurs. 2012 Jun;21(11-12):1706-15. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03925.x.
3. ศรีชญา ปุ่นสำเร็จ, สุพรรณิ กัณหดิลก. การตัดสินใจทางคลินิก: ทักษะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2560;18(35):81-94.
4. ปวีณภัทร นิธิตันดิวัฒน์, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล, มณูชพาณี ขำวงศ์. ความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(2):162-74.
5. ทิศนา ขัมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

6. สุทธิดา อ่อนละอ, สุภาพร วัฒนา, ขนรส อภิญญาลังกร, โยชิตา จรัสรัตนไพบูลย์. ผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. 2065;9(1):69-80.
7. Sherwood GD, Deutsch SH. Reflective Practice: Transforming education and improving outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2014.
8. Kok J, Chabeli MM. Reflective journal writing: how it promotes reflective thinking in clinical nursing education: a students' perspective. Curationis. 2002 Aug;25(3):35-42. doi: 10.4102/curationis.v25i3.784.
9. พิรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์, สมิตตา สว่างทุกข์. การเรียนรู้ผ่านการสะท้อนกลับการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในห้องคลอด: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารเกื้อการุณย์. 2558;22(2):57-70.
10. ขุภากรณ์ วัฒนวิไล, พิมพ์ฉา เทพวัลย์. การสะท้อนคิดและแผนผังความคิดกับทักษะการแก้ปัญหาของนิสิตพยาบาล. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;24(1):1-12.
11. Gibbs G. Learning by doing: A guide to teaching and learning methods. Oxford: Oxford Brookes University; 1988.
12. วิจิตรา กุสมภ์, อรุณี เฮงยศมาก. ผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความคงทนในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. 2562;8(1):187-96.
13. ศิริพร พุทธรังษี, ฐาปณีย์ น้ำเพชร, มลธิรา อุดชุมพิสัย. การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนแบบสหกิจศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเลือกสรร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2556;24(2):29-43.
14. ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา, ภาวดี เหมทานนท์, วิไลพร รั้งควัต. ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรม การสะท้อนคิดและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2562;25(2):57-71.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพ ด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์^{*,} วรพงษ์ สายโสหา^{**}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ทั้งก่อนและหลังการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มละจำนวน 30 คน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามแบบเดิม ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมานได้แก่ Paired และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภาพรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปรีชาน (MoCA) ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) โดยทักษะสัมพันธ์ของสายตา การแยกหมวดหมู่ และความจำระยะสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตนี้ ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม มีผลดีต่อสมอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยมีปรีชานดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^a Corresponding author: ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์ Email: pharanwit@gmail.com

รับบทความ: 16 ก.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 1 ส.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 3 ส.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 8 ก.ย. 68

Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program Based on Lifestyle Medicine Principles in Elderly with Mild Cognitive Impairment

Pharanwit Anundilokrit^{*a}, Vorapong Saisopa^{**}

Abstract

This quasi-experimental with two-group design study aimed at evaluating the effectiveness of a health literacy promotion program based on lifestyle medicine principles among older adults with mild cognitive impairment. Samples were 60 elderly diagnosed with mild cognitive impairment who received services at the Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima, and were divided into 2 groups, the experimental and comparison groups, with 30 participants each. The experimental group received a health literacy promotion program based on lifestyle medicine principles over 12 weeks, while the comparison group received standard health education. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test and independent t-test.

The results showed that, at the end of the program, the overall cognitive scores (MoCA) of elderly participants in the experimental group significantly improved compared to before entering the program ($p < 0.001$), and also significantly better than those in the comparison group ($p = 0.002$). In particular, significant improvements were observed in visuospatial/executive functions, categorization, and short-term memory ($p < 0.05$). The mean score for health behavior based on lifestyle medicine in the experimental group also significantly improved compared to before the program ($p = 0.003$). However, there was no significant difference when compared with the comparison group. When examining each aspect individually, the experimental group showed a significant improvement in exercise behavior, while other health behaviors did not show significant changes and no significant difference in happiness scores was found between the two groups. In conclusion, the health literacy promotion program based on lifestyle medicine principles helps improve appropriate health behaviors, benefits brain function, and can enhance cognition in elderly individuals with mild cognitive impairment.

Keywords: Elderly; Mild cognitive impairment; Lifestyle Medicine; Health Literacy

* Medical Physician, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

** Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Pharanwit Anundilokrit Email: pharanwit@gmail.com

Received: Jul. 16, 25; Revised: Aug. 1, 25; Accepted: Aug. 3, 25; Published Online: Sep. 8, 25

บทนำ

การสูงวัยของประชากรกำลังเป็นประเด็นความสำคัญที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง ในปี 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 199 ล้านคน ร้อยละ 7.96 ในปี 2493 เป็น 1,109 ล้านคน ร้อยละ 13.90 ของประชากรโลก 8 พันล้านคน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย 649 ล้านคน ร้อยละ 58.54⁽¹⁾ ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว จากข้อมูลสถิติพบว่า ในปี 2565 ประเทศไทย มีประชากรรวม 66 ล้านคน และมีจำนวนผู้สูงอายุ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ เมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น สภาวะของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะเริ่มมีการเสื่อมถอยลง เรียกโดยรวมว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ซึ่งมีความหลากหลายครอบคลุมทุกระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทและสมอง ซึ่งพบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งทั้งยังเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ในกลุ่มอาการผู้สูงอายุนั้นมีภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) และภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) รวมอยู่ด้วยเช่นกัน

ภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อย เป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากผู้ที่มีภาวะปริิชาณปกติ (Normal cognition) ไปเป็นภาวะสมองเสื่อม ซึ่งภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่พบบ่อยมากในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าในทวีปเอเชียมีความชุกของภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อยที่ร้อยละ 5-20 โดยในประเทศจีนพบความชุกที่ร้อยละ 14.7⁽³⁾ ในประเทศอินเดียพบความชุกที่ร้อยละ 26.06⁽⁴⁾ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่ามีความชุกอยู่ที่ ร้อยละ 18.6-71.4⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ภาวะดังกล่าว ยังเพิ่มโอกาสที่จะเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อยจะมีการดำเนินโรคลายเป็นโรคอัลไซเมอร์อยู่ที่ร้อยละ 6-15 ต่อปี และผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์แต่ละรายนั้นจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลถึงปีละ 40,000 ดอลลาร์หรือตกเป็นเงินประมาณ 1,390,000 บาท⁽⁶⁾ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบประสาทและสมอง เนื่องมาจากสมองของมนุษย์นั้นเป็นอวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบประสาทสั่งการทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดการรับรู้ การสั่งการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก การควบคุมอวัยวะภายในทั้งหมด หากผู้สูงอายุมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นแล้ว จะส่งผลเสียเป็นอย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล

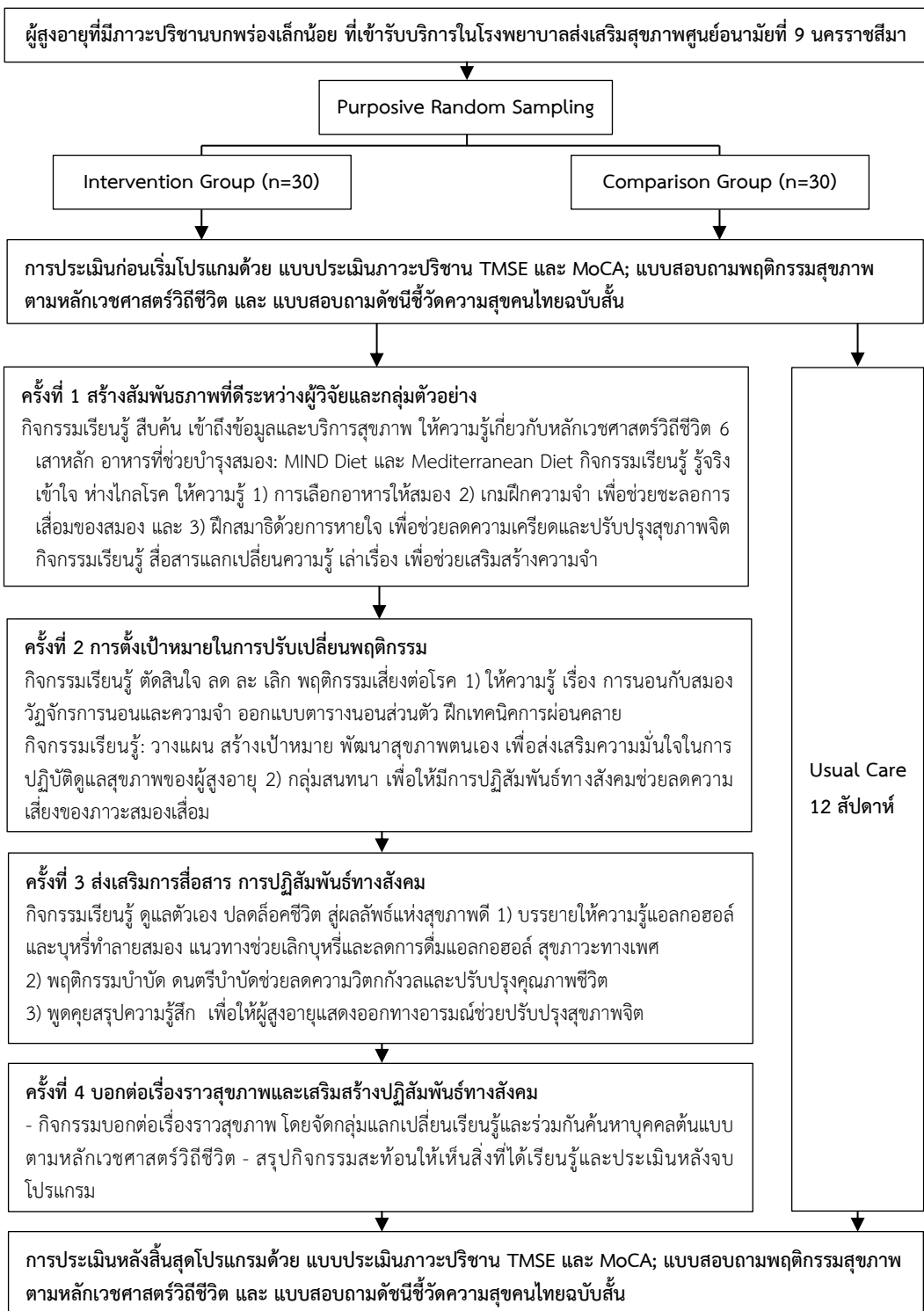
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะต่าง ๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ⁽⁷⁾ ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย มีทักษะทางปัญญาในการพิจารณาเนื้อหาที่ได้รับและรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการ ติดต่อสื่อสาร ทักษะในการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽⁸⁾ ซึ่งหลักเวชศาสตร์

วิถีชีวิต (Lifestyle medicine) เป็นแนวทางหนึ่งในส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นการป้องกันโรค โดยรวมเอาความรู้ด้านการแพทย์ การให้บริการด้านสุขภาพ นโยบายสาธารณสุขและปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถวางแผนได้ด้วยตนเอง โดยมีหลักสำคัญ 6 เสาหลัก อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก⁽⁹⁾ ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองได้ในอนาคต จะส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย รวมถึงการพัฒนานวัตกรรม พัฒนารูปแบบการบริการเพื่อโรงพยาบาลเป็นต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุเป็นหน่วยบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้สูงอายุเข้ามารับบริการจำนวน 926, 960 และ 980 ราย จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอาการหลงลืมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พบจำนวน 297, 357 และ 185 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.07, 37.18 และ 18.88 ตามลำดับ ซึ่งอาการหลงลืมเป็นอาการระยะเริ่มต้นของภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ถึงแม้ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบปกติ แต่หากภาวะดังกล่าวได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้าจะมีการดำเนินของโรคพัฒนากลายเป็นภาวะสมองเสื่อม ในที่สุด โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.5 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของปรีชานบกพร่องระยะต้น⁽¹⁰⁾ ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยมีความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา นำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลอง ดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จำนวน 60 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 ความน่าจะเป็นความคาดเคลื่อนในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) จากผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่สะดวกสามารถมาเข้าโปรแกรมได้ทุก 4 สัปดาห์ จนครบ 3 ครั้ง
2. กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกมาเข้าโปรแกรมได้ทุก 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผลการทดสอบ TMSE ปกติ (ค่าคะแนนมากกว่าเท่ากับ 24 คะแนนในผู้ที่มีการศึกษามากกว่า 6 ปี, หรือมากกว่าเท่ากับ 17 ปี ในผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี, หรือมากกว่าเท่ากับ 14 ในผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ผลการทดสอบ MoCA ให้ผลบวก (ค่าคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน โดยให้เพิ่ม 1 คะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี) ได้รับวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

โดยอายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา สืบสารได้ อ่านหนังสือออก เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ไข้สูง เจ็บหน้าอก เจ็บปวดกล้ามเนื้อ หายใจลำบาก แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน อุบัติเหตุ เป็นต้น ไม่สามารถเข้ารับการติดตามผลของโปรแกรมได้ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสามารถเลิกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับการบริการในโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้จากการทำงาน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE) พัฒนาโดยใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้และความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย จะใช้ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืมชัดเจน เช่น ลืมชื่อสิ่งของ ลืมวิธีการใช้ หรือลืมสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน โดยอาการเหล่านั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น โดยมีข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นแบบทดสอบเพื่อช่วยวินิจฉัยปัญหาสมองเสื่อมในระยะแรก (Early dementia) จะเป็นการประเมินหน้าที่ของการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (Visuospatial/Executive) ความตั้งใจ/สมาธิ (Attention), การแยกหมวดหมู่ (Abstraction), ความจำระยะสั้น (Delayed recall) การเรียกชื่อ (Naming) การใช้ภาษา (Language) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ใช้เวลาประเมิน 10-15 นาที มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ถือว่าผิดปกติ ถ้าตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle assessment) โดยใช้แบบประเมินในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต) สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565⁽⁹⁾ แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 มีจำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ (น้อยกว่า 1 ถึง 10) และส่วนที่ 3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการออกกำลังกาย โดยข้อคำถามทั้ง 16 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ โดยการคิดคะแนนวิถีชีวิตจากผลรวมของทั้ง 6 ด้าน คะแนนเต็ม

50 คะแนน ได้แก่ ด้านการรับประทานเป็นผลรวมข้อ 8, 10, 12, 15 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านการออกกำลังกายเป็นผลรวมข้อ 9, 13, 16 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านการนอนเป็นผลรวมข้อ 1, 2, 11 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ เป็นผลรวมข้อ 7, 14 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านจิตใจเป็นผลรวมข้อ 3, 4 คะแนนรวม 5 คะแนน และด้านความสัมพันธ์เป็นผลรวมข้อ 5, 6 คะแนนรวม 5 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-20 คะแนน หมายถึง เป็นโอกาสดีที่จะได้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยปรับปรุงวิถีชีวิต เพื่อพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นได้อย่างชัดเจน, 21-30 คะแนน หมายถึง มีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และดีในบางเรื่อง ซึ่งยังมีบางส่วนที่จะช่วยเสริมให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงการเกิดโรคในอนาคต, 31-40 คะแนน หมายถึง มีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพหลายด้าน มีแค่ส่วนน้อยที่ควรลงพิจารณาว่าจะสามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไปได้อีกหรือไม่ และ 41-50 คะแนน หมายถึง มีวิถีชีวิตที่ดีเยี่ยม มีแค่จุดเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจจะเพิ่มเติมให้ดีขึ้นครบทุกด้าน

ส่วนที่ 5 แบบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ฉบับสั้น (Thailand Happiness Indicator) พัฒนาโดย อภิชัย มงคล⁽¹¹⁾ ซึ่งค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.70 โดยข้อคำถาม 15 ข้อ คำถามจะถามถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในการประเมินเหตุการณ์ อารมณ์หรือความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้สูงอายุว่าอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น, เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นเพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นเพียงเล็กน้อย, มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกในเรื่องนั้นมาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นมาก และมากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นมากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นมากที่สุด โดยการให้คะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15 แต่ละข้อให้คะแนน คือ ไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 3 และ 8 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย 3 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน มาก 1 คะแนน มากที่สุด 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมาก คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขปานกลางและ 26 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อย

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิกผู้สูงอายุ

1.2 ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และขออนุญาตจากผู้บังคับบัญชาของแหล่งเก็บข้อมูล เดือนมกราคม 2568

1.3 ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการเก็บข้อมูล

1.5 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแนะนำตัวแก่อาสาสมัครอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์จากการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นจึงสอบถามความสมัครใจ เข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยวางแผนการทดลอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

2.2 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือก ในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

2.2.1 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันแรก แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในคำชี้แจง การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนทดลอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และแบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

3) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติตามขั้นตอนการให้บริการจากทีมแพทย์และพยาบาล ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินสภาพอาการทั่วไป ประเมินปริมาตรด้วย TMSE และ MoCA ตรวจร่างกายให้การรักษาโดยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

4) ผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และแบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ให้กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดที่ 12 สัปดาห์

2.2.2 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในคำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะนอนไม่หลับ

3) กลุ่มทดลอง โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะปริมาณบกร่องเล็กน้อย ประยุกต์กรอบแนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลัก มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

2.3 ขั้นตอนประเมินเมื่อเสร็จสิ้นสุดโปรแกรม โดยให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิตและแบบประเมินวัดความสุข ทีมผู้วิจัยประเมินปริมาณด้วย TMSE และ MoCA และนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมา ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 020 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ร้อยละ 46.67 โดยเฉลี่ยอายุ 70.20 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 56.67 การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 63.33 รายได้ 20,000 ขึ้นไป ร้อยละ 33.34 โดยเฉลี่ยรายได้ 21,473.33 บาท มีความเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 73.34 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 70.00 ไม่เคยใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 100 และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ร้อยละ 43.33 โดยเฉลี่ยอายุ 71.83 ปี สถานภาพ คู่ ร้อยละ 76.67 การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 60.00 รายได้ 20,000 ขึ้นไป ร้อยละ 36.67 โดยเฉลี่ยรายได้ 18,560 บาท มีความเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 46.67 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 53.33 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 60.00 ไม่เคยใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 100

เมื่อทดสอบทางสถิติผลวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริมาณบกพร่องเล็กน้อย

1. ผลของโปรแกรมฯ ในภาพรวม ผลพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริมาณบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปริมาณ (MoCA), พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และระดับความสุข ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปริมาณดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$)

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และระดับความสุข ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย (n=60)

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				t	p
	$\bar{X}$	SD	t	p	$\bar{X}$	SD	t	p		
1. การประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE)										
ก่อนทดลอง	27.73	1.51	-5.407	0.000*	27.07	2.18	-0.970	0.340	1.378	0.174
หลังทดลอง	29.03	1.07			27.40	2.06			3.855	0.000*
2. การประเมินภาวะปรีชาน Montreal Cognitive Assessment (MoCA)										
ก่อนทดลอง	21.70	3.37	-10.04	0.000*	21.07	3.98	-1.472	0.152	0.600	0.551
หลังทดลอง	25.76	3.34			22.00	5.35			3.269	0.002*
3. พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต										
ก่อนทดลอง	31.40	6.15	-3.308	0.003*	33.63	4.71	-0.910	0.370	-1.577	0.120
หลังทดลอง	35.43	5.98			34.56	5.26			0.595	0.554
4. ระดับความสุขของผู้สูงอายุ										
ก่อนทดลอง	28.40	4.28	-3.722	0.000*	29.86	5.53	-1.191	0.243	-1.148	0.256
หลังทดลอง	31.23	4.71			30.70	4.66			0.440	0.661

2. ผลการประเมินภาวะปรีชาน (MoCA)

2.1 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปรีชานดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยรายข้อพบว่าทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ การแยกหมวดหมู่ และความจำระยะสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของภาวะปริซาน (MoCA) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n=60)

การประเมิน คะแนนรายข้อ	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				t	p
	$\bar{x}$	SD	t	p	$\bar{x}$	SD	t	p		
1. Visuospatial/Executive										
ก่อนทดลอง	2.8	1.64	-5.397	0.000*	3.07	1.12	-1.161	0.255	-0.735	0.466
หลังทดลอง	4.23	1.10			3.40	1.47			2.476	0.016*
2. Naming										
ก่อนทดลอง	2.97	0.18	0	0	2.87	0.34	.812	0.212	1.401	0.167
หลังทดลอง	2.97	0.18			2.83	0.64			1.085	0.286
3. Attention										
ก่อนทดลอง	4.90	1.18	-2.151	0.040*	4.33	0.75	-2.213	0.035*	2.207	0.031*
หลังทดลอง	5.43	1.04			4.80	1.49			1.905	0.062
4. Language										
ก่อนทดลอง	1.90	0.88	-0.516	0.610	1.57	1.10	0.360	0.722	1.290	0.202
หลังทดลอง	2.00	0.94			1.67	1.06			1.284	0.204
5. Abstraction										
ก่อนทดลอง	1.23	0.81	-3.898	0.000*	1.27	0.82	-0.619	0.541	-.157	0.876
หลังทดลอง	1.87	0.34			1.37	0.85			2.984	0.004*
6. Delayed recall										
ก่อนทดลอง	2.10	1.423	-3.166	0.004*	1.90	1.56	-0.915	0.368	0.519	0.606
หลังทดลอง	3.27	1.85			2.17	1.68			2.405	0.019*
7. Orientation										
ก่อนทดลอง	5.73	0.52	-2.804	0.009*	5.87	0.34	0.849	0.403	-1.168	0.124
หลังทดลอง	6.00	0.00			5.77	0.77			1.651	0.104
สรุปภาพรวม										
ก่อนทดลอง	21.70	3.37	-10.040	0.000*	20.86	3.65	-1.472	.152	0.600	0.551
หลังทดลอง	25.76	3.34			22.00	5.35			3.269	0.002*

2. พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

2.3.1 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมด้านออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ส่วนพฤติกรรมการรับประทาน ด้านการนอน ด้านบุหรืและแอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ ไม่มีความแตกต่างกันสรุปภาพรวมทั้งสองกลุ่มคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกรายด้าน ($n=60$)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				t	p
สุขภาพ	$\bar{X}$	SD	t	p	$\bar{X}$	SD	t	p		
ด้านการรับประทาน										
ก่อนทดลอง	4.23	1.88	-1.438	0.161	4.23	1.83	-0.397	0.694	.000	1.000
หลังทดลอง	5.00	2.57			4.43	1.99			0.953	0.345
ด้านการออกกำลังกาย										
ก่อนทดลอง	4.33	2.12	-4.341	0.000*	5.93	3.09	-0.064	0.949	-2.335	0.023*
หลังทดลอง	6.23	2.45			5.96	2.28			0.435	0.665
ด้านการนอน										
ก่อนทดลอง	4.60	3.47	-1.541	0.134	4.70	3.74	-0.803	0.428	-.107	0.915
หลังทดลอง	5.63	3.21			5.30	3.23			0.400	0.690
ด้านบุหรืและแอลกอฮอล์										
ก่อนทดลอง	9.73	1.01	-1.000	0.326	9.60	1.22	1.000	0.326	0.460	0.647
หลังทดลอง	9.86	0.73			9.53	1.45			1.121	0.267
ด้านจิตใจ										
ก่อนทดลอง	3.83	1.59	-0.479	0.636	4.50	0.93	0.571	0.573	-1.970	0.055
หลังทดลอง	3.96	1.54			4.40	1.37			-1.147	0.256
ด้านความสัมพันธ์										
ก่อนทดลอง	4.67	1.09	-0.311	0.758	4.67	0.88	-1.765	0.088	0.000	1.000
หลังทดลอง	4.73	0.82			4.93	0.36			-1.211	0.233
สรุปภาพรวม										
ก่อนทดลอง	31.40	6.15	-3.308	0.003*	33.63	4.71	-0.910	0.370	-1.577	0.120
หลังทดลอง	35.43	5.98			34.56	5.26			0.595	0.554

* $p<0.05$

2.3.1 ระดับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีซานบกร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนวิถีชีวิตเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 31.40 เป็น 35.43 คะแนน และวิถีชีวิตดีเยี่ยมจากร้อยละ 6.67 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.33 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนวิถีชีวิตเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 33.63 เป็น 34.56 คะแนน และวิถีชีวิตดีเยี่ยมจากร้อยละ 0 เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับวิถีชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n=60)

ระดับวิถีชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	n	%	n	%	n	%	n	%
วิถีชีวิตไม่ดี (0-20 คะแนน)	1	3.33	1	3.33	0	0	0	0
วิถีชีวิตที่เหมาะสม (21-30 คะแนน)	12	40.00	4	13.33	8	26.67	8	26.67
วิถีชีวิตดีมาก (31-40 คะแนน)	15	50.00	18	60.00	22	73.33	12	40.00
วิถีชีวิตดีเยี่ยม (41-50 คะแนน)	2	6.67	7	23.33	0	0	10	33.33

2.4 ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองที่มีความสุขระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็น 40.0 โดยคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 28.40 เป็น 31.23 และกลุ่มเปรียบเทียบที่มีความสุขระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.00 เป็น 33.33 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 29.86 เป็น 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละระดับความสุข ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=60)

ระดับความสุข	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	n	%	n	%	n	%	n	%
มีความสุขน้อย (0-26 คะแนน)	11	36.67	5	16.67	6	20.00	4	13.34
มีความสุขปานกลาง (27-32 คะแนน)	14	46.67	13	43.33	15	50.00	16	53.33
มีความสุขมาก (33-45 คะแนน)	5	16.67	12	40.00	9	30.00	10	33.33

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 หลังทดลองผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสมมติฐานที่ 2 หลังทดลองผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปรีชานดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ผลสำเร็จของโปรแกรมนี้อาจเกิดจากการพัฒนาโดยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพบูรณาการร่วมกับหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ได้แก่

การปรับกิจวัตร การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคผ่อนคลาย ซึ่งโปรแกรมนี้ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของสมอง ด้านความจำจะเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางสมองที่ช่วยสร้างความสมดุลให้กับสมองด้วยการลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทและสมอง (Neocortex) ให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์และแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ดีขึ้นส่งผลให้สามารถชะลอไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อม⁽¹²⁾ ซึ่งผลของโปรแกรมนี้นำมาซึ่งระดับภาวะปรีชานจากบทกรองเล็กน้อยเพิ่มขึ้นอยู่ระดับปกติ ร้อยละ 66.67 และในรายด้านทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ การแยกหมวดหมู่ และความจำระยะสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศวิตา ทองขุนวงศ์⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทกรองระยะต้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนปรีชานหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกปรีชานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเท่ากับ 16.20 และ 14.20 คะแนน ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิไกร กรพินาย⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผลค่าเฉลี่ยคะแนน MoCA test ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทกรองเล็กน้อยมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 20.625 เป็น 21.375 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทกรองเล็กน้อย กลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) โดยคะแนนเฉลี่ยของวิถีชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 31.40 เป็น 35.43 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความสุขของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นจาก 28.40 เป็น 31.23 คะแนน อธิบายได้ว่า หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจและมีความสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทกรองจะส่งผลกระทบรุนแรงทั้งด้านร่างกาย โดยระบบประสาทอัตโนมัติทำงานช้าลงความใส่ใจในตนเองลดลง ความสามารถจัดการกับปัญหา การพึ่งพาตนเองลดลง ด้านจิตใจส่งผลให้เกิดความคิดบิดเบือนว่าตนเองไร้คุณค่า ศักยภาพลดลง⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม เวชสุทธานนท์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมวิถีชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ นิตยา แซ่ลี และศิวพล สุวรรณบัณฑิต⁽¹⁷⁾ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดีโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือกความรอบรู้อยู่ระดับดีมาก โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของ อีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลป์⁽¹⁸⁾ พบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตชนบทและผู้สูงอายุกลุ่มที่มีวิถีชีวิตกึ่งเมืองมีแตกต่างกันความอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่จะมีวิถีชีวิตอันเป็นสุขได้ จะต้องมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต ซึ่งหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นศาสตร์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

การวิจัยนี้พบข้อสังเกตว่าหลังเข้าโปรแกรม ผลของพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอันได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ ถึงแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่อาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเห็นได้จากผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองที่หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกนก นาเครือ⁽¹⁹⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงร้านอาหาร และสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตนี้ ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม มีผลดีต่อสมอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยมีปรีชานดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ด้านนโยบาย ควรส่งเสริมขับเคลื่อนหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในเชิงป้องกันทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระยะยาวต่อไป
2. จากการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องมีผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกันในระยะสั้น จึงควรมีการส่งเสริมนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีความทันสมัย เข้าถึงง่ายและสะดวก โดยบูรณาการร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว
3. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปรับใช้ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ด้านพัฒนางานวิจัย ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงาน โดยที่ควรปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และควรศึกษาปัจจัยที่ยังไม่เป็นเกิดผลลัพธ์ทางบวก ได้แก่ ด้านการรับทราบ ด้านการนอน ด้านบุหรี่ยาและแอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ที่อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงกันทิมา เหมพรหมราช ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ปรึกษางานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่สนับสนุนในการเก็บข้อมูลช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Prospects 2022. United Nations; 2022.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
3. Jia L, Du Y, Chu L, Zhang Z, Li F, Lyu D, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *Lancet Public Health*. 2020 Dec;5(12):e661-e671. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30185-7.
4. Mohan D, Iype T, Varghese S, Usha A, Mohan M. A cross-sectional study to assess prevalence and factors associated with mild cognitive impairment among older adults in an urban area of Kerala, South India. *BMJ Open*. 2019 Mar 20;9(3):e025473. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025473.
5. ระพีพัฒน์ โฆษิตานนท์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นในผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2565;5(3): 206-18.
6. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review) [RETIRED]. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001 May 8;56(9):1133-42. doi: 10.1212/wnl.56.9.1133.
7. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva, Switzerland: Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization; 1998.
8. วินัย ไตรนาทถวัลย์, ณัฐปิ่นท์ เพียรธัญญกรรม, ภราดร ยิ่งยวด, พนิดา ชัยวัง, รกัทกร เพชรสุข, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2563; 27(3):131-44.
9. ภูติพ เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Pre conference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team" (วันที่ 18-22 กันยายน 2566, กรุงเทพมหานคร).

10. Aerts L, Heffernan M, Kochan NA, Crawford JD, Draper B, Trollor JN, Sachdev PS, Brodaty H. Effects of MCI subtype and reversion on progression to dementia in a community sample. *Neurology*. 2017 Jun 6;88(23):2225-2232. doi: 10.1212/WNL.0000000000004015.
11. อภิชัย มงคล และคณะ. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นหรือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator TMHI-15: ฉบับใหม่). รายงานการวิจัย; 2552.
12. ปิ่นนัตถ์ บุนนาค, กัลยา มั่นล้วน. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: ก่อนป่วยด้วยสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*. 2565;4(1):1-15.
13. ศวิตา ทองขุนวงศ์, พิภพ จิตรนาทรพย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกปรีชาในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชาบกพร่องระยะต้นในชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2564; 4(1):74-84.
14. วุฒิไกร กรพิมาย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชาบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลปากช่องนานา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2567;18(2): 755-68.
15. Pellegrino LD, Peters ME, Lyketsos CG, Marano CM. Depression in cognitive impairment. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Sep;15(9):384. doi: 10.1007/s11920-013-0384-1.
16. เกษม เวชสุธานนท์. การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 2566;46(2):111-28.
17. ศิวพล สุวรรณบัณฑิต, นิตยา แซ่ลี. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*. 2567; 34(3):81-91.
18. อีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลป์. การจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลศิลา อำเภอมะนัง จังหวัดขอนแก่น. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2565;8(4):239-49.
19. กรกนก นาเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 2567;47(ฉบับเพิ่มเติม): S82-S97.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตึมน้ำกระเทียมของเยาวชน : กรณีศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตจังหวัดนครราชสีมา

รัชชัย เอกสันติ*, จิรารัตน์ ตู่แก้วพะเนา**,
พริดา เทิบขุนทด**, วรณช วงศ์ศำธัฒมา**, พัชรินทร์ ยุพา***a

บทคัดย่อ

ปัจจุบันพืชกระเทียมได้ถูกนำออกจากบัญชีสารเสพติดของประเทศไทยแล้ว ส่งผลให้มีการจำหน่ายใบกระเทียมหรือน้ำกระเทียมกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งการบริโภคพืชกระเทียมติดต่อกันในปริมาณมากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตึมน้ำกระเทียมของเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 คน ได้จากการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการตึมน้ำกระเทียม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.40) อายุระหว่าง 21-24 ปี (ร้อยละ 51.63) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85.60) อยู่ชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 32.90) และมีรายได้ครอบครัวเพียงพอและมีเงินเก็บ (ร้อยละ 39.10) ความรู้เกี่ยวกับการตึมน้ำกระเทียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.65) รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 31.79) และระดับสูง (ร้อยละ 22.55) ทศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 65.49) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 25.00) และระดับดี (ร้อยละ 9.51) ส่วนพฤติกรรมการตึมน้ำกระเทียม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 70.92) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.08) ผลการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์พบว่าระดับความรู้และระดับทศนคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการตึมน้ำกระเทียม ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีความรู้และทศนคติในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการตึมน้ำกระเทียมในระดับควรปรับปรุงมากกว่าผู้ที่มีความรู้และทศนคติในระดับสูง

คำสำคัญ: น้ำกระเทียม; เยาวชน; ความรู้; ทศนคติ; พฤติกรรม

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

** นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

a Corresponding author: พัชรินทร์ ยุพา Email: patcharin.y@nrru.ac.th

รับบทความ: 12 ส.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 23 ส.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 24 ส.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 21 ก.ย. 68

Factors Associated with the Use of Kratom (*Mitragyna speciosa*) Decoction among Youth: A Case Study in a Higher Education Institution, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Thawatchai Aeksanti^{*}, Jirarat Tuikaewphanao^{**}, Phuthita Hoebkhunthot^{**},
Waranuch Wongsathamma^{**}, Patcharin Yupa^{***a}

Abstract

Kratom leaves have recently been removed from Thailand's list of controlled substances, resulting in the increase in sales and consumptions. Frequent and prolonged consumption of kratom in large quantities can have adverse health effects. This descriptive study examined factors associated with kratom tea drinking behavior among youths in a higher education institution in Nakhon Ratchasima. A total of 368 participants were selected using accidental sampling. Data were collected via a validated questionnaire (Cronbach's alpha=0.85) comprising four sections: demographics, knowledge, attitudes, and kratom tea drinking behavior. Descriptive statistics and the Chi-square test were used for analysis.

Results showed that most participants were females (55.40%), aged 21-24 years (51.63%), Buddhist (85.60%), third-year students (32.90%), and had sufficient family income with savings (39.10%). Knowledge was at a moderate level (45.65%), followed by a low (31.79%) and a high level (22.55%). Most participants had attitudes that needed improvement (65.49%), followed by moderate (25.00%) and good attitudes (9.51%). Regarding kratom tea drinking behavior, the majority were at a level that needed improvement (70.92%), followed by a moderate level (29.08%). The Chi-square test showed that both knowledge and attitude were significantly associated with kratom tea drinking behaviors ($p < 0.05$). Participants with lower knowledge and attitude levels tended to have kratom tea drinking behaviors that needed improvement more than those with higher knowledge and attitude levels.

Keywords: Kratom (*Mitragyna speciosa*); Youth; Knowledge; Attitudes; Behavior

^{*} Assistant Professor, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^{**} Bachelor of Public Health Student, Department of Community Public Health, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^{***} Instructor, Department of Pediatric and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^a Corresponding author: Patcharin Yupa Email: patcharin.y@nrru.ac.th

Received: Aug. 12, 25; Revised: Aug. 23, 25; Accepted: Aug. 24, 25; Published Online: Sep. 21, 25

บทนำ

พืชกระท่อม ชื่อในทางวิทยาศาสตร์ เรียกว่า *Mitragyna speciosa* เป็นพืชในวงศ์กาแฟ (Rubiaceae) ไม่ยืนต้น สูงประมาณ 4-16 เมตร เจริญเติบโตได้ดีในพื้นที่ชุ่มชื้น พบได้ในภูมิภาคเขตร้อนและกึ่งร้อนของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีถิ่นกำเนิดในประเทศไทยและมาเลเซีย ทั้งนี้พืชกระท่อมมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทคล้ายฝิ่น (Opioid-like) ทำให้ความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม ลดความกังวล และช่วยลดการใช้ฝิ่นหรือสารเสพติดชนิดอื่น โดยในอดีตใบกระท่อมถูกนำมาใช้ในการทางการแพทย์พื้นบ้านเพื่อรักษาการติดเชื่อในลำไส้ และบรรเทาอาการท้องร่วง ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้และอาการไอ สามารถใช้ได้ทั้งใบสดและใบแห้ง โดยการเคี้ยว การสูบ หรือชงกับน้ำร้อนเป็นชาสำหรับดื่ม นอกจากนี้กลุ่มผู้ใช้แรงงานยังนิยมใช้กระท่อมเพื่อเพิ่มความอดทนเมื่อต้องทำงานกลางแจ้ง ลดความเมื่อยล้า และสามารถทนต่ออากาศร้อน อีกทั้งยังมีการใช้แทนแอมเฟตามีนเพื่อเพิ่มพลังกำลัง รวมถึงมีการใช้เพื่อลดอาการขาดยาจากสารเสพติดอื่น เช่น ฝิ่นและมอร์ฟิน ซึ่งกระท่อมมีผลข้างเคียงน้อยกว่ามอร์ฟินเมื่อใช้ในระยะเวลาจำกัด^(1,2) ปัจจุบันมีการใช้กระท่อมแพร่หลายไปยังหลายประเทศนอกเหนือจากพื้นที่ถิ่นกำเนิด

พืชกระท่อม (*Mitragyna speciosa*) ถูกนำออกจากบัญชีสารเสพติดในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งได้มีประกาศพระราชบัญญัติพืชกระท่อม⁽³⁾ ส่งผลให้การเข้าถึงและการจำหน่ายพืชกระท่อมในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากปัจจุบันมีการนำพืชกระท่อมมาบริโภคในรูปแบบที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนนั้น มีการผสมน้ำต้มใบกระท่อมกับเครื่องดื่มอื่น เช่น น้ำอัดลม หรือกาแฟ แล้วใส่ยาแก้ไอ ยาคลายกล้ามเนื้อ หรือใส่สารโคเคอิน หรือโดเฟนไฮโดรามีนลงไปเพื่อเพิ่มรสชาติและฤทธิ์ของสารผสม รวมถึงการเติมสีที่หลากหลาย เยาวชนบางกลุ่มใช้น้ำต้มใบกระท่อมผสมกับสารเสพติดอื่นจนกลายเป็นเครื่องดื่มที่นิยม เรียกว่า Kratom cocktail มีหลายสูตร เช่น 4x100, 5x100 หรือ 6x100^(4,5) โดยเครื่องดื่มน้ำจากพืชกระท่อมนี้ จะทำให้ผู้ดื่มรู้สึกมีเมามา ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า น้ำกระท่อมสัมพันธ์กับฤทธิ์ในการกดประสาท กดการหายใจ และฤทธิ์ที่มาจากหลายสารในน้ำกระท่อมมีผลยืนยันว่า ฤทธิ์จากพืชกระท่อมส่งผลต่อระบบหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท⁽⁶⁾ หากใช้ต่อเนื่องหรือใช้ร่วมสารอื่น และได้รับในปริมาณสูง อาจทำให้เกิดอาการควบคุมตนเองไม่ได้ หรือเกิดภาวะกดประสาท และกดการหายใจจากฤทธิ์ของกระท่อมและสารผสมร่วมกัน ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ หากใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดการเสพติดได้ แต่เมื่อหยุดใช้จะเกิดอาการถอน เช่น มีอาการจิตหวาดระแวง อารมณ์รุนแรง ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อกระตุก เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ และนอนไม่หลับ รวมถึงอาการทางกาย เช่น ผิวดำคล้ำ (Hyperpigmentation) ท้องอืด (Distended stomach) ผิวน้ำ และริมฝีปากคล้ำ⁽⁷⁾

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น (Preliminary) ของผู้วิจัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีการจำหน่ายน้ำกระท่อมอย่างกว้างขวางเป็นจำนวนมาก โดยจากการสอบถามเยาวชนบางส่วน เห็นว่าการดื่มน้ำกระท่อมไม่มีโทษทางกฎหมายเหมือนสารเสพติดชนิดอื่น สถานการณ์ดังกล่าวทำให้พบเยาวชนที่นิยมดื่มน้ำกระท่อมเป็นจำนวนมาก ซึ่งรวมถึงเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษาด้วย ทั้งนี้การดื่มน้ำกระท่อมยังอาจพบว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและพฤติกรรม

ทางสังคมด้วย โดยผู้ที่ติดน้ำกระเทียมมักมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย อารมณ์ซึมเศร้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และนอนไม่หลับ การใช้ในระยะยาวอาจนำไปสู่โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคตับ^(8,1)

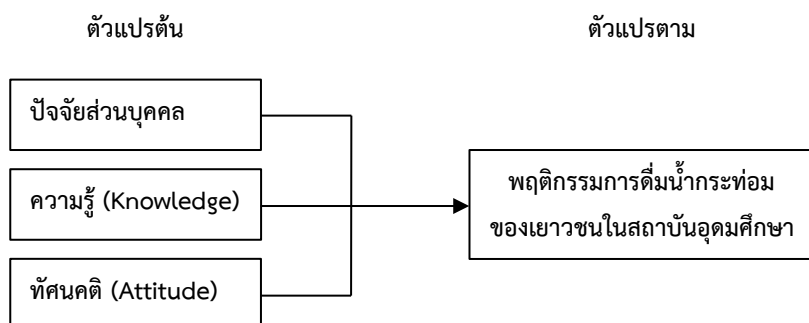
การศึกษานี้มุ่งศึกษาวิจัยเชิงพฤติกรรม เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติ โดยเชื่อว่าความรู้ที่ถูกต้องและทัศนคติที่เหมาะสม สามารถนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติมีส่วนสำคัญในการระบุปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมในกลุ่มเยาวชนจากการศึกษาของ ปณิทัต ตันธนปัญญกร และคณะ⁽⁹⁾ พบความชุกของการใช้พืชกระเทียม ส่วนใหญ่คือช่วงอายุระหว่าง 18-20 ปี ร้อยละ 51.3 พบเริ่มใช้ครั้งแรกอายุ 18 ปี พบความถี่การใช้พืชกระเทียมอยู่ที่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้พืชกระเทียม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคน้ำกระเทียมของกลุ่มเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งเมื่อพิจารณาจะพบว่ากลุ่มนี้มีความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตนอกบ้าน จึงเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดสารเสพติดได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาในกลุ่มเยาวชนอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียมของเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมของเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมของเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษา โดยกำหนดให้ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเป็นตัวแปรต้น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมที่เป็นตัวแปรตาม กรอบแนวคิดนี้ใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไป โดยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษา ในปีการศึกษา 2567

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เขตจังหวัดนครราชสีมา มีคณะวิชาทั้งสิ้น จำนวน 7 คณะ ได้แก่ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะครุศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ นักศึกษารวมทั้งสิ้น มีจำนวน 8,550 คน⁽¹⁰⁾

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan⁽¹¹⁾ โดยกำหนดค่าคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังนี้

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

ผู้วิจัยกำหนดค่าคลาดเคลื่อน ของกลุ่มตัวอย่างไว้ร้อยละ 5

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากรที่ศึกษา

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ DF เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p=0.5)

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{3.841 \times 8,550 \times (0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2 \times (8,550-1) + 3.841 \times (0.5) \times (1-0.5)} \\ &= \frac{8,210.1375}{22.33275} = 368 \end{aligned}$$

ดังนั้น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 368 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยดำเนินการแจกแบบสอบถามกับนักศึกษาในช่วงพักจากการเรียนจนครบจำนวนที่กำหนดไว้ กรณีที่สุ่มไม่พบตัวอย่าง ซึ่งการศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบมีการทดแทน โดยการสุ่มเก็บข้อมูลจากนักศึกษาที่มีลักษณะทางประชากรเหมือนกัน ได้แก่ ชั้นปีและคณะ ทดแทน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคณะ

คณะวิชา	จำนวนนักศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	2,512	108	4.30
ครุศาสตร์	2,073	89	4.29
วิทยาการจัดการ	1,875	81	4.32
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	1,178	51	4.33
สาธารณสุขศาสตร์	445	19	4.27
เทคโนโลยีอุตสาหกรรม	313	13	4.15
พยาบาลศาสตร์	154	7	4.55
รวมทั้งหมด	8,550	368	4.30

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจได้และยินดีให้ข้อมูล ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บป่วย หรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลและตอบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย การพักอาศัย สภาพการสมรสของบิดา-มารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว และงานพิเศษ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำกระท่อม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ตอบใช่หรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลระดับความรู้ มี 3 ระดับ⁽¹²⁾ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 8-10 (ร้อยละ 80-100) คือ ความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่าง 8-10 (ร้อยละ 60-79) คือ ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 0-5 (ร้อยละ 0-59) ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการดื่มกระท่อม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้คะแนนดังนี้ ข้อความในเชิงบวก (Positive statement) เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความในเชิงลบ (Negative statement) เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลของคะแนนกับทัศนคติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้⁽¹³⁾

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาค} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรายภาค}} \\ &= \frac{30-10}{3} = 7 \end{aligned}$$

โดย 24-30 คะแนน หมายถึง ระดับทัศนคติดี 17-23 คะแนน หมายถึงระดับทัศนคติปานกลาง และ 10-16 คะแนน หมายถึงระดับทัศนคติไม่ดี

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน หากเป็นพฤติกรรมเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำ 4-7 วันต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1-2 วันต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน สำหรับพฤติกรรมเชิงลบ หากไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1-3 วันต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ 4-7 วันต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้⁽¹³⁾

$$\begin{aligned}\text{อันดับภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันดับภาคชั้น}} \\ &= \frac{30-10}{3} = 7\end{aligned}$$

โดย 24-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับดี 17-23 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง และ 10-16 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมระดับควรปรับปรุง

การพัฒนาและประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย

- 1) ศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิด
- 2) กำหนดกรอบแนวคิด แล้วนำมาสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย
- 3) สร้างแบบสอบถามและปรับปรุงแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดเพื่อให้ครอบคลุมขอบเขตการวิจัย
- 4) ทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำเอาแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ซึ่งพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป จึงนำมาใช้ได้

- 5) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาในสถานศึกษาอื่น ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

- 6) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ผลจากการวิเคราะห์แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม เท่ากับ 0.86 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม เท่ากับ 0.85

- 7) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง แล้วจึงนำไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) เตรียมความพร้อมโดยจัดประชุมชี้แจงให้ผู้เก็บข้อมูลวิจัยได้เข้าใจข้อคำถาม วิธีการ และการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน จากนั้นประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

2) แนะนำตัวผู้เก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการทำแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง จากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง

3) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และประมวลผลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มน้ำกระเทียมที่ตนคิดเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มน้ำกระเทียม โดยนำเสนอด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min)

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ด้วย Chi-square test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะกับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยคำนึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2568 เลขที่ใบรับรอง HE-078-2568 หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและจะทำลายทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน มีดังนี้

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีเพศหญิง จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 55.40 และเพศชาย จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 44.60 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20.14 ปี (ต่ำสุด 18 ปี, สูงสุด 23 ปี) อยู่ในช่วง 21-24 ปี ร้อยละ 51.63 และกำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 32.90 ผลการเรียนมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.76 (SD=0.73, ต่ำสุด 1.51, สูงสุด 3.99) ส่วนมากพักอยู่กับมารดา ร้อยละ 19.00 รองลงมาคืออยู่กับเพื่อน ร้อยละ 16.80 และอยู่กับบิดา ร้อยละ 13.30 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของบิดา-มารดาส่วนใหญ่คืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 18.80 และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแบบทะเลาะกันบ่อย พบมากที่สุดถึงร้อยละ 23.10 รองลงมาคือ อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ร้อยละ 18.80 ด้านอาชีพของผู้ปกครอง พบว่า ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.30 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 21.20 รับจ้างทั่วไปและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 19.30 และ 18.80 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ ร้อยละ 39.10 รองลงมาคือเพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 29.30 ด้านข้อมูลการทำงานพิเศษ พบว่าส่วนใหญ่ทำงานพิเศษ ร้อยละ 50.30 ไม่ได้ทำงานพิเศษ ร้อยละ 49.70

2. ความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.65 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 31.79 และระดับสูง ร้อยละ 22.55 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การดื่มน้ำกระเทียมมีผลข้างเคียงต่อร่างกาย มีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 58.20 กฎหมายห้ามจำหน่ายน้ำกระเทียมให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 57.90 และ การดื่มน้ำกระเทียมทำให้เกิดสาเหตุของโรคไตและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ มีผู้ตอบถูกเพียง 61.70%

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม

ระดับความรู้	จำนวนคน	ร้อยละ
สูง	83	22.55
ปานกลาง	168	45.65
ต่ำ	117	31.79

3. ทักษะเกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม โดยภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.55 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 23.10 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.35 ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่า หากเพื่อนดื่มน้ำกระเทียมตนเองต้องดื่มด้วย คิดเป็นร้อยละ 52.20 และกลุ่มตัวอย่างยัง เห็นด้วยว่า การดื่มน้ำกระเทียมเป็นเรื่องปกติของคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 51.60 ซึ่งยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่เห็นด้วยว่า การดื่มน้ำกระเทียมมีอันตราย และผลเสียมากกว่าผลดี คิดเป็นร้อยละ 46.50

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม

ระดับทัศนคติ	จำนวนคน	ร้อยละ
ดี	85	23.10
ปานกลาง	267	72.55
ไม่ดี	16	4.35

4. พฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 70.92 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 29.08 โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 3 หากพิจารณาในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มน้ำกระเทียม ร้อยละ 46.20 เคยดื่มน้ำกระเทียมติดต่อกันเป็นประจำ ร้อยละ 20.7 บางครั้ง ร้อยละ 27.40 และบริโภคน้ำกระเทียมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง เป็นประจำ ร้อยละ 20.70 บางครั้ง ร้อยละ 28.80% และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยบริโภคน้ำกระเทียม มีเพียงร้อยละ 45.40 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ดื่มน้ำกระเทียมผสมกับแอลกอฮอล์ เป็นประจำ และบางครั้ง ร้อยละ 19.30 และ ร้อยละ 31.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม

ระดับพฤติกรรม	จำนวนคน	ร้อยละ
ดี	0	0.00
ปานกลาง	107	29.08
ควรปรับปรุง	261	70.92

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย การพักอาศัย สภาพการสมรสของบิดา-มารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว และการมีงานพิเศษกับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม โดยการทดสอบ Chi-square พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม โดยการทดสอบ Chi-square พบว่า ทั้งความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมของเยาวชน

ระดับความรู้	ระดับพฤติกรรม n (%)		รวม	χ^2	p-value
	ปานกลาง-ดี	ควรปรับปรุง			
สูง	34 (9.24)	49 (13.32)	83	21.54	<0.001
ปานกลาง	58 (15.76)	110 (29.89)	168		
ต่ำ	15 (4.08)	102 (27.72)	117		
รวม	107 (29.08)	261 (70.92)	368		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติกับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมของเยาวชน

ระดับทัศนคติ	ระดับพฤติกรรม n (%)		รวม	χ^2	p-value
	ปานกลาง-ดี	ควรปรับปรุง			
ดี	55 (14.95)	30 (8.15)	85	53.96	<0.001
ปานกลาง	50 (13.59)	217 (58.97)	267		
ไม่ดี	2 (0.54)	14 (3.80)	16		
รวม	107 (29.08)	261 (70.92)	368		

อภิปรายผลการวิจัย

1. **ความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม** การวิจัยครั้งนี้พบว่า เยาวชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียมแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางถึงต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิณณทัต ต้นธนปัญญากร และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพืชกระเทียมอยู่ในระดับปานกลาง และมักรับรู้ข้อมูลจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดมากกว่าจากหน่วยงานรัฐ การที่เยาวชนมีความรู้ไม่ถูกต้องครบถ้วน อาจเนื่องจากการได้รับข้อมูลจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ และการถ่ายทอดจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับผลกระทบและความเสี่ยงของการดื่มน้ำกระเทียม^(14,15)

2. **ทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียม** จากผลการวิจัยครั้งนี้ เยาวชนส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง สอดคล้องกับการศึกษาของ Assadawut et al.⁽⁶⁾ และ สมนึก บุญสุภา⁽⁷⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการมองกระเทียมเป็นพืชสมุนไพรที่ช่วยกระตุ้นร่างกาย ลดความเมื่อยล้า และสามารถใช้ในการชีวิตประจำวัน โดยไม่เป็นอันตราย เป็นความเชื่อที่ยังแพร่หลายในเยาวชน ความเชื่อนี้เมื่อรวมกับการที่กระเทียมถูกปลดจากบัญชีสารเสพติดตาม พ.ร.บ. พืชกระเทียม พ.ศ. 2565⁽³⁾ ทำให้การยอมรับทางสังคมเพิ่มขึ้น และลดแรงต้านทางสังคมต่อการบริโภคพืชกระเทียมของเยาวชน

3. **พฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม** ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า กว่าร้อยละ 70 ของเยาวชนมีพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมในระดับที่ควรปรับปรุง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Muhammadfahmee Talek et al.⁽²⁾ ที่พบว่า การบริโภคกระเทียมในหมู่เยาวชนชายภาคใต้ มักเป็นไปในลักษณะกลุ่ม มีการผสมกับสารอื่น เช่น เครื่องดื่มชูกำลังหรือยาแก้ไอเพื่อเพิ่มฤทธิ์กระตุ้น ซึ่งการบริโภคลักษณะนี้อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของเยาวชนได้ ทั้งผลเสียต่อระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น เช่น การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ เป็นต้น

4. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม** ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำกระเทียมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียมของเยาวชน ($\chi^2=21.54$, $p<0.001$) โดยกลุ่มที่มีความรู้ต่ำมีสัดส่วนของพฤติกรรมที่ระดับควรปรับปรุงมากที่สุด และยังพบอีกว่า ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดื่มน้ำกระเทียม ($\chi^2=86.50$, $p<0.001$) โดยกลุ่มที่มีทัศนคติไม่ดีมีสัดส่วนพฤติกรรมที่ระดับควรปรับปรุงสูงที่สุด ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ รดาธร อัญญภัทรถาวร และพิพัฒน์ นนทนาธรณ⁽¹⁶⁾ พบว่า ผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีจะมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการบริโภคในปริมาณที่น้อยกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำและทัศนคติที่ไม่ดี และ ปิณณทัต ต้นธนปัญญากร และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าทัศนคติและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับพืชกระเทียมส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้พืชกระเทียมไปในทางที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้มีผลการวิจัยของ ศุภฤกษ์ สุขสมาน และพรพลภัส สุวรรณรัตน์⁽¹⁷⁾ ที่ยังพบว่าอิทธิพลของทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมการใช้พืชกระเทียมของผู้บริโภค ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า ระดับความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์และนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อทัศนคติและนำไปสู่การปฏิบัติ หากบุคคลมีความรู้ไม่เพียงพอ อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

โดยเฉพาะในบริบทที่พืชกระท่อมถูกปลดออกจากบัญชีสารเสพติดไทย ทำให้เยาวชนมองว่าการติ่มน้ำกระท่อมไม่เป็นอันตราย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ ที่เหมาะสมเกี่ยวกับผลกระทบจากพฤติกรรม การติ่มน้ำกระท่อมให้กับเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษา
2. พัฒนาสื่อสุขศึกษาหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เยาวชนเกิดความตระหนักถึงผลเสียจากการติ่ม น้ำกระท่อม
3. สร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน และหน่วยงานสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังพฤติกรรม การบริโภคพืชกระท่อม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างอื่น หรือพื้นที่อื่น เช่น ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นต้น โดยปรับให้เหมาะสมกับวุฒิภาวะและระดับการเรียนรู้ในแต่ละระดับชั้น
2. ควรศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจปัจจัยเชิงลึกด้านสังคมและวัฒนธรรม และทำความเข้าใจข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการติ่มน้ำกระท่อมของเยาวชน
3. ควรศึกษาผลกระทบจากการติ่มน้ำกระท่อมต่อสุขภาพของเยาวชน และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิชัย รุ่งเรือง. พืชวิทยาของพืชกระท่อม. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2563;30(2):118-24.
2. Talek M, Cottler LB, Wichaidit W, Assanangkornchai S. Patterns of kratom use among male drug users in the deep south of Thailand. Thai J Public Health. 2021;51(1):16-24.
3. พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139 ตอนที่ 52 ก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มิถุนายน 30] เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/052/T_0001.PDF
4. สุโหวตา บุหลาด, ทวีช บุญแสง, ดารารวรรณ รองเมือง. ประสพการณ์ผู้ติดยาเสพติด 4x100 ของวัยรุ่นในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดกระบี่. พิษเนศวรสาร. 2558;11(2):41-9.
5. จิราภรณ์ บุญมาก. พืชกระท่อม : ยาสมุนไพรและการใช้ตามกฎหมายที่ท้องถิ่นภาคใต้ภายใต้ข้อจำกัดทางกฎหมายและการนำไปใช้ในทางที่ผิดของเยาวชน. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2563;6(1):211-26
6. Yothasupap A, Bunman S, Nomsiri A. Kratom use and health literacy of Kratom for user: A narrative review. The Bangkok Medical Journal. 2024;20(1):42-88. doi:10.31524/bkkmedj.2024.13.001.
7. สมนึก บุญสุภา. กระท่อม..พืชที่ทุกคนอยากรู้. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/354>

8. Striley CW, Hoeflich CC, Viegas AT, Berkowitz LA, Matthews EG, Akin LP, Iheanyi-Okeahialam C, Mansoor U, McCurdy CR. Health Effects Associated With Kratom (*Mitragyna speciosa*) and Polysubstance Use: A Narrative Review. *Subst Abuse*. 2022 May 20;16:11782218221095873. doi: 10.1177/11782218221095873.
9. ปิณทัต ตันธนปัญญากร, ทศนพรรณ เวชศาสตร์, นลพรรณ ชันติกุลานนท์, ศศิวิมล จันทร์มาลี, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อม ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาโดยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2566;18(2):45-59.
10. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน, มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. รายงานจำนวนนักศึกษาทั้งหมด, จำนวนนักศึกษาปริญญาตรี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://apro.nrru.ac.th>
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
12. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. Best JW. Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall; 1977.
14. ศุภกิตต์ เลขวิจิตร, จิตติมา ดำรงวัฒนะ, พงศ์ประเสริฐ อ่อนจันทร์, บุญยิ่ง ประทุม. พฤติกรรมของเยาวชนที่เสพติดน้ำกระท่อม กรณีศึกษา กลุ่มเยาวชนกลุ่มหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสังคมพัฒนศาสตร์. 2563;3(1):16-29.
15. ภัทรวดี นิลบาร์นัต, อภัสรา บุระณะกิติ, สุชาดา ฐานชูมัน, กนกวรรณ วงษ์สุนทร, ธาดารัตน์ ศรีวงษ์, รุ่งฤดี บัวใหญ่รักษา, สุภัตสร เลาะหะนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการติ่มน้ำกระท่อมของนักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(2):e270974.
16. รดาธรร อัญภัทรถาวร, พิพัฒน์ นนทนารธณ. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้กระท่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2565;27(2):150-65.
17. ศุภฤกษ์ สุขสมาน, พรลภัส สุวรรณรัตน์. อิทธิพลของทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมของผู้บริโภคในประเทศไทย. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร. 2567;21(1):187-211.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ยุพธร เลือเต๋า, พย.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาที่สังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จันทบุรี ๓ ในอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 316 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินความเครียด ST-5 แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลทั่วไป และแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.85, 0.90, 0.91, 0.90 และ 0.96 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมัศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 47.64 คะแนน ครอบคลุมด้าน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การรับรู้ปัญหา ทัศนคติและความสามารถในการขอความช่วยเหลือ ด้านความเครียด พบว่านักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 46.84 รองลงมาคือกลุ่มที่มีความเครียดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 36.99 สำหรับระดับความวิตกกังวลพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ไม่มีหรือมีน้อย ร้อยละ 52.22 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.96 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.30 รองลงมาคือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 32.91 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่านักเรียนส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีกลุ่มที่มีความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ ส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต; ภาวะสุขภาพจิต; นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขลุง อ.ขลุง จ.จันทบุรี

^a Corresponding author: ยุพธร เลือเต๋า Email: Yupathon.w@gmail.com

รับบทความ: 4 ส.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 25 ส.ค. 68; ตอรับตีพิมพ์: 25 ส.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 21 ก.ย. 68

Mental Health Literacy and Mental Health Conditions among High School Students

Yupathorn Sourthao, M.N.S.*^a

Abstract

Objectives of this research were to study the level of mental health literacy and mental health status of secondary school students and to use this information to develop a model for mental health care and support. Samples consisted of secondary school students from schools under the Chanthaburi-Trat Secondary Education Service Area Office in Khlung District, Chanthaburi Province, during the 2025 academic year, totaling of 316. Research instruments were the mental health literacy, the general information, and the stress assessment questionnaires. The ST-5 General Anxiety Assessment and the PHQ-A Depression Assessment Questionnaires obtained reliability coefficients of 0.85, 0.90, 0.91, 0.90, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The research findings indicated that secondary school students have an overall mental health literacy at a moderate level, with an average score of 47.64, covering knowledge about mental health, problem perception, attitudes, and the ability to seek help. The majority of the students had a normal stress level (46.84%) followed by a mild stress level (36.99%). For anxiety levels, the majority of students had none or a very low level of anxiety (52.22%), and a mild level (31.96%). The assessment of depression found that the majority of students (44.30%) did not have depression, followed by a mild depression level (32.91%). The results indicated that most students had an overall moderate level of mental health, but there were still groups with mild to moderate stress, anxiety, and depression levels. Further study is needed to develop models of mental health care and support to enhance literacy and promote, and prevent mental health problems.

Keywords: Mental health literacy; Mental health conditions; High school students

* Registered Nurse, Professional Level, Psychiatric and Substance Abuse Department, Khlung Hospital, Khlung District, Chanthaburi Province

^a Corresponding author: Yupathorn Sourthao Email: Yupathon.w@gmail.com

Received: Aug. 4, 25; Revised: Aug. 25, 25; Accepted: Aug. 25, 25; Published Online: Sep. 21, 25

บทนำ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาถือเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ วัยรุ่นในช่วงนี้ต้องเผชิญกับความท้าทายหลากหลาย ทั้งจากแรงกดดันในการเรียน ความคาดหวังจากครอบครัว และการปรับตัวทางสังคม ส่งผลให้พวกเขาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ รายงานว่า หนึ่งในหกของวัยรุ่นทั่วโลกมีปัญาสุขภาพจิตที่ต้องการการดูแล โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดในวัยนี้ นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ ชี้ให้เห็นว่า นักเรียนมัธยมศึกษาร้อยละ 17.5 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และในบางพื้นที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 25 องค์การอนามัย ระบุว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นทั่วโลกมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เช่น การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ในประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต 2565 พบว่า ประมาณร้อยละ 10 ของนักเรียนมัธยมศึกษาแสดงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง ต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 13-17 ปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 4.4 ซึ่งเป็น ตัวเลขที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ ในประเทศไทย การสำรวจ โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า วัยรุ่นอายุ 11-19 ปีมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.50 โดยในบางพื้นที่ เช่น เขตสุขภาพที่ 5 ความชุกสูงถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้ รายงานยังระบุว่า วัยรุ่นร้อยละ 20.50 มีความคิด อยากรตาย และร้อยละ 6.40 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มนี้ และการวิจัย เพิ่มเติมจาก UNICEF ระบุว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต มักไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัด ในระบบการศึกษาที่ขาดบุคลากรด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนที่เพียงพอในโรงเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตและการเรียนของนักเรียน และจากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียน มัธยมศึกษา อำเภอลำลูก จัหวัดจันทบุรี จำนวน 1,329 ราย พบนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.1 และ พบภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากกว่าในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70 การประเมินภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน จำนวนทั้งสิ้น 530 ราย พบว่ามีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับรุนแรง ระดับปานกลาง และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.60, 12.70 และ 8.11 ตามลำดับ⁽³⁾ จากการติดตามผลคัดกรองซึมเศร้า ผู้วิจัยได้สำรวจสอบถามและสัมภาษณ์เด็กวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า พบปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น ประกอบไปด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ผลการเรียนไม่ดีไม่เป็นตามคาดหวัง มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา และ ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และปัจจัยภายนอกมักเกิดจากสัมพันธภาพครอบครัว พ่อแม่แยกทางกัน ถูกทอดทิ้งให้อยู่กับปู่ย่าตายาย ขัดแย้งกับพี่น้อง ทะเลาะกับเพื่อน ซึ่งพบว่าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีใครรักใคร่เข้าใจ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยทางชีวภาพอื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุซึมเศร้าได้แก่ ความผิดปกติของสมองส่วน Frontal cortex และ Temporal cortex ความผิดปกติของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis

และการสร้าง Cortisol และความผิดปกติของ Central serotonergic system ที่ตอบสนองต่อปัจจัยความเครียด⁽⁵⁾ เมื่อศึกษาระบบประสาทวิทยาภาวะซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท คือ Serotonin norepinephrine และ Dopamine ลดลงกว่าปกติ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังไร้ค่า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ⁽⁶⁾

ในปัจจุบัน โรงเรียนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน เนื่องจากเป็นสถานที่ที่นักเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตภายในโรงเรียนสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักเรียนในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การสำรวจขององค์การยูนิเซฟ⁽⁷⁾ พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพจิต การขาดความรู้และความเข้าใจของครูและผู้บริหารในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน รวมถึงการขาดระบบมาตรฐานในการติดตามและให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนที่มีความเสี่ยง จากข้อจำกัดดังกล่าว นักเรียนที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวนมากจึงอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบในด้านต่าง ๆ เช่น การเรียนถดถอย พฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะป่วยทางจิตในระยะยาว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพจิตในระดับชุมชน เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาและทำความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการออกแบบแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยมุ่งหวังว่าผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนที่เหมาะสม สามารถระบุและช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้แก่ครู บุคลากรในโรงเรียน และครอบครัว เพื่อร่วมกันสนับสนุนให้นักเรียนมีสุขภาวะทางจิตที่ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

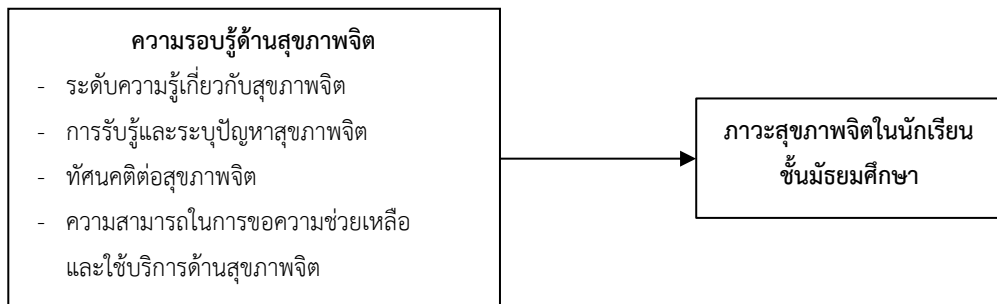
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิต และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยอิงแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy: MHL) ตามที่ Jorm et al.⁽⁸⁾ ได้เสนอไว้ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรู้จำอาการของปัญหาสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการรักษา การพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และความสามารถในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่เหมาะสม ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของบุคคล ในส่วนของ

ภาวะสุขภาพจิต (Mental health status) การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ และแนวคิดสุขภาพจิตของ Keyes⁽¹⁰⁾ มาใช้ในการอธิบาย โดยภาวะสุขภาพจิตมิได้หมายถึงเพียงการไม่มีโรคหรือความผิดปกติทางจิตเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการมีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดในชีวิตการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสร้างสรรค์อีกด้วย โดย Keyes นิยามภาวะสุขภาพจิตไว้ว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านบวก ได้แก่ สุขทางอารมณ์ การทำหน้าที่ทางจิตสังคม และความพึงพอใจในชีวิต และองค์ประกอบด้านลบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีการออกแบบการวิจัยดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร นักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดจันทบุรี ตราด อำเภอลុង จังหวัดจันทบุรี ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 1,132 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมัธยมศึกษาที่สังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จันทบุรี ตราด ในอำเภอลុង ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 316 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Krejcie & Morgan⁽¹¹⁾ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับชั้นของนักเรียน หรือประเภทของโรงเรียนที่สังกัด โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มกำหนดชั้นภูมิ ของประชากร ผู้วิจัยแบ่งประชากรนักเรียนออกเป็นกลุ่มย่อยตามระดับชั้นการศึกษา ในชั้น ม.1-ม.6 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิใช้วิธีการสุ่มตามสัดส่วนโดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นตามสัดส่วนของประชากรในชั้นนั้น และสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นภูมิ หลังจากกำหนดจำนวนตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละชั้นแล้ว ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกนักเรียนในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ตอน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะครอบครัว รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ปัญหาสุขภาพที่เป็นประจำ สถานที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความเครียด ST-5 เป็นเครื่องมือคัดกรองความเครียดที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม ใช้สำหรับประเมินความถี่ของอาการที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หงุดหงิด ขาดสมาธิ และเบื่อหน่ายไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ตอบจะให้คะแนนตามความถี่ของอาการ ตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 3 (เป็นทุกวัน) รวมคะแนนสูงสุดได้ 15 คะแนน โดยแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปกติ (0-4 คะแนน) เครียดเล็กน้อย (5-7 คะแนน) เครียดปานกลาง (8-9 คะแนน) และเครียดรุนแรง (10-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder-7: GAD-7) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะวิตกกังวลเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ใช้ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น อาการกังวลมากเกินไป ควบคุมความกังวลไม่ได้ นอนไม่หลับ หรือขาดสมาธิ แต่ละข้อให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมคะแนนสูงสุด 21 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีหรือมีน้อย (0-4 คะแนน) เล็กน้อย (5-9 คะแนน) ปานกลาง (10-14 คะแนน) และรุนแรง (15-21 คะแนน) โดยหากได้ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) พัฒนาโดย Johnson et al.⁽¹⁴⁾ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A เป็นแบบสอบถาม 9 ข้อ สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (อายุ 11-20 ปี) ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น รู้สึกเศร้า เบื่อ ไม่มีความสุข หรือคิดอยากตาย ให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 ต่อข้อ รวมสูงสุด 27 คะแนน แปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปกติถึงซึมเศร้ารุนแรง หากได้คะแนน 10 ขึ้นไป หรือมีความคิดอยากตาย ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy Questionnaire: MHLQ) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และทักษะของบุคคลในการรับรู้ ป้องกัน และดูแลปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในตนเองและผู้อื่น โดยเน้นการวัดองค์ประกอบที่หลากหลาย เช่น ความสามารถในการจำแนกอาการผิดปกติทางจิต ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือจิตเภท ทักษะที่มีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงและขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งบริการที่เหมาะสมแบบสอบถามนี้ใช้รูปแบบการตอบแบบมาตร Likert 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Item-objective congruence index: IOC) ได้เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้กับเรียน จำนวน 30 คน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับ

นักเรียนระดับมัธยมศึกษา แบบสอบถามประเมินความเครียด ST-5 แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลทั่วไป แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85, 0.90, 0.91, 0.90 และ 0.96 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการในเดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยนัดหมายนักเรียนในชั้นเรียน แจกแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ให้เวลาตอบประมาณ 30-45 นาที แล้วส่งแบบสอบถามกลับโดยใส่ในซองกระดาษที่ห่อซึ่งได้รับกลับครบ 316 ฉบับและตอบได้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม มีด้วยสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 หมายเลข 013/68 ลงวันที่ 25 เมษายน 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 212 คน ร้อยละ 67.08 เพศชาย 101 คนร้อยละ 31.96 และLGBTQ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.94 มีอายุอยู่ระหว่าง 12-18 ปี โดยส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีอายุ 18 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.35 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.50-4.00 คิดเป็นร้อยละ 46.84 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 55.69 และมีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท อยู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.38 และพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพทางกายร้อยละ 90.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=316)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	212	67.08
ชาย	101	31.96
อื่น ๆ	3	0.94
อายุ (ปี)		
13	52	16.45
14	44	13.92
15	49	15.50

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=316)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
16	56	17.72
18	57	18.03
18	58	18.35
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	52	16.45
มัธยมศึกษาปีที่ 2	44	13.92
มัธยมศึกษาปีที่ 3	49	15.50
มัธยมศึกษาปีที่ 4	56	17.72
มัธยมศึกษาปีที่ 5	57	18.03
มัธยมศึกษาปีที่ 6	58	18.35
เกรดเฉลี่ย (GPA) ในภาคเรียนที่ผ่านมา		
ต่ำกว่า 2.00	6	1.90
2.00-2.49	24	7.59
2.50-2.99	40	12.66
3.00-3.49	98	31.01
3.50-4.00	148	46.84
สถานะครอบครัว		
อยู่กับบิดาและมารดา	176	
อยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว	82	
อยู่กับผู้ปกครองอื่น	58	
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	39	12.34
5,000-10,000 บาท	96	30.38
10,001-20,000 บาท	86	27.22
20,001-30,000 บาท	52	16.46
มากกว่า 30,000 บาท	43	13.61
ปัญหาสุขภาพที่เป็นประจำ		
ไม่มี	286	90.50
มี	30	9.49
สถานที่อยู่อาศัย		
อยู่บ้านกับครอบครัว	254	80.38
หอพัก/บ้านเช่า	46	14.56
อื่น ๆ	16	5.06
Mean=13.01; SD=10.12		

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.23 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75 จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง การรับรู้และระบุปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 14.20 (SD=4.09) อยู่ในระดับ ปานกลาง ทักษะคิดต่อสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 13.15 (SD=3.74) อยู่ในระดับ ปานกลาง และความสามารถในการขอความช่วยเหลือและใช้บริการด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 17.06 (SD=4.62) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	Mean	SD	ระดับ
ระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	3.23	0.75	ปานกลาง
การรับรู้และระบุปัญหาสุขภาพจิต	14.20	4.09	ปานกลาง
ทักษะคิดต่อสุขภาพจิต	13.15	3.74	ปานกลาง
ความสามารถในการขอความช่วยเหลือและใช้บริการด้านสุขภาพจิต	17.06	4.62	ปานกลาง

3. ความเครียด (Stress) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 46.84 กลุ่มที่มี ความเครียดเล็กน้อย มีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 36.99 กลุ่มที่มี ความเครียดปานกลาง มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 9.49 กลุ่มที่มี ความเครียดรุนแรง มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 6.65

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับความเครียด (Stress) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

ระดับความเครียด	จำนวนคน	ร้อยละ
ปกติ	148	46.84
เครียดเล็กน้อย	117	36.99
เครียดปานกลาง	30	9.49
เครียดรุนแรง	21	6.65

4. ความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความวิตกกังวล ไม่มีหรือ มีน้อยมาก จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 52.22 กลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวล เล็กน้อย จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 31.96 กลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวล ปานกลาง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 12.03 กลุ่มที่มี ระดับความวิตกกังวล รุนแรง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่มีหรือมีน้อยมาก	165	52.22
เล็กน้อย	101	31.96
ปานกลาง	38	12.03
รุนแรง	12	3.80

5. **ภาวะซึมเศร้า (Depression)** กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 44.30 มี ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 32.91 มี ภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 11.71 มี ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 8.86 มี ภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับภาวะซึมเศร้า (Depression) ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 316)

ระดับความซึมเศร้า	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	140	44.30
ซึมเศร้าเล็กน้อย	104	32.91
ซึมเศร้าปานกลาง	37	11.71
ซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง	28	8.86
ซึมเศร้ารุนแรง	7	2.22

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.23, SD=0.75) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tam et al.⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับการระบุนาการของปัญหาสุขภาพจิต และการเข้าถึงบริการช่วยเหลือทางจิตเวช ทั้งนี้ สาเหตุอาจมาจากข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะคิด และความกลัวการตีตราทางสังคม (Stigma) ที่ยังพบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่น ในรายองค์ประกอบ พบว่า ด้านการรับรู้และระบุปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 14.20 (SD=4.09) จัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่านักเรียนสามารถสังเกตหรือจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในตนเองหรือผู้อื่นได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงอาการกับโรคทางจิตเวชที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jorm et al.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ มักไม่สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวลจากกรณีศึกษาได้อย่างถูกต้อง ด้านทัศนคติต่อสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 13.15 (SD=3.74) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่านักเรียนยังคงมีทัศนคติแบบผสมผสานทั้งด้านบวกและลบต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจเป็นผลจากการรับรู้ ขาดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง และอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ยังตีตราผู้ป่วยจิตเวชอยู่ สำหรับด้านความสามารถในการขอความช่วยเหลือและ

ใช้บริการด้านสุขภาพจิต พบว่ามีค่าเฉลี่ย 17.06 (SD=4.62) อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน บ่งชี้ว่านักเรียนมีแนวโน้มจะขอความช่วยเหลือหากเกิดปัญหา แต่ยังคงความมั่นใจหรือไม่รู้จักช่องทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gulliver et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าแม้วัยรุ่นจะมีความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือ แต่ยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงแหล่งบริการ ทั้งด้านข้อมูล ความกลัว และการตีตราตนเอง (Self-stigma) จากผลดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทักษะด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน โดยเฉพาะการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากครูที่ปรึกษา และระบบโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

ความเครียด นักเรียนระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 46.84) ขณะที่บางส่วนที่มีความเครียดเล็กน้อย (ร้อยละ 36.99) ความเครียดปานกลาง (ร้อยละ 9.49) และความเครียดรุนแรง (ร้อยละ 6.65) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้นักเรียนส่วนใหญ่จะสามารถรับมือกับความเครียดได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีกลุ่มนักเรียนจำนวนไม่น้อยที่ประสบกับความเครียดในระดับที่อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saffari et al.⁽¹⁹⁾ ที่ระบุว่าวัยรุ่นในช่วงมัศึกษามักประสบกับความเครียดจากหลากหลายปัจจัย เช่น แรงกดดันทางการเรียน ความคาดหวังจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในช่วงวัยรุ่น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะความเครียดในระดับต่าง ๆ ได้ กลุ่มที่มีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางนั้นถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจพัฒนาไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล⁽¹⁾ นอกจากนี้ การที่ยังพบกลุ่มที่มีความเครียดรุนแรง (ร้อยละ 6.65) สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดในโรงเรียน เช่น การฝึกสติ (Mindfulness), การแนะแนวกลุ่ม, หรือการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping skills) เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่นักเรียน

ความวิตกกังวลทั่วไป จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลในระดับไม่มีหรือมีน้อยมาก (ร้อยละ 52.22) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 31.96) ขณะที่กลุ่มที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางและรุนแรงมีจำนวนน้อยลงตามลำดับ (ร้อยละ 12.03 และ 3.80 ตามลำดับ) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีภาวะความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่ต้องการการติดตามและให้การดูแลอย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mohammadi et al.⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำถึงปานกลาง แต่ในบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่เผชิญความเสี่ยงทางครอบครัว การเรียน หรือปัญหาด้านความสัมพันธ์ อาจพัฒนาความวิตกกังวลไปสู่ระดับที่สูงขึ้นได้ หากขาดทักษะในการจัดการอารมณ์หรือไม่ได้รับการดูแลทางจิตสังคมที่เหมาะสม นอกจากนี้ การศึกษาของ Beesdo et al.⁽²¹⁾ ชี้ว่า ความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder: GAD) เป็นหนึ่งในโรคทางอารมณ์ที่เริ่มปรากฏตั้งแต่วัยรุ่น และสามารถต่อเนื่องสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยมักสัมพันธ์กับความเครียดเรื้อรัง การหลีกเลี่ยงทางสังคม และคุณภาพชีวิตที่ลดลง แม้กลุ่มที่มีความวิตกกังวลรุนแรง

จะมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 3.80) แต่ก็ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและสนับสนุนอย่างเร่งด่วน เพราะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ปัญหาการเรียน และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น โรงเรียนควรมีบทบาทสำคัญในการประเมินความวิตกกังวลเบื้องต้น และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การฝึกผ่อนคลาย การแนะแนวกลุ่ม และการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อลดภาวะวิตกกังวลและส่งเสริมการมีสุขภาวะทางใจที่ดีในกลุ่มนักเรียน

ภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 44.30) และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 32.91) แสดงให้เห็นว่าเกินครึ่งหนึ่งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงปกติถึงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่ามีนักเรียนร้อยละ 11.71 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.86 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 2.22 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังสุขภาพจิตของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization⁽¹⁾ ระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น โดยมีสาเหตุจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากการเรียน ความคาดหวังจากครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการในช่วงวัยรุ่น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Thapar et al.⁽²²⁾ ที่ระบุว่า วัยรุ่นช่วงต้น (Early adolescence) เป็นช่วงเสี่ยงต่อการเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า เนื่องจากยังไม่มีทักษะในการจัดการอารมณ์และความเครียดได้ดีเพียงพอ และการรับรู้ต่อปัญหาชีวิตในเชิงลบมักส่งผลต่อการพัฒนาอาการซึมเศร้าในระยะยาว ในส่วนของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 11.08 รวมกัน) ถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทั้งจากครู ที่ปรึกษา และระบบสนับสนุนทางจิตสังคมของโรงเรียน เช่น การให้คำปรึกษาเชิงลึก การส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ หรือการดูแลต่อเนื่องในระบบสาธารณสุข ทั้งนี้ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) และการลดการตีตราเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในโรงเรียน จะช่วยให้นักเรียนสามารถเปิดเผยปัญหาได้ง่ายขึ้น และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง และยังมีบางส่วนที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในระดับที่ควรได้รับการดูแล ส่งผลให้จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลและสนับสนุนสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน เพื่อให้ นักเรียนสามารถเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

1) โรงเรียนควรจัดให้มีระบบการคัดกรองสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการใช้แบบประเมินมาตรฐานที่มีความเที่ยงตรง เช่น แบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เพื่อติดตามสภาพจิตใจของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการคัดกรองในช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญ เช่น การเลื่อนชั้นหรือช่วงสอบ ถือเป็นโอกาสสำคัญในการค้นหากลุ่มเสี่ยง และวางแผนการดูแลต่อไป

2) ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน ผ่านการบูรณาการเนื้อหาวิชาด้านสุขภาพจิตในชั่วโมงแนะแนว หรือการจัดกิจกรรมเสริมความรู้ด้านจิตวิทยาพื้นฐาน เพื่อให้นักเรียนสามารถจำแนก

อาการ ความผิดปกติทางจิตใจ และเข้าใจวิธีการขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ลดการตีตราผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น

3) ควรพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ให้กับนักเรียน โดยการจัดอบรมในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ การผ่อนคลายความเครียด และการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เช่น การฝึกสติ (Mindfulness) การหายใจเข้าออกอย่างมีสติ หรือการเขียนบันทึกความรู้สึก (Emotional journaling) เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีเครื่องมือในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

4) โรงเรียนควรจัดกิจกรรมสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจ (Psychological safe space) ให้แก่นักเรียน เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ พื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือการสร้าง “ชมรมสุขภาพใจ” ที่นักเรียนสามารถพูดคุยโดยปราศจากการตัดสิน ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และกล้าแสดงออกทางความรู้สึกอย่างเปิดเผย

5) ครูและบุคลากรในโรงเรียนควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การสังเกตสัญญาณของความผิดปกติทางอารมณ์ และการสื่อสารอย่างเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้โรงเรียนมีระบบการช่วยเหลือนักเรียนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดโอกาสที่ปัญหาจะรุนแรงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health of Adolescents [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทย ปี 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. โรงพยาบาลชลung. รายงานการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอชลung จังหวัดจันทบุรี. จันทบุรี: โรงพยาบาลชลung; 2565.
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. Nature. 2008 Oct 16;455(7215):894-902. doi: 10.1038/nature07455.
6. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. Am J Psychiatry. 1965 Nov;122(5):509-22. doi: 10.1176/ajp.122.5.509.
7. UNICEF. The State of the World's Children 2021–On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health [Internet]. New York: UNICEF; 2021 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

8. Jorm AF, Wright A, Morgan AJ. Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Interv Psychiatry*. 2007 Feb;1(1):61-70. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x.
9. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. Geneva: World Health Organization; 2004.
10. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002 Jun;43(2):207-22.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308
12. กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองความเครียด 5 ข้อ (ST-5). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
13. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความวิตกกังวลทั่วไป 7 ข้อ (GAD-7). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
14. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health*. 2002 Mar;30(3):196-204. doi: 10.1016/s1054-139x(01)00333-0.
15. กรมสุขภาพจิต. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy Questionnaire: MHLQ). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
16. Tam WW, Lo KK, Pacheco J. Measurement of mental health literacy in Asia: A systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(9):e027087. doi:10.1136/bmjopen-2018-027087
17. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997 Feb 17;166(4):182-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.
18. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30;10:113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
19. Saffari M, Ghofranipour F, Mahmoudi M, Montazeri A. Stress, coping strategies and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Iran Red Crescent Med J*. 2011 Sep;13(9):641-6. doi: 10.5812/kowsar.20741804.2241.

20. Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *J Anxiety Disord.* 2020 Jun;73:102234. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102234.
21. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Jan;67(1):47-57. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.177.
22. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet.* 2012 Mar 17;379(9820):1056-67. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

กิตติพงษ์ เรือนเพชร*, พิงค์คำ พงษ์นภารักษ์**^a, ณัฐพร คุณโน*, ปิยลักษณ์ ชันติยวิชัย*,
สาวراج ปลั่งกลาง*, อัญชลี วงษ์ดี*, ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01, 3.93, 4.09 และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ด้านสุขภาพของนิสิตพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทย

คำสำคัญ: ปัจจัย; พฤติกรรมป้องกัน; ไข้เลือดออก; นิสิตพยาบาล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

^a Corresponding author: พิงค์คำ พงษ์นภารักษ์ E-mail: Phingcum299@gmail.com

รับบทความ: 9 ก.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 17 ก.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 18 ก.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 ก.ย. 68

Factors related to Dengue Fever Prevention Behavior of Nursing Students at Western University, Buriram Campus

Kitipong Ruanphet*, Phingkum Phongnapharak**^a,
Nathaporn Kunno*, Piyaluck Khantiyawichai*, Sawaroj PlangKang*,
Anchalee Wongdee*, Thripnaraporn Sungzrikaw*

Abstract

This survey research aimed to examine factors associated with dengue fever prevention behaviors among nursing students at Western University, Buriram Campus. Samples consisted of 225 1st to 4th year nursing students. The research instruments included a questionnaire on dengue fever perception and a questionnaire on dengue fever prevention behavior. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and Pearson's Chi-square test. The results revealed that the participants had a high overall perception of dengue fever, with an average score of 4.01. The perceived risk of dengue fever, perceived severity of dengue fever, and perceived outcomes of dengue prevention were also high, with average scores of 4.01, 3.93, and 4.09, respectively. Dengue prevention behavior was also high, with an average score of 3.91. Factors significantly associated with dengue fever prevention behavior among nursing students included overall dengue fever perception, perceived risk of dengue fever, perceived severity of dengue fever, and perceived outcomes of dengue prevention, all with statistical significance at $p < 0.01$. This study demonstrates that nursing students' health perception plays a significant role in fostering appropriate health behaviors, especially behaviors to prevent dengue fever, which remains a major public health problem in Thailand.

Keywords: Factors; Preventive behavior; Dengue fever; Nursing students

* Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

** Lecturer, Faculty of Nursing, Northeastern University

^a Corresponding author: Phingkum Phongnapharak E-mail: Phingkum299@gmail.com

Received: Sep. 9, 25; Revised: Sep. 17, 25; Accepted: Sep. 18, 25; Published Online: Sep. 23, 25

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue fever) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศเขตร้อน และกึ่งร้อน โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากกว่า 390 ล้านคนทั่วโลกต่อปี โดยในจำนวนนี้ประมาณ 96 ล้านคนมีอาการทางคลินิกที่รุนแรงและต้องการการรักษาอย่างใกล้ชิด⁽¹⁾ ประเทศไทยถือเป็นหนึ่งในพื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออกมายาวนาน โดยมีรายงานอัตราป่วยและเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและนักเรียน นักศึกษา⁽²⁾ การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดำรงชีวิต และการขาดมาตรการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่มีประสิทธิภาพ⁽³⁾ การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชน งานวิจัยจำนวนมากพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ผลประโยชน์ของการป้องกัน ตามแนวคิด Health Belief Model (HBM) มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม^(4,5) งานวิจัยในประเทศไทยรายงานว่าชุมชนที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพสูง มักมีพฤติกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและการป้องกันโรคในครัวเรือนได้อย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾

นิสิตพยาบาลถือเป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคตที่มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ และเป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อชุมชน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนิสิตพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของนิสิตเอง แต่ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอน การออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

คำถามการวิจัย

1. ระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

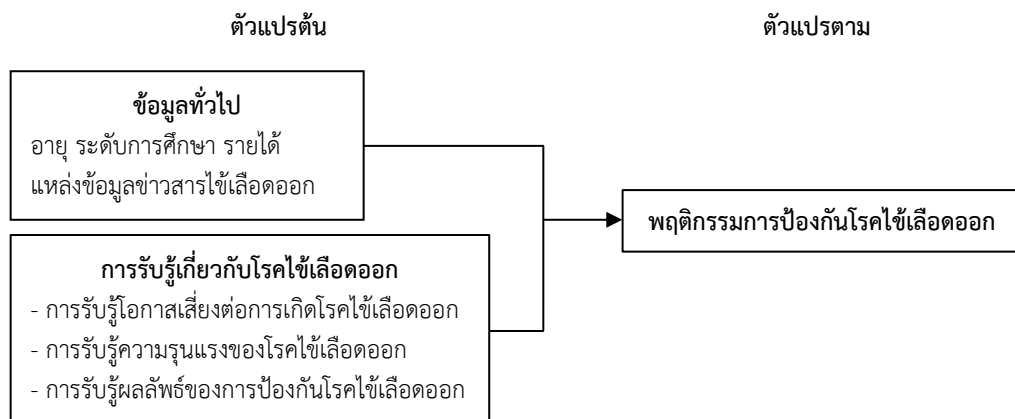
1. ระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

3. การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยนำกรอบความคิดตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการวิจัยครั้งนี้ที่เชื่อว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร นิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 540 คน

กลุ่มตัวอย่าง นิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1-4 ซึ่งกำลังเรียนอยู่ในปีการศึกษา 2568 ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาค้นคว้า โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของเครจซีและมอร์แกน⁽⁷⁾ และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน ผู้วิจัยเลือกการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะตามข้อตกลง และจุดมุ่งหมายของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ แหล่งข้อมูลข่าวสารไข้เลือดออก และรายได้

ตอนที่ 2: แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 30 ข้อ⁽⁸⁾ แบ่งเป็นการรับรู้การเสี่ยงกับการเกิดโรคให้เลือดออกจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของเลือดออกจำนวน 12 ข้อ และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปรผลโดยใช้แนวคิดของเบสท์⁽⁹⁾ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 ถึง 5.00 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.66 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33

ตอนที่ 3: แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ⁽⁸⁾ ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ แปรผลโดยใช้แนวคิดของเบสท์⁽⁹⁾ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 ถึง 5.00 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.66 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาแล้ว จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และ 0.96

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้อำนาจตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น หมายเลข WTU 2568-0086 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2568 และชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย แก่ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ และไม่มีผลกระทบใด ๆ หากปฏิเสธ และให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ มีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้ง 225 ฉบับ ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.4 มีอายุ 18-25 ปี ร้อยละ 96.9 ส่วนใหญ่เป็นนิสิตชั้นปี 4 ที่ตอบแบบสอบถามถึง ร้อยละ 60 มีรายได้ 1,000-10,000 บาท ร้อยละ 98.2 เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 87.1 แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเพียงพอ ร้อยละ 87.1 ส่วนใหญ่ได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารจากสื่อโซเชียลมีเดีย ถึงร้อยละ 87.5

ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01, 3.93, 4.09 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=225)

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	4.01	0.88	ระดับสูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	3.93	0.93	ระดับสูง
3. การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	4.09	0.94	ระดับสูง
4. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.91	0.93	ระดับสูง
รวมการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	4.01	0.91	ระดับสูง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=225)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก n(%)			χ^2	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
อายุ (ปี)						
18-25	13 (6.2%)	60 (28.4%)	138 (65.4%)	0.469	2	0.791
26-30	0	2 (28.6%)	5 (71.4%)			
ระดับการศึกษา						
ปี1	2 (3.7%)	14 (25.9%)	38 (70.4%)	4.863	6	0.561
ปี2	3 (5.7%)	20 (37.7%)	30 (56.6%)			
ปี3	4 (7.4%)	16 (29.6%)	34 (63.0%)			
ปี4	4 (7.0%)	12 (21.1%)	41 (71.9%)			
รายได้						
เพียงพอ	8 (5.4%)	40 (27.2%)	99 (67.3%)	0.656	2	0.720
ไม่เพียงพอ	5 (7.0%)	22 (31.0%)	44 (62.0%)			
แหล่งข้อมูลข่าวสารไข้เลือดออก						
เพียงพอ	12 (6.3%)	55 (28.8%)	124 (64.9%)	0.439	2	0.803
ไม่เพียงพอ	1 (3.7%)	7 (25.9%)	19 (70.4%)			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก						
ระดับต่ำ	11 (91.7%)	0	1 (8.3%)	166.375	2	0.000*
ระดับปานกลาง						
ระดับสูง	2 (1.0%)	62 (30.1%)	142 (68.9%)			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก						
ระดับต่ำ	12 (80.0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	165.473	4	0.000*
ระดับปานกลาง	1 (1.9%)	24 (45.3%)	28 (52.8%)			
ระดับสูง	0	35 (23.8%)	112 (76.2%)			
การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
ระดับต่ำ	11 (84.6%)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	183.702	4	0.000*
ระดับปานกลาง	1 (2.8%)	24 (66.7%)	11 (30.6%)			
ระดับสูง	1 (0.6%)	37 (21.9%)	131 (77.5%)			
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวม						
ระดับต่ำ	12 (92.3%)	0	1 (7.7%)	204.402	4	0.000*
ระดับปานกลาง	0	22 (61.1%)	14 (38.9%)			
ระดับสูง	1 (0.6%)	39 (23.2%)	128 (76.2%)			

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง เนื่องจากนิสิตพยาบาลเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง มีประสบการณ์ทั้งจากการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ทำให้มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของโรคไข้เลือดออก รวมทั้งสามารถประเมินได้ว่าการป้องกันโรคมีประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model (HBM) ที่ชี้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และผลลัพธ์เชิงบวกจากการป้องกันโรค เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและพฤติกรรมในการป้องกันที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าประชาชนในกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับสูง⁽¹⁰⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนิสิตพยาบาล ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ เนื่องจากนิสิตพยาบาลเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของโรคจากทั้งการเรียนการสอนและประสบการณ์ภาคปฏิบัติ ทำให้สามารถประเมินตนเองได้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีความเข้าใจถึงความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับการป้องกัน รวมทั้งเห็นคุณค่าและผลลัพธ์ที่ดีของการป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก⁽⁸⁾ และการศึกษาในภาคเหนือของไทยพบว่าชาวบ้านที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์มีพฤติกรรมป้องกันสูงขึ้น⁽³⁾ ส่วนการศึกษาของ Zamzuri et al. ในมาเลเซียพบว่า Perceived risk มีผลชักนำระหว่างทัศนคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์มีผลบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าที่คิดไว้⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน

1. ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกเข้าไปในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชนและการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้นิสิตพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลชุมชนควบคู่กับการส่งเสริมความรู้และทักษะในการป้องกันโรคแก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเพื่อน รวมถึงทัศนคติและแรงจูงใจส่วนบุคคล

2. ศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมายอื่น เช่น ประชาชนทั่วไป นักเรียนระดับมัธยมศึกษา หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำผลไปเปรียบเทียบและขยายผลเชิงนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dengue [Online]. 2025. [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย ประจำปี 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. Thongkham J, Kanrew K, Wongkumthi C, Intasan N, Saita S, Vittaporn S, et al. Health beliefs and housing environmental factors affecting dengue prevention and Aedes larvae in rural northern Thailand: A cross-sectional study. Infect Dis Health. 2025;5(104). doi: 10.1007/s44155-025-00260-y.
4. Ahmad Zamzuri M'I, Abd Majid FN, Dapari R, Hassan MR, Isa AMM. Perceived Risk for Dengue Infection Mediates the Relationship between Attitude and Practice for Dengue Prevention: A Study in Seremban, Malaysia. Int J Environ Res Public Health. 2022 Oct 14;19(20):13252. doi: 10.3390/ijerph192013252.
5. Wong LP, Shakir SM, Atefi N, AbuBakar S. Factors affecting dengue prevention practices: nationwide survey of the Malaysian public. PLoS One. 2015 Apr 2;10(4):e0122890. doi: 10.1371/journal.pone.0122890.
6. Wongkoon S, Jaroensutasinee M, Jaroensutasinee K. Community participation and appropriate household water management for dengue vector control in northeast Thailand. Trop Biomed. 2012;29(2):339-50.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
8. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

9. นภารัตน์ อยู่เงิน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ตำบลป่ากลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
10. ณัฐยา สุนิติ, เอมอัชมา วัฒนบุรณนธ์, ยุวดี รอดจากภัย, วัลลภ ใจดี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;16(2):53-67.
11. Ahmad Zamzuri M'I, Abd Majid FN, Dapari R, Hassan MR, Isa AMM. Perceived Risk for Dengue Infection Mediates the Relationship between Attitude and Practice for Dengue Prevention: A Study in Seremban, Malaysia. Int J Environ Res Public Health. 2022 Oct 14;19(20):13252. doi: 10.3390/ijerph192013252.
12. Wong LP, AbuBakar S, Chinna K. Community knowledge, health beliefs, practices and experiences related to dengue fever and its association with IgG seropositivity. PLoS Negl Trop Dis. 2014 May 22;8(5):e2789. doi: 10.1371/journal.pntd.0002789.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)

เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

(ปรับปรุง 5 กุมภาพันธ์ 2568)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นวารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index) โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน TCI Tier 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2572 วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ **ทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2-3 ท่าน** เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

วารสารฯ รับบทความ 2 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย และบทความวิชาการ

บทความวิจัย (Research Article) หรืออินพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) คือบทความที่รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาและดำเนินการในมนุษย์ ควรต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethical Committee: EC หรือ Institutional Review Board: IRB) จากสถาบันที่มีมาตรฐาน

บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวน หรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นประเด็นค้นพบใหม่ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

ชื่อบทความภาษาไทย

Th Sarabun PSK Bold Font 18

Th Sarabun PSK Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-3***

Th Sarabun PSK Bold Font 16

บทคัดย่อ

Th Sarabun PSK Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun PSK Bold Font 16

Th Sarabun PSK Normal Font 16

คำสำคัญ : คำสำคัญ-1; คำสำคัญ-2; คำสำคัญ-3 (คำสำคัญควรมีอย่างน้อย 3 คำ และไม่เกิน 5 คำ)

Th Sarabun PSK Normal Font 14

* ข้อมูลผู้เขียน-1 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

** ข้อมูลผู้เขียน-2 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

*** ข้อมูลผู้เขียน-3 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ

Th Sarabun PSK Bold Font 18

Th Sarabun PSK Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-3***

Th Sarabun PSK Bold Font 16

Abstract

Th Sarabun PSK Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun PSK Bold Font 16

Th Sarabun PSK Normal Font 16

Keywords : Keyword -1; Keyword -2; Keyword -3 (Keywords should be between 3-5 words)

Th Sarabun PSK Normal Font 14

* Author-1's Profile

** Author-2's Profile

*** Author-3's Profile

หากไม่แน่ใจข้อมูลภาษาอังกฤษในส่วนนี้ สามารถเว้นได้

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Bold Font16; เนื้อหาพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Normal Font16)

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผลการวิจัย (นำเสนอเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากนำเสนอด้วยตาราง/แผนภูมิ ต้องมีข้อความบรรยายเพื่ออธิบายตาราง/แผนภูมิด้วย)

การอภิปรายผล(อภิปรายเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและผลการวิจัย)

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ (ระบุเป็นข้อ)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย (ระบุเป็นข้อ)

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงอย่างน้อย 10 รายการ ไม่เกิน 20 รายการ)

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิชาการ หรือบทความทบทวน

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Bold Font 16; เนื้อหาพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Normal Font 16)

บทความวิชาการ/ทบทวนไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แต่บทความต้องนำเสนอประเด็นใหม่ ที่ไม่เคยมีการนำเสนอในที่ใดมาก่อน บทความวิชาการ/ทบทวน ไม่ใช้การทบทวนวรรณกรรม แต่ต้องนำเสนอแนวคิด การวิพากษ์ หรือการวิจารณ์ของผู้เขียน โดยอ้างอิงหลักทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หัวข้อแนะนำของบทความวิชาการ/ทบทวน

ความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นและแนวคิดที่นำเสนอ

การศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 1 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 2 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 3 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

การอภิปรายหรือการวิพากษ์ (ตามความเหมาะสม)

การนำประเด็นที่นำเสนอไปใช้ในการปฏิบัติ/การวิจัย (ตามความเหมาะสม)

สรุป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงอย่างน้อย 10 รายการ ไม่เกิน 20 รายการ)

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายเล่ม
การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วย” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายไฮฟน (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริญาพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์วัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.

¹ ทิพวรรณ สุขวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

2. Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์./สำนักพิมพ์./ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. พนิชา อัมสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ไมเกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์] ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

5. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเคมีชีวภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
6. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [Dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

7. อุษณีย์ อนุกุล. Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 มกราคม 23];46(3):[หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf>
8. LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995[cited 2000 Aug 5];310:1387-90. Available from:
<http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.html>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสาร https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal 1) บทความ (รูปแบบ MS Word เท่านั้น) 2) หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (สามารถใช้แบบฟอร์มและลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ได้) 3) สแกนหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย)	ผู้เขียน	N/A
3	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
4	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นและนำข้อมูลทั้งหมดของผู้เขียนออกจากบทความแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2-3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	3 สัปดาห์
5	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
6	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-4 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-4 สัปดาห์
7	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	

N/A = Not Applicable

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
8	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
8.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 9)	บรรณาธิการ	N/A
8.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและบรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	1-2 สัปดาห์
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
8.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำหรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น	บรรณาธิการ	1-2 สัปดาห์
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	
9	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารจำนวน 3,500 บาท สำหรับบทความภาษาไทย มาที่บัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งแบบแจ้งการชำระเงินค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความและสำเนาสลิปการโอนเงินทาง Email ของบรรณาธิการ	ผู้เขียน	N/A
10	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และใบเสร็จรับเงิน จัดส่งให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่ผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
11	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	4 สัปดาห์
12	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียนตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
13	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่เว็บไซต์ของวารสาร และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
14	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ในฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน มี.ค. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน ก.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน พ.ย.	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	2 สัปดาห์
16	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	2 สัปดาห์

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง
กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความ
ให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
ข้าพเจ้า.....	
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
รหัสไปรษณีย์.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....	
มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/วิชาการเรื่อง.....	
.....	
เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 โดยมีรายชื่อและ Email ติดต่อของผู้เขียนทุกคน ดังนี้	
1. ชื่อ-นามสกุล	Email
2. ชื่อ-นามสกุล	Email
3. ชื่อ-นามสกุล	Email
4. ชื่อ-นามสกุล	Email
5. ชื่อ-นามสกุล	Email
(สามารถใส่รายชื่อเพิ่มเติมจนครบทุกคน)	
พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน (บทความในรูปแบบ Microsoft Word) ในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index เรียบร้อยแล้ว	
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน	
..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน	 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินยติปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)	
.....	
(.....)	
ผู้ส่งบทความ (ผู้บันทึกหลัก)	
...../...../.....	
หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพนมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com	

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1tPUjghGkSgOQaLr_E4W7VlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&ouid=105233580674827740242&rtopf=true&sd=true

หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อาจารย์ที่ปรึกษา).....	
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
รหัสไปรษณีย์.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....	E-mail.....
ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง.....	
.....	
.....	
โดย (ชื่อ-สกุลนักศึกษา).....	
สาขาวิชา.....	มหาวิทยาลัย.....
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
รหัสไปรษณีย์.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....	E-mail.....
แล้วว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ และบทความนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และนักศึกษา ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่า การตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มี ค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)	
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน	
..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน	 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
.....	
(.....)	(.....)
นักศึกษา	อาจารย์ที่ปรึกษา
...../...../.....	/...../.....
หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ ขันมิ่ง อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com	

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1tPUghGkSgOQaLr_E4W7WlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&ouid=105233580674827740242&tpof=true&sd=true