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 และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ที่ปรึกษา
นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก — เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา — รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ — ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นายแพทย์พีรยุทธ สานุกูล — ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

บรรณาธิการ ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี — ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ เภสัชกรหญิง ดร.ปุญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์ — ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

กองบรรณาธิการ
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ — มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา — มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รศ.ดร.ศรัญญา จุฬารี — มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด — มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ — สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
รัชนี บุญเรืองศรี — สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ประดับ ศรีหมื่นไวย — ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ฝ่ายจัดการ มริษฎา แสงพรม, ก้องเกียรติ ขอดผักแว่น, ณฐวรรณ ครองบุญ, พัชรวลี อาหมื่น, นิตยา สาสวน, เทียนสว่าง ไชยอาษา, ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรควรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง, ชนิดา เสนีย์วงค์

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 สถาบันนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ชั้น 7 อาคารสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ถนนประชาอุทิศ 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 (สกสว.) ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI โดยได้ทำการแบ่งกลุ่มคุณภาพวารสารในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

วารสารกลุ่มที่ 1: วารสารที่ ผ่านการรับรองคุณภาพ 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 ได้ให้การรับรองคุณภาพวารสาร**ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572** ซึ่งหากท่านต้องการขอรับการประเมินเพื่อปรับกลุ่มคุณภาพวารสาร ท่านสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการประเมินอีกครั้ง **ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2569** โดยทางศูนย์ TCI จะแจ้งรายละเอียดให้ทราบผ่านทางเว็บไซต์ของศูนย์ฯ ต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศ. ดร.ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ)

หัวหน้าศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

การพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำและการทดสอบความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน 875
นันทิกานต์ พิลาวัลย์, ทัดษ์อักษร บัวศรี, สิตานันท์ นิลผาย, ปริชาติ พันธ์ชัย, กัญจนภรณ์ ธงทอง, ศิรินทิพย์ พรมเสนสา, ปภาภัสสร์ ธีระพัฒนวงศ์, เพชรรัตน์ รัตนชมภู, ศศลักษณ์ เสนสุวรรณ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 887
วัลทณี นาคศรีสังข์, นงนุช เสือพูมี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย อายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา 902
ลาวรรณ ศรีสูงเนิน, พิสิษฐ์ ศิริรักษ์, ครินทร์ ตั้งอำพรทิพย์, ชัยณรงค์ ตั้งอำพรทิพย์, เหมวรรณ แตงอ่อน, ประสิทธิรักษ์ เจริญผล, จุตินันท์ โตอ้น, สายพิณ อัครปัทมานนท์

การศึกษาคุณภาพอากาศภายในสถานที่ทำงาน: การตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่าย การวิเคราะห์แหล่งกำเนิด และการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในอาคารสำนักงาน 917
ภีมภัทร จุกจันทร์, สราวุธ เทพานนท์, เพลินพิศ พงษ์ประยูร, จุฑารัตน์ แก้วบุญชู

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 935
อุดมพร ทรัพย์บวร

ผลการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented Circuit Training) ต่อความสามารถด้านการทรงตัวและการเดินในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก 950
เก้ากานดา เฮงบำรุง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพนมดงรัก เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดสุรินทร์: การวิเคราะห์จากเวชระเบียน 965
ปวีร์ แก้ววิมลรัตน์

ผลของโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยต่อการรับรู้ศักยภาพการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น 981
สุมาลา สว่างจิต, ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, เวียงพิงค์ ทวีพูน, จักรกริช สนิทพจน์

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ 997
ไพฑูรย์ วุฒิโส, อมรรัตน์ ผาละศรี, สุณี เชยชัยภูมิ, อิสระพงศ์ ถนัดค้า, ขวัญหทัย ยิ้มละมัย

การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย 1010
สุวัลยา ศิริศิลป์, ชฎาพร ศรีสถาน, อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม, เพ็ญศิริ จันทร์แอ, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์

ความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา 1022
ปิรันดร์ อานุภาพ, นพรัตน์ เสนาฮาด

คุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี 1037
ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์, ณัฐรดา แฮคำ

แนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ 1051
ยอดขวัญ ชื่นบาน, สุวรรณา มณีวงศ์, กัลยา มั่นล้วน, ปลื้ม รัชตพุฒิพร

ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ 1069
นันทนา ชัยภักดี, สุภาพ แจ้งคำ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ 1082
วรารัตน์ เหล่าสูง, วารุณี มีหลาย, เบญจพรรณ ขวัญยืน

ปัจจัยทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนดในโรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น 1097
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ 1111
ไพลิน อำไพ, จีระเดช อินทเจริญศานต์, สุจิตรา ทรงยินดี

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาบ้า โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ ชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม จังหวัดกรุงเทพมหานคร 1122

ธันวา บัวมหะกุล, รัชดาภรณ์ บัวมหะกุล

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล: หลักฐานเชิงประจักษ์จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง 1137

สมจิตร วงศ์หอม, สุดารัตน์ พุฒพิมพ์

ผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจเลิกสารเสพติดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี 1148

นฤมล สุ่นศักดิ์สวัสดิ์

ประสิทธิผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง 1163

กันธิมา เผือกเจริญ, วรรณฤดี เพชรพิชัย, ภานิชา พงศ์นราทร, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์, รักษ์วริน วรรณศิลป์, อาริษา ศรีราช, ศุภกร หีบทอง, วิไลวรรณ ไขกะวิง, เพ็ญศิริ จันทร์แอ

ผลของการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ต่อความกลัวความเจ็บปวด และประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร 1175

สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น, รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์, ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย, ปาริชาติ สำราญบัว, สุนิสา กองทอง

การพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร 1186

นันทิยา ปรีชาเสถียร, วงศ์วิศว์ หมื่นเทพ, ชัชวาล วงค์สารี

บทความวิชาการ

การพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติกับมุมมองด้านการส่งเสริมสุขภาพเวลล์เนส แนวโน้มใหม่ในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ 1200

นันทิยา ปรีชาเสถียร, วงศ์วิศว์ หมื่นเทพ, ชัชวาล วงค์สารี

บทความวิจัย

ผลของการใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 1214

บัณฑิตา อุทโท, ประภาพรรณ สิงห์โตหิน, ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

ความชุกของการเกิดอุบัติเหตุและผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้รับซื้อน้ำยางสด จังหวัดนครศรีธรรมราช 1226

พิมพ์เพ็ญจันทร์ ปานอินทร์, พิมพ์เพียงจันทร์ ปานอินทร์, โสมศิริ เดชารัตน์

ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 1239

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, ศรีงามลักษณ์ ศรีปวริศร, สมจิต แดนสีแก้ว, จันทิมา หร่ายพิมาย, มนทกานติ ทองดี, ยุวันดา มีวันคำ, สุนิตา สุขี, นิศรา อาจฤทธิ์, จุฑาภรณ์ ปู่วงษ์, โสภิดา กุลจันทร์, เด่นดนัย ทองย้อย, มณัศจรรย์ โกสิลา, ณัฐธิดา ขันถม

การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร 1251

มลฤดี จันธิดา

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 1268

ดุษฎี ก่อก้องวิศรุต, นิภาพร เอื้อวัณณะโชติมา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง 1286

ณัฐธกูล ไชยสงคราม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 1301

ฐิติมา ระย้าเพ็ชร, กัลยากร มารศรี, จีรนันท์ เตือนขุนทด, วทันยา ขออยู่กลาง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 1315

ไดอาน่า ศรีพรกิจขจร

ภาระการปรับตัวที่ไม่เท่าเทียม: มุมมองของครูอนามัยต่อทรัพยากรและแนวทางสู่ความยั่งยืน ของกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดี 1325

อรฉัตร คุรุรัตนะ, พูลพฤกษ์ โสภารัตน์, ปิติ จิตรุ่งเรืองนิจ, กัมปนาท หลวงจิโน

การพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำและการทดสอบความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน

นันทิกานต์ พิลาวัลย์[*a], ทัดษ์อักษร บัวศรี[**], สิตานันท์ นิลผาย[**], ปริชาติ พันธ์ชัย[**], กัญจนภรณ์ ธงทอง[*], ศิรินทิพย์ พรมเสนสา[*], ปภาภัสสร์ ธีระพัฒนวงศ์[*], เพชรรัตน์ รัตนชมภู[*], ศศลักษณ์ เสนสุวรรณ[***]

บทคัดย่อ

กระดูกไก่ดำ *(Justicia gendarussa* Burm.f.) ลักษณะลำต้นและกิ่งเป็นปล้องข้อคล้ายกระดูกไก่ มีฤทธิ์ในการต้านอักเสบ และลดอาการปวด งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสารสกัดกระดูกไก่ดำเป็นแผ่นแปะเพื่อนำไปลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนและวัดระดับความพึงพอใจของอาสาสมัคร ทำการพัฒนาแผ่นแปะทั้งหมด 4 สูตร โดยใช้สารสกัดกระดูกไก่ดำที่หมักกับตัวทำละลายเอทานอล 95% ในความเข้มข้นต่างกัน จากนั้นทำการศึกษาระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครในการใช้แผ่นแปะ โดยแบ่ง อาสาสมัคร 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมการใช้แผ่นแปะยาพื้น และกลุ่มทดลองการใช้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่

ผลการศึกษาพบว่า แผ่นแปะยาพื้นสูตรที่ 2 ซึ่งใช้สารก่อเจลคือ HPMC 1% Gelatin 8% Glycerin 10% Tween80 0.5% Span60 0.62% Methyl 1% Menthol 1% Paraben 1% TEA 2% เป็นอัตราส่วนที่ดีที่สุด มีลักษณะทางกายภาพเป็นสีเขียว ค่า pH 8 ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อแผ่นแปะยาพื้น ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำทั้งหมด 4 สูตร พบว่า แผ่นแปะสูตรที่ 2 ที่มีความเข้มข้นของสารสกัดที่ 1% (w/w) เป็นสูตรตำรับที่ดีที่สุด มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น มีสีเขียวเข้ม เป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ตกตะกอน ยืดหยุ่นได้มาก จากนั้นนำไปทดสอบกับอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ด้านการใช้งาน ด้านความปลอดภัย และด้านรูปลักษณะภายนอก มีความระดับความพึงพอใจระดับมาก

คำสำคัญ: กล้ามเนื้อหลังส่วนบน; แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ; สมุนไพร

---

[*] อาจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

[**] นักศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

[***] แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

[a] Corresponding author: นันทิกานต์ พิลาวัลย์ Email: nthkplw@udru.ac.th

รับบทความ: 13 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 22 ม.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 23 ม.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 ก.พ. 69

Development of *JUSTICIA GENDARUSSA* BURM.F. Patch to Test Satisfaction in Volunteers with Upper Back Muscle Pain

Nanthikarn Philawan[*a], Thadauksorn Buasri[**], Sitanan Nilpay[**], Parichat Phanchai[**], Kanchanaporn Tongthong[*], Sirintip Promsensa[*], Paphaphat Thiraphatthanavong[*], Petcharat Rattanachompu[*], Sasalak Sensuwan[***]

Abstract

Black hen's bone (*Justicia gendarussa* Burm.f.) is a plant that characteristics of its stems and branches, with their distinct nodes, resemble chicken bones. It has anti-inflammatory and analgesic properties. This research aimed to develop a patch from the Justicia gendarussa Burm.f. extract to relieve upper back muscle pain and to measure the satisfaction level in volunteers. Four patch formulations were developed using herbal extract, obtained through maceration in 95% ethanol. Volunteers were divided into 2 groups (n=10): a control group using placebo patches and an experimental group using the extract patch.

The results indicated that the placebo patch formulation 2, consisting of 1% HPMC, 8% Gelatin, 10% Glycerin, 0.5% Tween 80, 0.62% Span 60, 1% Methyl Salicylate, 1% Menthol, 1% Methyl Paraben, and 2% TEA, was the best, exhibiting a green color and a pH of 8. The satisfaction assessment of the placebo patch showed no statistically significant difference between groups. Among the four formulations of a control group used, the formula 2 placebo patch, with a 1% (w/w) extract concentration, was identified as the most effective. It was a semi-solid, non-separating, dark green, homogeneous, non-precipitating, and highly flexible patch. Subsequent testing with both volunteer groups revealed a high level of satisfaction in terms of usability, safety, and external appearance.

Keywords: Upper back muscles; JUSTICIA GENDARUSSA BURM.F. Patch; Herb

---

[*] Lecturer, Thai Traditional Medicine, Faculty of Science, Udon Thani Rajabhat University

[**] Bachelor student of Thai Traditional Medicine, Faculty of Science, Udon Thani Rajabhat University

[***] Thai Traditional Medical Practitioner, Phen Hospital, Udon Thani Province

[a] Corresponding author: Nanthikarn Philawan Email: nthkplw@udru.ac.th

Received: Jan. 13, 26; Revised: Jan. 22, 26; Accepted: Jan. 23, 26; Published Online: Feb. 23, 26

บทนำ

ในปัจจุบันอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โดยมีสาเหตุมาจากอาการบาดเจ็บ การติดเชื้อโรคต่าง ๆ หรือปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งอาการปวดกล้ามเนื้ออาจเป็นอาการชั่วคราว อาการเรื้อรัง ปวดเฉพาะที่หรือทั่วร่างกาย โดยความรุนแรงของอาการนั้นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาการปวดกล้ามเนื้อ เกิดได้จากการทำงานในชีวิตปัจจุบัน เช่น การทำงานที่ต้องนั่งเป็นเวลานาน หรือออกกำลังกายมากเกินไป และความเครียดก็สามารถส่งผลให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติในระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายไม่ว่าจะเป็นระบบกระดูกและระบบกล้ามเนื้อ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่อวัยวะ หรือส่วนของร่างกายที่เจ็บปวดบ่อย ได้แก่ หลังส่วนบน ไหล่ คอ บ่า ผู้ที่มีอาการปวดคอกล้ามเนื้อส่วนมากจึงหันไปใช้ยาที่ทำให้บรรเทาอาการปวด เช่น ยาแก้ปวด ยาเสตียรอยด์ ยาชุด หรือยาลูกกลอน เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ การบวมและอักเสบของกล้ามเนื้อ ได้รวดเร็ว ซึ่งเป็นความเชื่อและความเคยชินของประชาชนเองที่รับประทานแล้วพอบรรเทาอาการได้ชั่วคราว แต่ยาชนิดนี้มีความรุนแรงและอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายตามมาในภายหลัง[1] แผ่นแปะแก้ปวดสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ เพียงแค่ติดแผ่นลงบริเวณที่เกิดอาการ โดยแผ่นแปะแก้ปวดมีวิธีใช้ที่ง่าย หาซื้อได้สะดวก และสามารถออกฤทธิ์ได้ต่อเนื่องเป็นเวลา 15-30 นาที จึงเป็นทางเลือกในการบรรเทาปวดที่หลายคนนิยมใช้[2] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาการการใช่แผ่นแปะกระดูกไก่ดำและแผ่นแปะสมุนไพรร่วมกับการนวดไทยเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนยังมีน้อย และไม่พบการศึกษา เนื่องจากสมุนไพรกระดูกไก่ดำมีสรรพคุณคือ ฤทธิ์ต้านอักเสบ ลดปวด มีฤทธิ์ต้านอักเสบ และลดอาการปวด ซึ่งมาจากสารในกลุ่ม Flavonoids ที่ออกฤทธิ์ผ่านกลไกเดียวกันกับ ยากลุ่ม NSAIDs โดยไปยับยั้งเอนไซม์ทั้ง Cyclooxygenase (COX) และ Lipoxygenase pathways ทำให้มีผลยับยั้งการหลั่งสารที่เหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบหลายชนิด เช่น Prostaglandins, Histamine, NO, iNOS, MMP-9, Prostaglandins และยังพบว่าสารสกัดกระดูกไก่ดำยังออกฤทธิ์ที่ Opioid receptor ซึ่งเป็นกลไกเดียวกับ Morphine แต่มีฤทธิ์ลดปวดน้อยกว่า Morphine 2-5 เท่า[3]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะทำศึกษาการพัฒนาแผ่นแปะสมุนไพรจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ เพื่อทดสอบความพึงพอใจในอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ทั้งนี้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำยังสามารถนำไปใช้งานได้สะดวกและเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงสามารถนำไปพัฒนาประสิทธิผลการลดอาการปวดจากสารสกัดกระดูกไก่ดำแทนการใช้ยาแก้ปวดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ
2. เพื่อการทดสอบระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครในการใช้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการทดลองแบบกึ่งการทดลอง โดยการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำและนำไปทดสอบระดับความพึงพอใจในอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครที่ใช้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ โดยอาสาสมัครจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. คุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)
   1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
   2) มีจุดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนบนโดยได้รับการวินิจฉัยจากการแพทย์แผนไทย
   3) มีระดับความเจ็บปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 6
   4) ไม่แพ้สมุนไพรหรือเป็นโรคผิวหนัง
   5) ยินดีเข้าร่วมโครงการและลงนามการยินยอม
2. คุณสมบัติเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)
   1) มีแผลเปิดบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนบน
   2) ในระหว่างการทดลองผู้เข้าร่วมมีไข้สูง 38 องศา
   3) มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า 6
   4) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภูมิแพ้หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
   5) โรคทางผิวหนัง ได้แก่ ผื่นผิวหนังอักเสบ ลมพิษ งูสวัด กลาก เกลื้อน สิวที่หลัง
   6) มีประวัติการผ่าตัดหรือการบาดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนบน
   7) มีการปฏิเสธและการถอนตัวระหว่างทำวิจัย
   8) เข้าร่วมโครงการน้อยกว่า ร้อยละ 50 ของการทดลอง
   9) อาสาสมัครมีการใช้ผลิตภัณฑ์แก้ปวดก่อนและหลังการทดลอง 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากการทดสอบระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครในการใช้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา เพื่อทดสอบระดับความพึงพอใจโดยอาสาสมัคร ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้แผ่นแปะสารสกัดกระดูกไก่ดำ ประกอบด้วย 1) ด้านการใช้งาน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ 3) ด้านรูปลักษณะภายนอก จำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1) ระดับ 5 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด 2) ระดับ 4 หมายถึง ความพึงพอใจมาก 3) ระดับ 3 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง 4) ระดับ 2 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย และ 5) ระดับ 1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ ผู้วิจัยทำการพัฒนายาพื้นทั้งหมด 4 สูตร และทดสอบความคงสภาพของแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) นำสารสกัดที่ได้ในแต่ละสูตร มาผสมกับโพรไพลีนไกลคอลในอัตราส่วน 1:10 ในหลอดทดลอง และนำไปใส่ในเครื่องเขย่าหลอดทดลองเป็นเวลา 15 นาที จากนั้นนำไปเข้าเครื่อง Sonicator เป็นเวลา 15 นาที ทำซ้ำจนสารละลายเข้ากัน

2) การเตรียมสูตรตำรับแผ่นแปะ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1) เตรียมยาพื้นแผ่นแปะเพื่อศึกษาปริมาณที่เหมาะสมในตำรับยาพื้นแผ่นแปะ โดยดัดแปลงจาก กัญจนภรณ์และคณะ[4] โดยมีการปรับเปลี่ยนปริมาตรเป็นสูตรตำรับต่าง ๆ 5 สูตรตำรับ โดยประกอบด้วย HPMC, Galatin, Glycerin และ DI Water ละลายให้เป็นเนื้อเดียวกัน จากนั้นผสมเกล็ดสาระแหน่ น้ำมันระกำ และสารลดแรงตึงผิวเข้าด้วยกันก่อนเติม ใส่สารกันเสีย และหยดสารปรับค่าความเป็นกรด-ด่าง ละลายเป็นเนื้อเดียวกันแล้วเทลง Petri dish plastic ทิ้งไว้ให้เย็น

2.2) พัฒนาแผ่นแปะผิวหนังจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ โดยเมื่อได้ตำรับยาพื้นแผ่นแปะที่เหมาะสมแล้วจึงนำมาพัฒนาเป็นแผ่นแปะผิวหนังที่ใส่สารสกัดกระดูกไก่ดำในปริมาณต่างกันทั้งหมด 4 สูตร โดยมีความเข้มข้นจาก 0.5%, 1%, 2% และ 3% โดยมีขั้นตอนการเตรียมแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ

3) การทดสอบความคงสภาพทางกายภาพของแผ่นแปะ

3.1) การศึกษาความคงสภาพของแผ่นแปะที่สภาวะเร่ง Heating-Cooling Cycle โดยการเก็บผลิตภัณฑ์ที่เตรียมเสร็จ แบ่งใส่ใน Petri dish plastic โดยปิดฝาในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง จากนั้นเข้าตู้อบที่อุณหภูมิ 45 องศาเซลเซียส อีก 24 ชั่วโมง นับเป็น 1 รอบ ทำทดสอบทั้งหมด 6 รอบ[5]

3.2) การศึกษาความคงสภาพของแผ่นแปะที่สภาวะจริง โดยนำแผ่นแปะไปเก็บไว้ในอุณหภูมิห้องเป็นระยะเวลา 3 เดือน ให้สังเกตการเปลี่ยนแปลงของความคงตัวที่เกิดขึ้นในแต่ละสูตรตำรับ สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงแผ่นแปะใน Petri dish plastic เพื่อดูการทดสอบความเป็นกรด-ด่าง ด้วย pH paper หลังจากนั้นสังเกตสีของแผ่นแปะ การแยกชั้นของแผ่นแปะ และกลิ่นของแผ่นแปะ โดยวางไว้ที่อุณหภูมิห้อง และสังเกตุการเปลี่ยนแปลง[5]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะนำไปดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการแพทย์แผนไทย 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย 2 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยค่าความสอดคล้องเชิงตรงเนื้อหา (Content validity) มีผลรวมของคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ≥0.50 ซึ่งสามารถนำข้อคำถามไปใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัคร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร
2. การดำเนินการพัฒนาแผ่นจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ โดยการพัฒนาทั้งหมด 4 สูตร
3. การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อทดสอบระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน โดยอาสาสมัครจะถูกแบ่งกลุ่มและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยคัดตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้าและคุณสมบัติเกณฑ์การคัดออก
4. การดำเนินการทดลอง ในการเก็บข้อมูลรวบรวมมีวิธีทำการทดลองทั้งหมด 2 วิธีการ ได้แก่ 1) ทำการทดลองโดยใช้แผ่นแปะสูตรยาพื้น (n=10) โดยจะใช้ระยะเวลาในการแปะ 30 นาที และประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัคร 2) ทำการทดลองโดยใช้แผ่นแปะสารสกัดกระดูกไก่ดำ (n=10) โดยจะใช้ระยะเวลาในการแปะ 30 นาที และทดสอบระดับความพึงพอใจของอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

หลังจากการทดลอง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) จากแบบประเมินความพึงพอใจในแต่ละด้านต่อการใช้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ อว 0622.7/057 เพื่อพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร ซึ่งก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การปกปิดข้อมูล การทำลายข้อมูลหลังเสร็จจสิ้นการวิจัย รวมถึงประโยชน์และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจากผู้วิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการเตรียมสารสกัดสมุนไพร

นำสมุนไพรกระดูกไก่ดำ (*Justicia gendarussa* Burm.f) น้ำหนัก 3150 g หมักแช่ใน 95% Ethanol ในอัตราส่วน 1:3 เป็นเวลา 7 วัน จากนั้นนำสารสกัดไประเหยตัวทำละลายออกด้วยเครื่องระเหยสุญญากาศ และนำไปชั่งน้ำหนักของสารสกัดหยาบ โดยลักษณะสารสกัด มีสีเขียวเข้มค่อนดำ ลักษณะเหนียวข้นมาก น้ำหนักของสารสกัด 41.26 (g) คิดเป็นร้อยละผลผลิต (%Yield) ร้อยละผลผลิต 1.30 (w/v)

2. ผลการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ

จากการศึกษาการพัฒนาสูตรยาพื้นแผ่นแปะทั้งหมด 5 สูตรตำรับ และทำการคัดเลือกสูตรตำรับที่ดีที่สุด เพื่อนำไปพัฒนาเป็นแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ

1) การพัฒนายาพื้นของแผ่นแปะจำนวน 5 สูตร พบว่า ยาพื้นแผ่นแปะสูตรที่ 1 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง มีตะกอนเล็กน้อย สีขาวขุ่น ยืดหยุ่นมาก ยาพื้นแผ่นแปะสูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 มีลักษณะกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น ไม่มีตะกอน ยืดหยุ่นมาก มีสีขาวขุ่นและสีขาวใสตามลำดับ ยาพื้นแผ่นแปะสูตรที่ 4 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็งมาก ไม่แยกชั้น ไม่มีตะกอน ยืดหยุ่นได้น้อย สีขาวขุ่น และยาพื้นแผ่นแปะสูตรที่ 5 มีลักษณะ

เนื้อกึ่งแข็งมาก ไม่แยกชั้น ตกตะกอนเล็กน้อย สีขาวขุ่น ยืดหยุ่นได้น้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกสูตรตำรับที่ดีที่สุดคือสูตรตำรับที่ 2 ซึ่งมีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น ไม่มีตะกอน ยืดหยุ่นมาก สีขาวขุ่นและสีขาวไปทำการพัฒนาต่อ โดยมีส่วนประกอบคือ HPMC 1% Gelatin 8% Glycerin 10% Tween 80 0.5% Span 60 0.62% Methyl salicylate 1% Menthol 1% Paraben concentrate 1% Triethanolamine (TEA) 2% เหมาะสำหรับการพัฒนามากที่สุด

2) การพัฒนาสูตรตำรับแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ จำนวน 4 สูตร จากการศึกษาการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำจำนวน 4 สูตร โดยใช้ความเข้มข้นที่ 0.5% 1% 2% และ 3% w/w ตามลำดับ พบว่า สูตรที่ 1 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น สีเขียวอ่อน มีกลิ่นหอม ไม่ตกตะกอน ยืดหยุ่นมาก สูตรที่ 2 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น มีสีเขียวเข้มเล็กน้อย เป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ตกตะกอน ยืดหยุ่นมาก สูตรที่ 3 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น มีสีเขียวเข้มมาก มีสารสกัดลอยอยู่เล็กน้อย ไม่ตกตะกอน ยืดหยุ่นมาก สูตรที่ 4 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง แยกชั้น มีสีเขียวเกือบดำ มีสารสกัดลอยอยู่มาก ตกตะกอนเล็กน้อย ยืดหยุ่นมาก ผู้วิจัยได้ทำการเลือกสูตรตำรับที่ 2 ของแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำไปทำการทดลองความพึงพอใจกับกลุ่มอาสาสมัครเนื่องจากมีสีที่ดีและน่าใช้มากที่สุด

3. ผลการศึกษาการทดสอบความคงสภาพของแผ่นจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ

1) การประเมินตามสภาวะเร่ง จากการศึกษาการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำจำนวน 4 สูตร โดยใช้ความเข้มข้นที่ 0.5% 1% 2%และ 3% w/w ตามลำดับ พบว่า สูตรที่ 1 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น สีเขียวอ่อน มีกลิ่นหอม ไม่ตกตะกอน ยืดหยุ่นมาก สูตรที่ 2 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น มีสีเขียวเข้มเล็กน้อย เป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ตกตะกอน ยืดหยุ่นมาก สูตรที่ 3 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง ไม่แยกชั้น มีสีเขียวเข้มมาก มีสารสกัดลอยอยู่เล็กน้อย ไม่ตกตะกอน ยืดหยุ่นมาก สูตรที่ 4 มีลักษณะเนื้อกึ่งแข็ง แยกชั้น มีสีเขียวเกือบดำ มีสารสกัดลอยอยู่มาก ตกตะกอนเล็กน้อย ยืดหยุ่นมาก ผู้วิจัยได้ทำการเลือกสูตรตำรับที่ 2 ของแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำไปทำการทดลองความพึงพอใจกับกลุ่มอาสาสมัครเนื่องจากมีสีที่ดีและน่าใช้มากที่สุด

2) การประเมินตามสภาวะจริง ทำการทดสอบความคงตัวด้วยสภาวะจริง โดยใช้แผ่นแปะที่เตรียมเสร็จใหม่ที่ทราบน้ำหนักแห้งที่แน่นอน วางบน Petri dish โดยมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 เซนติเมตร เก็บไว้ที่ อุณหภูมิห้อง เป็นเวลา 3 เดือนจากนั้นนำแผ่นแปะมาประเมินคุณภาพทุก ๆ 1 เดือน โดยประเมินครั้งที่ 1 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ครั้งที่ 2 วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ.2568 และครั้งที่ 3 วันที่ 25 เมษายน พ.ศ.2568

การประเมินคุณภาพของแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของผลิตภัณฑ์[6] ที่ดัดแปลงมาจากมาตราฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน มผช.1622/2565 พบว่าแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะทางกายภาพและเคมีของแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำทุกสูตร มีความคงตัวทางการภาพที่ดีในการเก็บในสภาวะจริง โดยมีเนื้อเดียวกัน ไม่แยกชั้น มีกลิ่นจางลงเล็กน้อย

4. ผลการศึกษาการวัดระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครในการใช้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน

จากการนำแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำไปใช้กับกลุ่มอาสาสมัคร จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน เพศหญิง จำนวน 15 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับแผ่นแปะจากสูตรพื้นและกลุ่มทดลองได้รับแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ พบว่า อาสาสมัครที่ได้รับแผ่นแปะสูตรยาพื้นหรือกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน แบ่งเป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 7 คน และอาสาสมัครที่ได้รับแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำหรือกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2 คน เพศหญิง 8 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 และผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัคร แบ่งออกทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้งาน ด้านความปลอดภัยต่อผู้ใช้งาน และด้านรูปลักษณะภายนอก โดยทั้ง 3 ด้าน มีภาพรวมในระดับความพึงพอใจมาก โดยแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มอาสาสมัคร (n=20)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มควบคุม ที่ 1	กลุ่มทดลอง ที่ 2	ร้อยละ
1. เพศ			
ชาย	3 (15.00)	2 (10.00)	5 (25.00)
หญิง	7 (35.00)	8 (40.00)	15 (75.00)
2. อายุ			
18-20 ปี	1 (5.00)	0 (00.00)	1 (5.00)
21-23 ปี	8 (40.00)	7 (35.00)	15 (75.00)
24-26 ปี	0 (00.00)	1 (5.00)	1 (5.00)
30 ปีขึ้นไป	1 (5.00)	2 (10.00)	3 (15.00)
3. สถานภาพ			
โสด	9 (45.00)	8 (40.00)	17 (85.00)
สมรส	0 (00.00)	2 (10.00)	2 (10.00)
หม้าย/หย่าร้าง	1 (5.00)	0 (00.00)	1 (5.00)
4. อาชีพ			
นักศึกษา	9 (45.00)	7 (35.00)	16 (80.00)
อาจารย์	0 (00.00)	2 (10.00)	2 (10.00)
อื่น ๆ	1 (5.00)	1 (5.00)	2 (10.00)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครในการใช้แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน

แบบประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1. ด้านการใช้งาน						
1) ขนาดมีความเหมาะสมกับการใช้งาน	4.50	0.70	มาก	3.90	0.99	มาก
2) ใช้งานได้ง่าย สะดวก	4.30	0.94	มาก	4.70	0.48	มาก
3) พกพาและเก็บสะดวก	4.50	0.97	มาก	4.30	0.67	มาก
4) ระยะเวลาที่ใช้มีความเหมาะสม	4.70	0.94	มากที่สุด	4.20	0.78	มาก
5) สามารถบรรเทาอาการปวดได้	3.80	1.39	มาก	4.70	0.48	มาก
2. ด้านความปลอดภัยต่อผู้ใช้งาน						
6) ระหว่างการใช้งาน แผ่นแปะมีผิวสัมผัสที่ดี ไม่ระคายเคืองผิว	4.20	1.22	มาก	3.90	1.10	มาก
7) หลังการใช้งานไม่มีอาการคันหรือแดงจากการแพ้	4.20	1.22	มาก	4.20	0.42	มาก
3. ด้านรูปลักษณะภายนอก						
8) แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำมีสีที่ดี	4.40	0.84	มาก	4.10	0.87	มาก
9) แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำมีกลิ่นที่ดี	4.40	0.84	มาก	4.30	0.67	มาก
10) แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ มีลักษณะที่ดี ไม่ตกตะกอนหรือแยกชั้น	4.60	0.69	มาก	4.10	0.73	มาก

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำและทดสอบความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน สามารถสรุปผลการทดลองได้ดังนี้ การเตรียมสารสกัดสารสำคัญจากสมุนไพรกระดูกไก่ดำ โดยใช้ตัวทำละลาย 98% เอททนอล อัตราส่วน 1 : 3 ได้สารสกัดหยาบสีเขียวเข้ม จากนั้นนำไปกรองหยาบและกรองละเอียดด้วยกระดาษกรอง และนำไปสกัดด้วยเครื่องกลั่นระเหยสารแบบหมุน (Rotary evaporator) ได้เป็นสารสกัดสีเขียวเข้มเกือบดำ ลักษณะข้นหนืด นำไปผสมด้วยโพรไพลีนไกลคอล (Propylene glycol) ในอัตราส่วน 1 : 10 นำไปเขย่าด้วยเครื่องเขย่าสารเป็นเวลา 15 นาที แล้วนำไปเข้าเครื่อง Sonicator เป็นเวลา 15 นาที

การศึกษาการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำและทดสอบความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน มีการพัฒนายาพื้นทั้งหมด 5 ตำรับ ซึ่งพบว่า ยาพื้นสูตรที่ 2 ประกอบด้วย HPMC 1% Gelatin 8% Glycerin 10% Tween 80 0.5% Span 60 0.62% Methyl salicylate 1% Menthol 1% Paraben concentrate 1% Triethanolamine (TEA) 2% เป็นอัตราส่วนที่ดีที่สุด จากนั้นนำยาพื้นตำรับที่ 2 มาพัฒนาสารสกัดกระดูกไก่ดำ โดยใช้ความเข้มข้น 0.5% 1% 2% และ 3% ตามลำดับ โดยทำการทดสอบความคงสภาพในสภาวะจริงทั้งหมด 3 เดือน และสภาวะเร่งที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง สลับกับอุณหภูมิ 45 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง นับเป็น

1 รอบ ทำซ้ำ 6 รอบ พบว่า สูตรตำรับที่ 2 เป็นสูตรที่มีการคงตัวมากที่สุด จากนั้นนำไปทดสอบกับอาสาสมัคร จำนวน 20 คน โดยแบ่งแผ่นแปะยาพื้น 10 คน และแผ่นแปะสารสกัดกระดูกไก่ดำ 10 คน

การตอบแบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจอาสาสมัครต่อแผ่นแปะ พบว่า ด้านขนาดมีความเหมาะสมกับการใช้งาน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ด้านการใช้งานง่าย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับความพึงพอใจระดับมาก ด้านการพกพาและเก็บสะดวก กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับความพึงพอใจระดับมาก ด้านระยะเวลาที่ใช้มีความเหมาะสม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับความพึงพอใจระดับมาก ด้านสามารถบรรเทาอาการปวดได้ มีระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ระหว่างการใช้งานแผ่นแปะมีผิวสัมผัสที่ดี ไม่ระคายเคืองผิว ของกลุ่มควบคุมอยู่ และกลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจระดับมาก หลังการใช้งานไม่มีอาการคันหรือแดงจากการแพ้ มีระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำมีสีที่ดี มีระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำมีกลิ่นที่ดี มีระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง แผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำมีลักษณะที่ดี ไม่ตกตะกอนหรือแยกชั้น มีระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสกัดสารสำคัญจากสมุนไพรกระดูกไก่ดำ โดยใช้ตัวทำละลาย 98% เอทานอล ได้สารสกัดหยาบสีเขียวเข้ม มีลักษณะเหนียวข้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญจนภรณ์ ธงทอง และคณะ[4] ซึ่งใช้วิธีการสกัดสารสำคัญของสมุนไพรในตำรับลูกประคบโดยได้สารสกัดหยาบสีเหลืองเหนียวข้น และสอดคล้องในด้านการใช้สารก่อเจล HPMC และเจลาติน ในการขึ้นรูปของแผ่นแปะซึ่งสามารถคงตัวได้ดีทางกายภาพ

จากการศึกษาการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อแผ่นแปะกระดูกไก่ดำสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ โดยเมื่อพิจารณาผลการศึกษาในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับแผ่นแปะยาพื้น พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจในด้านระดับมาก ซึ่งอาจเป็นผลจากปรากฏการณ์การรักษาหลอก (Placebo effect) และอาจเนื่องจากในแผ่นแปะมีสารลดปวดอื่น ๆ เช่น เมนทอล และ น้ำมันระกำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สโรชา ว่องจิรกิตติ์ และณิชภัทร โพธิ์เงิน[3] ซึ่งได้ทำการใช้สเปรย์กระดูกไก่ดำในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อโดยผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยสเปรย์กระดูกไก่ดำมีอาการดีขึ้นโดยวัดจากองศาการเคลื่อนไหว และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อำพล บุญเพียร และคณะ[7] ซึ่งทำการศึกษาผลของการใช้น้ำมันกระดูกไก่ดำเปรียบเทียบกับน้ำมันไพลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ จากออฟฟิศซินโดรม โดยพบว่าผลการศึกษาน้ำมันกระดูกไก่ดำมีผลการลดอาการปวดไม่ต่างจากน้ำมันไพลโดยวัดจากคะแนนความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวคอและระดับความรู้สึกกดเจ็บ และสอดคล้องกับ สุภาภรณ์ ปิติพร และคณะ[8] ซึ่งได้ทำการศึกษาการใช้สเปรย์กระดูกไก่ดำเปรียบเทียบกับสเปรย์ยาไดโคฟีแนค ซึ่งได้ผลออกมาว่าสเปรย์กระดูกไก่ดำสามารถลดอาการอักเสบของเนื้อเยื่อได้เทียบเท่ากับยาไดโครฟีแนคในการรักษาอาการบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงปานกลาง

จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำและทดสอบความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ที่ใช้ HPMC 1% Gelatin 8% และมีความเข้มข้นของสารสกัด 1% โดยน้ำหนัก เป็นสัดส่วนที่มีความคงตัวทางกายภาพดีที่สุด แต่ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความเหมาะสมของสารก่อเจลชนิดอื่น และความเข้มข้นที่เหมาะสมของสารสกัดที่ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับ ปัทมา ทองธรรมชาติ และคณะ[9] ที่พัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข่า โดยใช้สารสกัดตำรับยาพอกเข่า 0.5 g. เจลาติน 7 g. กลีเซอรีน 10 g. Hydroxypropyl Methyl Cellulose 1 g.

การทดสอบความคงสภาพทางกายภาพของแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำในสภาวะเร่งและสภาวะเก็บรักษาจริง พบว่าแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะทางกายภาพและเคมีของแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ มีความคงตัวทางการภาพที่ดี โดยมีเนื้อเดียวกัน ไม่แยกชั้น มีกลิ่นจางลงเล็กน้อย จากการศึกษาก่อนหน้าของ ปัทมา ทองธรรมชาติ และคณะ[9] จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ความเข้มข้นของสารสกัดกระดูกไก่ดำที่เหมาะสมในการนำมาพัฒนาแผ่นแปะคือความเข้มข้น 1%

จากการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มอาสาสมัคร พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก ทั้งในด้านการใช้งาน ด้านความปลอดภัย และด้านลักษณะภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมา ทองธรรมชาติ และคณะ[9] ในด้านระดับความพึงพอใจของแผ่นแปะซึ่งมีสารก่อเจลมาจาก HPMC และเจลาติน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษางานวิจัยนี้สามารถนำแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำไปใช้ในการดูแลอาการปวดบริเวณอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าหรือโรคลมจับโปงน้ำเข่า เป็นต้น ทั้งนี้รวมไปถึงการนำนวัตกรรมสุขภาพไปใช้กับสารสกัดอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ในการรักษาโรคที่ผู้วิจัยต้องการได้ด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

อาสาสมัครได้ให้ข้อเสอแนะเพิ่มเติมในด้านของการพัฒนาจากแผ่นแปะเป็นครีมหรือเจล เนื่องจากการใช้แผ่นแปะนั้นยังไม่สามารถครอบคลุมพื้นที่บริเวณกล้ามเนื้อมัดใหญ่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มอาสาสมัครทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทดลองการพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ และทดสอบความพึงพอใจของอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนจนถึงปัจจุบัน จนสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ บุคลากร เจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่ให้ใช้สถานที่ในการทดลองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้และศูนย์บริการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

เอกสารอ้างอิง

1. กมลวรรณ จงจิตต์, ชุติวัต หยู่ทองอินทร์, พชรมน สอนเจริญ. ประสิทธิผลของการใช้สเปรย์สมุนไพรข่า เถาวัลย์เปรียง ขิง และไพล ต่อการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยสกลนคร หลวงปู่แฟ็บ สุภัทโท. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2567; 37(1):68-80.
2. ภาคภูมิ พาณิชยูปการนันท์, นิติมา บินดุเหล็ม, อาพาภรณ์ แก้วชูทอง. การพัฒนาแผ่นแปะแก้ปวดจากสารสกัดไพลและสารเมือกจากเมล็ดแมงลัก [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 20] เข้าถึงได้จาก: https://explore.nrct.go.th/search_detail/result/3376
3. สโรชา ว่องจิรกิตติ์, ณิชภัทร โพธิ์เงิน. ประสิทธิผลของสเปรย์กระดูกไก่ดำต่อการลดปวดกล้ามเนื้อคอบ่า ไหล่. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565; 20(1):5-16.
4. กัญจนภรณ์ ธงทอง, เพชรัตน์ รัตนชมภู, ดวงประกาย จารุฐานันต์, ปภาภัสสร์ ธีระพัฒนวงศ์, ศิรินทิพย์ พรมเสนสา, นันทิกานต์ พิลาวัลย์ และคณะ. การพัฒนาแผ่นแปะจากสารสกัดของสมุนไพรในตำรับลูกประคบ. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2567; 4(3):40-54.
5. นรินทร์ทร พันธ์สวัสดิ์, ลัดดาวัลย์ ชูทอง, กัญญ์ธศยา อัครศิริฐรัตนา. การพัฒนาแผ่นแปะผิวหนังจากสารสกัดลูกประคบสมุนไพร. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2566; 18(2):1-14.
6. พิรุณรัตน์ แซ่ลิ้ม, นูรอามาลีน เด็งซียอ, นูรฮาซีกิน สะอิ, ไมมูณา อิสายะ, สุกาญจนา กำลังมาก, ฮุซนา บือโต. การพัฒนาแผ่นแปะเจลาตินเกล็ดปลาที่มีส่วนผสมของสารสกัดลูกประคบสมุนไพรไทย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มรย. 2567; 9(1):30-9.
7. อำพล บุญเพียร, ธิดารัตน์ แจ่มปรีชา, นิภาพร แสนสุรินทร์. ผลของการนวดด้วยน้ำมันกระดูกไก่ดำและน้ำมันไพลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ จากออฟฟิศซินโดรม. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2562; 17(1):95-105.
8. สุภาภรณ์ ปิติพร, ณัฐดนัย มุสิกวงศ์, ศักดิ์สิทธิ์ จิตรกฤษฎากุล, อัญชิสา กัทลี, ธนพงศ์ เพ็งผล, ผกากรอง ขวัญข้าว. ประสิทธิศักย์และความปลอดภัยของสเปรย์ผสมสมุนไพรกระดูกไก่ดำเทียบกับไดโคลฟีแนกสเปรย์ในการรักษาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565; 20(2):223-34.
9. ปัทมา ทองธรรมชาติ, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ, อรุณี ยันตรปกรณ์, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล. การพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข่าบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 4(3):67-79.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัลทณี นาคศรีสังข์[*], นงนุช เสือพูมี[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รูปแบบหนึ่งกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งหมด โรงเรียนค่ายลูกเสือดงยาง ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 48 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้รับโปรแกรมตามคู่มือการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เวลา 150 นาที ขั้นตอนการพยาบาล ดังนี้ ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 การดำเนินการพยาบาล มีกิจกรรมให้ความรู้และให้การช่วยเหลือ ด้วยการเล่น 2 กิจกรรม และสมุดภาพการ์ตูนในเด็กวัยเรียน ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการพยาบาล เป็นระยะที่ผู้วิจัยทบทวนข้อควรปฏิบัติบางประการ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 หลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น ครั้งที่ 2 หลังให้การพยาบาลแล้ว 1 เดือน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่นำมาใช้กับเด็กวัยเรียนจะช่วยส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนป้องกันโรคติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนาได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้; กิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

[*] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[a] Corresponding author: นงนุช เสือพูมี E-mail: nongnuch@ckr.ac.th

รับบทความ: 12 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 26 ม.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 27 ม.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 3 เม.ย. 69

The Effect of a Supportive-Educative Nursing Program Using Play Activity on Self-Care Behaviors for School Age Children to Prevent of The Coronavirus Disease 2019

Wantanee Naksrisang[*], Nongnuch Suapumee[*a]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare self-care behaviors of school-aged children in preventing coronavirus disease 2019 (COVID-19) using one-group design. Samples consisted of 48 students in grades 4-6 at Dongyang Scout Camp School, Suan Kluai subdistrict, Ban Pong district, Ratchaburi province. The participants were purposively selected and received the intervention based on the Nursing Supportive-Educative Program for the Prevention of COVID-19 in School-Aged Children. The intervention took 150 minutes. The nursing intervention was divided into three phases: 1) relationship building, 2) implementation phase: involving two play-based learning activities and the use of a cartoon picture book designed for school-aged children, and 3) termination phase where the researcher reviewed key self-care practices with the participants. Data were collected using the self-care behavior questionnaire for COVID-19 prevention in school-aged children at 2-time points: immediately after the intervention and one month later. The instrument had Cronbach's alpha coefficient of 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-tests.

The results showed that, after participating in the program, the samples' self-care behaviors to prevent COVID-19 significantly improved compared to before the intervention ($p<0.001$). These findings indicate that the supportive-educative nursing program incorporating play-based activities effectively promotes appropriate COVID-19 prevention behaviors in school-aged children.

Keywords: Supportive-educative nursing program; Self-care behaviors; School-age children; Coronavirus Disease 2019

[*] Boromarajonani College of Nursing Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[a] Corresponding author: Nongnuch Suapumee E-mail: nongnuch@ckr.ac.th

Received: Jan. 12, 26; Revised: Jan. 26, 26; Accepted: Jan. 27, 26; Published Online: Apr. 3, 26

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ ในวันที่ 5 พฤษภาคม 2566 WHO ได้ประกาศว่า COVID-19 ได้เปลี่ยนสถานะจากโรคระบาดใหญ่ ไปเป็นสถานการณ์สุขภาพที่เกิดขึ้นและดำเนินต่อเนื่อง (Established and ongoing health issue) ไม่นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ แต่ยังคงเป็นภัยต่อสุขภาพโลกที่ยังต้องจับตา และบริหารจัดการระยะยาว คือการเฝ้าระวังเรื่องการตรวจสอบโรค (Surveillance) ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และภาวะเหนื่อยล้าจากโรคระบาด (Pandemic fatigue)[1] โรคนี้เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในคน ปัจจุบันประเทศไทยมีการผ่อนคลายมาตรการบางอย่างของโรคโควิด 19 (COVID-19)[2] เมื่อเด็กป่วยมีอาการเล็กน้อย เช่น ไข้ต่ำ ๆ ไอ จาม คัดจมูก น้ำมูกไหล แต่ยังรับประทานอาหารได้ ร่าเริงดี ให้เด็กหยุดเรียนและดูแลบุตรหลานที่บ้าน โดยดูแลรักษาตามอาการจนกว่าจะหายป่วย หากอาการหนักหรืออาการไม่ดีขึ้น เช่น ไข้สูงเกิน 2-3 วัน หายใจเร็ว หรือหายใจหอบจนชายโครงบุ๋ม ไม่กินนม/น้ำ ไม่ร่าเริงเหมือนเคย ให้รีบพาไปพบแพทย์[3] และในช่วงที่โรงเรียนเปิดเทอม โรงเรียนและสถานศึกษาต่าง ๆ เน้นให้ตรวจคัดกรองเด็กและบุคลากร แยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ สวมหน้ากากอนามัยและให้ผู้ปกครองนำเด็กกลับบ้านเพื่อไปรักษา หมั่นทำความสะอาด สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ของเล่น จัดให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือแจลแอลกอฮอล์ ผู้มีอาการเหมือนไข้หวัดไม่ควรเข้าใกล้ผู้สูงอายุ[2]

ข้อมูลองค์การอนามัยโลกการติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 กระจายไปในหลายประเทศทั่วโลก จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 มีรายงานผู้ติดเชื้อมากกว่า 774 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านราย[4] จากข้อมูลในประเทศไทย ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มเด็กวัยเรียน พบผู้ติดเชื้อกลุ่มอายุ 0-9 ปี จำนวน 351,913 ราย (ร้อยละ 8.12) และกลุ่มอายุ 10-19 ปี จำนวน 376,067 ราย (ร้อยละ 8.68) ซึ่งผู้ติดเชื้อในกลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 5-12 ปี ติดเชื้อเพิ่มขึ้น แต่การเสียชีวิตค่อนข้างน้อย เนื่องจากกลุ่มวัยเรียนอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป รับวัคซีนช่วยป้องกันการป่วยหนักได้อย่างดี[5] และสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ตั้งเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง 7 กุมภาพันธ์ 2567 พบว่าประเทศไทยยังคงมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 ยังไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าไวรัสโควิด 19 สายพันธุ์ที่ระบาดในปัจจุบัน ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น แต่เชื้อมีความสามารถในการแพร่ระบาดได้รวดเร็วมากขึ้น[4] จากข้อมูลตำบลสวนกล้วย ปี 2565 ยอดผู้ป่วยทั้งหมด 657 คน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 130 คน ปี 2566 ยอดผู้ป่วยโควิดทั้งหมด 1,932 คน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 410 คน เป็นเด็กอายุ 8-11 ปี ซึ่งกำลังศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวนประมาณ 198 คน จากปัญหานี้ในพื้นที่ตำบลสวนกล้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วยได้มีการดำเนินการการแก้ไขตามขั้นตอน แต่ไม่มีกิจกรรมเฉพาะในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[6] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วยจึงต้องการให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ไปให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมกับเด็กวัยเรียนเพื่อลดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เด็กอายุ 8-11 ปี เป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้ดี มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาความสามารถทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา วัยนี้จะเล่นเป็นทีมเข้าใจกฎ กติกา รู้หน้าที่ของตัวเอง การที่เด็กสามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้ มีการทำกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จ ทำให้เด็กเกิดความมั่นใจ และ

ยิ่งความรู้ความสามารถของเด็กนำไปใช้ประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เด็กจะยิ่งเกิดความภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า[7] การเล่นจึงเป็นกิจกรรมของเด็กดีหรือเด็กป่วย ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมที่เข้าถึงเด็กได้ง่าย ทำให้เกิดความรู้ ความสุข สนุกสนาน[8] ในปัจจุบันวัคซีนสำหรับป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 ยังป้องกันโรคได้ไม่ยาวนานแต่ป้องกันอาการที่รุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้เกิดไวรัสโคโรนา 19 สายพันธุ์ใหม่ขึ้น[9] ประกอบกับประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองลดลง เป็นเหตุให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บางส่วนไม่ได้รับการฉีดวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบ[4] ดังนั้นเป้าหมายหลักในการควบคุมโรค คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมไปถึงการป้องกันตัวเองจากเชื้อโรค เนื่องจากเด็กติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการน้อย และโอกาสเสียชีวิตน้อยมาก แต่มีโอกาสแพร่ระบาดในหมู่เด็กในโรงเรียนและกระจายไปถึงครู ขณะเดียวกันเด็กรับเชื้อและกลับบ้าน จะเกิดการแพร่กระจายอย่างรุนแรง[9]

ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีของโอเร็ม เป็นกระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยการสนับสนุน การชี้แนะ การสอนและสาธิต และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น การจัดบรรยากาศที่เหมาะสมในการได้รับกิจกรรมการพยาบาล เป็นการพยาบาลที่มีขั้นตอนชัดเจน[10] ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนได้ โดยใช้กิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมกับวัย คือ กิจกรรมการเล่นบันไดงูชวนคิดพิชิตโรค กิจกรรมการเล่นชู้ตให้ได้ถ้าเธอแน่จริง สมุดภาพการ์ตูนในเด็กวัยเรียนโดยให้ความรู้และให้การช่วยเหลือ และแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้อ่านทบทวน

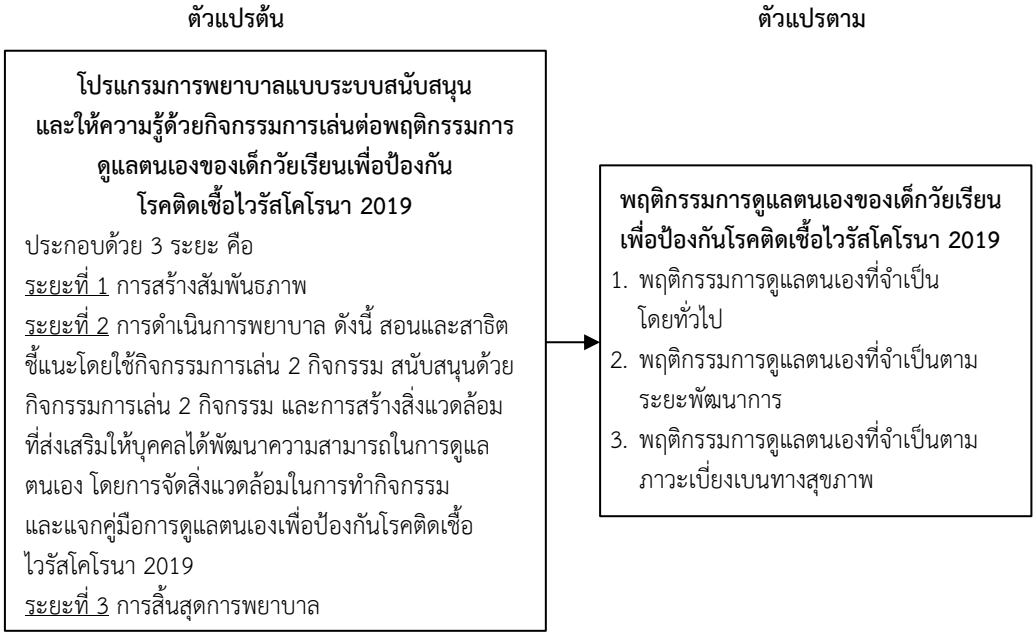
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาการพยาบาล พัฒนาการเรียนสอน ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจชนิดอื่น ที่เกิดจากการสัมผัสและการติดต่อระบบทางเดินหายใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วยงานวิจัย และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion) ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกลุ่มประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการพยาบาล โดยสอนและสาธิต ชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) ระยะการสิ้นสุดการพยาบาล จากแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีหนึ่งของโอเร็ม ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนเอง เป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเอง คือ ภาวะสุขภาพหรือความผาสุก กิจกรรมที่ต้องกระทำ

ทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ประการ คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self–care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental self–care requisites: DSCR) เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ และ 3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรม และความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรคและการรักษา ภายใต้หลักการที่ว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น[10]

พัฒนาการเด็กอายุ 8-11 ปี เป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้ดี ควรส่งเสริมพัฒนาการของระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาความสามารถรอบด้านทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา วัยนี้จะเล่นกีฬาได้เกือบทุกชนิด เล่นเป็นทีมได้เข้าใจกฎ กติกา รู้หน้าที่ของตัวเอง ในขณะเล่นกีฬาทำให้ร่างกายแข็งแรงอารมณ์เบิกบาน เชื่อมั่นตนเอง และกล้าแสดงออก การที่เด็กสามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้ หรือเด็กได้ทำกิจกรรมหรือสิ่งใดที่ประสบความสำเร็จ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เด็กจะยิ่งเกิดความภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า[7] ซึ่งสรุปตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ One group วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4-6 ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน 29 สิงหาคม 2566-1 ตุลาคม พ.ศ.2566 จำนวน 198 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งหมด โรงเรียนค่ายลูกเสือดงยาง ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดย จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง ตามตารางการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen)[11] ด้วยการวิเคราะห์แบบ One-tailed test dependent t-test ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1[12] จากการศึกษาที่ผ่านมาของจารุวรรณ สนองญาติ และคณะ[13] จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มตัวอย่าง 47 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการปฏิเสธระหว่างการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 ราย เมื่อถึงวันที่จะทำกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สบายจึงไม่มาโรงเรียน 4 ราย เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 48 ราย โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) กำลังศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนค่ายลูกเสือดงยาง ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 2) สามารถพูดจาสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยและคาดว่าสามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. คู่มือการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม[10] คือการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารบทความต่าง ๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การใช้คู่มือการให้การพยาบาลนี้ต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีมีการดำเนินการพยาบาล โดยการการสอนและสาธิต การชี้แนะ การสนับสนุน สร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการสิ้นสุดการพยาบาล ซึ่งเป็นระยะทบทวนข้อควรปฏิบัติบางประการรวมถึง

บอกการสิ้นสุดการพยาบาลตามแผนของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. คู่มือการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของโอเร็ม[10] ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา/วารสารบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลของเด็กวัยเรียน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับประถมศึกษาปีที่ ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่กับใคร อาชีพผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัวของเด็กวัยเรียน

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการค้นคว้าตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยอิงจากแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของโอเร็ม[10] จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ด้านพฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ[14] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ถูกต้องมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ถูกต้องปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ถูกต้องน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คะแนนระหว่าง 70-90 คะแนน หมายถึง เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถูกต้องมากที่สุด คะแนนระหว่าง 50-69 คะแนน หมายถึง เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถูกต้องปานกลาง และคะแนนระหว่าง 30-49 คะแนน หมายถึง หมายถึง เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถูกต้องน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลที่ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม จำนวน 1 คน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.90 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับใช้กับเด็กวัยเรียน

ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Dependent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช หมายเลขใบรับรอง 2-2-2566 ลงวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยการเข้าร่วมการวิจัยนี้ เป็นไปตามความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพ ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียน จำนวน 48 คน พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.17 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 45.83 มีอายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.42 อายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.08 และอายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 22.92 ระดับประถมศึกษาปีที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 29.17 และระดับประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 47.92 อาศัยอยู่กับบิดา คิดเป็นร้อยละ 22.92 อาศัยอยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 27.08 อาศัยอยู่กับบิดา-มารดา คิดเป็นร้อยละ 29.17 อาศัยอยู่กับปู่ย่า คิดเป็นร้อยละ 8.33 และอาศัยอยู่กับตายาย คิดเป็นร้อยละ 10.42 ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 70.83 อาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 25.00 และอาชีพเอกชน คิดเป็นร้อยละ 1.17 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.08 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.33 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 10,001-15,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 12.50 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.08 เด็กวัยเรียนไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.75 และเด็กวัยเรียนมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 6.25 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน (n=48)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	22	45.83
ชาย	26	54.17
อายุ (ปี)		
10	17	35.42
11	13	27.08
12	18	37.50
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4	11	22.92
ประถมศึกษาปีที่ 5	14	29.17
ประถมศึกษาปีที่ 6	23	47.92
การอาศัยอยู่ของเด็กวัยเรียน		
บิดา	11	22.92
มารดา	13	27.08
บิดา มารดา	14	29.17
ปู่ย่า	4	8.33
ตายาย	5	10.42
อาชีพของผู้ปกครอง		
รับจ้างทั่วไป	34	70.83
ค้าขาย	12	25.00
เอกชน	2	1.17
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	25	52.08
5,001-10,000	16	33.33
10,001-15,000	6	12.50
15,001-20,000	0	0.00
มากกว่า 20,000	1	2.08
โรคประจำตัวของเด็กวัยเรียน		
ไม่มี	45	93.75
มี	3	6.25

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่น ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

เด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด เท่ากับ 2.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.229 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 2.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.038 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=-14.42, p<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่น

การทดสอบ	n	M	SD	t	df	p
ก่อนการทดลอง	48	2.47	0.229	-14.42	47	<0.00
หลังการทดลอง	48	2.97	0.038			

*p<0.05

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่น พบว่า ภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เนื่องจากเด็กวัยเรียนอยู่ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เมื่อเด็กติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีหรือมีอาการน้อย และโอกาสเสียชีวิตน้อยมาก แต่มีโอกาสแพร่ระบาดในหมู่เด็กในโรงเรียนและกระจายไปถึงครู ขณะเดียวกันเด็กรับเชื้อและกลับบ้าน จะเกิดการแพร่กระจายจะเกิดผลกระทบในระดับสูง[9] เพ็ญแข ดิษฐบรรจง และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทักษะการจัดการตนเอง และเกรดเฉลี่ยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (R^2=0.383, p<0.05) โรงเรียนควรร่วมกันพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และทักษะการจัดการตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาเพื่อให้นักเรียนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15] จากการศึกษาของ ณัฐทิชา หงส์สามสิบหก และคณะ เรื่องผลลัพธ์ของมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในสถานศึกษา พบว่า ด้านมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ สถานศึกษาที่ไม่มีการจัดการสิ่งแวดล้อม อัตราความเสี่ยง 14.60 เท่า (95%CI=9.47-22.51)[16] จากการศึกษาของ จินทภา เบญจมาศ และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์ เรื่องปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า อายุ (Adjust OR=1.24; 95%CI: 1.07-1.43; p-value=0.004) ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน (Adjust OR=2.18; 95%CI: 1.13-4.22;p-value=0.020) การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (Adjust OR=2.04; 95%CI: 1.03-4.04; p-value=0.040) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (Adjust OR=1.95; 95%CI: 1.14-3.33; p-value=0.015) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า การที่จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19ได้เหมาะสมนั้น ควรเน้นการส่งเสริมให้นักเรียนได้รับการพัฒนาการประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านกิจกรรม สื่อหรือช่องทางต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักถึงการป้องกันโรควิด-19 ได้[17]

ฉะนั้นการเพิ่มความสามารถการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) เกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยการสนับสนุน ประคับประคอง การชี้แนะ การสอนและสาธิต และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อสนับสนุนให้เด็กวัยเรียน สามารถคิดพิจารณา และตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง[10] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง ศึกษาผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ภายหลังการใช้ระบบสนับสนุนและการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยผ่านกิจกรรมการเล่น[18] ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดของเพียเจท์สาหรับเด็กวัยเรียนเพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีเหตุผลมาใช้ จากทฤษฎีพัฒนาการทางเชาวน์ปัญญาของเพียเจต์ (Piaget's Cognitive Development Theory) ระยะที่ 3 ขั้นคิดอย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรม (Concrete operation stage or period of concrete operation) หรือขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม อยู่ในช่วงอายุ 7-11 ปี เด็กในวัยนี้จะสามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้นโดยลักษณะเด่นของเด็กวัยนี้ คือ สามารถสร้างจินตนาการในความคิดของตนขึ้นมาได้ (Mental representations) มีความสามารถในการคิดเปรียบเทียบ (Relational terms) สามารถสร้างกฎเกณฑ์เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมเป็นหมวดหมู่ได้ (Class inclusion) มีความสามารถในการเรียงลำดับ (Serialization and hierarchical arrangements) และสามารถคิดย้อนกลับไปมาได้ (Reversibility) ผ่านการเล่นที่มีกฎเกณฑ์ (Games with rules) มีการเล่นร่วมกัน เล่นกับกลุ่มเพื่อนที่เป็นเพศเดียวกัน[19] สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนิชา ศรีละมัย และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมผ่านการละเล่น

พื้นบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ตัวอย่างมีสมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นทุกด้าน ($p<0.01$) ได้แก่ ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ[9] สอดคล้องกับ บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ และคณะ ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมการเล่นของนักศึกษาพยาบาลต่อความสุขของผู้ป่วยเด็กและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก พบว่าผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขมากกว่าก่อนการทดลอง โดยการเล่นที่มีการวางแผนการเล่นและกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความสุข สนุกสนาน ผ่อนคลายจากความไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วย[8] และสอดล้องกับ Qi et al. ศึกษาเรื่อง Awayvirus: A playful and tangible approach to improve children's hygiene habits in family education พบว่าการออกแบบและการวิจัยนี้ ได้พัฒนา Awayvirus โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เด็กเรียนรู้ความรู้เกี่ยวกับนิสัยสุขอนามัยผ่านบล็อกแบบจับต้องได้ (Tangible blocks) ผลการศึกษาพบว่า วิธีปฏิสัมพันธ์เชิงเล่นร่วมกับสื่อที่จับต้องได้สามารถเพิ่มความสนใจของเด็กต่อการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมมากขึ้นในกระบวนการให้ความรู้ด้านสุขอนามัยและสุขภาพของเด็ก นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายเพื่อเชื่อมความร่วมมือระหว่างเด็กและผู้ปกครอง ส่งเสริมกลยุทธ์การสื่อสาร และช่วยลดผลกระทบด้านลบที่เกิดจากความท้าทายในช่วงหลังการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019[20]

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ถูกต้อง จะลดการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และลดความรุนแรงของโรคได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. กลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นสูงกว่าก่อนการทดลอง เพราะการเล่นเป็นกลวิธีในการส่งเสริมพัฒนาตามวัยของเด็กในแต่ละช่วงวัย จึงเป็นแนวทางให้ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารหน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลเด็กนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. การดำเนินงานตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสถานศึกษาทั้งในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีผลทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญในสถานศึกษา จึงควรมีการผลักดันให้สถานศึกษาดำเนินการตามมาตรการฯ อย่างต่อเนื่อง และดำเนินกิจกรรมให้ความรู้และความเข้าใจที่เหมาะสมกับนักเรียนในแต่ละช่วงวัย ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างถูกต้อง
3. ผลักดันเชิงนโยบายให้กับผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยเน้นย้ำให้สถานศึกษา ดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุม

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด ร่วมกับการประสานหน่วยงานสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่เพื่อป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรมภายหลังการได้รับโปรแกรม
2. โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน หรือในครอบครัวที่ผู้ดูแลเด็กมีระดับการศึกษาน้อย หรือผู้ดูแลเด็กเป็นผู้สูงวัย รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมให้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย
3. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการดูแลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic [online serial]. 2023 [cited 2025 Dec 1]. Available from: https://extranet.who.int/sph/statement-fifteenth-meeting-ihr-2005-emergency-committee-covid-19-pandemic?utm_source=chatgpt.com
2. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/188
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนะผู้ปกครองเตรียมความพร้อมส่งลูกไปโรงเรียนปลอดภัยจากโควิด 19 ช่วงเปิดเทอม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=42986&news_views=595&utm_source=chatgpt.com
4. World Health Organization. Update on COVID-19 in Thailand [online serial]. 2024 [cited 2025 Dec 1]. Available from: https://www.who.int/thailand/news/detail/06-02-2024-update-on-covid-19-in-thailand--7-february-2024
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php

6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย. รายงานข้อมูลการเป็นโรคโควิด-19 ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ของตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย; 2566.
7. นัยนา ณีศะนันท์, สุธาทิพย์ เอมเปรมศิลป์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, วินัดดา ปิยะศิลป์. แนวทางการดูแลสุขภาพเด็ก Guideline in Child Health Supervision. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564.
8. บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์, อรอนงค์ มาลา, ปราณี คำจันทร์, จุฑารัตน์ คงเพ็ชร. ผลของการจัดกิจกรรมการเล่นของนักศึกษาพยาบาลต่อความสุขของผู้ป่วยเด็กและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564;41(1):1-13.
9. ณัฐนิชา ศรีละมัย, ณัฏฐา วรรธนะวิโรจน์ม, วัชรินทร์ ช่างประดับ, สมปรารถนา สุดใจนาค, บุญเตือน วัฒนกุล. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมผ่านการละเล่นพื้นบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(2):25-36.
10. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
11. Cohen J. Things I have learned (so far). Am Psychol 1990;45:1304-12. doi: 10.1037/0003-066X.45.12.1304
12. 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.
13. จารุวรรณ สนองญาติ, ลักขณา ศิรถรกุล, เนติยา แจ่มทิม, ยุคนธ์ เมืองช้าง, ภาวดี เหมทานนท์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(1):42-57.
14. Bloom B. S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, นงณภัทร รุ่งเนย, อัจฉรา สุขสำราญ, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเด็ก. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565;28(2):1-17.
16. ณัฐทิชา หงษ์สามสิบหก, สมนึก เลิศสุโภชวณิชย์, กรรณิการ์ เจริญไทย, จริยา ดาหนองเป็ด, ดุสิต สุจิรารัตน์. ผลลัพธ์ของมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในสถานศึกษา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(2):254-64.

17. จินทภา เบญจมาศ, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):98-115.
18. วรวุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, วิจิตร แผ่นทอง. ผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(2):39-50.
19. Piaget J. The Construction of Reality in the Child. London: London Routledge & Kegan Paul; 1951.
20. Qi X, Lei Y, He S, Cheng S. Awayvirus: A playful and tangible approach to improve children's hygiene habits in family education. In: INTERACT 2023: Proceedings of the 19th IFIP TC 13 International Conference on Human-Computer Interaction [online serial]. 2023 [cited 2025 Dec 1]. Available from: https://arxiv.org/abs/2306.09076

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของเด็กปฐมวัย อายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

ลาวรรณ ศรีสูงเนิน[1a], พิสิษฐ์ ศิริรักษ์[2], คิรินทร์ ตั้งอำพรทิพย์[3], ชัยณรงค์ ตั้งอำพรทิพย์[1], เหมวรรณ แตงอ่อน[4], ประสิทธิรักษ์ เจริญผล[4], จุตินันท์ โตอ้น[4], สายพิณ อัครปัทมานนท์[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณลักษณะทางประชากร 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม 3) ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา ประชากรเป็นพ่อแม่-ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในปี 2567 มีจำนวน 165,076 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan สุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นภูมิของอำเภอและตำบล สุ่มตัวอย่างแบบง่ายในหมู่บ้านตามเป้าหมายจำนวน 384 คน ตรวจสอบแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาคุณภาพของเครื่องมือโดยทดลองใช้แบบสอบถามที่มิใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยวิธีของ Cronbach มีค่าเท่ากับ 0.78 ผลการศึกษาพบว่า 1) บุคคลที่ดูแลเด็กเป็นแม่ร้อยละ 54.60 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 28.90 พบโรคเบาหวานร้อยละ 12.70 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 31.70 อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 35.90 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 15,333.61 บาท/เดือน การเจริญเติบโตของเด็กอยู่ในภาวะสมส่วนร้อยละ 22.20 มีภาวะเริ่มอ้วนร้อยละ 13.00 และอยู่ในภาวะอ้วนร้อยละ 11.30, 2) ในภาพรวม เด็กอายุ 1-3 ปีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 13.28 และในภาพรวม เด็กอายุ 4-5 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 3.90, 3) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี คือ อายุ การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษาของพ่อแม่-ผู้ปกครอง รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กของพ่อแม่-ผู้ปกครอง จำนวนพี่น้อง การเป็นบุตรลำดับที่เท่าใดของพ่อแม่ และการเจริญเติบโตของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การศึกษาปัจจัย; พฤติกรรมการบริโภคอาหาร; เด็กปฐมวัย อายุ 1-5 ปี

---

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

[2] สำนักอธิการบดี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

[3] โรงพยาบาลสูงเนิน

[4] สาขาการศึกษาปฐมวัย คณะศิลปศาสตร์ วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

[a] Corresponding author: ลาวรรณ ศรีสูงเนิน E-mail: cnrtee@hotmail.com

รับบทความ: 21 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 12 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 13 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 25 เม.ย. 69

Factors Related to Food Consumption Behaviors of Preschool Children Aged 1-5 years in Nakhon Ratchasima Province

Lavun Srisungnoen[1], Pisit Siriruk[2], Kirin Tangampornthip[3], Chainarong Tangampornthip[1], Hemawan Taengon[4], Prasitrak Charoenphon[4], Chutinan To-on[4], Saiphin Akarapatmanon[4]

Abstract

This cross-sectional research aimed to study 1) demographic characteristics, 2) appropriate food consumption behavior, 3) levels of appropriate food consumption behavior, and 4) factors related to appropriate food consumption behavior among preschool children aged 1-5 years in Nakhon Ratchasima. Population consisted of 165,076 parents and guardians of preschool children aged 1-5 years in 2024. Samples, determined using Krejcie & Morgan's formula, were selected using stratified random sampling at the district and sub-district levels, and were randomly selected in the targeted villages, totaling 384 people. Questionnaire was validated by 3 experts and was pilot tested with 30 non-sample respondents yielding the Cronbach's alpha coefficient of 0.78. Results showed that 1) 54.60% of caregivers were mothers, and 28.90% had underlying medical conditions including diabetes (12.70%), 31.70% completed high school, and 35.90% were general workers with average family income of 15,333.61 Baht/month. About 22.20% of children had an age-appropriate development while 13.00% were overweight, and 11.30% were obese; 2) overall, 13.28% and 3.90% of children aged 1-3 years and 4-5 years exhibited appropriate food consumption behaviors; 3) their appropriate food consumption behavior was at a low level; and 4) factors significantly correlated with their food consumption behaviors were age, underlying medical conditions, education level, monthly income, relationship to the child (parents/guardians), number of siblings, parental order of birth, and child growth at p=0.05.

Keywords: Factor study; Food consumption behaviors; Preschool children aged 1-5 years

[1] Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phanomwan College of Technology

[2] Office of the President, Phanomwan College of Technology

[3] Sung Noen Hospital

[4] Early Childhood Program, Faculty of Liberal Arts, Phanomwan College of Technology

[a] Corresponding author: Lavun Srisungnoen E-mail: cnrtee@hotmail.com

Received: Jan. 21, 26; Revised: Feb. 12, 26; Accepted: Feb. 13, 26; Published Online: Apr. 25, 26

บทนำ

การพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่แข็งแรง มีสติปัญญาที่ดี มีความสามารถในการเรียนรู้ มีศักยภาพในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญอันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาประเทศซึ่งอาหารที่บริโภคเป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมสร้างชีวิตโภชนาการเป็นการเชื่อมโยงระหว่างอาหารและสุขภาพเป็นพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการการส่งเสริมภาวะโภชนาการและพัฒนาการควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเริ่มแรกของชีวิตหรือที่เรียกว่า“เด็กปฐมวัย” เป็นวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุก่อน 6 ปีบริบูรณ์ ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญที่สุดของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมบุคลิกภาพ โดยเฉพาะด้านสติปัญญา จะเจริญมากที่สุดในช่วงนี้ และพัฒนาการใดๆในวัยนี้จะเป็นพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการในช่วงอื่น ๆ ของชีวิตเป็นอย่างมาก[1]

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับเชาว์ปัญญาของเด็ก มี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ธาตุเหล็ก 2) ธาตุไอโอดีน 3) ส่วนสูงของเด็ก และ 4) การเลี้ยงดูเด็ก แสดงให้เห็นว่าโภชนาการมีความสำคัญต่อระดับเชาว์ปัญญาและพัฒนาการซึ่งเป็นช่วงวิกฤติของการพัฒนาสมองและการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะช่วงวัยทารกอาหารและโภชนาการจะช่วยสร้างเซลล์สมองระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูก ระบบภูมิต้านทานโรค อวัยวะภายในของร่างกายให้สมบูรณ์ มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full potential growth) การให้เด็กปฐมวัยได้รับอาหารที่เหมาะสมมีคุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วนเพียงพอจึงเป็นการวางรากฐานชีวิตที่ดีสำหรับเด็กทั้งปัจจุบันและอนาคต[2] อย่างไรก็ตามสิ่งที่รัฐบาลได้รณรงค์และเกิดผลเป็นรูปธรรมมีหลายประการเช่นกันเช่นการให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดการส่งเสริมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนเป็นต้น ด้วยเหตุดังกล่าวคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจจัดทำแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยและกำหนดองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ ที่เกี่ยวข้องในคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย จึงจัดทำแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570[3] กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความเชื่อมโยงกับทุกกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในลักษณะของการบูรณาการเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานทุกระดับทั้งในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติลดความซ้ำซ้อนและสนองต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 54 ที่กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาเป็นเวลาสิบสองปีตั้งแต่ก่อนวัยเรียนจนจบการศึกษาภาคบังคับอย่างมีคุณภาพรัฐต้องดำเนินการให้เด็กเล็กได้รับการดูแลและพัฒนาก่อนเข้ารับการศึกษาเพื่อพัฒนาร่างกาย จิตใจ วินัยอารมณ์สังคมและสติปัญญาให้สมกับวัยโดยส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วยแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570[4]

ในปี พ.ศ. 2563–2567สถานการณ์โภชนาการเด็กในประเทศไทยเด็กได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงร้อยละ 76.00, 66.80, 76.00, 73.70 และ 64.50 ตามลำดับ พบว่าระดับสูงดีสมส่วนร้อยละ 58.90, 61.30, 61.70, 59.20 และ 57.80 ตามลำดับมีภาวะเตี้ยร้อยละ 5.50, 11.60, 11.60, 11.64 และ 12.50 ตามลำดับ เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 11.10, 9.30, 9.80, 8.50 และ 8.60 ตามลำดับ ผอมร้อยละ 6.10, 5.20, 5.30, 8.50 และ 8.60 ตามลำดับ ในเขตสุขภาพที่ 9 เด็กได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงร้อยละ 87.70, 88.20, 79.00, 85.10 และ 84.25 ตามลำดับ พบว่า ระดับสูงดีสมส่วนร้อยละ 57.20, 60.20, 60.10, 51.00 และ 52.80 ตามลำดับ

มีภาวะเตี้ยร้อยละ 17.20, 12.60, 12.00, 14.00 และ 14.64 ตามลำดับ เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 11.10, 9.20 และ 9.70 ผอมร้อยละ 6.20, 5.00, 5.30, 3.81 และ 4.35 ตามลำดับ และในจังหวัดนครราชสีมา เด็กได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงร้อยละ 76.20, 81.05, 87.10, 87.59, 87.54 และ 76.68 ตามลำดับ พบว่าระดับสูงดีสมส่วนร้อยละ 52.20, 52.78, 58.21, 60.10 และ 62.41 ตามลำดับ มีภาวะเตี้ยร้อยละ 3.81, 3.28, 6.10, 4.15 และ 4.18 ตามลำดับ เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ10.99, 6.08, 6.01, 8.97 และ 8.39 ตามลำดับ ผอมร้อยละ 6.00, 5.14, 51.80, 6.20 และ 6.48 ตามลำดับ[5]

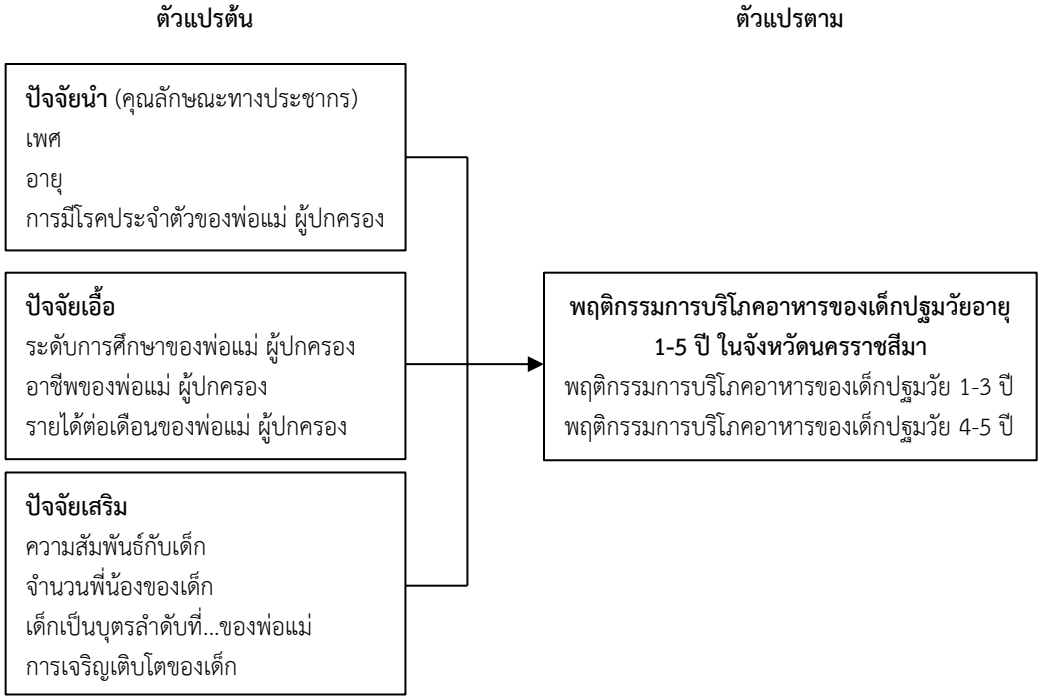
จากสถานการณ์โภชนาการเด็กดังกล่าว พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี ยังมีภาวะโภชนาการที่ไม่สมบูรณ์และปัญหาภาวะโภชนาการเด็กนั้นการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากพ่อแม่ผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัว บุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านโภชนาการของเด็ก เนื่องจากการจัดอาหารที่ถูกต้องพอเหมาะกับความต้องการของเด็กจะช่วยให้เด็กเจริญเติบโตมีพัฒนาการที่สมวัย ทั้งร่างกาย สติปัญญาสังคม อารมณ์ และจิตใจ เด็กที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ มีโอกาสขาดสารอาหารและพลังงาน พ่อแม่ผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัวที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องในการให้อาหารเด็กที่มีคุณค่าเหมาะสมกับวัยจะเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย ดังนั้นทีมวิจัยจึงได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา” ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือพ่อแม่ ผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัวของเด็กปฐมวัย โดยนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มความรู้ เพิ่มทักษะในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ปกครอง และบุคคลในครอบครัวได้ทราบระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย ได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย ได้แนวทางในการช่วยเหลือเด็กปฐมวัย พ่อแม่ ผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัว โดยนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการประเมิน การวางแผน และให้การช่วยเหลือ การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครอบครัว ได้แนวทางในการให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครอบครัว ต่อบทบาทให้มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันภววะทุโภชนาการของเด็กปฐมวัย บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ต่อบทบาทให้มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะทุพโภชนาการของเด็กปฐมวัย และมีสารสนเทศที่เกี่ยวข้องไปใช้วางแผนสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. คุณลักษณะทางประชากร ของพ่อแม่ ผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัวเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา
3. ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา ทีมวิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green[6] โดยได้กำหนด ปัจจัยนำ คือ ด้านคุณลักษณะทางประชากรประกอบด้วย เพศ อายุ การมีโรคประจำตัวของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ปัจจัยสนับสนุน คือระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และปัจจัยเสริม คือ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนพี่น้องของเด็ก เด็กเป็นบุตรลำดับที่เท่าใดของพ่อแม่ และการเจริญเติบโตของเด็ก ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย อายุ 1-5ปี ใน พ.ศ. 2568 ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 32 อำเภอ จำนวนเด็กวัย 1-5 ปี 165,076 คน จำนวนพ่อแม่ ผู้ปกครอง จำนวน 165,076 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย อายุ 1-5 ปี ใน พ.ศ 2568 ในจังหวัดนครราชสีมา เพศชาย เพศหญิง และยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามของการวิจัยครั้งนี้ จำนวน

384 คน ได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[7] โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็นโดยการสุ่มตามระดับชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นอำเภอ ทำการสุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภออย่างเป็นสัดส่วน จากนั้นเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)[8] ในจำนวนแต่ละอำเภอจำแนกตามศูนย์พัฒนาการเด็กจนครบตามจำนวนเป้าหมาย จำนวน 384 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ในส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กอายุ 1-3 ปี จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กอายุ 4-5 ปี จำนวน 24 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กอายุ 1-3 ปี จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็ก ว่าได้ปฏิบัติ ปฏิบัติน้อยกว่า หรือปฏิบัติมากกว่า เมื่อตอบว่า ปฏิบัติ ให้คะแนนเป็น 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ปฏิบัติน้อยกว่า ให้คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่าปฏิบัติมากกว่า ให้คะแนน 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 72 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กอายุ 4-5 ปี จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็ก ว่าได้ปฏิบัติ ปฏิบัติน้อยกว่า หรือปฏิบัติมากกว่า เมื่อตอบว่า ปฏิบัติ ให้คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ปฏิบัติน้อยกว่า ให้คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่าปฏิบัติมากกว่า ให้คะแนน 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 72 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน

โดยการอิงเกณฑ์ของ Bloom (อ้างในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)[9] ดังนี้

50-72 คะแนน (ร้อยละ 80.0-100.0) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง

25-49 คะแนน (ร้อยละ 60.0-79.9) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

0-24 คะแนน (ร้อยละ 0-59.9) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามในส่วนที่ 2-3 ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) การหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) และการหาความตรงเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (Criterion-related validity) จึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา ที่ทรงคุณวุฒิกรุณาให้คำแนะนำ แก้ไขและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สมบูรณ์

ทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ของเด็กวัย 1-5ปี ที่มิใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อดูการใช้ภาษา ความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย และความต่อเนื่องของคำถาม เพื่อความพร้อมในการเก็บข้อมูลจริง หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ด้วยวิธีของ Cronbach[10] ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับหรือมากกว่า 0.70 ขึ้นไป ถือว่าเครื่องมือนั้นมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ในงานวิจัยได้ การวิจัยนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.78

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือขออนุญาตจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรรมการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามเลขที่โครงการวิจัย NRPH 038 วันที่รับรอง 3 มีนาคม 2568 แล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างพ่อแม่ ผู้ปกครอง อายุมากอ่านหนังสือไม่คล่องหรืออ่านไม่ออกมองเห็นไม่ชัดเจน หูฟังไม่ชัดเจนขีดเขียนไม่คล่องหรือไม่เข้าใจคำถาม ทีมวิจัยผู้เก็บข้อมูลจะอ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้เลือกคำตอบ ข้อมูลที่ได้จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลทุกครั้ง ก่อนยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน หากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนได้นำไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับจำแนกตามรายด้านของปัจจัย ส่วนสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 038 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568 ทีมวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลของอาสาสมัครทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร ของพ่อ แม่ และผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ปัจจัยนำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.20 อายุน้อยที่สุด 17 ปี มากที่สุด 62 ปี โดยเฉลี่ย 35 ปี และมีโรคประจำตัวร้อยละ 28.90 พบโรคเบาหวานร้อยละ 12.70 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.20 เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.90 โรคหัวใจร้อยละ 5.60 และเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจร้อยละ 2.80 ปัจจัยเอื้อ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 31.70 รองลงมาต่ำกว่าหริเท่ากับ ป.4 ร้อยละ 18.70 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 35.90 รองลงมาอาชีพค้าขายร้อยละ 18.30 และรายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด 30,000 บาท/เดือน

โดยเฉลี่ย 15,333.61 บาท/เดือน ปัจจัยเสริม ความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นแม่ร้อยละ 54.60 รองลงมาเป็นยาย ร้อยละ 12.70 เด็กเป็นลูกคนเดียวร้อยละ 41.50 เด็กเป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 51.80 การเจริญเติบโตของเด็กอยู่ในภาวะสมส่วน ร้อยละ 22.20 รองลงมามีภาวะเริ่มอ้วนร้อยละ 13.00 และอยู่ในภาวะอ้วน ร้อยละ 11.30

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

พบว่า เด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้งและเนื้อสัตว์ หรือกลุ่มข้าว-แป้งและนม ทุกวัน ร้อยละ 26.50 กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน ร้อยละ 23.90 กินอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง (ช่วงสายและช่วงบ่าย) ทุกวันร้อยละ 20.80 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 3 ทัพพี ทุกวันร้อยละ 18.70 กินอาหารกลุ่มผัก วันละ 2 ทัพพี ทุกวันร้อยละ 17.60 กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 3 ส่วน ทุกวันร้อยละ10.60 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 3 ช้อนกินข้าว ทุกวัน ร้อยละ 6.00 กินปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วันร้อยละ 11.30 กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วัน ๆ ละ 1 ฟอง ร้อยละ 15.80 ดื่มนมพร่องมันเนย/นมขาดมันเนย วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กอ้วนอายุ 3 ปี ร้อยละ 17.60 ดื่มนมสดรสจืด วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กไม่อ้วน และเด็กอ้วนอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 20.80 กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น สัปดาห์ละ 1-2 วันร้อยละ 16.90 กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดีร้อยละ 25.70 กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกวัน ๆ ละ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่ขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง เป็นเวลา 1 เดือน ร้อยละ 15.50 กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิไม่มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดีร้อยละ 46.10 กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ ไม่มากกว่า 3 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กอ้วนและกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 44.00 กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 44.00 ไม่กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น ร้อยละ 91.50 ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีมหวานเย็น ช็อกโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี เป็นต้น ร้อยละ 21.50 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้นร้อยละ 22.90 ไม่กินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้นร้อยละ 22.50 ไม่กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น ร้อยละ 29.90 ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้งร้อยละ 28.20 และไม่เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้วร้อยละ 25.00 ในภาพรวมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 13.28

2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

พบว่า กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้งและเนื้อสัตว์ หรือกลุ่มข้าว-แป้งและนม ทุกวันร้อยละ 10.60 กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวันร้อยละ 9.50 กินอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง (ช่วงสายและช่วงบ่าย) ทุกวันร้อยละ 9.50 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 3 ทัพพี ทุกวันร้อยละ 6.30 กินอาหารกลุ่มผัก วันละ 2 ทัพพี ทุกวันร้อยละ 4.20 กินอาหารกลุ่มผัก วันละ 2 ทัพพี ทุกวันร้อยละ 5.30 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 3 ช้อนกินข้าว ทุกวันร้อยละ 5.30 ดื่มนมสดรสจืด

วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กไม่อ้วน และเด็กอ้วนอายุ 1-2 ปีร้อยละ 5.30 ดื่มนมพร่องมันเนย/นมขาดมันเนย วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กอ้วนอายุ 3 ปีร้อยละ 5.30 กินปลาสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วันร้อยละ 3.20 กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วัน ๆ ละ 1 ฟองร้อยละ 2.10 กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น สัปดาห์ละ 1-2 วันร้อยละ 8.50 กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดีร้อยละ 3.20 กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ทุกวัน ๆ ละ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่ขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง เป็นเวลา 1 เดือนร้อยละ 7.40 กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิไม่มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดีร้อยละ 46.10 กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิไม่มากกว่า 3 อย่างต่อวันร้อยละ 44.00 กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิมากกว่า 4 อย่างต่อวันร้อยละ 44.00 กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้นร้อยละ 91.50 ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม หวานเย็น ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี เป็นต้น ร้อยละ 1.10 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้นร้อยละ 4.20 ไม่กินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้นร้อยละ 3.20 ไม่กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่งเป็นต้นร้อยละ 4.20 ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้งร้อยละ 4.20 และไม่เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้วร้อยละ 18.00 ในภาพรวมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 3.90

3. ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

3.1 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 1-24 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 71.09 หมายถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ รองลงมามีค่าคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 50-72 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 15.68 หมายถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง และมีค่าคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 25-49 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 13.28 หมายถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

3.2 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

พบว่าส่วนใหญ่มีค่าคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 1-24 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 87.50 หมายถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ รองลงมามีค่าคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 25-49 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 8.59 หมายถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 50-72 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 3.90 หมายถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี (n=384)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	Mean	SD	Min	Max	ระดับพฤติกรรม
เด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี	41.87	14.31	24.00	72.00	ระดับต่ำ
เด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี	47.93	4.60	41.00	56.00	ระดับต่ำ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

4.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

ในเด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี ด้านปัจจัยนำ คือ อายุ และการมีโรคประจำตัวของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้านปัจจัยเอื้อ คือ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ ผู้ปกครอง รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ด้านปัจจัยเสริม คือ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนพี่น้องของเด็ก เด็กเป็นบุตรลำดับที่ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และการเจริญเติบโตของเด็ก (ตารางที่ 2)

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

ในเด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี ด้านปัจจัยนำ คือ อายุ และการมีโรคประจำตัวของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้านปัจจัยเอื้อ คือ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ด้านปัจจัยเสริม คือ ความสัมพันธ์กับเด็ก (ตารางที่ 2)

4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ดังนี้

ในภาพรวม เด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ด้านปัจจัยนำ คือ อายุ และการมีโรคประจำตัวของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้านปัจจัยเอื้อ คือ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และรายได้ต่อเดือนของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้านปัจจัยเสริม คือ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนพี่น้องของเด็ก เด็กเป็นบุตรลำดับที่ของพ่อแม่ การเจริญเติบโตของเด็ก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี

ปัจจัย	อายุ 1-3 ปี (n=251)		อายุ 4-5 ปี (n=133)		ภาพรวม (n=384)	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
ปัจจัยนำ						
เพศ	12.20	0.42	10.72	0.48	12.46	0.43
อายุ	81.84	0.01	16.13	0.04	53.81	0.01
การมีโรคประจำตัวของพ่อแม่ ผู้ปกครอง	28.29	0.01	37.10	0.02	10.99	0.02
ปัจจัยเอื้อ						
ระดับการศึกษาของพ่อแม่ ผู้ปกครอง	10.42	0.05	24.48	0.08	82.38	0.05
อาชีพของพ่อแม่ ผู้ปกครอง	21.75	0.06	14.74	0.08	65.89	0.06
รายได้ต่อเดือนของพ่อแม่ ผู้ปกครอง	30.06	0.01	79.13	0.01	37.54	0.01

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี

ปัจจัย	อายุ 1-3 ปี (n=251)		อายุ 4-5 ปี (n=133)		ภาพรวม (n=384)	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
ปัจจัยเสริม						
ความสัมพันธ์กับเด็ก	30.89	0.03	21.63	0.05	69.34	0.03
จำนวนพี่น้องของเด็ก	10.55	0.01	11.34	0.26	47.93	0.03
เด็กเป็นบุตรลำดับที่ของพ่อแม่	71.94	0.01	12.07	0.18	47.80	0.03
การเจริญเติบโตของเด็ก	50.86	0.01	21.33	0.06	32.23	0.01

* $p<0.05$

การอภิปรายผล

อาหาร เป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิตต่อการพัฒนาการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย และการเรียนรู้หรือสติปัญญาหรือความฉลาดซึ่งเด็กปฐมวัยเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย และสมอง จำเป็นต้องได้รับอาหารที่ มีคุณค่าทางโภชนาการ ในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะสมกับความต้องการของเด็กวัยนี้ ที่มีการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการเล่นเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม จึงควรปฏิบัติตามข้อปฏิบัติการให้อาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของเด็ก[2] ความสำคัญของโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน สารอาหารเป็นส่วนประกอบของร่างกาย การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก และพื้นฐานที่สำคัญที่สุด คือ โภชนาการ เด็กที่ได้รับอาหารเพียงพอต่อร่างกาย ก็จะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างดี และถึงศักยภาพที่ควรจะเป็นโดยที่อาหารถูกจัดเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของชีวิต การดำเนินชีวิตจะเป็นไปด้วยดี เมื่อร่างกายได้รับอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเหมาะสม (Balanced diet) ในแง่ของ โภชนาการ กระบวนการเปลี่ยนแปลงอาหารให้ได้สารอาหารเพื่อการใช้ประโยชน์ของร่างกายนั้น จะส่งผลต่อสุขภาพ ดังต่อไปนี้ ความสำคัญของโภชนาการกับเด็กปฐมวัย การที่เด็กจะเจริญเติบโตเต็มศักยภาพทั้งร่างกายและสมอง จำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารครบถ้วนเพียงพอสำหรับการสร้างเซลล์สมองกล้ามเนื้อ กระดูก และอวัยวะต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ ส่งผลต่อระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค ระบบทางเดินอาหาร ระบบเผาผลาญอาหาร สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้เด็กมีภาวะการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ สูงดีสมส่วน ระดับสติปัญญาดี เด็กมีสุขภาพแข็งแรง เจ็บป่วยน้อย และเมื่อเป็นผู้ใหญ่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ และหลอดเลือด หากเด็กกินอาหารไม่เพียงพอ ทำให้การเจริญเติบโตล่าช้า หากขาดอาหารเป็นเวลานานแบบเรื้อรัง เด็กจะมีภาวะเตี้ย ส่งผลให้ระดับสติปัญญาต่ำ และการสร้างภูมิต้านทานโรคต่ำเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อได้ง่าย พลังงานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่วและมีพลัง ช่วยในกระบวนการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอภายในร่างกาย โดยคาร์โบไฮเดรตและไขมันเป็นแหล่งพลังงานหลักสำคัญที่ใช้สำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การวิ่ง การเดิน การเรียน และการทำกิจกรรมอื่น ๆ สำหรับโปรตีนนั้น จะนำไปใช้

เพื่อการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในร่างกาย รวมทั้งเป็นแหล่งพลังงานสำรองในกรณีที่ร่างกายได้รับคาร์โบไฮเดรตและไขมันไม่เพียงพออย่างไรก็ตาม หากร่างกายนำโปรตีนไปใช้เพื่อสร้างพลังงานทดแทนคาร์โบไฮเดรตและไขมัน จะส่งผลกระทบต่อระบบการเจริญเติบโตและการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ[11]

พบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.20 อายุเฉลี่ย 35 ปี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ช่อทิพย์ โกมลวาทิน[12] ที่พบว่าบุคคลที่ดูแลเรื่องอาหารของเด็ก 3 ใน 4 เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 20-43 ปี และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิราพัชร ชิษสวัสดิ์[13] ที่พบว่าแม่เป็นผู้ดูแลจัดอาหารให้เด็กและมีโรคประจำตัวร้อยละ 28.90 พบโรคเบาหวานร้อยละ 12.70 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.20 เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.90 โรคหัวใจร้อยละ 5.60 และเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจร้อยละ 2.80 ปัจจัยเอื้อ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 31.70 รองลงมาต่ำกว่าหริเท่ากับ ป.4 ร้อยละ 18.70 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 35.90 รองลงมาอาชีพค้าขายร้อยละ 18.30 และรายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด 30,000 บาท/เดือน โดยเฉลี่ย 15,333.61 บาท/เดือน ปัจจัยเสริม ความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นแม่ร้อยละ 54.60 รองลงมาเป้นยายร้อยละ 12.70 เด็กเป็นลูกคนเดียวร้อยละ 41.50 เด็กเป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 51.80 การเจริญเติบโตของเด็กอยู่ในภาวะสมส่วนร้อยละ 22.20 รองลงมามีภาวะเริ่มอ้วนร้อยละ 13.00 และอยู่ในภาวะอ้วนร้อยละ 11.30 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lourencao et al.[14] ที่พบว่า การบริโภคอาหารและสภาวะความไม่มั่นคงด้านอาหารและโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนพบว่าเด็กร้อยละ 23.6 มีรูปร่างเตี้ย ร้อยละ 8.3 มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 22.7 มีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 8.8 เป็นโรคอ้วน

การวิจัยนี้พบว่าเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี มีภาวะการเจริญเติบโตเมื่อเทียบน้ำหนักกับอายุอยู่ในระดับสมส่วนร้อยละ 22.20 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกียรติกำจร กุศล และคณะ[15] รองลงมาอยู่ในระดับเริ่มอ้วนร้อยละ 13.00 และอยู่ในระดับอ้วนร้อยละ 11.30 เมื่อเทียบความสูงกับอายุอยู่ในระดับสมส่วนร้อยละ 24.30 รองลงมาอยู่ในระดับเริ่มอ้วนร้อยละ 13.00 และอยู่ในระดับอ้วนร้อยละ 11.30 สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิไม่มากกว่า 3 อย่างต่อวันร้อยละ 46.10 กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ มากกว่า 4 อย่างต่อวันร้อยละ 44.00 กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้นร้อยละ 91.50 ซึ่งมีผลต่อภาวะการเจริญเติบโต อยู่ในระดับเริ่มอ้วนร้อยละ 13.00 และอยู่ในระดับอ้วนร้อยละ 11.30

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 1-3 ปี และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วนิสา องอาจ และสิริมา ภิญโญอนันตพงษ์[16] ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริยุภา วรชินา และคณะ[17] ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กอยุ่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในภาพรวม เด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ด้านปัจจัยนำ คือ อายุ และการมีโรคประจำตัวของพ่อแม่ ผู้ปกครองสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชัชฎา ประจุดทะเก และคณะ[18] ด้านปัจจัยเอื้อ คือ ระดับ

การศึกษาของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และรายได้ต่อเดือนของพ่อแม่-ผู้ปกครอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของลาวรรณ ศรีสูงเนิน และคณะ [19] ด้านปัจจัยเสริม คือ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนพี่น้องของเด็ก เด็กเป็นบุตรลำดับที่ของพ่อแม่ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Gokalp[20] ที่พบว่าอายุของมารดาและจำนวนเด็กในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินอาหารของเด็กอายุ 1-5 ปี การเจริญเติบโตของเด็ก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย ควรมีแผนงานโครงการให้เกิดการสร้างเสริมความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยและการจัดอาหารสำหรับเด็ก ในศูนย์พัฒนาการเด็กทุกระดับทุกสังกัด ผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครองและประชาชนอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านการปฏิบัติ ควรเพิ่มทักษะการพัฒนาตนเองในการดูสำหรับเด็กตามวัยและการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการการจัดอาหารสำหรับเด็กตามวัยแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองและประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านการมีส่วนร่วม ควรเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กและการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กตามวัยแก่ประชาชนในชุมชน สถาบันองค์กรภาครัฐและเอกชน ให้รับทราบและตระหนักรู้ถึงความเป็นจริงของแต่ละกลุ่มตัวอย่างเพื่อความร่วมมือในการส่งเสริมสนับสนุนและดำเนินการให้เกิดกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรเพิ่มพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เช่น ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ครู อาจารย์และบุคลากรสนับสนุนด้านต่างๆในสังกัดอื่นๆและสถาบันอุดมศึกษา เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กในกลุ่มอายุอื่น เช่น เด็ก 0-1 ปี และ 7-12 ปี
3. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้บริหารสถานศึกษาของเด็กในการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กตามวัย

กิตติกรรมประกาศ

ในการทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้สมบูรณ์ด้วยดี ทีมวิจัยขอบอบคุณวิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกำนันผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้การสนับสนุนและอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี. นครปฐม: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีสำนักโภชนาการ 2567. นนทบุรี: กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิก; 2562.
4. กระทรวงศึกษาธิการ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 3-6 ปี สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. แนวทางการดำเนินงาน แผนปฏิบัติการสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: โชคชัยเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2567.
6. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An education and environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing; 1991.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological measurement; 1970:30(3):607-10. doi: 10.1177/001316447003000308
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุริยาสาส์นการพิมพ์; 2553.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์; 2553.
10. สุวิมล ติรกานนท์. การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตำหรับอาหาร สำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 1-5ปี. กรุงเทพฯ: บริษัททำด้วยใจ จำกัด; 2564.
12. ช่อทิพย์ โกมลวาทิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก เขตพื้นที่อำเภอหางแมว จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2563.
13. พรทิพย์ ลยานันท์, จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ, จิราพัชร ชิษสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2566:18(2):74-87.
14. de Paiva Lourenção LF, Santos PR, de Oliveira IRC et al. Socioeconomic factors related to food consumption and the condition of food and nutrition insecurity in preschoolers. Nutrire. 2021;46(17). doi: 10.1186/s41110-021-00146-4
15. เกียรติกำจร กุศล, พัสตราภรณ์ แก้วพะวงค์, ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิต, ธันวลัย หองสำ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2566;16(1):41-53.
16. วนิสา องอาจ, สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2559;17(2):13-27.

17. ศิริยุภา วรชินา, สาวิตรี ทยานศิลป์, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล. การศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อความสามารถทางพหุปัญญา ในเด็กปฐมวัยอายุ 5-6 ปีที่เป็นเด็กด้อยโอกาสจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2561;13(45):44-55.
18. ชัชฎา ประจุดทะเก, อัญชลี ภูมิจันทึก, ประดับ ศรีหมื่นไวย. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2562;13(31):159-77.
19. ลาวรรณ ศรีสูงเนิน, พิสิษฐ์ ศิริรักษ์, สรัญธร ฉันทวรเทพ, จิตเกษม ทองนาค, กัลยา นิ่มจิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 2 ปี ถึง 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการด้านโลจิสติกส์ และซัพพลายเชน ระดับชาติ ครั้งที่ 4. 2564 พฤษภาคม 7; วิทยาลัยโลจิสติกส์และซัพพลายเชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาเขตนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาวิทยาเขตนครปฐม; 2564. น. 393-6.
20. Gökalp C, Yıldız S, Halıcıoğlu Baltalı O. Eating Behaviors in Early Childhood (1-5 Years) and Their Association with Sociodemographic Characteristics in Turkey. Cureus. 2021 Aug 4;13(8):e16876. doi: 10.7759/cureus.16876.

การศึกษาคุณภาพอากาศภายในสถานที่ทำงาน: การตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่าย การวิเคราะห์แหล่งกำเนิด และการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในอาคารสำนักงาน

ภีมภัทร จุกจันทร์[*], สราวุธ เทพานนท์[**], เพลินพิศ พงษ์ประยูร[***], จุฑารัตน์ แก้วบุญชู[**a]**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพอากาศภายในอาคารสำนักงาน วิเคราะห์แหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) และประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในอาคารเก่า (BD1) และอาคารใหม่ (BD2) ในกรุงเทพมหานคร เก็บตัวอย่างอากาศ 5 วัน โดยใช้วิธี U.S. EPA Method TO-15 และ TO-11A วิเคราะห์ด้วย GC/MS และ HPLC วิเคราะห์แหล่งกำเนิดด้วย PMF และประเมินความเสี่ยงตาม U.S. EPA ผลการศึกษาพบว่าอาคาร BD2 มีความเข้มข้น VOCs สูงกว่าอาคาร BD1 ถึง 2.6 เท่า (403.27 เทียบกับ 153.87 $\mu g/m^3$) และตรวจพบ 48 เทียบกับ 36 ชนิด แหล่งกำเนิดหลัก 3 แหล่ง คือ สารทำความสะอาด วัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้ และสีทาอาคาร

การประเมินความเสี่ยงพบว่าความเสี่ยงมะเร็งอยู่ในระดับยอมรับได้ โดย Formaldehyde มีค่า LCR สูงสุด (1.4×10^{-5} ใน BD1 และ 3.6×10^{-5} ใน BD2) อย่างไรก็ตาม Formaldehyde ในอาคาร BD2 มีค่า HQ เท่ากับ 1.29 สูงกว่าเกณฑ์ยอมรับได้ บ่งชี้ว่าพนักงานอาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพและประสิทธิภาพการทำงาน การศึกษาเน้นย้ำความจำเป็นในการจัดการคุณภาพอากาศอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในอาคารใหม่ ผ่านการควบคุมแหล่งกำเนิด ปรับปรุงระบบระบายอากาศ และเลือกใช้วัสดุที่ปล่อย VOCs ต่ำ เพื่อคุ้มครองสุขภาพพนักงานตามหลักอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: สารอินทรีย์ระเหยง่าย; การวิเคราะห์แหล่งกำเนิดมลพิษ; การประเมินความเสี่ยงสุขภาพ; สภาพแวดล้อมภายในอาคาร; ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย

[*] นักศึกษาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม (หลักสูตรนานาชาติ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[**] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[***] ศูนย์วิจัยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม
[****] อาจารย์ กลุ่มสหวิทยาการและการศึกษาตลอดชีวิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[a] Corresponding author: จุฑารัตน์ แก้วบุญชู Email: jutarat.kea@mahidol.ac.th
รับบทความ: 2 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 13 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 13 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 25 เม.ย. 69

A Study of Indoor Air Quality in Workplaces: Measurement of Volatile Organic Compounds, Source Apportionment, and Occupational Health Risk Assessment of Office Workers

Peemapat Jookjantra[*], Sarawut Thepanondh[**], Plernpis Pongprayoon[***], Jutarat Keawboonchu[**a]**

Abstract

This study aimed to compare indoor air quality, analyze sources of volatile organic compounds (VOCs), and assess occupational health risks in an old building (BD1) and a new building (BD2) in Bangkok, Thailand. Air samples were collected over 5 days using U.S. EPA Method TO-15 and TO-11A, analyzed by GC/MS and HPLC. Source apportionment used PMF model, and health risk assessment followed U.S. EPA guidelines. Results showed BD2 had 2.6 times higher VOC concentrations than BD1 (403.27 vs. 153.87 μg/m³) and detected 48 vs. 36 species. Three major sources were identified: household cleaners, building materials and wood furniture, and paint and adhesives.

Health risk assessment revealed acceptable cancer risks, with formaldehyde showing highest lifetime cancer risk (1.4×10^{-5} in BD1 and 3.6×10^{-5} in BD2). However, formaldehyde in BD2 had a hazard quotient of 1.29, exceeding the acceptable threshold, indicating potential health effects on workers and work performance. This study emphasizes the need for systematic indoor air quality management, particularly in new buildings, through source control, ventilation improvements, and low-VOC material selection to protect workers' health according to occupational health principles sustainably.

Keywords: Volatile organic compound; Source apportionment; Health risk assessment; Indoor environment; Occupational health and safety

[*] Doctoral Student, Ph.D. Program in Environmental Technology (International Program), Faculty of Public Health, Mahidol University

[**] Lecturer, Faculty of Public Health, Mahidol University

[***] The Environmental Research and Training Center (ERTC), Department of Climate Change and Environment

[****] Lecturer, Interdisciplinary Studies and Lifelong Education, Faculty of Public Health, Mahidol University

[a] Corresponding author: Jutarat Keawboonchu Email: jutarat.kea@mahidol.ac.th

Received: Feb. 2, 26; Revised: Feb. 13, 26; Accepted: Feb. 13, 26; Published Online: Apr. 25, 26

บทนำ

คุณภาพอากาศภายในอาคาร (Indoor Air Quality: IAQ) เป็นประเด็นสำคัญด้านอาชีวอนามัย ที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพและประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน โดยเฉพาะในสถานที่ทำงานประเภทสำนักงานซึ่งบุคลากรใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ภายในอาคารอย่างต่อเนื่องในแต่ละวัน งานวิจัยและรายงานจากองค์กรด้านสาธารณสุขระบุว่ามนุษย์ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในสภาพแวดล้อมภายในอาคาร และคุณภาพอากาศภายในอาคารจึงมีบทบาทสำคัญต่อการสัมผัสมลพิษทางอากาศในชีวิตประจำวัน[1,2] สารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile Organic Compounds: VOCs) เป็นกลุ่มสารมลพิษทางอากาศที่พบได้ทั่วไปในอาคารสำนักงาน เนื่องจากสามารถระเหยเข้าสู่อากาศได้ง่ายที่อุณหภูมิห้อง แหล่งกำเนิดของ VOCs ภายในอาคาร ได้แก่ วัสดุก่อสร้าง เฟอร์นิเจอร์ สี กาว วัสดุตกแต่งภายใน รวมถึงกิจกรรมการทำงานและกิจกรรมของผู้ใช้อาคาร การศึกษาหลายฉบับรายงานว่าความเข้มข้นของ VOCs ภายในอาคารมักสูงกว่าความเข้มข้นในอากาศภายนอกอย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นผลจากแหล่งกำเนิดภายในอาคารและการระบายอากาศที่จำกัด การสัมผัส VOCs ในระดับต่ำแต่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจก่อให้เกิดอาการระคายเคืองต่อดวงตา จมูก และระบบทางเดินหายใจ รวมถึงอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และในบางสารอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว[1,2]

ลักษณะทางกายภาพและอายุการใช้งานของอาคารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคาร อาคารเก่ามักประสบปัญหาการเสื่อมสภาพของวัสดุและข้อจำกัดด้านระบบระบายอากาศ ขณะที่อาคารที่ผ่านการปรับปรุงหรืออาคารใหม่อาจมีการใช้วัสดุก่อสร้างและวัสดุตกแต่งที่เป็นแหล่งปล่อย VOCs ในระดับสูงในช่วงระยะเริ่มต้นของการใช้งาน งานศึกษาของ Park และ Ikeda[3] รายงานว่าความเข้มข้นของ VOCs ในอาคารใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนภายในระยะเวลาประมาณหนึ่งปี อย่างไรก็ตาม สารบางชนิดซึ่งมีแหล่งกำเนิดจากวัสดุไม้ อาจต้องใช้ระยะเวลานานกว่านั้นในการลดระดับความเข้มข้น[3] นอกจากนี้ งานทบทวนวรรณกรรมล่าสุดยังชี้ให้เห็นว่า ประเภทอาคารและกิจกรรมภายในอาคารมีผลต่อรูปแบบและระดับความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศภายในอย่างมีนัยสำคัญ[4] การประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยจากการสัมผัสสาร VOCs เป็นขั้นตอนสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพของพนักงาน โดยทั่วไปการประเมินความเสี่ยงจะพิจารณาจากระดับความเข้มข้นของสาร ระยะเวลาการสัมผัส และลักษณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งมักอ้างอิงค่าความเข้มข้นอ้างอิง (Reference Concentration: RfC) ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงของการสัมผัสสารเคมีแบบไม่ก่อมะเร็งในระยะยาว[5,6] อย่างไรก็ตาม สาร VOCs หลายชนิดยังไม่มีค่า RfC ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้การจำแนกสารออกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีค่า RfC เป็นประเด็นสำคัญในการประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุม[6,7] นอกจากการตรวจวัดระดับความเข้มข้นของ VOCs แล้ว การระบุแหล่งกำเนิดของมลพิษยังเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการจัดการคุณภาพอากาศภายในอาคาร เนื่องจาก VOCs สามารถมีแหล่งกำเนิดหลายแหล่งที่ซ้อนทับกัน แบบจำลอง Positive Matrix Factorization (PMF) เป็นเครื่องมือทางสถิติที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์แหล่งกำเนิดของมลพิษทางอากาศ โดยอาศัยข้อมูลความเข้มข้นของสารหลายชนิดเพื่อแยกองค์ประกอบ

และประเมินสัดส่วนการมีส่วนร่วมของแหล่งกำเนิดต่าง ๆ เช่น แหล่งจากวัสดุและอุปกรณ์ภายในอาคาร กิจกรรมของมนุษย์ หรือการแพร่กระจายจากอากาศภายนอก[8-10]

แม้ว่าจะมีงานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมากที่ศึกษาคุณภาพอากาศภายในอาคาร การวิเคราะห์แหล่งกำเนิดของ VOCs ด้วยแบบจำลอง PMF และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในบริบทของประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่เปรียบเทียบคุณภาพอากาศระหว่างอาคารสำนักงานประเภทอาคารเก่า และอาคารใหม่ ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของพนักงานอย่างเป็นระบบ[4,11] ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพอากาศภายในอาคารสำนักงานทั้งสองประเภทผ่านการตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่าย วิเคราะห์แหล่งกำเนิดของสาร VOCs โดยใช้แบบจำลอง PMF และประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของพนักงานสำนักงานในอาคารแต่ละประเภท เพื่อสนับสนุนการจัดการคุณภาพอากาศภายในอาคารและการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในสถานที่ทำงานอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบชนิดและปริมาณสารอินทรีย์ระเหยง่ายในอากาศภายในอาคารสำนักงานระหว่างอาคารเก่า และอาคารใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์แหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในอาคารสำนักงานแต่ละประเภทโดยใช้แบบจำลอง Positive Matrix Factorization (PMF)
3. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของพนักงานสำนักงานจากการสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในอาคารสำนักงานแต่ละประเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบบสำรวจภาคสนามและการวิเคราะห์เชิงประยุกต์ เพื่อศึกษาชนิด ปริมาณ แหล่งกำเนิด และการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยจากสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในอาคารสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร ดำเนินการโดยเก็บตัวอย่างอากาศภายในอาคารสำนักงาน วิเคราะห์แหล่งกำเนิด VOCs ด้วยแบบจำลอง PMF และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพพนักงานโดยใช้ค่าความเข้มข้นอ้างอิง (RfC) ผลการศึกษาจะให้ข้อมูลเพื่อวางแผนจัดการคุณภาพอากาศและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในสถานที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคารสำนักงาน โดยคัดเลือกอาคารตามอายุการใช้งานและลักษณะการปรับปรุงอาคาร แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ อาคารสำนักงานเก่า และอาคารสำนักงานใหม่ รายละเอียดของอาคารสำนักงานที่ใช้เป็นพื้นที่ศึกษา มีดังนี้

1. อาคารสำนักงาน BD1 เป็นอาคารของหน่วยงานราชการ มีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี พื้นที่ศึกษาตั้งอยู่บริเวณชั้น 7 ของอาคาร มีพื้นที่รวมประมาณ 500 ตารางเมตร ลักษณะการจัดพื้นที่ภายในเป็นสำนักงานแบบเปิด โดยมีการแบ่งพื้นที่ด้วยฉากกั้น มีความหนาแน่นของบุคลากรและเฟอร์นิเจอร์

ค่อนข้างสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเฟอร์นิเจอร์ที่ใช้งานมานาน อาคารใช้ระบบเครื่องปรับอากาศส่วนกลาง โดยเปิดใช้งานในช่วงเวลา 09.00-16.00 น.

2. อาคารสำนักงาน BD2 เป็นอาคารของบริษัทเอกชน มีอายุการใช้งานน้อยกว่า 5 ปี ตัวอาคารได้รับการออกแบบในลักษณะอาคารสำนักงานสมัยใหม่ แบ่งพื้นที่ใช้งานออกเป็นห้องสำนักงานหลายส่วน พื้นที่ศึกษาตั้งอยู่บริเวณชั้นใต้ดิน 1 มีพื้นที่ประมาณ 465 ตารางเมตร อาคารมีระบบบำบัดอากาศจากภายนอกก่อนนำเข้ามาใช้งานภายใน และติดตั้งระบบเครื่องปรับอากาศส่วนกลางที่ครอบคลุมพื้นที่สำนักงานทั้งหมด

อาคารสำนักงานทั้งสองแห่งมีลักษณะการใช้งานเป็นสำนักงานทั่วไป มีจำนวนผู้ใช้งานประมาณ 30-120 คนต่อวัน และมีการใช้งานอย่างต่อเนื่องในวันทำการปกติ (วันจันทร์-วันศุกร์) ในช่วงเวลาปฏิบัติงาน 08.00-17.00 น. โดยทั้งหมดใช้ระบบระบายอากาศแบบปิด (recirculation system)

การเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่าง

การตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในอากาศภายในอาคารดำเนินการด้วย 2 วิธี ได้แก่ การตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่ายทั่วไปตามวิธี U.S. EPA Method TO-15[12] โดยใช้เทคนิค Canister–Preconcentrator–GC/MS และการตรวจวัดสารในกลุ่มคาร์บอนิล (เช่น Formaldehyde) ตามวิธี U.S. EPA Method TO-11A[13] โดยใช้เทคนิค DNPH-HPLC โดยทำการเก็บตัวอย่างทั้งหมด 5 วัน (วันจันทร์-วันศุกร์) ในช่วงเวลาที่มีการปฏิบัติงานภายในสำนักงาน จุดเก็บตัวอย่างอากาศถูกกำหนดที่ระดับความสูง 1.0-1.5 เมตรจากพื้น เพื่อให้สอดคล้องกับระดับการหายใจของผู้ใช้งาน สำหรับการเก็บตัวอย่าง VOCs ทั่วไป ใช้ Canister ขนาด 6 ลิตร เชื่อมต่อกับตัวควบคุมอัตราการไหล (Flow controller) เพื่อเก็บตัวอย่างแบบรวม (Integrated sampling) เป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมง ในอัตราการไหลเฉลี่ย 10.4 mL/min ตามวิธี U.S. EPA Method TO-15[12] ขณะที่การเก็บตัวอย่างสารกลุ่มคาร์บอนิลใช้ DNPH cartridge (2,4-dinitro-phenylhydrazine) ต่อกับปั๊มดูดอากาศแบบควบคุมอัตราการไหลคงที่ที่ 300 mL/min เป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมง ตามวิธี U.S. EPA Method TO-11A[13] ภายหลังการเก็บตัวอย่าง ตัวอย่างทั้งหมดถูกจัดเก็บในภาชนะที่ปิดสนิท และเก็บรักษาที่อุณหภูมิ 4 °C ระหว่างการขนส่งไปยังห้องปฏิบัติการ โดยค่าความเข้มข้นที่ได้ถูกประมวลผลเป็นค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามเวลา 8 ชั่วโมง (8-hour Time-Weighted Average; 8-h TWA) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการประเมินการสัมผัสของบุคลากรตลอดช่วงเวลาการทำงาน และสะท้อนรูปแบบการสัมผัสตามสภาพการทำงานจริง เนื่องจากระดับความเข้มข้นของสารอาจเปลี่ยนแปลงตามกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา

ตัวอย่างอากาศที่เก็บด้วย Canister ถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยระบบ Preconcentrator–Gas Chromatography–Mass Spectrometry (GC/MS) โดยใช้เทคนิคการเพิ่มความเข้มข้นแบบอุณหภูมิต่ำ (Cryogenic preconcentration) ตามแนวทางของ US EPA Method TO-15[12] เพื่อระบุและวิเคราะห์สารอินทรีย์ระเหยง่าย ขณะที่ตัวอย่างสารกลุ่มคาร์บอนิลซึ่งเก็บด้วย DNPH cartridge ถูกสกัดด้วยตัวทำละลาย Acetonitrile และนำไปวิเคราะห์ด้วยเครื่อง High Performance Liquid Chromatography (HPLC) ร่วมกับตัวตรวจวัดแบบอัลตราไวโอเลต (UV detector) ที่ความยาวคลื่น 360 นาโนเมตร ตามวิธี US EPA Method TO-11A[13] เพื่อใช้ในการตรวจวัดสารคาร์บอนิล เช่น Formaldehyde และ Acetaldehyde

เป็นต้น ตลอดกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่างมีการควบคุมคุณภาพอย่างเป็นระบบ โดยทำการสอบเทียบเครื่องมือวิเคราะห์ด้วยก๊าซมาตรฐานที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานสากลก่อนการวิเคราะห์ในแต่ละชุด รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ตัวอย่าง Blank, Duplicate และ Calibration เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

(ก) (ข)

ภาพที่ 1 การเก็บตัวอย่างสารอินทรีย์ระเหยง่ายในอากาศ ณ อาคารสำนักงาน (ก) BD1 และ (ข) BD2

การประมวลผลข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ชนิดและระดับความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่าย แสดงในรูปของค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามเวลา 8 ชั่วโมง (8-h TWA) โดยรายงานในหน่วยไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (μg/m^3) ทั้งนี้ค่าความเข้มข้นของแต่ละสารที่ตรวจวัดได้ในแต่ละวันถูกนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยตลอดช่วงการศึกษา เพื่อใช้เป็นค่าตัวแทนของระดับความเข้มข้นของสารในพื้นที่สำนักงานแต่ละแห่ง โดยพิจารณาเฉพาะสารที่ตรวจพบในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์เชิงสถิติ ในกรณีที่ค่าความเข้มข้นของสารต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัด (Method detection limit; MDL) ค่าดังกล่าวถูกแทนด้วยครึ่งหนึ่งของค่า MDL ตามแนวปฏิบัติมาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปในงานศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย แนวทางการจัดการข้อมูลดังกล่าวช่วยลดอคติจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และเอื้อต่อการตีความผลการสัมผัสของบุคลากรภายใต้สภาพการทำงานจริงอย่างเหมาะสม

การระบุแหล่งกำเนิดและการวิเคราะห์สัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคาร

การวิเคราะห์แหล่งกำเนิดและสัดส่วนการมีส่วนร่วมของสารอินทรีย์ระเหยง่าย ภายในอาคาร ดำเนินการโดยใช้แบบจำลอง Positive Matrix Factorization (PMF) Version 5.0 ซึ่งเป็นแบบจำลองตัวรับ

เชิงสถิติแบบพหุตัวแปรที่อาศัยข้อมูลความเข้มข้นจากการตรวจวัดจริงร่วมกับค่าความไม่แน่นอนของข้อมูล เพื่อแยกแยะโปรไฟล์ของแหล่งกำเนิดและประเมินสัดส่วนการมีส่วนร่วมของแต่ละแหล่งต่อความเข้มข้นรวมของสาร VOCs โดยไม่จำเป็นต้องทราบองค์ประกอบของแหล่งกำเนิดล่วงหน้า[14] แบบจำลองดังกล่าวสามารถสะท้อนบทบาทของแหล่งกำเนิดที่สำคัญภายในอาคารได้อย่างเป็นระบบ เช่น วัสดุก่อสร้าง เฟอร์นิเจอร์ กิจกรรมของผู้ใช้อาคาร และระบบระบายอากาศ ซึ่งข้อมูลสัดส่วนการมีส่วนร่วมที่ได้มีความสำคัญต่อการตีความรูปแบบการสัมผัสของบุคลากรและการกำหนดแนวทางควบคุมแหล่งกำเนิดมลพิษภายในอาคารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ PMF ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานศึกษาด้านคุณภาพอากาศและการประเมินแหล่งกำเนิดมลพิษ[14]

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health risk assessment) สำหรับพนักงานที่ปฏิบัติงานในสำนักงานดำเนินการโดยนำค่าความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่าย ที่ตรวจวัดได้ในอากาศภายในอาคารมาใช้ในการวิเคราะห์ทั้งความเสี่ยงด้านการก่อมะเร็ง (cancer risk) และความเสี่ยงที่ไม่ก่อมะเร็ง (Non-cancer risk)[15] โดยเริ่มจากการคำนวณค่าความเข้มข้นการรับสัมผัสทางการหายใจ (Inhalation Exposure Concentration; EC) ซึ่งสะท้อนระดับการรับสัมผัสของพนักงานตลอดช่วงเวลาการทำงานจริง คำนวณได้จากสมการที่ 1

$$EC = \frac{C \times ET \times EF \times ED}{AT} \quad (1)$$

โดยที่ C คือความเข้มข้นของสารในอากาศ ($\mu g/m^3$), ET คือระยะเวลาการรับสัมผัสต่อวัน (ชั่วโมง/วัน), EF คือความถี่การรับสัมผัส (วัน/ปี), ED คือระยะเวลาการรับสัมผัส (ปี) และ AT คือระยะเวลาเฉลี่ย ซึ่งสำหรับการประเมินความเสี่ยงด้านการก่อมะเร็งกำหนดจากช่วงชีวิตเฉลี่ย 70 ปี ขณะที่การประเมินความเสี่ยงที่ไม่ก่อมะเร็งใช้ค่า AT เท่ากับช่วงเวลาการรับสัมผัสจริง

จากนั้นการประเมินความเสี่ยงด้านการก่อมะเร็ง (Cancer Risk Assessment) จะคำนวณค่าความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิต (Lifetime Cancer Risk; LCR) จากค่า EC ร่วมกับค่า inhalation unit risk (IUR) ของสารแต่ละชนิด ตามสมการที่ 2

$$LCR = EC \times IUR \quad (2)$$

โดยที่ IUR มีหน่วยเป็น $(\mu g/m^3)^{-1}$ ซึ่งค่า LCR ที่ได้สะท้อนความน่าจะเป็นในการเกิดโรคมะเร็งจากการรับสัมผัสสารผ่านทางการหายใจตลอดช่วงชีวิตการทำงานของพนักงานสำนักงาน ตามเกณฑ์ U.S. EPA ค่า LCR น้อยกว่า 1×10^{-6} ถือว่าความเสี่ยงต่ำมาก, 1×10^{-6} ถึง 1×10^{-4} เป็นระดับที่ยอมรับได้ และมากกว่า 1×10^{-4} เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้[15]

ขณะเดียวกัน การประเมินความเสี่ยงที่ไม่ก่อมะเร็ง (Non-cancer Risk Assessment) จะพิจารณาในรูปของค่า Hazard Quotient (HQ) โดยเปรียบเทียบค่า EC กับค่าความเข้มข้นอ้างอิงที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (Reference Concentration; RfC) ในหน่วย mg/m^3 ดังสมการที่ 3

$$HQ = \frac{EC}{RfC \times 1000} \quad (3)$$

โดยค่า HQ ที่มากกว่า 1 บ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ของผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็ง แนวทางการประเมินดังกล่าวช่วยสะท้อนระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของพนักงานสำนักงานภายใต้สภาพการทำงานจริง และสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการจัดการคุณภาพอากาศภายในอาคารได้อย่างเหมาะสมตามหลักอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

ในการคำนวณค่าการรับสัมผัสทางการหายใจ (EC) สำหรับพนักงานในอาคารสำนักงาน ค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ถูกกำหนดให้สอดคล้องกับรูปแบบการทำงานจริงและแนวทางมาตรฐานด้านการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยกำหนดค่าความเข้มข้นของสารในอากาศ (C) จากผลการตรวจวัดซึ่งรายงานในรูปของค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามเวลา 8 ชั่วโมง (8-h TWA) ระยะเวลาการรับสัมผัสต่อวัน (ET) กำหนดเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับเวลาการทำงานปกติ ความถี่การรับสัมผัส (EF) กำหนดเท่ากับ 250 วันต่อปี โดยพิจารณาจากจำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อปี (ไม่นับวันหยุดสุดสัปดาห์และวันหยุดนักขัตฤกษ์) ระยะเวลาการรับสัมผัส (ED) กำหนดเท่ากับ 25 ปี เพื่อสะท้อนช่วงเวลาการทำงานโดยเฉลี่ยของบุคลากรในสำนักงาน สำหรับการประเมินความเสี่ยงด้านการก่อมะเร็ง ระยะเวลาเฉลี่ย (AT) มีค่าเท่า 613,200 ชั่วโมง ซึ่งคำนวณจากช่วงชีวิตเฉลี่ย 70 ปี ขณะที่การประเมินความเสี่ยงที่ไม่ก่อมะเร็งกำหนดค่า AT เท่ากับ 219,000 ชั่วโมง ซึ่งคำนวณจากช่วงเวลาการรับสัมผัสจริง (ED) ค่าพารามิเตอร์ดังกล่าวเป็นค่าที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานประเมินความเสี่ยงจากการรับสัมผัสสารเคมีผ่านการหายใจในสภาพแวดล้อมการทำงาน และได้รับการแนะนำโดยหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย[15,16]

ผลการศึกษา

ชนิดและความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคาร

ผลการตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศภายในอาคารสำนักงานทั้งสองแห่ง แสดงให้เห็นความแตกต่างทั้งในด้านชนิดและระดับความเข้มข้นของสาร โดยรายละเอียดองค์ประกอบและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นแสดงไว้ในตารางที่ 1 สำหรับสำนักงาน BD1 ตรวจพบสาร VOCs จำนวน 36 ชนิด มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคารตลอดช่วงการทำงาน 8 ชั่วโมงรวม 153.87 µg/m³ โดยสารที่มีความเข้มข้นสูงสุด 5 ชนิด ได้แก่ Ethanol (34.29 µg/m³), Isopropyl alcohol (17.21 µg/m³), Formaldehyde (15.97 µg/m³), Acetone (15.16 µg/m³), และ Freon 22 (12.38 µg/m³) ขณะที่สำนักงาน BD2 สามารถตรวจพบสาร VOCs จำนวนทั้งสิ้น 48 ชนิด โดยมีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคารตลอดช่วงการทำงาน 8 ชั่วโมงรวม 403.27 µg/m³ มีค่าความเข้มข้นรวมสูงกว่าสำนักงาน BD1 อยู่ที่ 249.40 µg/m³ ซึ่งสารที่พบความเข้มข้นในระดับสูงสุด 5 ชนิด ได้แก่ Toluene (54.27 µg/m³), Isopropyl alcohol (50.24 µg/m³), Ethanol (45.23 µg/m³), Formaldehyde (39.55 µg/m³), และ Hexanal (34.99 µg/m³) ผลการตรวจวัดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่าง

ของลักษณะแหล่งกำเนิดและสภาพแวดล้อมภายในอาคารสำนักงานแต่ละแห่ง ซึ่งอาจมีผลต่อระดับการสัมผัสของผู้ปฏิบัติงานภายในพื้นที่ทำงาน

ตารางที่ 1 ชนิดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสาร VOCs ที่ตรวจพบภายในอาคารสำนักงาน

ลำดับที่	ชนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย	ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคาร ตลอดช่วงการทำงาน 8 ชั่วโมง (μg/m³)	
		อาคารสำนักงาน BD1	อาคารสำนักงาน BD2
1	Propene	1.88	8.92
2	Freon 12	1.88	2.03
3	Freon 22	12.38	2.58
4	Chloromethane	1.45	1.71
5	Isobutene	0.57	1.51
6	1,3-Butadiene	-	0.31
7	Freon 11	1.07	1.4
8	Pentane	1.98	5.9
9	Isoprene	2.37	4.57
10	Acrylonitrile	1.87	3.82
11	Ethanol	34.29	45.23
12	2-Propenal	0.83	1.7
13	Freon 113	-	0.61
14	Acetone	15.16	34.68
15	Isopropyl Alcohol	17.21	50.24
16	Dichloromethane	1.01	1.95
17	Cyclopentane	1.32	10.56
18	Hexane	1.13	4.65
19	Methacrolein	0.46	1
20	1-Propanol	1.38	2.31
21	Methyl vinyl ketone	1.43	2.29
22	2-Butanone	2.71	4.13
23	Chloroform	0.73	0.98
24	Cyclohexane	0.86	5.23
25	Carbon tetrachloride	-	0.57
26	Benzene	0.83	1.37
27	2-Pentanone	0.56	0.81
28	Pentanal	0.92	1.55
29	3-Pentanone	-	0.63

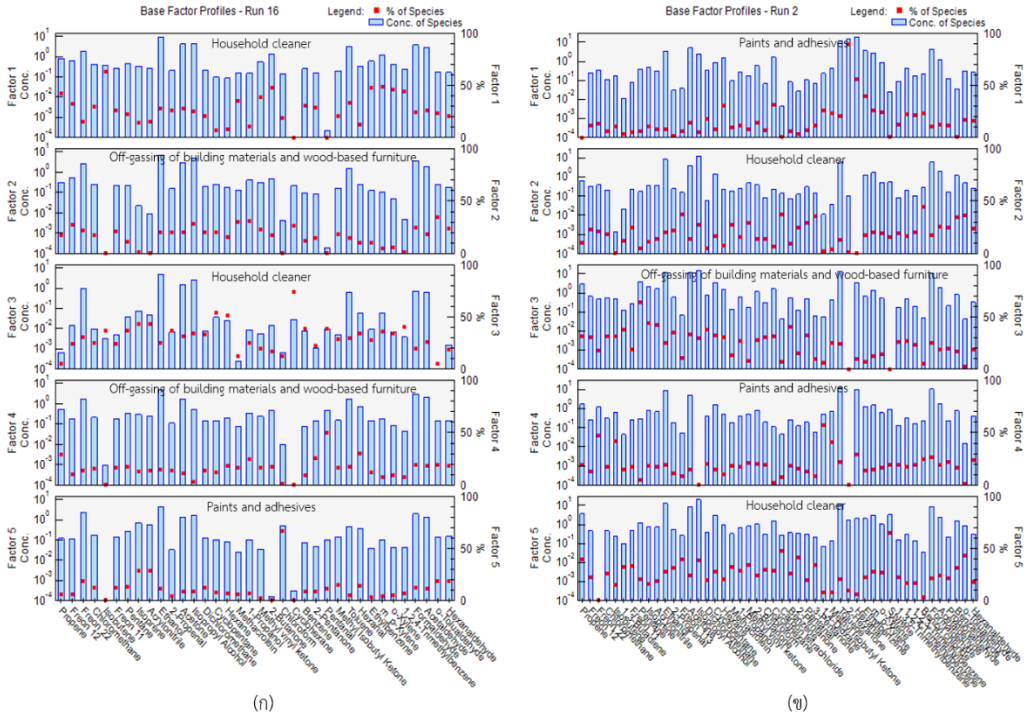
ตารางที่ 1 (ต่อ) ชนิดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสาร VOCs ที่ตรวจพบภายในอาคารสำนักงาน

ลำดับที่	ชนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย	ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคาร ตลอดช่วงการทำงาน 8 ชั่วโมง (μg/m³)	
		อาคารสำนักงาน BD1	อาคารสำนักงาน BD2
30	1,4-Dioxane	-	0.9
31	Methyl Isobutyl Ketone	0.94	1.8
32	Toluene	9.87	54.27
33	2-Hexanone	-	17.05
34	Hexanal	2.58	34.99
35	Ethylbenzene	1.3	9.17
36	m,p-Xylene	2.56	10.69
37	o-Xylene	0.87	3.69
38	Styrene	-	4.86
39	1,3,5-Trimethylbenzene	-	0.69
40	1,2,4-Trimethylbenzene	0.59	1.82
41	1,2,3-Trimethylbenzene	-	0.84
42	Benzyl chloride	-	0.93
43	Formaldehyde	15.97	39.55
44	Acetaldehyde	11.35	9.52
45	Propionaldehyde	-	1.02
46	Benzaldehyde	-	4.69
47	o-Tolualdehyde	0.74	1.87
48	Hexanaldehyde	0.82	1.68

แหล่งกำเนิดและสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคาร

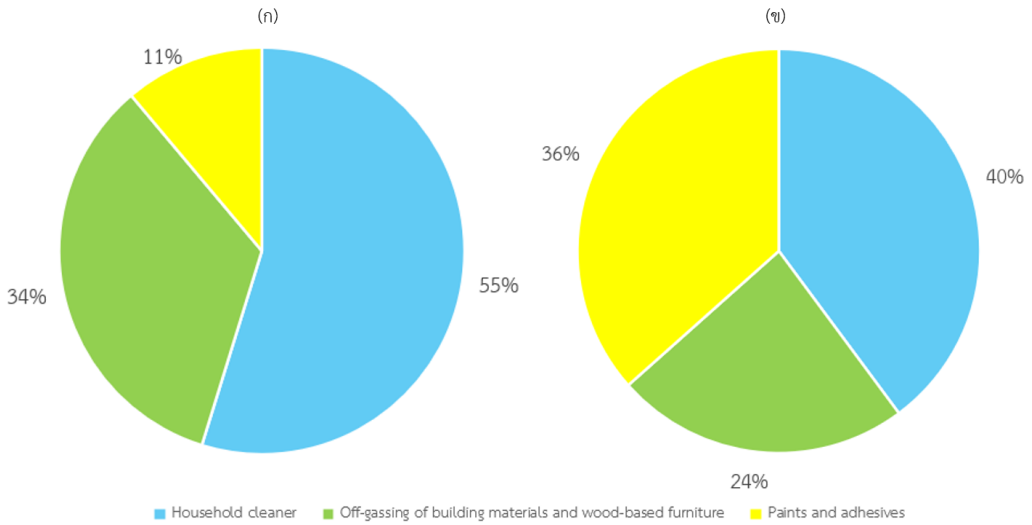
ผลการศึกษาแหล่งกำเนิดและสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคารสำนักงาน BD1 และ BD2 ตลอดช่วงการทำงาน 8 ชั่วโมง พบว่า หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบบจำลอง PMF model และการพิจารณาสารเอกลักษณ์ (Signature) ของแหล่งกำเนิดต่างๆ ในแต่ละ Factor (ดังภาพที่ 2) แล้วนั้น แหล่งกำเนิดที่มีการปลดปล่อยสารอินทรีย์ระเหยง่ายในพื้นที่การศึกษานี้ประกอบไปด้วย 3 แหล่งกำเนิดหลัก คือ 1) แหล่งกำเนิดจากสีทาอาคารและสารยึดติด (Paint and adhesives) โดยมีสารเอกลักษณ์หลักที่ใช้พิจารณา ได้แก่ Xylene และ Benzene, 2) แหล่งกำเนิดจากสารทำความสะอาดในอาคาร (Household cleaner) โดยมีสารเอกลักษณ์หลักที่ใช้พิจารณา ได้แก่ Ethanol, Isopropyl alcohol, และกลุ่ม Oxygenated VOCs, และ 3) แหล่งกำเนิดจากวัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้ (Off-gassing of

building materials and wood-based furniture) โดยมีสารเอกลักษณ์หลักที่ใช้พิจารณา ได้แก่ Formaldehyde, Acetaldehyde, และกลุ่ม Alkanes



ภาพที่ 2 ผลของ PMF model ที่ระบุถึงแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคารสำนักงาน (ก) BD1 และ (ข) BD2

ผลการวิเคราะห์สัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคารสำนักงาน BD1 และ BD2 ดังแสดงในภาพที่ 3 พบว่าแหล่งกำเนิดหลักของ VOCs ในทั้งสองอาคารมาจากสารทำความสะอาดภายในอาคาร ซึ่งมีสัดส่วนอิทธิพลของแหล่งกำเนิดต่อความเข้มข้นสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 55 สำหรับอาคาร BD1 และร้อยละ 40 สำหรับอาคาร BD2 สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของกิจกรรมการใช้งานประจำวันต่อคุณภาพอากาศภายในอาคาร สำรับอาคารสำนักงาน BD1 แหล่งกำเนิดรองลงมาคือการระเหยของสารจากวัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ที่ทำจากไม้ ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 34 ขณะที่อาคารสำนักงาน BD2 พบว่าแหล่งกำเนิดจากสีทาอาคารและสารยึดติด มีสัดส่วนสูงเป็นอันดับที่สอง คิดเป็นร้อยละ 36 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของอาคารที่เป็นอาคารใหม่หรือผ่านการปรับปรุงไม่นาน ส่งผลให้ยังคงมีการปลดปล่อยสารระเหยจากสีและวัสดุตกแต่งภายใน ผลการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนการอธิบายรูปแบบการกระจายของสาร VOCs ที่ตรวจวัดได้ในอาคารสำนักงาน และสามารถนำไปใช้ประกอบการตีความผลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในภาพรวมได้อย่างเหมาะสม



ภาพที่ 3 สัดส่วนของแต่ละแหล่งกำเนิดที่ปลดปล่อยสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในอาคารสำนักงาน (ก) BD1 และ (ข) BD2

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในอาคารสำนักงาน

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสาร VOCs ผ่านทางการหายใจในอากาศภายในอาคารสำนักงานต่อพนักงานที่ทำงานในช่วงเวลา 8 ชั่วโมงต่อวัน แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็ง ตามแนวทางของ U.S. EPA จากสาร VOCs ทั้งหมด ที่ตรวจพบในการศึกษานี้ พบว่ามีค่า Reference Concentration (RfC) จากฐานข้อมูล U.S. EPA และ IRIS เพียง 28 ชนิด และมีค่า Inhalation Unit Risk (IUR) เพียง 9 ชนิด ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งสามารถนำมาประเมินความเสี่ยงเชิงปริมาณได้ สาร VOC ที่เหลือไม่ได้นำมาคำนวณความเสี่ยงทางสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มีค่ามาตรฐานทางพิษวิทยา (RfC และ IUR) ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูล U.S. EPA และ IRIS ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดของข้อมูลทางพิษวิทยาที่ยังไม่เพียงพอต่อการกำหนดความสัมพันธ์เชิงปริมาณระหว่างระดับการสัมผัสและผลตอบสนองทางสุขภาพได้อย่างน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม สาร VOCs ที่ไม่ได้นำมาประเมินส่วนใหญ่เป็นสารที่มีความเข้มข้นต่ำและไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระดับที่ตรวจพบ ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงในการศึกษานี้จึงครอบคลุมสาร VOCs ที่มีนัยสำคัญต่อสุขภาพและมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับอย่างเพียงพอ ทำให้ผลการประเมินสะท้อนความเสี่ยงที่แท้จริงได้อย่างเชื่อถือได้

ตารางที่ 2 ค่าความเข้มข้นอ้างอิงที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (RfC) และค่าความเสี่ยงต่อหน่วยการสัมผัสทางการหายใจ (IUR) ของสารแต่ละชนิดที่พบในบรรยากาศภายในอาคารสำนักงาน

ลำดับ	VOCs	RfC (mg/m^3)	IUR $(\mu g/m^3)^{-1}$	ลำดับ	VOCs	RfC (mg/m^3)	IUR $(\mu g/m^3)^{-1}$
1	Propene	3	-	15	Benzene	0.003	7.8×10^{-6}
2	Chloromethane	0.06	-	16	1,4-Dioxane	0.03	5.0×10^{-6}
3	1,3-Butadiene	0.002	3.6×10^{-5}	17	Methyl Isobutyl Ketone	3	-
4	Freon 11	1	-	18	Toluene	4	-
5	Acrylonitrile	0.002	-	19	2-Hexanone	0.03	-
6	Freon 113	5	-	20	Ethylbenzene	0.3	2.5×10^{-6}
7	Acetone	20	-	21	m,p-Xylene	0.1	-
8	Isopropyl Alcohol	0.2	-	22	o-Xylene	0.1	-
9	Dichloromethane	0.6	1.0×10^{-8}	23	Styrene	0.9	-
10	Hexane	0.7	-	24	1,3,5-Trimethylbenzene	0.06	-
11	2-Butanone	3	-	25	1,2,4-Trimethylbenzene	0.06	-
12	Chloroform	0.002	-	26	Benzyl chloride	0.001	4.9×10^{-5}
13	Cyclohexane	6	-	27	Formaldehyde	0.007	1.1×10^{-5}
14	Carbon tetrachloride	0.1	6.0×10^{-6}	28	Acetaldehyde	0.009	2.2×10^{-6}

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในอาคารสำนักงาน BD1 และ BD2 ดำเนินการโดยคำนวณค่าความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตลอดช่วงชีวิต (LCR) และค่าดัชนีอันตราย (HQ) จากสาร VOCs ที่มีค่าความเข้มข้นอ้างอิง (RfC) และค่าความเสี่ยงต่อหน่วยการสัมผัสทางการหายใจ (IUR) ตามแนวทางของ U.S. EPA[15] ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งจากการสัมผัสสาร VOCs ตลอดช่วงชีวิตการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในอาคารสำนักงาน BD1 และ BD2 พบว่าจากสาร VOCs ที่ตรวจพบทั้งหมด มีเพียง 9 ชนิดที่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งได้ ได้แก่ Formaldehyde, Benzyl chloride, Ethylbenzene, Acetaldehyde, 1,3-Butadiene, Benzene, 1,4-Dioxane, Carbon tetrachloride และ Dichloromethane โดยสารที่มีค่า LCR สูงที่สุดคือ Formaldehyde ซึ่งมีค่า LCR เท่ากับ 1.4×10^{-5} ในอาคาร BD1 และ 3.6×10^{-5} ในอาคาร BD2 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ U.S. EPA[15] รองลงมาคือ Benzyl chloride ที่พบเฉพาะในอาคาร BD2 โดยมีค่า LCR เท่ากับ 3.7×10^{-6} ตามด้วย Acetaldehyde ที่มีค่า LCR เท่ากับ 2.0×10^{-6} และ 1.7×10^{-6} ในอาคาร BD1 และ BD2 ตามลำดับ และ Ethylbenzene ที่มีค่า LCR เท่ากับ 2.7×10^{-7} และ 1.9×10^{-6} ในอาคาร BD1 และ BD2 ตามลำดับ สำหรับสารชนิดอื่นๆ ได้แก่ 1,3-Butadiene ที่พบเฉพาะในอาคาร BD2 มีค่า LCR เท่ากับ 8.9×10^{-7} Benzene ที่มีค่า LCR เท่ากับ 8.7×10^{-7} ในอาคาร BD2 1,4-Dioxane ที่มีค่า LCR เท่ากับ 3.7×10^{-7} ในอาคาร BD2 Carbon tetrachloride ที่มีค่า LCR เท่ากับ 2.8×10^{-7} ในอาคาร BD2 และ Dichloromethane ที่มีค่า LCR

เท่ากับ 8.2×10^{-10} และ 1.6×10^{-9} ในอาคาร BD1 และ BD2 ตามลำดับ ซึ่งมีค่า LCR ต่ำกว่า 1×10^{-6} ถือว่ามีความเสี่ยงต่ำมาก

สำหรับความเสี่ยงที่ไม่ก่อมะเร็ง มีสาร VOCs ทั้งหมด 28 ชนิดที่สามารถประเมินความเสี่ยงได้โดยใช้ค่า Hazard Quotient (HQ) โดยสารที่มีค่า HQ สูงที่สุดคือ Formaldehyde ซึ่งมีค่า HQ เท่ากับ 0.52 ในอาคาร BD1 และ 1.29 ในอาคาร BD2 โดยในอาคาร BD2 มีค่า HQ มากกว่า 1 บ่งชี้ว่าความเข้มข้นของ Formaldehyde มีความเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน[15] รองลงมาคือ Acrylonitrile ที่มีค่า HQ เท่ากับ 0.21 ในอาคาร BD1 และ 0.44 ในอาคาร BD2 ตามด้วย Acetaldehyde ที่มีค่า HQ เท่ากับ 0.29 และ 0.24 ในอาคาร BD1 และ BD2 ตามลำดับ Benzyl chloride ที่พบเฉพาะในอาคาร BD2 มีค่า HQ เท่ากับ 0.21 และ 2-Hexanone ที่พบเฉพาะในอาคาร BD2 มีค่า HQ เท่ากับ 0.13 นอกจากนี้ Chloroform มีค่า HQ เท่ากับ 0.08 และ 0.11 ในอาคาร BD1 และ BD2 ตามลำดับ และ Benzene มีค่า HQ เท่ากับ 0.06 และ 0.10 ในอาคาร BD1 และ BD2 ตามลำดับ สำหรับสารชนิดอื่น ๆ มีค่า HQ ต่ำกว่า 0.06 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในระดับต่ำ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากสาร VOCs ในอาคารสำนักงาน BD1 และ BD2

ชนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย	อาคารสำนักงาน BD1				อาคารสำนักงาน BD2			
	EC สำหรับ noncancer	EC สำหรับ cancer	HQ	LCR	EC สำหรับ noncancer	EC สำหรับ cancer	HQ	LCR
Propene	0.43	-	0.0001	-	2.04	-	0.0007	-
Chloromethane	0.33	-	0.0055	-	0.39	-	0.0065	-
1,3-Butadiene	-	-	-	-	0.07	0.03	0.0354	8.9×10^{-7}
Freon 11	0.24	-	0.0002	-	0.32	-	0.0003	-
Acrylonitrile	0.43	-	0.2135	-	0.87	-	0.4361	-
Freon 113	-	-	-	-	0.14	-	0.0000	-
Acetone	3.46	-	0.0002	-	7.92	-	0.0004	-
Isopropyl Alcohol	3.93	-	0.0196	-	11.47	-	0.0574	-
Dichloromethane	0.23	0.08	0.0004	8.2×10^{-10}	0.45	0.16	0.0007	1.6×10^{-9}
Hexane	0.26	-	0.0004	-	1.06	-	0.0015	-
2-Butanone	0.62	-	0.0002	-	0.94	-	0.0003	-
Chloroform	0.17	-	0.0833	-	0.22	-	0.1119	-
Cyclohexane	0.20	-	0.0000	-	1.19	-	0.0002	-
Carbon tetrachloride	-	-	-	-	0.13	0.05	0.0013	2.8×10^{-7}
Benzene	0.19	-	0.0632	-	0.31	0.11	0.1043	8.7×10^{-7}
1,4-Dioxane	-	-	-	-	0.21	0.07	0.0068	3.7×10^{-7}

ตารางที่ 3 (ต่อ) ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากสาร VOCs ในอาคารสำนักงาน BD1 และ BD2

ชนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย	อาคารสำนักงาน BD1				อาคารสำนักงาน BD2			
	EC สำหรับ noncancer	EC สำหรับ cancer	HQ	LCR	EC สำหรับ noncancer	EC สำหรับ cancer	HQ	LCR
Methyl Isobutyl Ketone	0.21	-	0.0001	-	0.41	-	0.0001	-
Toluene	2.25	-	0.0006	-	12.39	-	0.0031	-
2-Hexanone	-	-	-	-	3.89	-	0.1298	-
Ethylbenzene	0.30	0.11	0.0010	2.7×10^{-7}	2.09	0.75	0.0070	1.9×10^{-6}
m,p-Xylene	0.58	-	0.0058	-	2.44	-	0.0244	-
o-Xylene	0.20	-	0.0020	-	0.84	-	0.0084	-
Styrene	-	-	-	-	1.11	-	0.0012	-
1,3,5-Trimethylbenzene	-	-	-	-	0.16	-	0.0026	-
1,2,4-Trimethylbenzene	0.13	-	0.0022	-	0.42	-	0.0069	-
Benzyl chloride	-	-	-	-	0.21	0.08	0.2123	3.7×10^{-6}
Formaldehyde	3.65	1.30	0.5209	1.4×10^{-5}	9.03	3.22	1.2900	3.6×10^{-5}
Acetaldehyde	2.59	0.93	0.2879	2.0×10^{-6}	2.17	0.78	0.2415	1.7×10^{-6}

หมายเหตุ: EC=Exposure Concentration (μg/m³); HQ=Hazard Quotient; LCR=Lifetime Cancer Risk

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ประเมินคุณภาพอากาศภายในสถานที่ทำงานและความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของพนักงานสำนักงานในอาคารเก่า (BD1) และอาคารใหม่ (BD2) พบว่าอาคาร BD2 มีระดับความเข้มข้นของ VOCs รวมสูงกว่าอาคาร BD1 ถึง 2.6 เท่า (403.27 μg/m³ เทียบกับ 153.87 μg/m³) และตรวจพบสาร VOCs มากกว่า (48 ชนิด เทียบกับ 36 ชนิด) การวิเคราะห์แหล่งกำเนิดด้วยแบบจำลอง PMF ระบุแหล่งกำเนิดหลัก 3 แหล่ง คือ สารทำความสะอาดในอาคาร (55% ใน BD1 และ 40% ใน BD2) วัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้ (34% ใน BD1 และ 24% ใน BD2) และสีทาอาคารและสารยึดติด (11% ใน BD1 และ 36% ใน BD2) ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Park และ Ikeda (2006)[3] ที่รายงานว่าอาคารใหม่มีระดับ VOCs สูงจากการปลดปล่อยสารจากวัสดุใหม่ ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตาม U.S. EPA[15] พบว่า

ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง (LCR) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดย Formaldehyde มีค่า LCR สูงสุด (1.4×10^{-5} ใน BD1 และ 3.6×10^{-5} ใน BD2) อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงที่ไม่ก่อมะเร็งในอาคาร BD2 พบว่า Formaldehyde มีค่า HQ เท่ากับ 1.29 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (HQ > 1) บ่งชี้ว่า พนักงานมีความเป็นไปได้ที่จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อาการระคายเคืองต่อดวงตา จมูก ระบบทางเดินหายใจ ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนี้พบสารอื่นที่มีค่า HQ ในระดับที่ควรให้ความสนใจ ได้แก่ Acrylonitrile (0.44 ใน BD2) Acetaldehyde (0.29 ใน BD1 และ 0.24 ใน BD2) และ Benzyl chloride (0.21 ใน BD2)

ข้อเสนอแนะด้านอาชีวอนามัยสำหรับการจัดการคุณภาพอากาศในอาคารสำนักงานมีดังนี้ สำหรับอาคารใหม่ ควรมีช่วงระบายอากาศก่อนเริ่มใช้งาน (Pre-occupancy ventilation) 2-4 สัปดาห์ เพิ่มอัตราการระบายอากาศในช่วง 6-12 เดือนแรก เลือกใช้วัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ที่ปล่อย VOCs ต่ำตามมาตรฐาน Green Label[17] หรือ LEED[18] และติดตั้งระบบกรองอากาศที่มีประสิทธิภาพ สำหรับอาคารเก่า ควรตรวจสอบคุณภาพอากาศเป็นประจำทุก 6 เดือน ปรับปรุงระบบระบายอากาศตามมาตรฐาน ASHRAE 62.1[19] เปลี่ยนเฟอร์นิเจอร์เก่าที่เป็นแหล่งปล่อย Formaldehyde และควบคุมการใช้สารทำความสะอาดที่มี VOCs สูง สำหรับทั้งสองประเภทอาคาร ควรจัดทำโปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพพนักงาน โดยมีการตรวจสุขภาพประจำปี จัดฝึกอบรมความรู้ด้านอาชีวอนามัยเกี่ยวกับความเสี่ยงจาก VOCs แก่พนักงาน จัดทำแนวปฏิบัติในการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย และติดตั้งระบบแจ้งเตือนคุณภาพอากาศแบบเรียลไทม์ การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตให้ครอบคลุมอาคารมากขึ้น เก็บข้อมูลระยะยาวเพื่อศึกษาความแปรปรวนตามฤดูกาล ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพพนักงานโดยตรง และพัฒนาแนวทางการจัดการคุณภาพอากาศที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยเพื่อลดความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและส่งเสริมสุขภาพของพนักงานอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนข้อมูลและการอนุเคราะห์จากศูนย์วิจัยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม ในการนำข้อมูลการตรวจวัดคุณภาพอากาศมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของอาคารสำนักงานทั้งสองแห่งที่เป็นพื้นที่ศึกษา ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บตัวอย่างอากาศภายในอาคาร ตลอดจนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. American Lung Association. Volatile Organic Compounds [Internet]. 2026 [cited 2026 Jan 15]. Available from: https://www.lung.org/clean-air/indoor-air/indoor-air-pollutants/volatile-organic-compounds
2. United States Environmental Protection Agency. Volatile Organic Compounds' Impact on Indoor Air Quality [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 15]. Available from: https://www.epa.gov/indoor-air-quality-iaq/volatile-organic-compounds-impact-indoor-air-quality
3. Park JS, Ikeda K. Variations of formaldehyde and VOC levels during 3 years in new and older homes. Indoor Air. 2006 Apr;16(2):129-35. doi: 10.1111/j.1600-0668.2005.00408.x.
4. Baeza Romero MT, Dudzinska MR, Amouei Torkmahalleh M, Barros N, Coggins AM, Ruzgar DG, et al. A review of critical residential buildings parameters and activities when investigating indoor air quality and pollutants. Indoor Air. 2022 Nov;32(11):e13144. doi: 10.1111/ina.13144.
5. Alaska Department of Environmental Conservation. Environmental Protection Agency's Reference Concentrations (RfCs) [Internet]. 2003 [cited 2026 Jan 15]. Available from: https://dec.alaska.gov/air/anpms/toxics/non-carcinogens/
6. Su FC, Jia C, Batterman S. Extreme value analyses of VOC exposures and risks: A comparison of RIOPA and NHANES datasets. Atmos Environ (1994). 2012 Dec 1;62:97-106. doi: 10.1016/j.atmosenv.2012.06.038.
7. Mo Z, Lu S, Shao M. Volatile organic compound (VOC) emissions and health risk assessment in paint and coatings industry in the Yangtze River Delta, China. Environ Pollut. 2021 Jan 15;269:115740. doi: 10.1016/j.envpol.2020.115740.
8. Su YC, Chen WH, Fan CL, Tong YH, Weng TH, Chen SP, et al. Source Apportionment of Volatile Organic Compounds (VOCs) by Positive Matrix Factorization (PMF) supported by Model Simulation and Source Markers - Using Petrochemical Emissions as a Showcase. Environ Pollut. 2019;254:112848. doi: 10.1016/j.envpol.2019.07.016
9. Healy RM, Sofowote UM, Wang JM, Chen Q, Todd A. Spatially Resolved Source Apportionment of Industrial VOCs Using a Mobile Monitoring Platform. Atmosphere. 2022;13(10):1722. doi: 10.3390/atmos13101722
10. Frischmon C, Hannigan M. VOC source apportionment: How monitoring characteristics influence positive matrix factorization (PMF) solutions. Atmos Environ X. 2024;21:100230. doi: 10.1016/j.aeaoa.2023.100230

11. Felgueiras F, Mourão Z, Moreira A, Gabriel MF. Indoor environmental quality in offices and risk of health and productivity complaints at work: A literature review. J Hazard Mater Adv. 2023;10:100314. doi: 10.1016/j.hazadv.2023.100314
12. United States Environmental Protection Agency. Compendium Method TO-15: Determination of Volatile Organic Compounds (VOCs) in Air Collected in Specially-Prepared Canisters and Analyzed by GC/MS. Cincinnati (OH): U.S. Environmental Protection Agency; 1999.
13. United States Environmental Protection Agency. Compendium Method TO-11A: Determination of Formaldehyde in Ambient Air Using Adsorbent Cartridge Followed by HPLC. Cincinnati (OH): U.S. Environmental Protection Agency; 1999.
14. United States Environmental Protection Agency. EPA Positive Matrix Factorization (PMF) 5.0 Fundamentals and User Guide. Washington (DC): Office of Research and Development; 2014.
15. United States Environmental Protection Agency. Risk Assessment Guidance for Superfund, Volume I: Human Health Evaluation Manual (Part F): Supplemental Guidance for Inhalation Risk Assessment. Washington (DC): U.S. Environmental Protection Agency; 2009.
16. United States Environmental Protection Agency. Exposure Factors Handbook. Washington (DC): Office of Research and Development; 2011.
17. Singapore Environment Council. Singapore Green Labelling Scheme (SGLS): Indoor Air Quality for Furniture Products [Internet]. Singapore: Singapore Environment Council; 2023 [cited 2026 Jan 18]. Available from: https://sgls.sec.org.sg/
18. U.S. Green Building Council. LEED v4.1 Building Design and Construction Guide. Washington (DC): U.S. Green Building Council; 2021. doi: 10.1016/B978-0-12-818130-1.00001-6
19. ASHRAE. ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2019: Ventilation for Acceptable Indoor Air Quality. Atlanta (GA): American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers; 2019.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

อุดมพร ทรัพย์บวร*[a]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนและประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบโดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการทดลองใช้ การสังเกต และการสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 33 ครอบครัว ในตำบลนครชัยศรีและตำบลบางกระเบา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบตรวจสุขภาพช่องปาก แบบวัดระดับคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน และแบบวัดระดับคราบบนลิ้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p=0.05

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทของชุมชน ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 2) วางแผนการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายท้องถิ่น 3) ดำเนินงานกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุเยี่ยมบ้านตรวจสุขภาพช่องปาก เสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดช่องทางการประสานงานส่งต่อ และองค์กรท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ 4) สังเกต ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ 5) สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับ ผลการประเมินรูปแบบฯ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นจาก 2.32±0.96 เป็น 3.57±1.02 (p<0.001) ส่วนระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและระดับคราบบนลิ้นของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 1.85±0.98 เป็น 0.16±0.27 (p<0.001) และ 1.80±0.39 เป็น 0.33±0.47 (p<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; สุขภาพช่องปาก; ผู้สูงอายุติดบ้าน; ผู้สูงอายุติดเตียง

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

[a] Corresponding author: อุดมพร ทรัพย์บวร Email: udp12@hotmail.com

รับบทความ: 26 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 13 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 13 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 29 เม.ย. 69

Model Development of Oral Health Care for Homebound or Bedridden Elderly at Nakhonchaisi District, Nakhon Pathom

Udomporn Subbowon[*a]

Abstract

This action research aimed to develop an oral health care model for homebound or bedridden elderly in the community and evaluate the model's implementation results through integrated collaboration among network partners. This participatory action research approach involved planning, action, observation, and reflection. Samples consisted of 33 families of homebound or bedridden elderly and their caregivers in Nakhonchaisi and Bangkrabao subdistricts. Data collection tools included oral health behavior questionnaires, oral health screening forms and a plaque level scale (Simplified Oral Hygiene Index and Winkel Tongue Coating index). Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test (p=0.05).

The results revealed that the developed model had five steps: 1) learning the community context, searching homebound or bedridden elderly; 2) planning the implementation in collaboration with multidisciplinary teams from the hospital and local network partners; 3) conducting oral health education activities for volunteers and caregivers, visit homes to examine oral health, empower, provide advice and train practical skills for the elderly and caregivers, arrange channels for coordination and referrals, and local organizations provide budget support; 4) observe, follow up, and evaluate the performance; and 5) Summarize the results of the work and provide feedback to improve the operation. The evaluation results of the model found that the oral health care behavior of the homebound or bedridden elderly, having an average level of more correct and appropriate behavior, from 2.32±0.96 to 3.57±1.02 ($p<0.001$). The average dental plaque and tongue coating level decreased from 1.85±0.98 to 0.16±0.27 ($p<0.001$) and 1.80±0.39 to 0.33±0.47 ($p<0.001$) respectively.

Keywords: Model development; Oral health; Homebound elderly; Bedridden elderly

[*] Dentist, Senior Professional Level, Nakhonchaisi Hospital, Nakhon Pathom

[a] Corresponding author: Udomporn Subbowon Email: udp12@hotmail.com

Received: Jan. 26, 26; Revised: Feb. 13, 26; Accepted: Feb. 13, 26; Published Online: Apr. 29, 26

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษ จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2567 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2567 ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือประชากร อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ การจัดแบ่งประเภทผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจาก มีภาวะพิการหรือทุพพลภาพ กลุ่มติดบ้าน คือผู้สูงอายุที่สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มติดสังคม คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ จากผลการสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีร้อยละ 1.1 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.3 และกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.6 โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนในกลุ่มติดเตียงและติดบ้านสูงกว่าผู้สูงอายุชาย[1]

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุทั่วโลกเป็นผลมาจากสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอายุขัย อย่างไรก็ตามกระบวนการนี้ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น อายุที่ยืนยาวอาจมาพร้อมกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระ การเคลื่อนไหวที่ลดลงและปัญหาทางจิตใจหรือการเงิน ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่บ้านเนื่องจากโรคเรื้อรังและความพิการที่จำกัดการเคลื่อนไหว ให้เผชิญกับปัญหาด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ พวกเขาต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อช่วยในกิจวัตรประจำวัน และการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับกลุ่มนี้กลายเป็นเรื่องยากเนื่องจากขาดการดูแลที่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคในช่องปาก เช่นโรคปริทันต์ และรอยโรคในช่องปาก การเข้าถึงการดูแลช่องปากของกลุ่มนี้ ยังเป็นเรื่องท้าทาย ความสำคัญในครอบครัว ผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน แต่บทบาทนี้มักไม่มีค่าตอบแทนและต้องทำงานเต็มเวลา ซึ่งนำไปสู่ความเครียดและภาระที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้ดูแล การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และทันตแพทย์ ยังเป็นข้อจำกัดเนื่องจากการขาดทรัพยากรและรายได้ของครอบครัว ซึ่งทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านเป็นเรื่องยาก[2] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนที่ทำให้กิจกรรมการดูแลช่องปากเกือบทั้งหมด ต้องทำบนเตียง เป็นความเหมือนกันกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งประเด็นช่องปากเป็นปัญหาอย่างมาก เพราะไม่สามารถทำความสะอาดได้ด้วยตนเอง ขึ้นอยู่กับการดูแลของพยาบาล ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งหากดูแลไม่ดี จะส่งผลต่อภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) นับเป็นปัญหาหลักทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากไม่ดีจะมีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อได้ จากการศึกษาผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีร่องลึกปริทันต์ (Periodontal pocket) มากกว่า 4 มิลลิเมตรมีอัตราการเสียชีวิตจากปอดติดเชื้อสูงถึง 3.9 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีร่องลึกปริทันต์[3] ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และอาจก่อให้เกิดการลุกลามของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญ โดยเฉพาะ

กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ยากต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรูปแบบการดูแลที่บ้านภายใต้บริบทของครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในบริบทต่าง ๆ เป็นการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่จำเป็น ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญคือ การเดินทางไปยังสถานบริการ ทั้งจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อ ไม่สะดวกการเคลื่อนย้ายต้องอาศัยผู้อื่นช่วยนำส่ง การขนย้ายโดยผู้ไม่ชำนาญ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ พร้อมทั้งค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น[4] จากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบหรือระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เช่น รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนร่วมกัน 2) การฝึกปฏิบัติโดยการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้คู่มือฯ 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ และ 4) การสะท้อนผลจากการปฏิบัติของผู้ดูแล[5] และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้แนวคิดคลีนิคหมอครอบครัว ได้แก่ 1) ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง 2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุเข้าโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 3) ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4) วางแผนดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล 5) ของบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น 6) พัฒนาความรู้และทักษะการแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 7) ดูแลและติดตามสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล และ 8) ใช้เทคโนโลยีเพื่อติดต่อสื่อสาร[6] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในบริบทของอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการวิจัยนี้ได้พัฒนามาจากแนวคิดคลีนิคหมอครอบครัว[7] ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม[8] ของภาคีเครือข่าย และได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีการผสมผสานการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในชุมชนที่เข้มแข็ง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและนำไปใช้ขยายผลได้ในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่มกราคม 2568-ธันวาคม 2568 กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงและผู้ดูแล 33 ครอบครัวในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนครชัยศรี 2 ตำบล คือตำบลนครชัยศรีและตำบลบางกระเบา โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีการผสมผสานการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) 3 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และ 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) เพื่อบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือ ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาล

(ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข) จำนวน 4 คน และภาคีเครือข่ายของท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) 3 คน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 3 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 13 คน ในการดำเนินงานทุกขั้นตอนตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตแพทย์ร่วมกับ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลนครชัยศรี ร่วมกัน ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ตลอดจนงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง เพื่อนำความรู้และแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ในการร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ตลอดจนติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขอจริยธรรมการวิจัย ดำเนินการเดือน มกราคม 2568- มีนาคม 2568
2. ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 3 คน และแก้ไขข้อบกพร่องและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้กับพื้นที่ ดำเนินการในเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2568
3. ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลนครชัยศรี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาล/อบต. และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ศึกษาบริบทชุมชน สำรวจสภาวะทันตสุขภาพและสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง สอบถามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ตามแบบสัมภาษณ์การดำเนินงานคลินิคหมอครอบครัวและระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและวิเคราะห์เอกสาร ดำเนินการเดือนมิถุนายน 2568
4. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผสมผสานกระบวนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลนครชัยศรี อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นเพื่อทำความเข้าใจบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์สภาวะทันตสุขภาพ สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ต่อด้วย การผสมผสานการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) โดยการร่วมวาดภาพกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการในการลดปัญหาทันตสุขภาพ รวมทั้งตกลงบทบาทหน้าที่ร่วมรับผิดชอบดำเนินการ ในวันที่ 26 มิถุนายน 2568

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการนำรูปแบบไปทดลองใช้ (Action) เป็นการดำเนินงานต่อจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) โดยผสมผสานกระบวนการสร้าง แนวทางการปฏิบัติ (Control: C) เพื่อลงมือปฏิบัติด้วยกันในการทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย ร่วมดำเนินงาน ตามแผน และได้เลือกชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลนครชัยศรี และ ตำบลบางกระเบา ซึ่งมีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 33 คน ดำเนิน

การทดลองใช้รูปแบบฯ ในเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2568 ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ดำเนินการตามแบบแผนการศึกษากลุ่มเดียวและวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและการประเมินการปฏิบัติการ (Observe) ผสมผสานกระบวนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control: C) โดยผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย วิเคราะห์และสรุปผล ในประเด็น ระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและคราบบนลิ้นของผู้สูงอายุ ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ตลอดจนสังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ในเดือนกันยายน-ตุลาคม 2568

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติ (Reflect) ผสมผสานกระบวนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control: C) โดยผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย นำผลการวิจัยหลังการทดลองใช้ทั้งหมดพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งติดตามการนำรูปแบบไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวและระบบบริการทันตสาธารณสุขในชุมชนของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. แบบตรวจช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย แบบตรวจช่องปาก WHO [9] แบบตรวจวัดคราบจุลินทรีย์ใช้ Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S)[10] และแบบตรวจวัดคราบบนลิ้นโดยใช้ดัชนี Winkel Tongue Coating Index[11]
3. แบบประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน ถ้ามีคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าได้คะแนนน้อย เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom[12] คือ ความรู้ระดับสูง คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 (13-16 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง ร้อยละ 61-79 (10-12 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-9 คะแนน)
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ 5 (ปฏิบัติทุกวัน), 4 (ปฏิบัติบ่อย), 3 (ปฏิบัติบางครั้ง), 2 (ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง), 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 สำหรับพฤติกรรมน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรม ตามเกณฑ์ของ Best[13] หากคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49, 1.50-2.49, 2.50-3.49, 3.50-4.49, 4.50-5.00 หมายถึง พฤติกรรมน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ
5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯของผู้รับบริการ จำนวน 8 ข้อและผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 9 ข้อ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 สำหรับความพึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินความพึงพอใจต่อรูป แบบฯ ตามเกณฑ์ของ Best[13]

หากคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49, 1.50-2.49, 2.50-3.49, 3.50-4.49, 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน ข้อมูลมีการจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง ระหว่างเก็บรวบรวมได้วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลไปพร้อมกัน และตรวจสอบข้อมูลกับทีมเจ้าพนักงานสหวิชาชีพที่ออกภาคสนาม
2. การปรับมาตรฐานผู้ตรวจสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นทันตแพทย์ 1 คน ผลการปรับมาตรฐานของการตรวจฟัน ระดับคราบจุลินทรีย์ และระดับคราบที่ลิ้น หาค่าความเที่ยงการตรวจซ้ำในตัวบุคคลเดียวกัน (Intra-examiner calibration) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.963, 0.922 และ 0.825 ตามลำดับ
3. แบบประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล โดยมีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's Method)[14] กับผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น=0.78
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น=0.88
5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการสัมภาษณ์บริบทของชุมชนและความต้องการของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวและระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อสัมภาษณ์เสร็จทำการถอดเทป หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. ตรวจสภาวะทันตสุขภาพและสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง สอบถามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน
3. ทำการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการ AIC โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 13 คน ดำเนินการในวันที่ 26 มิถุนายน 2568
4. จัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 97 คน เก็บข้อมูลประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม ในวันที่ 21 กรกฎาคม 2568
5. การทดลองใช้ ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงจำนวน 33 ครอบครัว โดยให้อาสาสมัครฝึกตรวจช่องปาก สอนให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลโดยมีทีมสหวิชาชีพคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2568

6. ประเมินผลหลังการทดลองใช้รูปแบบหลังการทดลอง 1 เดือน ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง คราบบนลิ้นของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่ายในเดือน กันยายน-ตุลาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปรียบเทียบค่าระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ก่อน-หลังการทดลอง และเปรียบเทียบระดับคราบจุลินทรีย์บนฟันและคราบที่ลิ้น ก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p=0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม รหัสเลขที่ 3/2568 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบที่บูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย มี 5 ขั้นตอน

คือ 1) ศึกษาบริบท ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 2) วางแผนการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายท้องถิ่น ทำความเข้าใจบริบทของชุมชน วิเคราะห์สภาวะทันตสุขภาพ ปัญหาและสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมวาดภาพกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการในการลดปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมทั้งตกลงบทบาทหน้าที่ร่วมกัน และวางแผนการดูแลรายบุคคล 3) ดำเนินงานกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านตรวจสุขภาพช่องปาก เสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดช่องทางการประสานงานส่งต่อ และองค์กรท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ 4) สังเกต ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 5) สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับเพื่อปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงแบบเดิมและแบบใหม่

ขั้นตอน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. ศึกษาบริบทของชุมชนค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สำรวจสภาวะทันตสุขภาพ	- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำรวจประเมินผู้สูงอายุและรวบรวมข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกคน - พยาบาลวิชาชีพจัดกลุ่มเข้าโครงการ LTC - ไม่มีการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและทันตบุคลากรตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงไม่ต่อเนื่อง ตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่แจ้งว่ามีปัญหาในช่องปาก ไม่มีแฟ้มประวัติการตรวจสุขภาพช่องปากรายบุคคล	- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล (Caregiver) ค้นหา สำรวจประเมินผู้สูงอายุและรวบรวมข้อมูลครอบคลุมผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงทุกคนส่งต่อให้กับพยาบาลวิชาชีพ (Care manager) - พยาบาลวิชาชีพ (Care manager) จัดกลุ่มเข้าโครงการ LTC และส่งข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงให้กับทันตบุคลากร - ทันตบุคลากรและ อสม. สำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทุก 6 เดือนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงทุกคนตามเป้าหมาย และมีการบันทึกลงในแฟ้มประวัติสุขภาพตาม care plan รายบุคคล
2. การวางแผนการดำเนินงาน	พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลสุขภาพทางร่างกายทั่วไปแต่ไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล	วางแผนการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายท้องถิ่น วิเคราะห์สภาวะทันตสุขภาพ ปัญหาและสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมวาดภาพกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการในการลดปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมทั้งตกลงบทบาทหน้าที่ร่วมกัน และวางแผนการดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล
3. ดำเนินงานกิจกรรม	- ไม่มีกิจกรรมพัฒนาความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่อาสาสมัคร - ไม่มีกิจกรรมตรวจช่องปากเยี่ยมบ้านเสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ - ไม่มีการจัดช่องทางพิเศษในการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้สุงอายุติดบ้านติดเตียง	- มีกิจกรรมพัฒนาความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สื่อการสอนคู่มือประกอบให้แก่อาสาสมัครและผู้ดูแล - มีกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก เยี่ยมบ้านเสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุและปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก - โรงพยาบาลจัดช่องทางพิเศษให้บริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงแบบเดิมและแบบใหม่

ขั้นตอน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	ไม่มีการประสานงานส่งต่อกับองค์กรท้องถิ่นในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	มีการประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครผู้ดูแลร่วมกับองค์กรท้องถิ่นทางไลน์ สนับสนุนยานพาหนะในการรับส่งผู้สูงอายุ และองค์กรท้องถิ่นจัดโครงการอบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
4. สังเกต ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน	ไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	มีการลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานท้องถิ่นเข้าร่วมด้วย ประสานงานติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางไลน์และมีการประเมินผลงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลและทีมเครือข่ายท้องถิ่น
5. สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	ไม่มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับในที่ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและทีมภาคเครือข่ายท้องถิ่น

2. จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง 33 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนครชัยศรี 2 ตำบล คือตำบลนครชัยศรีและตำบลบางกระเบา พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง มีอายุเฉลี่ย 80.21 (SD 9.44) ปี อายุต่ำสุด คือ 64 ปีและสูงสุดคือ 93 ปี เป็นผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 42.4 เป็นผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.7 โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 81.8 และรับประทานอาหารทางปากร้อยละ 90.9 รับประทานอาหารปกติร้อยละ78.8 ผู้สูงอายุมีฟันธรรมชาติเฉลี่ย 9.15±8.29 ซี่ต่อคน มีฟันธรรมชาติต่ำสุด 0 ซี่และสูงสุด 32 ซี่ มีคู่สบฟันหลังที่ใช้งานได้เฉลี่ย 0.64±1.83 คู่ต่อคน ฟันผุเฉลี่ย 4±3.75 ซี่ต่อคน จำนวนฟันที่อุดเฉลี่ย 0.54±1.52 ซี่ต่อคน จำนวนฟันที่ถอนเฉลี่ย 20.75±9.58 ซี่ต่อคน พบระดับฟันโยกเฉลี่ย 0.87±0.96 ต่อคน ระดับคราบจุลินทรีย์ที่เกาะบนผิวฟันเฉลี่ย 1.85±0.98 ต่อคน และระดับคราบที่ลิ้นเฉลี่ย 1.80±0.39 ต่อคน

3. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 97 คนพบว่ามีความรู้หลังการอบรมอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการอบรม จากคะแนนเฉลี่ย 8.22±2.16 เป็น 13.44±2.1.46 ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการอบรม

ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก	ช่วงคะแนน	Mean±SD		t	p-value
		ก่อน	หลัง		
คะแนนเฉลี่ยความรู้ (n=97)	0-16	8.22±2.16	13.44±1.46	-9.892	<0.001*

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test; *p<0.05

4. ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบระยะเวลา 1 เดือนพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจำนวน33 คน เปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นจาก 2.32±0.96 เป็น 3.57±1.02 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	ช่วงคะแนน	Mean±SD		t	p-value
		ก่อน	หลัง		
ระดับพฤติกรรม (n=33)	1-5	2.32±0.96	3.57±1.02	-9.892	<0.001*

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test; *p<0.05

5. ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบระยะเวลา 1 เดือนพบว่า ระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงจำนวน26 คน เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองในผู้สูงอายุ มีระดับค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงจาก1.85±0.98 เป็น 0.16±0.27 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และ คราบบนลิ้นของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงจำนวน 33 คน มีระดับคราบบนลิ้นลดลงจาก1.80±0.39 เป็น 0.33±0.47 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสภาวะช่องปากก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

สภาวะช่องปาก	ช่วงคะแนน	Mean±SD		t	p-value
		ก่อน	หลัง		
ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน (n=26)	0-3	1.85±0.98	0.16±0.27	8.242	<0.001*
ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ลิ้น (n=33)	0-2	1.80±0.39	0.33±0.47	15.07	<0.001*

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test; *p<0.05

6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 33 คน ในภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean=4.54) และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคีเครือข่ายจำนวน 13 คน ในภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean=4.61)

การอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พัฒนามาจากแนวคิดคลีนิคหมอครอบครัว ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีการผสมผสานการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการร่วมกับโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่เดิมของโรงพยาบาล มีการกำหนดรูปแบบเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยเพิ่มกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก และยังมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว คือให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบบปฏิบัติจริงเพื่อ การเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชน และครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุกับกลุ่มเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ ผลักดันโน้มน้าวให้หน่วยงานท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีการพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและนำไปใช้ขยายผลได้ในชุมชนอื่น ๆ ต่อไปซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นในส่วนของความร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่นได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและเชิญทันตแพทย์เป็นวิทยากรให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงองค์กรท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ แต่ก็ยังมีขั้นตอนอีกหลายขั้นตอนที่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ เช่นการศึกษาของ วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง[5] ซึ่งดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนร่วมกัน 2) การฝึกปฏิบัติโดยการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้คู่มือฯ 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ 4) การสะท้อนผลจากการปฏิบัติของผู้ดูแล

ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงหลังการอบรมมีความรู้สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ทั้งนี้เนื่องผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง จากกิจกรรมการดำเนินการในรูปแบบมีทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย 1) วิธีการทำความสะอาดช่องปาก 2) การเลือกใช้อุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก 3) การตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ 4) การเลือกอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 5) การดูแลทำความสะอาดฟันปลอม ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงประกอบการสอนและเนื้อหาการอบรมพัฒนามาจากการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล สำนักทันตสาธารณสุข[15]

และ แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย[16] ซึ่งส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง[5] ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้คู่มือฯ ผลการศึกษาพบว่า หลังเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลมีระดับความรู้สุขภาพช่องปากในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นในระดับสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rueanphoo et al.[17] ศึกษาถึงผลของการใช้แผ่นพับในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชน สรุปได้ว่าการใช้แผ่นพับมีผลช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของผู้สูงอายุและลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ การเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครให้ได้รับความรู้และได้รับการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงแล้วนำไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุและได้ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อเสริมพลังให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง ทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่งผลให้ระดับคราบจุลินทรีย์บนฟันและลิ้นมีระดับลดลงซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชิสา ตัณฑะกูล[6] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน พบว่าค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์บนฟันและลิ้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ส่วนการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญมากในการทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุดีขึ้นนำไปสู่ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ลดลงของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งภาคีเครือข่ายผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจอย่างมากกับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงซึ่งเกิดจากการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติงานจริงและประเมินผลร่วมกัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกันในทีมงานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมภาคเครือข่ายท้องถิ่นนำไปสู่การปฏิบัติงานเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทรัตน์ พันธุ์เดช และคณะ[18] ได้ศึกษาบทบาทการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสรุปว่าบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการทำงานร่วมกันและการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมควรเป็นการดูแลควบคู่ไปกับสุขภาพร่างกาย การพัฒนาระบบและส่งเสริมการปฏิบัติงานเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย เพื่อให้ทีมติดต่อได้ทุกที่ทุกเวลาทำให้สามารถนำข้อมูลมาช่วยในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้ทันเวลาและเป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกันในพื้นที่ชุมชนเมืองและพื้นที่ชุมชนชนบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัยให้คำแนะนำ รศ.ทพญ.ดร.พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์ ผศ.ทพญ.ดร.อารีรัตน์ นิรันต์สิทธิรัชต์ และ ทพญ. มนิธี ต่อเศวตพงศ์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.คู่มือรายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. Oliveira TFS, Embalo B, Mello ALSF. Oral health care of homebound older adults: Multidimensional theoretical model. Geriatrics, Gerontology and Aging.2023;17. doi:10.53886/ggae0230008.
3. Awano S, Ansai T, Takata Y, Soh I, Akifusa S, Hamasaki T, Yoshida A, Sonoki K, Fujisawa K, Takehara T. Oral health and mortality risk from pneumonia in the elderly. J Dent Res. 2008 Apr;87(4):334-9. doi: 10.1177/154405910808700418.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันทันตสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุสำหรับทันตบุคลากร. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. วุฒิพงศ์ ธนะกว้าง, ทัศไนย วงศ์ปินตา. ประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อาเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน.วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2564;17(1):64-75
6. ชิสา ตัณฑะกูล, จันทร์พิมพ์ ทันเทาว์, วรรธนะ พิชพรชัยกุล. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2565;16(3):193-206
7. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลีนิคหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
8. Cohen JM, Uphoff NT. Participation Place in Rural Development: Seeking clarity through specificity, world development. New York: Cornell University; 1980.
9. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
10. พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์, ผกาภรณ์ พันธุวดี พิศาลธุรกิจ. ระบาดวิทยาและดัชนีของโรคในช่องปาก. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

11. Lundgren T, Mobilia A, Hallström H, Egelberg J. Evaluation of tongue coating indices. Oral Dis. 2007 Mar;13(2):177-80. doi: 10.1111/j.1601-0825.2006.01261.x.
12. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book; 1971.
13. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
14. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.
15. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล. นนทบุรี: แก้วเจ้าจอม; 2559.
16. สำนักอนามัย กรมอนามัย. แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง.กรุงเทพฯ: บริษัทกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
17. Rueanphoo S, Sinavarat P, Rattanasuwan K, Muangpaisan W, Jitramontree N, Rojanavipart P, et al. Effect of using oral hygiene care pamphlets for housebound older person. Mahidol Dental Journal.2021;41(1):35-48.
18. นันทรัตน์ พันธุ์เดช, พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์. บทบาทการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. J Gerontol Geriatr Med. 2020;19(3):99-109.

ผลการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented Circuit Training) ต่อความสามารถด้านการทรงตัวและการเดินในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

เก้ากานดา เฮงบำรุง[*a]

บทคัดย่อ

บทนำและวัตถุประสงค์: ความบกพร่องด้านการทรงตัวเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม การฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented circuit training) เป็นแนวทางฟื้นฟูที่เน้นการฝึกซ้ำในกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับชีวิตประจำวัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกดังกล่าวต่อความสามารถด้านการทรงตัว การเดิน และการดำเนินกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled trial) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม Task-oriented circuit training ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการฝึกกายภาพบำบัดแบบมาตรฐาน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองด้วย Berg Balance Scale (BBS), การทดสอบ 10-Meter Walk Test (10MWT) และ Barthel Index วิเคราะห์ข้อมูลโดยปรับค่าพื้นฐานก่อนการทดลอง

ผลการศึกษา: หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน BBS สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference=7.34 คะแนน; 95%CI: 4.50-10.18; p<0.001) ความเร็วในการเดินจาก 10MWT ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Median difference=0.045 m/s; 95%CI: 0.006-0.083; p=0.024) และคะแนน Barthel Index สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Mean difference=2.89 คะแนน; 95%CI: 1.94-3.83; p<0.001)

สรุป: การฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจรมีประสิทธิผลในการพัฒนาความสามารถด้านการทรงตัว การเดิน และการดำเนินกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานฟื้นฟูทางคลินิกได้

คำสำคัญ: การฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจง; การฝึกแบบเป็นวงจร; การทรงตัว; การเดิน; ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

[*] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

[a] Corresponding author: เก้ากานดา เฮงบำรุง E-mail: gaogarnda@gmail.com

รับบทความ: 3 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 15 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 6 เม.ย. 69

Task-Specific Training Methods for Balance and Ambulation in Stroke Patients' Rehabilitation

Gaogarnda Hengbamrung*[a]

Abstract

Background and Objective: Balance impairment is a major problem among stroke patients and significantly increases the risk of falls. Task-oriented circuit training emphasizes repetitive practice of functional tasks relevant to daily activities and may enhance motor recovery. This study aimed to compare the effects of task-oriented circuit training on balance, gait ability, and activities of daily living in patients with hemiplegia.

Methods: This randomized controlled trial included 32 patients with stroke who were randomly assigned to an experimental group (n=16) and a control group (n=16). The experimental group received a task-oriented circuit training program, whereas the control group received conventional physical therapy. All interventions were administered over a 2-week period. Outcomes were assessed before and after the intervention using the Berg Balance Scale (BBS), the 10-Meter Walk Test (10MWT), and the Barthel Index. Baseline-adjusted analyses were performed to compare post-intervention outcomes between groups.

Results: After the intervention, the experimental group demonstrated significantly greater balance ability than the control group, as indicated by higher BBS scores (mean difference=7.34 points; 95%CI: 4.50-10.18; p<0.001). Gait speed measured by the 10MWT was also significantly better in the experimental group (median difference=0.045 m/s; 95%CI: 0.006-0.083; p=0.024). In addition, the experimental group achieved significantly higher Barthel Index scores compared with the control group (mean difference=2.89 points; 95%CI: 1.94-3.83; p<0.001).

Conclusion: Task-oriented circuit training is effective in improving balance, gait performance, and activities of daily living in patients with hemiplegia. This training approach can be recommended as an effective rehabilitation strategy for stroke patients in clinical practice.

Keywords: Task-oriented training; Circuit training; Balance; Gait; Hemiplegia

* Physical Therapist, Professional Level, Department of Physical Therapy, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

[a] Corresponding author: Gaogarnda Hengbamrung E-mail: gaogarnda@gmail.com

Received: Feb. 3, 26; Revised: Feb. 15, 26; Accepted: Feb. 17, 26; Published Online: Apr. 6, 2026

บทนำ

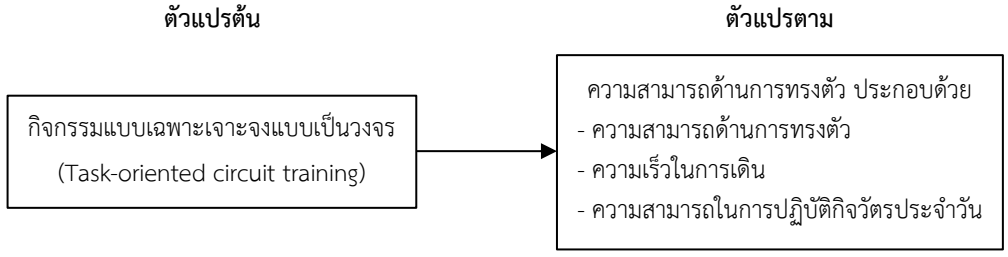
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก[1] จากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตกก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยทันที มักเป็นสาเหตุหลักของความพิการทั่วโลก[1] หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือมีความพิการในระดับที่แตกต่างกัน เนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแล หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรก (Early recovery) จะส่งผลต่ออาการและการฟื้นฟูผู้ป่วยได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[2] เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อได้ และยังป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดพิการที่อาจจะเกิดขึ้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ลดภาระในการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นตามศักยภาพของร่างกายที่เหลืออยู่ เข้าร่วมสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี[3] การรักษาทางกายภาพบำบัดโดยการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจง (Task-specific practice) เป็นหลักการที่ใช้อย่างแพร่หลายเพื่อฝึกการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของสมองโดยมีการตั้งเป้าหมายให้สัมพันธ์และเฉพาะเจาะจงกับความต้องการการเคลื่อนไหว หรือเป้าหมายของผู้ป่วย โดยเฉพาะการฝึกที่ส่งเสริมกิจกรรมที่ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน มีการฝึกปฏิบัติแบบซ้ำ ๆ ในจำนวนที่เพียงพอ ความเข้มของการฝึกที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นความสำเร็จของกิจกรรมที่เป็นเป้าหมายร่วมกันของผู้ฝึกและผู้ถูกฝึก (Task-oriented approach) ในปัจจุบันมีหลักฐานงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าหลังการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงสามารถเปลี่ยนแปลงระบบประสาทรับความรู้สึก และเหนี่ยวนำให้เกิดระบบประสาทการเรียนรู้ การเคลื่อนไหวได้ยาวนานและเกี่ยวข้องกับการจัดระบบใหม่ในสมองส่วนสั่งการ (Learning-dependent recovery) รวมถึงเป็นการกระตุ้นให้สมองเกิด Neural plasticity ที่ดีอีกด้วย โดยรูปแบบการฝึกจะมีความหลากหลายของกิจกรรมและผสมผสานการออกกำลังกายในแบบต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง การออกกำลังแบบมีแรงต้าน การฝึกควบคุมการเคลื่อนไหว และการเรียนรู้ผ่านระบบประสาท[4]

จากการให้บริการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาในด้านการทรงตัว ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวในท่ายืนและเดิน และยังไม่มีรูปแบบการฝึกที่เฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงได้สนใจในการนำเอาเทคนิคการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented circuit training) มาใช้เพื่อฝึกกระตุ้นการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented circuit training) เป็นหนึ่งในวิธีในการส่งเสริมกิจกรรมที่ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยมีการฝึกแบบซ้ำ ๆ ในจำนวนที่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้ไปสู่เป้าหมายได้ดีมากขึ้น และช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของระบบประสาทในการควบคุมการปรับเปลี่ยนการเคลื่อนไหวได้

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura[5] เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมินและอธิบายความสามารถในการทรงตัวและการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง Bandura กล่าวว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เปลี่ยนด้วยสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องมีปัจจัย 3 ปัจจัยร่วมด้วยได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม โดยสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของของการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented circuit training) ต่อความสามารถของการทรงตัวและการเดินในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (Two-group single-blinded randomized control trial) ดำเนินการตั้งแต่ 21 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงเวลา 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเลือกจากประชากร โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถทำตามคำสั่งได้
3) สามารเดินได้ในระยะทาง 10 เมตร โดยใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน
4) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1) ผู้ป่วยที่มีค่าผิดปกติของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ หรือระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อย่างน้อยหนึ่งค่า ซึ่งอยู่นอกเกณฑ์ปกติทางคลินิก

2) มีปัญหาด้านระบบกระดูกและโครงสร้างที่ขาที่ส่งผลต่อการเดิน

3) มีภาวะผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆ เช่น โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก เป็นต้น

โดยมีการแบ่งประชากรที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่มด้วยวิธีการสุ่มเป็นบล็อค (Mixed-block randomized controlled trail) โดยสร้างลำดับการสุ่มในบล็อก ทำซ้ำจนครบและมีการให้การรักษา โดยผู้วิจัยจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่กลุ่มใด ดังนี้

กลุ่มควบคุม จะได้รับการให้โปรแกรมการฝึกกายภาพบำบัดแบบมาตรฐานทั่วไป

กลุ่มทดลอง จะได้รับการให้โปรแกรมการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาที่ผ่านมา[6] พบว่าหลังการให้บริการคะแนนการทรงตัวในกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ย 32.5 (SD=8.6) และใช้ข้อมูลด้วยการนำเข้าสู่กระบวนการ Delphi technique ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้แก่ นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 ท่าน อย่างอิสระ ซึ่งเห็นว่าโปรแกรมตามในการศึกษาครั้งนี้น่าจะสามารถทำให้อาสาสมัครมีคะแนนความสามารถในการทรงตัวเฉลี่ยได้ถึง 42 คะแนน ทั้งนี้กำหนด α=0.05, β=0.2 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของของประชากร 2 กลุ่ม โดยโปรแกรม Stata ซึ่งจะได้อาสาสมัคร 13 ราย และมีการกำหนดขนาดตัวอย่างเผื่อการ loss to follow-up ร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 16 ราย รวมทั้งสองกลุ่มเป็น 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาก่อนหน้า[7] ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ รหัสประจำตัวอาสาสมัคร อายุ เพศ ความสูง น้ำหนัก ระดับการศึกษา

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัย ระยะเวลาการเกิดโรค โรคประจำตัว การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน(ใช้/ไม่ใช้) ด้านที่มีพยาธิสภาพ

1.3 ข้อมูลจากการทดลอง ได้แก่

1.3.1 แบบประเมินการทรงตัว Berg Balance Scale (BBS)[8] เป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย สร้างขึ้นเพื่อใช้ทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีการนำ BBS มาใช้ในการประเมินการทรงตัวของผู้ป่วยหลายประเภท เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน,ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมิน BBS ประกอบไปด้วย 14 หัวข้อของการประเมิน ผู้ถูกประเมินจะถูกทดสอบด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การนั่ง การยืนจนไปถึงการเดิน โดยความยากจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การให้คะแนนในการประเมินตั้งแต่ 0-4 คะแนนเต็ม โดย 0 คะแนนหมายความว่าทำไม่ได้/ทำได้ไม่ดี และ 4 คะแนนหมายถึงทำได้ดีมาก คะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินคือ 56 คะแนน แบบประเมิน BBS

เป็นแบบทดสอบที่ง่ายในการทดสอบ ใช้อุปกรณ์น้อย เวลาที่ใช้เพียง 10-20นาที และเมื่อนำแบบประเมินมาทดสอบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability; ICC=0.97) และมีความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Intra-rater reliability; ICC=0.98)[8]

เกณฑมาตรฐานการประเมินการทรงตัว

41-56 คะแนน = มีความเสี่ยงในการล้มต่ำ
21-40 คะแนน = มีความเสี่ยงในการล้มปานกลาง
0-20 คะแนน = มีความเสี่ยงในการล้มสูง

1.3.2 10 meter walk (10MWT)[6] เป็นการประเมินที่สะท้อนถึงความเร็วในการเดิน (Walking speed) โดยผลการประเมินช่วยบ่งชี้ถึงคุณภาพและความสามารถในการเดินโดยรวมและความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการทดสอบนี้มีค่าความเที่ยงของการทดสอบซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับดีมาก (ICC=0.94-0.97) ทดสอบโดยให้อาสาสมัครเดินด้วยความเร็วปกติ (Comfortable speed) ตามทางเดินระยะทาง 10 เมตร ผู้ทดสอบจับเวลาที่อาสาสมัครใช้ในช่วง 4 เมตรตรงกลางของทางเดินทั้งหมด ทำการทดสอบซ้ำ 3 ครั้ง แล้วหาค่าเฉลี่ยและแปลงผลการประเมินที่ได้เป็นความเร็วในการเดินในหน่วยเมตร/วินาที[6] โดยใช้สูตร

ความเร็วในการเดิน = ระยะทาง (เมตร)/เวลา (วินาที)

1.3.3 แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Bathel index)[9] ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟันการสวมใส่เสื้อผ้า การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระการใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การลุกจากเตียงไปเก้าอี้ และการขึ้น-ลงบันได แบบประเมิน Barthel index มีความเที่ยงสูง (Inter-rater reliability; K = 0.42-1.00, intra-rater; K = 0.47-1.00)[9]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย เก้าอี้เตี้ย ตลับเมตร นาฬิกาจับเวลา และเก้าอี้ 2 ตัว (1ตัวมีที่พักแขน และอีก 1 ตัวไม่มีที่พักแขน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บข้อมูลจากการรวบรวมแบบบันทึกข้อมูลวิจัยในเรื่องข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาวะและข้อมูลการทดลองในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มาประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยและมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. นักกายภาพบำบัดผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลให้แก่อาสาสมัคร โดยมีการชี้แจงความแตกต่างของโปรแกรมการฝึกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. ขออนุญาตอาสาสมัครให้เข้าร่วมโครงการโดยความสมัครใจ
3. รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และมีการประเมินการทรงตัวโดยใช้แบบประเมินการทรงตัว Berg Balance Scale (BBS) ประเมินความเร็วในการเดินโดย 10 meter walk (10MWT) ประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Bathel index ก่อนการทดลอง
4. ดำเนินการทดลองโดยมีรายละเอียดการฝึก ดังนี้

กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการฝึก ดังนี้

1. การออกกำลังกายทั่วไป ได้แก่ งอเหยียดนิ้วมือ กางหุบนิ้วมือ กระดกข้อมือขึ้นลง งอเหยียดศอก คว่ำหงายมือ ยกแขนขึ้นลง กางหุบแขน หมุนไหล่ขึ้นลง ยกขาขึ้นลง กางหุบขา หมุนข้อสะโพกเข้าออก งอเหยียดข้อเข่า กระดกข้อเท้าขึ้นลง ทำท่าละ 15 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 10 นาที

2. การฝึกพลิกตะแคงตัว การฝึกลุกนั่ง การฝึกลุกยืน การฝึกการทรงตัว และการฝึกเดินบนพื้นราบ ร่วมกับการใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามความสามารถของอาสาสมัครให้อาสาสมัครฝึกซ้ำ ๆ เช่นนี้ เป็นเวลาทั้งสิ้น 35 นาที โดยฝึกต่อเนื่องเป็นเวลา 45 นาที/ครั้ง ระยะเวลารวม 2 สัปดาห์

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฝึก ดังนี้

1. การออกกำลังกายทั่วไป ได้แก่ งอเหยียดนิ้วมือ กางหุบนิ้วมือ กระดกข้อมือขึ้นลง งอเหยียดศอก คว่ำหงายมือ ยกแขนขึ้นลง กางหุบแขน หมุนไหล่ขึ้นลง ยกขาขึ้นลง กางหุบขา หมุนข้อสะโพกเข้าออก งอเหยียดข้อเข่า กระดกข้อเท้าขึ้นลง ทำท่าละ 15 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 10 นาที

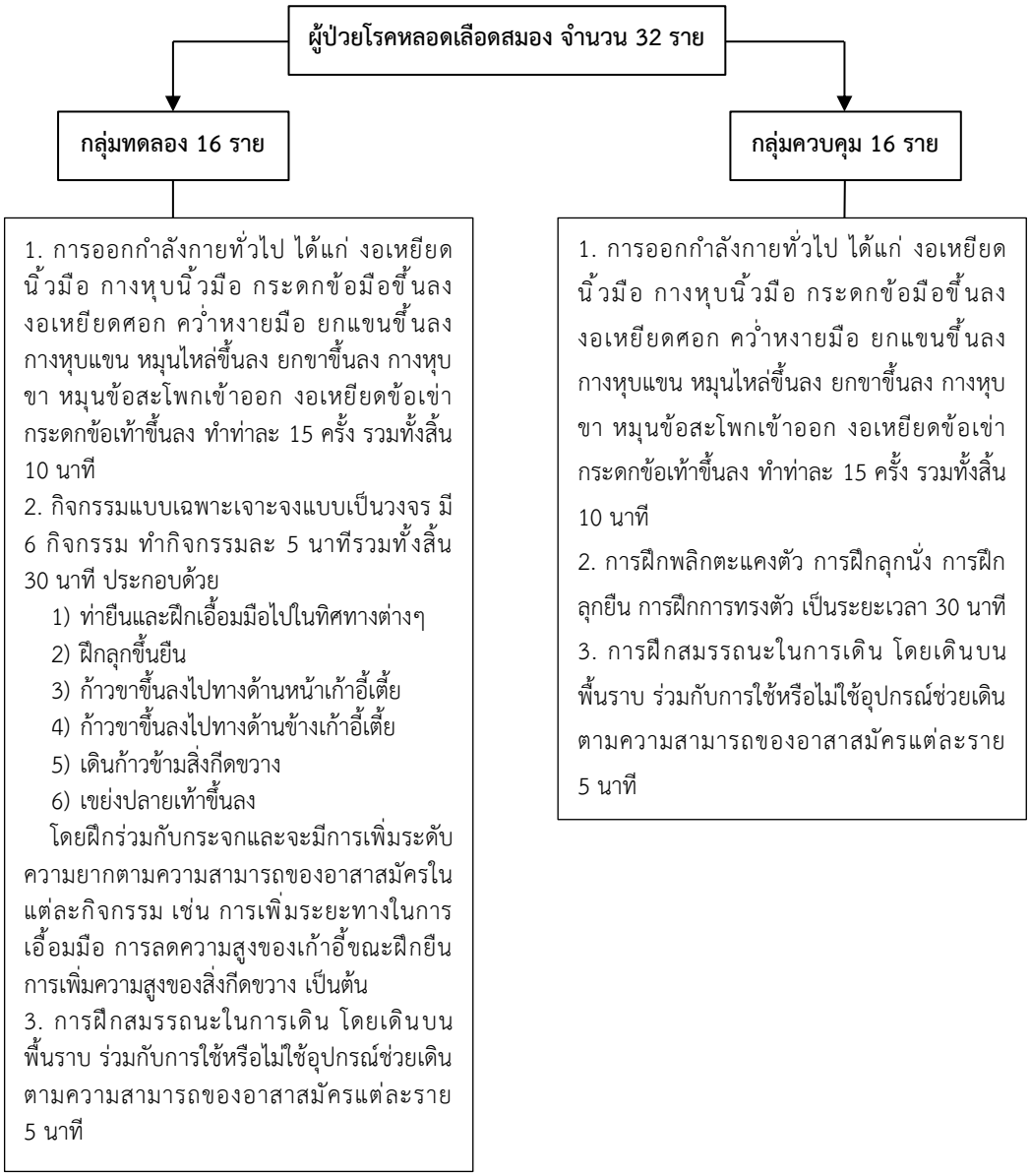
2. กิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented circuit training) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Yang et al.[10] ซึ่งเน้นการฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความสามารถในการเดินมี 6 กิจกรรม ทำกิจกรรมละ 5 นาทีรวมทั้งสิ้น 30 นาที ประกอบด้วย

1) ท่ายืนและฝึกเอื้อมมือไปในทิศทางต่าง ๆ
2) ฝึกลุกขึ้นยืน
3) ก้าวขาขึ้นลงไปทางด้านหน้าเก้าอี้เตี้ย
4) ก้าวขาขึ้นลงไปทางด้านข้างเก้าอี้เตี้ย
5) เดินก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง
6) เขย่งปลายเท้าขึ้นลง

โดยมีการฝึกร่วมกับกระจก (Visual biofeedback) และจะมีการเพิ่มระดับความยากตามความสามารถของอาสาสมัครในแต่ละกิจกรรม เช่น การเพิ่มระยะทางในการเอื้อมมือ การลดความสูงของเก้าอี้ขณะฝึกยืน การเพิ่มความสูงของสิ่งกีดขวาง เป็นต้น

3. การฝึกสมรรถนะในการเดิน โดยเดินบนพื้นราบ ร่วมกับการใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามความสามารถของอาสาสมัครแต่ละรายเป็นเวลา 5 นาที โดยฝึกต่อเนื่องเป็นเวลา 45 นาที/ครั้ง ระยะเวลารวม 2 สัปดาห์

4. รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยมีการประเมินการทรงตัวโดยใช้แบบประเมินการทรงตัว Berg Balance Scale (BBS) ประเมินความเร็วในการเดินโดย 10-meter walk (10MWT) และประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน (Bathel index) หลังสิ้นสุดการทดลองซ้ำอีกครั้ง ดังรายละเอียดขั้นตอนการทดลองในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของอาสาสมัคร 2 กลุ่มนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติรายงานเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean±SD) ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติรายงานเป็นค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ (Median, IQR) การวิเคราะห์

ผลลัพธ์ของการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ใช้วิธีการวิเคราะห์โดยปรับค่าพื้นฐานก่อนการศึกษา กรณีตัวแปรผลลัพธ์ที่มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้ตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป โดยกำหนดการแจกแจงของส่วนประกอบเชิงสุ่มเป็นแบบ Gaussian และใช้ฟังก์ชันเชื่อมโยงแบบ Identity พร้อมรายงานค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับตัวแปรผลลัพธ์ที่มีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ ใช้การวิเคราะห์ด้วย Median regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p<0.05$

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จนได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 รหัสรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ 015/2025 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย อธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อต้องการทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเองผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยก่อนการเข้าร่วมโครงการได้ด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลและไม่มีส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 16 คน และกลุ่มทดลอง 16 คน พบว่ามีคุณลักษณะประชากร ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n(%)	กลุ่มควบคุม n(%)
เพศ		
ชาย	11 (68.8)	9 (56.3)
หญิง	5 (31.3)	7 (43.7)
อายุเฉลี่ย: ปี ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	56.1±13.7	60.5±12.5
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย :kg/m^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
< 18.5	1 (6.3)	1 (6.3)
18.5-24.9	8 (50)	13 (81.3)
≥ 25	7 (43.8)	2 (12.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n(%)	กลุ่มควบคุม n(%)
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	13 (81.3)	13 (81.3)
ปริญญาตรี	3 (18.8)	2 (12.5)
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0)	1 (6.25)

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลพื้นฐานประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีผู้เข้าร่วมจำนวน 16 คน เป็นเพศชาย 11 คน และเพศหญิง 5 คน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมจำนวน 16 คน เป็นเพศชาย 9 คน และเพศหญิง 7 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 56.1±13.7 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 60.5±12.5 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 มากที่สุด (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ ≥25 (ร้อยละ 43.8) และ <18.5 (ร้อยละ 6.3) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่อยู่ในช่วงดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 (ร้อยละ 81.3) รองลงมาคือ ≥25 (ร้อยละ 12.5) และ <18.5 (ร้อยละ 6.3) ในด้านระดับการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 81.3 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม) กลุ่มทดลองมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 18.8 และไม่พบผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 12.5 และระดับสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 6.25

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของอาสาสมัครโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	4 (25)	2 (12.5)
มี		
เบาหวาน	2 (12.5)	5 (31.3)
ความดันโลหิตสูง	9 (56.3)	13 (81.3)
ไขมันในหลอดเลือด	5 (31.3)	7 (43.8)
โรคอื่น เช่น เกาต์ หัวใจ ซึมเศร้า	1 (6.3)	2 (12.5)
การวินิจฉัย		
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	11 (68.8)	13 (81.3)
โรคหลอดเลือดสมองแตก	5 (31.3)	3 (18.8)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลภาวะสุขภาพของอาสาสมัครโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ระยะเวลาการเกิดโรค		
น้อยกว่า 3 เดือน	8 (50.0)	4 (25.0)
3-6 เดือน	4 (25.0)	3 (18.8)
มากกว่า 6 เดือน	4 (25.0)	9 (56.2)
ด้านที่อ่อนแรง		
ขวา	11 (68.8)	10 (62.5)
ซ้าย	5 (31.3)	6 (37.5)
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน		
ไม่ใช้	4 (25.0)	6 (37.5)
ใช้	12 (75.0)	10 (62.5)

จากตารางที่ 2 พบว่าอาสาสมัครผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพของอาสาสมัครโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัว โดยกลุ่มทดลองมีอาสาสมัครที่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 25 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 12.5 เมื่อพิจารณาโรคประจำตัว พบว่าโรคที่พบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่มคือ ความดันโลหิตสูง โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 56.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 81.3 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.3 และ 43.8 ตามลำดับ) และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 12.5 และ 31.3 ตามลำดับ)นอกจากนี้ยังพบโรคอื่น ๆ เช่น เกาต์ โรคหัวใจ และภาวะซึมเศร้าในสัดส่วนที่น้อย ด้านการวินิจฉัยโรค พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 68.8 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 81.3 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 31.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 18.8 สำหรับระยะเวลาหลังการเกิดโรค กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระยะน้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 50) ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระยะมากกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 56.3) เมื่อพิจารณาด้านที่มีอาการอ่อนแรง พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มมีอาการอ่อนแรงด้านขวา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 68.8 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 62.5 ด้านการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 75 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 62.5

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของอาสาสมัครโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง $\bar{x}$ (SD)	กลุ่มควบคุม $\bar{x}$ (SD)
Berg Balance Scale (BBS)	37.0 (7.87)	38.9 (10.75)
10 meter walk-10MWT (m/s^2), Median (IQR)	0.09 (0.07, 0.52)	0.21 (0.13, 0.36)
Barthel index	13.5 (2.65)	14.9 (2.83)

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางคลินิกของอาสาสมัครโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความสามารถในการทรงตัวจากแบบประเมิน Berg Balance Scale (BBS) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.0 (SD=7.87) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.9 (SD=10.75) สำหรับความเร็วในการเดินที่ประเมินด้วยการทดสอบ 10-meter walk พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า Median เท่ากับ 0.09 เมตรต่อวินาทียกกำลังสอง (IQR=0.07, 0.52) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่า Median เท่ากับ 0.21 เมตรต่อวินาทียกกำลังสอง (IQR=0.13, 0.36) ด้านความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันจาก Barthel index พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.5 (SD=2.65) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.9 (SD=2.83) โดยภาพรวมค่าพื้นฐานของตัวแปรทางคลินิกทั้งสามด้านมีลักษณะใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 ผลการทดลองเปรียบเทียบการทรงตัว ความเร็วในการเดิน ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันหลังการฝึกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	คะแนนหลังการทดลอง		คะแนนความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ปรับแล้ว (95%CI)[a]	p-value
	กลุ่มทดลอง $\bar{x}$ (SD)	กลุ่มควบคุม $\bar{x}$ (SD)		
Berg Balance Scale (BBS)	49.0 (4.29)	43.1 (10.69)	7.34 (4.50, 10.18) [b]	<0.001
10 meter walk (m/s^2),	0.13	0.22	0.045	0.024
Median (IQR)	(0.08, 0.62)	(0.13, 0.41)	(0.006, 0.083)[c]	
Barthel index	18.4 (1.12)	16.5 (3.14)	2.89 (1.94, 3.83)[b]	<0.001

[a]ปรับอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลอง [b]Mean difference (95% CI) [c] Median difference (95% CI)

จากตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลองด้านความสามารถในการทรงตัว ความเร็วในการเดิน และความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความสามารถด้านการทรงตัว Berg Balance Scale (BBS) หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.0 (SD=4.29) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.1 (SD=10.69) โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเท่ากับ 7.34 คะแนน (95% CI: 4.50, 10.18) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สำหรับความเร็วในการเดินจากการทดสอบ 10-Meter walk พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า median เท่ากับ 0.13 (IQR=0.08, 0.62) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่า median เท่ากับ 0.22 (IQR=0.13, 0.41) โดยกลุ่มทดลองมีค่าความเร็วในการเดินดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median difference=0.045, 95%CI: 0.006, 0.083, p=0.024) และในด้านความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันจากคะแนน Barthel index พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 18.4 (SD=1.12) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.5 (SD=3.14) โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 คะแนน (95%CI: 1.94, 3.83) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อเปรียบเทียบผลของของการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร (Task-oriented circuit training) ต่อความสามารถของการทรงตัวและการเดินในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการฝึกกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัว ความเร็วในการเดิน และความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการฝึกรูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิผลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee et al. ที่รายงานว่าการฝึกแบบ Task-oriented หรือแบบเป็นวงจรช่วยพัฒนาความสามารถด้านการทรงตัวและการเดินในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] และผลจากการวิเคราะห์คะแนนความสามารถด้านการทรงตัว Berg Balance Scale แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim et al.[12] ที่พบว่าการฝึกแบบ Task-oriented circuit training ส่งผลให้อาสาสมัครที่มีภาวะอ่อนแรงหลังอัมพาตครึ่งซีกมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น มากยิ่งขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาทั่วไป กลไกพื้นฐานดังกล่าวที่อธิบายผลลัพธ์นี้สามารถเชื่อมโยงกับหลักการของการฝึกแบบมีเป้าหมายซ้ำ ๆ ซึ่งเน้นการเคลื่อนไหวที่ใกล้เคียงกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยการฝึกแบบเฉพาะเจาะจงจะช่วยให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อเกิดการเรียนรู้และปรับตัว (Motor learning และ Neuroplasticity) ทำให้การควบคุมลำตัวและการถ่ายน้ำหนักมีการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่พบในงานศึกษาด้านการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวหลังโรคหลอดเลือดสมอง[12] นอกจากนี้ ผลการศึกษาในด้านความเร็วในการเดินด้วยการทดสอบ 10-Meter walk test พบว่ากลุ่มทดลองมีความเร็วในการเดินที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นผลจากการฝึกในท่าทางที่หลากหลายและการฝึกการประสานงานของกล้ามเนื้อขา เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่กล่าวว่าฝึกแบบเฉพาะเจาะจงช่วยเพิ่มความเร็วและระยะทางเดินได้อย่างมีนัยสำคัญหลังการฝึก[12] และเมื่อพิจารณาจากคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel index พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาพวิจิตร เสียงเสนาะ และเฟื่องฟ้า ขอบคุณ[4] ที่กล่าวถึงแนวคิดการถ่ายโอนทักษะ (Transfer of training) จากกิจกรรมที่ฝึกไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ดีกว่า เนื่องจากการฝึกถูกออกแบบให้มีองค์ประกอบใกล้เคียงกับกิจกรรมประจำวันมากที่สุด[4] แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีข้อจำกัด คือขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก และระยะเวลาการศึกษาไม่ยาวพอที่จะประเมินผลระยะยาวหลังสิ้นสุดการฝึก ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจจำกัดความสามารถในการทั่วไปของผลลัพธ์ ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ระยะเวลาติดตามผลที่ยาวขึ้น และศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ เช่น ระดับความรุนแรงของอาการ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลต่อเนื่องหลังฝึก กล่าวโดยสรุปคือผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจรเป็นแนวทางการฟื้นฟูที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาความสามารถด้านการทรงตัว การเดิน และการดำเนินกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการฟื้นฟูทางคลินิกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการฝึกดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทางคลินิก โดยนักกายภาพบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการฝึกไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับระดับความสามารถและความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทรงตัวและการเดิน รวมถึงเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และลดการพึ่งพาผู้อื่นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแยกเป็นระยะต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในวงกว้าง นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์จากการฝึกกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงแบบเป็นวงจร

เอกสารอ้างอิง

1. กุสุมา สุวรรณบูรณ์. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561;14(3):3-15.
2. ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์. สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2561;11(2):26-39.
3. ปิยาภรณ์ หอมกลิ่น. ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู. Mahidol R2R e-Journal. 2564;8(3):74-82.
4. ภาพวิจิตร เสียงเสนาะ, เฟื่องฟ้า ขอบคุณ. การทบทวนวรรณกรรม: การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านการเดิน การทรงตัว การใช้งานแขนและมือด้วยการฝึกแบบเฉพาะเจาะจง. J Thai Stroke Soc. 2565;21(2):26-43.
5. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co; 1997.
6. Flansbjer UB, Holmbäck AM, Downham D, Patten C, Lexell J. Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke. J Rehabil Med. 2005 Mar;37(2):75-82. doi: 10.1080/16501970410017215.
7. เก้ากานดา เฮงบำรุง. ผลการฝึกการทรงตัวแบบดั้งเดิมและการฝึกการทรงตัว โดยใช้ Visual Biofeedback ต่อความสามารถด้านการทรงตัว ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;18(2):563-75.
8. Jonsdottir J, Cattaneo D. Reliability and validity of the dynamic gait index in persons with chronic stroke. Arch Phys Med Rehabil. 2007 Nov;88(11):1410-5. doi: 10.1016/j.apmr.2007.08.109.

9. Sulter G, Steen C, De Keyser J. Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. Stroke. 1999 Aug;30(8):1538-41. doi: 10.1161/01.str.30.8.1538.
10. Yang YR, Wang RY, Lin KH, Chu MY, Chan RC. Task-oriented progressive resistance strength training improves muscle strength and functional performance in individuals with stroke. Clin Rehabil. 2006 Oct;20(10):860-70. doi: 10.1177/0269215506070701.
11. Lee MH, Lee DY. Effects of Task-Oriented Training on Gait Outcomes and Balance in Individuals with Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Clin Med. 2025 Dec 11;14(24):8766. doi: 10.3390/jcm14248766.
12. Kim K, Jung SI, Lee DK. Effects of task-oriented circuit training on balance and gait ability in subacute stroke patients: a randomized controlled trial. J Phys Ther Sci. 2017 Jun;29(6):989-992. doi: 10.1589/jpts.29.989.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดสุรินทร์: การวิเคราะห์จากเวชระเบียน

ปวีร์ แก้ววิมลรัตน์*[a]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอัตราการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา (รพก.พนมดงรัก) และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม โดยใช้การวิเคราะห์จากเวชระเบียน กำหนดรายการข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกใน รพก.พนมดงรัก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 และเข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 จำนวน 189 รายการ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และการเข้ารับบริการทันตกรรม ด้วยสถิติ Chi-square หากละเมิดเงื่อนไขใช้สถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบ และหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ควรเข้ารับบริการทันตกรรมกับจำนวนครั้งที่มารับบริการทันตกรรมจริง ด้วยสถิติ Pearson's correlation การศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการรับบริการทันตกรรมร้อยละ 35.4 โดยอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ การได้รับการนัดหมายให้เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ และการมีข้อมูลเลือดสามีหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างจำนวนครั้งที่ควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเมื่อได้ข้อมูลดังกล่าวมาแล้ว สามารถต่อยอดการศึกษาเชิงปริมาณที่ลึกขึ้น เชิงคุณภาพ หรือทำโครงการเพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ได้ต่อไป

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์; การเข้ารับบริการทันตกรรม; เวชระเบียน

* ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

[a] Corresponding author: ปวีร์ แก้ววิมลรัตน์ Email: pravee.kae@gmail.com

รับบทความ: 26 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 16 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 เม.ย. 69

Factors Related to Receiving Dental Treatment of Pregnant Woman at The King's Birthday Celebrations 80 Years Phanomdongrak Hospital: Analysis of Medical Records

Pravee Kaewvimonrat[*a]

Abstract

This study aimed to determine the rate of receiving dental treatment among pregnant women attending antenatal care (ANC) at the King's Birthday Celebrations 80 Years Phanomdongrak Hospital and to identify associated factors. Data were obtained from the medical records of 189 pregnant women who had their first ANC visit at the hospital between October 2022 and March 2024 and received dental treatment between October 2022 and November 2024. The associations between various factors and receiving dental treatment were analyzed using the Chi-square test, with Fisher's exact test applied when assumptions were violated, while Pearson's correlations were used to assess relationships between planned number of dental visits during pregnancy and the actual number of visits. The results showed that 35.4% of pregnant women received dental treatments. Factors significantly associated with receiving dental treatments included gestational age at the first ANC visit, the number of ANC visits at the hospital, receiving dental examination during pregnancy, receiving dental appointments during pregnancy, and the presence of partner blood test results ($p<0.05$). No significant correlation was found between the planned number of dental visits during pregnancy and the actual number of visits attended during pregnancy. The results provided a foundation for further in-depth quantitative and qualitative research and for developing programs aimed at increasing dental service utilization among pregnant women.

Keywords: Pregnant woman; Dental treatment; Medical records

[*] Dentist, Professional level, The King's Birthday Celebrations 80 Years Phanomdongrak Hospital

[a] Corresponding author: Pravee Kaewvimonrat E-mail: pravee.kae@gmail.com

Received: Jan. 26, 26; Revised: Feb. 16, 26; Accepted: Feb. 17, 26; Published Online: Apr. 28, 26

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์คือประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญในปัจจุบัน เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างประชากรใหม่ของประเทศให้มีคุณภาพและสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ดี การตั้งครรภ์ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ทั้งทางกายวิภาค สรีรวิทยา และชีวเคมี ส่งผลให้มีอาการต่าง ๆ เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารจุบจิบ หรือการมีเหงือกอักเสบง่ายกว่าปกติ และมีโอกาสเป็นโรคปริทันต์รุนแรง[1-3] ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย[4-5] ซึ่งนับเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก[6]

ปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย แนะนำให้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่านการฝากครรภ์ 8 ครั้ง โดยแนะนำให้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์[4] เพื่อเป็นการดูแลมารดาและพัฒนาทารกตั้งแต่เริ่มอยู่ในครรภ์ โดยหนึ่งในกิจกรรมของการฝากครรภ์ คือการตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ทันตสุขศึกษา และขัดทำความสะอาดฟันแก่หญิงตั้งครรภ์[7] เพื่อตรวจประเมิน ส่งเสริม และป้องกันโรคภายในช่องปากที่มีโอกาสเกิดขึ้น อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากของทั้งหญิงตั้งครรภ์ และตัวทารกต่อไปในอนาคตด้วย[8-9]

อย่างไรก็ดี ด้วยสภาวะปัจจัยหลายประการ ส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการดังกล่าวแก่หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างทั่วถึง โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) พบว่า ในปีงบประมาณ 2567 หญิงตั้งครรภ์ทั้งประเทศไทยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรเพียงร้อยละ 59.5 ได้รับการขัดทำความสะอาดฟันเพียงร้อยละ 29.3 และมีการเข้ารับบริการทันตกรรมอื่นๆ ร้อยละ 87.1 จะเห็นได้ว่า มีหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากไม่ได้รับบริการเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน หรือรักษาใดๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่อำเภอพนมดงรักที่มียอดการรับบริการต่ำกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 31.3, 23.3 และ 96.7 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบในระดับจังหวัด อำเภอพนมดงรักมียอดหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจเป็นอันดับสุดท้ายของจังหวัด และมียอดการได้รับการขัดทำความสะอาดเป็นอันดับที่ 16 จาก 17 อำเภอในจังหวัดสุรินทร์

นอกจากนี้ เป้าหมายตัวชี้วัดของสำนักทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ได้เพิ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55[10] ดังนั้น เพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการดังกล่าว จึงควรมีการวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการ ซึ่งจะตอบสนองต่อเป้าหมายและพัฒนาสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ได้

การเข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จะมีการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น อายุ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตั้งครรภ์ต่าง ๆ เพื่อนำมาประเมินความเสี่ยงและประกอบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐานการพยาบาลอยู่แล้ว และเคยมีการศึกษาว่าบางปัจจัยมีผลต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในบางพื้นที่ และด้วยบริบทการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอพนมดงรักจะให้บริการทั้งฝากครรภ์และให้บริการทันตกรรมเฉพาะในโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา (รพก.พนมดงรัก) เท่านั้น จึงทำให้มีการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลอยู่แล้วทั้งในเวชระเบียนจากคลินิกฝากครรภ์ (บัตรอนามัยมารดา) และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ครั้งนี้ มุ่งเน้นไปที่ปัจจัยพื้นฐานที่สามารถสืบค้นได้จากข้อมูลที่มีอยู่ โดยนำทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model[11] มากำหนดปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของบุคคล ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งสนับสนุนที่จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือกลุ่มบุคคลอื่นที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันและส่งผลต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรม และยังไม่มีการศึกษาประเด็นนี้ในพื้นที่ จึงควรทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอพนมดงรัก เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และอัตราการเข้ารับบริการทันตกรรม สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่และวางแผนพัฒนาการให้บริการในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก มีอัตราการเข้ารับบริการทางทันตกรรมเท่าใด
2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์จากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในรายการข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกใน รพก.พนมดงรัก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 และเข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

รายการข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพก.พนมดงรัก ทั้งข้อมูลจากบัตรอนามัยมารดา และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

เกณฑ์การคัดออก

รายการข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวซึ่งไม่ได้รับอนุญาตให้ทำการรักษาทางทันตกรรมจากแพทย์ผู้รักษา และรายการข้อมูลที่บันทึกไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลจากบัตรอนามัยมารดา ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลประจำกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (ประวัติทันตกรรม) ซึ่งบันทึกโดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม โดยแบ่งข้อมูลเป็น 4 ส่วน คือ

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย[12] ก่อนตั้งครรภ์ อาชีพ ศาสนา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ ประวัติการใช้ยาและแพ้ยา ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอด ระดับความเครียด การมีความเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก ในช่วง 2 ปีก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก อายุครรภ์ขณะได้รับการตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรก การได้รับการนัดหมายให้เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ สุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ และคำนวณจำนวนครั้งที่ควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ โดยคำนวณจาก สภาวะโรคเหงือก (อนุมานว่าต้องขูดหินน้ำลาย นับเป็นจำนวน 1 ครั้ง) และสภาวะโรคฟันผุ (อนุมานจากจำนวนฟันผุ เป็น 1 ซี่ ต่อ 1 ครั้งที่ควรเข้ารับการรักษา)

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ ข้อมูลเลือดของสามีหญิงตั้งครรภ์

4. ข้อมูลการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ที่กลุ่มงานทันตกรรม รพก.พนมดงรัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากรายการข้อมูลจะนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ 3 ส่วน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (jamovi desktop version 2.6.44) คือ

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉพาะข้อมูล อายุ ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรักช่วง 2 ปีก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก อายุครรภ์ขณะได้รับการตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรก จำนวนครั้งที่ควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์

2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน คือ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ อาชีพ ศาสนา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ ประวัติการใช้ยาและแพ้ยา ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอด ระดับความเครียด การมีความเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก ช่วง 2 ปีก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก อายุครรภ์ขณะได้รับการตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรก การได้รับการนัดหมายให้เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ สุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ และข้อมูลเลือดของสามีหญิงตั้งครรภ์ กับการเข้ารับการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก โดยใช้สถิติ Chi-square หากละเมิดเงื่อนไขใช้สถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบ[13] และกรณีสามารถแสดงความสัมพันธ์ได้จะประเมินค่า OR (Odds ratio) ในช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence interval) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก โดยใช้สถิติ Pearson's correlation แสดงความสัมพันธ์โดยประเมินค่า Correlation coefficient และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence interval) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No. 84/2567 เลขที่โครงการวิจัย 95/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

จากรายการข้อมูลทั้งหมด 211 รายการ พบว่ามีรายการที่ไม่สมบูรณ์ 22 รายการ ทำให้เหลือรายการข้อมูลที่นำมาเป็นข้อมูลทั้งสิ้น 189 รายการ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี ร้อยละ 71.4 (Mean=25.7, SD=6.68, ต่ำสุด 14 ปี, สูงสุด 46 ปี) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ร้อยละ 41.8 (Mean=23.0, SD=4.53, ต่ำสุด 14.4, สูงสุด 37.9) ส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 24.3 และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 1)

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่เคยมาเข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก ช่วง 2 ปีก่อนตั้งครรภ์ (Mean=0.5, SD=1.22, มากที่สุด 7 ครั้ง)

ส่วนการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่เริ่มมาฝากครรภ์ที่ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 60.8 (อายุครรภ์เฉลี่ย 13.7 สัปดาห์, SD=8.16, ต่ำสุด 4 สัปดาห์, สูงสุด 40 สัปดาห์) และส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพมากกว่า 8 ครั้ง ร้อยละ 61.9 (จำนวนครั้งฝากครรภ์เฉลี่ย 9.0 ครั้ง, SD=4.39, น้อยที่สุด 1 ครั้ง, มากที่สุด 17 ครั้ง)

อย่างไรก็ดี หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 81.5 โดยอายุครรภ์ขณะได้รับการตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรกอยู่ช่วงไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 69.5 (อายุครรภ์เฉลี่ย 11.9 สัปดาห์, SD=6.31, น้อยที่สุด 4 สัปดาห์, ช้าที่สุด 36 สัปดาห์) ซึ่งมีจำนวนครั้งที่ควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (Mean=1.5 ครั้ง, SD=1.54, น้อยที่สุด 1 ครั้ง, มากที่สุด 14 ครั้ง) และมีหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 35.4

โดยหญิงตั้งครรภ์มาเข้ารับบริการทันตกรรมร้อยละ 35.4 โดยส่วนใหญ่มารับบริการทันตกรรมเพียง 1 ครั้งระหว่างช่วงตั้งครรภ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของรายการข้อมูลหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<20	35	18.5
20-35	135	71.4
>35	19	10.1
Mean=25.7, SD=6.68, Median=25, Min=14, Max=46		
ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม/เมตร^2)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.50)	27	14.3
สมส่วน (18.50-22.99)	79	41.8
เกินมาตรฐาน (23.00-24.99)	31	16.4
อ้วน (25.00-29.99)	38	20.1
อ้วนมาก (≥30)	14	7.4
Mean=23.0, SD=4.53, Median=22, Min=14.4, Max=37.9		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของรายการข้อมูลหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	46	24.3
เกษตรกร	25	13.2
รับจ้าง	57	30.2
ค้าขาย	24	12.7
เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ	13	6.9
ธุรกิจส่วนตัว	4	2.1
แม่บ้าน	10	5.3
นักเรียน	10	5.3
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก ในช่วง 2 ปีก่อนตั้งครรภ์		
ไม่เคยมารับบริการ	152	80.4
มารับบริการ 1 ครั้ง	18	9.5
มารับบริการ 2 ครั้ง	6	3.2
มารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง	13	6.9
Mean=0.46, SD=1.22, Median=0, Min=0, Max=7		
อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์		
ไตรมาสที่ 1	115	60.8
ไตรมาสที่ 2	58	30.7
ไตรมาสที่ 3	16	8.5
Mean=13.7, SD=8.16, Median=11, Min=4, Max=40 (สัปดาห์)		
จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก		
น้อยกว่า 8 ครั้ง	72	38.1
8 ครั้งขึ้นไป	117	61.9
Mean=9.0, SD=4.39, Median=9, Min=1, Max=17		
อายุครรภ์ขณะได้รับการตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรก		
ไตรมาสที่ 1	107	69.5
ไตรมาสที่ 2	42	27.3
ไตรมาสที่ 3	5	3.2
Mean=11.9, SD=6.31, Median=10, Min=4, Max=36 (สัปดาห์)		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์		
1 ครั้ง	126	81.8
2 ครั้ง	12	7.8
3 ครั้ง	6	3.9
มากกว่า 3 ครั้ง	10	6.5
Mean=1.5, SD=1.54, Median=1, Min=1, Max=14		

ตารางที่ 2 อัตราการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์และจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก

การเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มารับบริการ	122	64.6
มารับบริการ 1 ครั้ง	47	24.9
มารับบริการมากกว่า 1 ครั้ง	20	10.6
Mean=0.50, SD=0.842, Median=0, Min=0, Max=6		

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ การได้รับการนัดหมายให้เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ และการมีข้อมูลเลือดสามีหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก น้อยกว่า 8 ครั้ง มีโอกาสที่จะเข้ารับบริการทันตกรรมน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มากกว่า 8 ครั้ง ถึงน้อยกว่า 0.26 เท่า ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจฟันจะมีโอกาสมาเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าคนที่ไม่ได้ตรวจฟันถึง 54.8 เท่า หากได้รับการนัดหมายจะมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าไม่ได้รับการนัดหมาย 5.06 เท่า และการมีข้อมูลเลือดของสามีหญิงตั้งครรภ์จะมีโอกาสมาเข้ารับบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีข้อมูล 2.39 เท่า

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์

การเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์	มารับบริการ n (%)	ไม่มารับบริการ n (%)	OR	95% CI	p-value
ปัจจัยนำ					
อายุ (ปี)					0.10[a]
<20	7 (20.0)	28 (80.0)			
20-35	53 (39.3)	82 (60.7)			
>35	7 (36.8)	12 (63.2)			
ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม/เมตร^2)					0.40[a]
ต่ำกว่าเกณฑ์	7 (25.9)	20 (74.1)			
สมส่วน	15 (48.4)	16 (51.6)			
เกินมาตรฐาน	29 (36.7)	50 (63.3)			
อ้วน	11 (28.9)	27 (71.1)			
อ้วนมาก	5 (35.7)	9 (64.3)			

ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์

การเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์	มารับบริการ n (%)	ไม่มารับบริการ n (%)	OR	95% CI	p-value
อาชีพ					0.37[b]
ว่างงาน	20 (43.5)	26 (56.5)			
เกษตรกร	12 (48.0)	13 (52.0)			
รับจ้าง	16 (28.1)	41 (71.9)			
ค้าขาย	5 (20.8)	19 (79.2)			
เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ	5 (38.5)	8 (61.5)			
ธุรกิจส่วนตัว	2 (50.0)	2 (50.0)			
แม่บ้าน	3 (30.0)	7 (70.0)			
นักเรียน	4 (40.0)	6 (60.0)			
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน					0.39[b]
ไม่มี	64 (36.6)	111 (63.4)	2.11	0.57-7.86	
มี	3 (21.4)	11 (78.6)	1		
ประวัติการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ					0.47[a]
ไม่มี	62 (36.6)	109 (63.7)	1.48	0.50-4.34	
มี	5 (27.8)	13 (72.2)	1		
ประวัติการใช้ยาและแพ้ยา					0.29[b]
ไม่มี	65 (34.9)	121 (65.1)	0.27	0.02-3.02	
มี	2 (66.7)	1 (33.3)	1		
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์					0.85[a]
1 ครั้ง	24 (36.4)	42 (63.6)	1.06	0.57-2.00	
>1 ครั้ง	43 (35.0)	80 (65.0)	1		
จำนวนลูกที่คลอด					0.66[b]
0	1 (20.0)	4 (80.0)	0.452	0.05-4.18	
>0	42 (35.6)	76 (64.4)	1		
ประวัติการแท้ง					0.82[a]
ไม่มี	32 (35.6)	58 (64.4)	1.1	0.48-2.56	
มี	11 (33.3)	22 (66.7)	1		
ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต					0.41[a]
ได้รับ	53 (37.1)	90 (62.9)	1.35	0.66-2.75	
ไม่ได้รับ	14 (30.4)	32 (69.6)	1		
ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์					0.71[b]
มี	3 (42.9)	4 (57.1)	1.29	0.28-6.00	
ไม่มี	50 (36.8)	86 (63.2)	1		
การมีความเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์					0.42
มี	31 (32.6)	64 (67.4)	0.78	0.43-1.42	
ไม่มี	36 (38.3)	58 (64.7)			

ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์

การเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์	มารับบริการ n (%)	ไม่มารับบริการ n (%)	OR	95% CI	p-value
จำนวนความเสี่ยงของการตั้งครรภ์					0.88[a]
ไม่มี	36 (38.3)	58 (61.7)			
มี 1 รายการ	19 (32.8)	39 (67.2)			
มี 2 รายการ	9 (32.1)	19 (67.2)			
มี 3 รายการ	3 (33.3)	6 (66.7)			
ปัจจัยเอื้อ					
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมก่อนตั้งครรภ์					0.17[b]
0	50 (32.9)	102 (67.1)			
1	6 (33.3)	12 (66.7)			
2	4 (66.7)	2 (33.3)			
>2	7 (53.8)	6 (46.2)			
อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์					0.04[a]
ไตรมาสที่ 1	45 (39.1)	70 (60.9)			
ไตรมาสที่ 2	21 (36.2)	37 (63.8)			
ไตรมาสที่ 3	1 (6.3)	15 (93.8)			
จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก					<0.01[a]
น้อยกว่า 8 ครั้ง	13 (18.1)	59 (81.9)	0.26	0.13-0.52	
8 ครั้งขึ้นไป	54 (46.2)	63 (53.8)	1		
ได้รับการตรวจสุขภาพปากและฟัน					<0.01[a]
ใช่	67 (43.5)	87 (56.5)	54.8[c]	3.30-909.0	
ไม่ใช่	0 (0.0)	35 (100.0)	1		
อายุครรภ์ขณะได้รับการตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรก					0.33[b]
ไตรมาสที่ 1	44 (41.1)	63 (58.9)			
ไตรมาสที่ 2	22 (52.4)	20 (47.6)			
ไตรมาสที่ 3	1 (20.0)	4 (80.0)			
การได้รับการนัดหมายให้เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์					<0.01[a]
นัดหมาย	54 (49.5)	55 (50.5)	5.06	2.51-10.20	
ไม่ได้นัดหมาย	13 (16.3)	67 (83.8)	1		
สุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์					0.18[a]
โรคเหงือก	58 (46.0)	68 (54.0)	1.80	0.76-4.29	
โรคเหงือกและฟันผุ	9 (33.3)	19 (66.7)			
ปัจจัยเสริม					
ข้อมูลผลเลือดของสามีหญิงตั้งครรภ์					0.03[a]
มี	58 (39.5)	89 (60.5)	2.39	1.07-5.39	
ไม่มี	9 (21.4)	33 (78.6)			

[a] Chi-square test; [b] Fisher's exact test; [c] Haldane-Anscombe correlation applied

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ที่กลุ่มงานทันตกรรม รพก.พนมดงรัก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกซึ่งกันและกัน (r=-0.031) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.705)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก มีการเข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก ร้อยละ 35.40 ซึ่งต่ำกว่าหลายการศึกษาในอดีต[14-19] และต่ำกว่าเป้าหมายของสำนักทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้

โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มาจาก 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ได้แก่ อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ การได้รับการนัดหมายให้เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ และการมีข้อมูลสามีหญิงตั้งครรภ์ และไม่มีปัจจัยนำข้อใดเลยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญ

อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ ยิ่งเริ่มฝากครรภ์เร็วตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 ทำให้มีโอกาสและเวลาในการเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ช้ากว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยรัตน์ ลียวัฒนานุพงศ์[17] อย่างไรก็ดี หญิงตั้งครรภ์บางกลุ่มที่มาฝากครรภ์เร็วตั้งแต่ยังไม่รู้อายุครรภ์ชัดเจน ทั้งจากประจำเดือนครั้งสุดท้ายหรือการทำอัลตราซาวนด์ ส่งผลให้ทันตบุคลากรไม่สามารถนัดหมายช่วงเวลาที่จะให้เข้ารับบริการทันตกรรมได้ ซึ่งเป็นขั้นตอนการทำงานที่ควรปรับปรุงต่อไปในอนาคต

การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญ ดังจะเห็นได้ว่าไม่มีหญิงตั้งครรภ์คนใดเลยที่ไม่ได้รับการตรวจฟันและเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14]

อย่างไรก็ดี แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะได้เริ่มฝากครรภ์เร็วตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 แต่หากไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่ได้ส่งผลทำให้การเข้ารับบริการทันตกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การได้รับการนัดหมายให้เข้ารับบริการทางทันตกรรมก็เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกัน แม้ว่าอัตราส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนัดหมายแล้วจะมาเข้ารับบริการและไม่มาใกล้เคียงกัน แต่หากไม่ได้รับการนัดหมายจะมีเพียงร้อยละ 16.30 เท่านั้นที่มาเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] อย่างไรก็ดี หญิงตั้งครรภ์บางกลุ่มไม่ได้มาเข้ารับบริการทันตกรรมตรงวันนัดด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ลืมนัด คิวเต็ม ไม่มีคนพามา ตรงกับวันนัดฝากครรภ์ (ทั้งที่ รพก.พนมดงรัก หรือที่ รพ.ปราสาท) ซึ่งก็มีบางส่วนที่ติดต่อเพื่อนัดหมายใหม่ และบางส่วนที่ไม่ได้มาติดต่อหรือไม่สามารถติดต่อได้ หรือแม้แต่หญิงตั้งครรภ์บางส่วนก็ไม่ประสงค์จะนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการทันตกรรมเช่นเดียวกัน

และการมีข้อมูลเลือดสามีของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมเช่นเดียวกัน แม้จะไม่สามารถบอกได้ว่าการมีข้อมูลดังกล่าวสามีหญิงตั้งครรภ์จะแสดงถึงสถานะสมรส การดูแล หรือการมีบุคคลพามาเข้ารับบริการที่ แต่ก็อาจอนุมานได้ว่า หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความใส่ใจ

ในการฝากครรภ์ และน่าจะมีคนดูแลระหว่างตั้งครรภ์ แม้ว่าสถานภาพสมรสและการมีญาติหรือเพื่อนพามาโรงพยาบาลจะไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ตามการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] ก็ตาม

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอย่างไม่มีนัยสำคัญก็มีประเด็นที่น่าสนใจ เช่น อายุ ซึ่งแม้หญิงตั้งครรภ์จะมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันในหลายการศึกษา คือในช่วง 24-27 ปี ซึ่งสอดคล้องกับทั้งการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] การศึกษาของ จินตนา รัตนะ และคณะ[15] การศึกษาของ รพีพรรณ ปุ้งมา และคณะ[18] และการศึกษาของ วลัยรัตน์ ลียวัฒนานุพงศ์[17] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ แพงจันทร์[19]

ส่วนของอาชีพ เนื่องจากการศึกษานี้ใช้การศึกษารายการข้อมูลเดิมที่มีอยู่แล้ว ขณะที่การศึกษาอื่นๆ ใช้รูปแบบของแบบสอบถาม ทำให้เกิดจากความหลากหลายกลุ่มอาชีพมากกว่า และไม่สามารถจัดหมวดหมู่ได้เนื่องจากไม่สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมของอาชีพในรายการข้อมูลได้ ส่งผลให้การศึกษานี้มีรายการอาชีพมากกว่าการศึกษาอื่นๆ และอาจเป็นสาเหตุให้อาชีพไม่สัมพันธ์กับการรับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รัตนะ และคณะ[15] และการศึกษาของ รพีพรรณ ปุ้งมา และคณะ[18] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] และการศึกษาของ วลัยรัตน์ ลียวัฒนานุพงศ์[17]

การมีโรคประจำตัวไม่สัมพันธ์กับการรับบริการทันตกรรมก็สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รัตนะ และคณะ[15] และการศึกษาของ ชณัฐดา สืบสิงห์คาร และคณะ[16] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] โดยอาจมองได้ 2 มุมว่า ผู้มีโรคประจำตัวน่าจะใส่ใจการรักษาและเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่า หรืออีกมุมคือผู้มีโรคประจำตัวมีความกังวลทำให้ไม่มารับบริการทันตกรรม แต่การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์การรักษาโรคประจำตัวในปัจจุบันและผลของโรคประจำตัวดังกล่าวต่อการตั้งครรภ์ ทำให้หากวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวร่วมด้วย อาจสามารถวางแผนในการให้บริการทันตกรรมหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวได้มากขึ้น

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รัตนะ และคณะ[15] และการศึกษาของ ชณัฐดา สืบสิงห์คาร และคณะ[16] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] โดยเกิดจากข้อสันนิษฐานว่า หญิงที่ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วและได้รับการให้คำแนะนำมาก่อน น่าจะได้เข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงที่ไม่เคยผ่านการตั้งครรภ์มาเลย ซึ่งแม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หญิงเข้ารับบริการทันตกรรมก็เป็นหญิงที่ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วมากกว่าหญิงที่ไม่เคยผ่านการตั้งครรภ์มาเกือบเท่าตัว (ร้อยละ 64.20 ต่อ 35.80 ตามลำดับ)

จำนวนลูกไม่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รัตนะ และคณะ[15] และการศึกษาของ วลัยรัตน์ ลียวัฒนานุพงศ์[17] โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก เป็นผู้มีลูกแล้วถึงร้อยละ 95.90 ซึ่งแม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผู้มีลูกแล้วก็เข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มที่ยังไม่มีลูก (ร้อยละ 97.70 ต่อ 2.30

ตามลำดับ) อย่างไรก็ดี ข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ค่อยน่าเชื่อถือมากนัก เพราะนอกจากจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว ยังมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีลูกมารับบริการทันตกรรมเพียง 1 รายเท่านั้น

ประวัติการแท้งไม่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รัตนะ และคณะ[15] และการศึกษาของ วลัยรัตน์ ลียวัฒนานุพงศ์[17] โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการทันตกรรมเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติแท้งสูงกว่าหญิงที่เคยมีประวัติแท้ง (ร้อยละ 74.40 ต่อ 25.60 ตามลำดับ) ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งความกลัวหรือความกังวลในการเข้ารับบริการทันตกรรม หรือจากสาเหตุอื่น ๆ ที่การศึกษานี้ไม่ครอบคลุม

ประวัติการรับบริการทันตกรรมก่อนตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการมารับบริการขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี[14] และการศึกษาของ จินตนา รัตนะ และคณะ[15] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชณัฐดา สืบสิงห์คาร และคณะ[16] โดยตั้งข้อสังเกตว่า ด้วยข้อจำกัดของการเก็บข้อมูล ทำให้เราไม่สามารถทราบได้ว่าหญิงตั้งครรภ์เคยเข้ารับบริการทันตกรรมที่สถานบริการอื่น เช่น โรงพยาบาลอื่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือคลินิกเอกชน หรือมีความไม่สะดวกอย่างไรในการเข้ารับบริการทันตกรรมที่ รพก.พนมดงรัก เนื่องจาก รพก.พนมดงรัก เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและให้บริการคนไข้ได้จำกัด ยังไม่รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพนมดงรักก่อนตั้งครรภ์ ทำให้ไม่มีประวัติการเข้ารับบริการทันตกรรมหรือไม่ทราบแนวทางการเข้ารับบริการทันตกรรมของ รพก.พนมดงรัก

สุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ก็ไม่สอดคล้องกับการเข้ารับบริการทันตกรรมเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชณัฐดา สืบสิงห์คาร และคณะ[16] โดยอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบความเปลี่ยนแปลงในช่องปากของตนเองขณะตั้งครรภ์หรือไม่มีอาการใด ๆ หรือสุขภาพช่องปากก่อนตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อมูลอาจไม่มีความแตกต่างกับสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์เลยก็ได้

ส่วนปัจจัยอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา การได้รับการตรวจสุขภาพจิตและการมีความเครียด การมีความเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์และจำนวนความเสี่ยง ไตรมาสที่ได้รับการตรวจฟัน ไม่พบในการศึกษาอื่นที่ผ่านมา อาจเนื่องมาจากวิธีการศึกษาที่ส่วนใหญ่ใช้เป็นแบบสอบถามจากหญิงตั้งครรภ์โดยตรง ทำให้ปัจจัยดังกล่าวไม่ได้ถูกคำนึงถึง แต่เป็นปัจจัยที่คลินิกฝากครรภ์มีการบันทึกไว้ การศึกษานี้จึงได้รวบรวมข้อมูลดังกล่าวไว้ด้วย

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ที่ฝ่ายทันตกรรม รพก.พนมดงรักที่ไม่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่า แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะทราบว่าตัวเองมีปัญหาสุขภาพช่องปาก แต่ก็มีปัจจัยอื่นๆที่ขัดขวางไม่ให้ได้รับบริการทันตกรรมทั้งหมดอย่างที่ได้รับการตรวจ เช่น หัตถการที่ควรได้รับการทำระหว่างตั้งครรภ์นั้นอาจเป็นหัตถการที่ไม่เร่งด่วน[7] เช่น ฟันผุไม่ลึก ฟันผุไม่มีอาการ ฟันคุดที่ไม่มีอาการ หรือเป็นหัตถการที่ต้องถ่ายภาพรังสีและผู้ป่วยไม่สะดวกจะรับการถ่ายภาพรังสี ทำให้แม้แต่ทันตบุคลากรเองอาจยังไม่แนะนำให้มาทำช่วงตั้งครรภ์ หรือแม้แต่ปัญหาช่วงเวลา เช่น มีปัญหาแพ้ท้องคลื่นไส้อาเจียนตลอดทั้ง 3 ไตรมาสที่ตั้งครรภ์ หรืออยากจะมารับบริการทันตกรรมในฟันที่ไม่มีอาการช่วงไตรมาสที่ 3 ซึ่งไม่สามารถนอนราบได้สบายแล้ว หรือแม้แต่ความเชื่อของทันตบุคลากรเองที่จะให้บริการทันตกรรมเฉพาะช่วงไตรมาสที่ 2 ก็เลยส่งผลทำให้จำนวนครั้งที่ได้รับบริการจริงน้อยกว่าจำนวนที่ควร

อีกประเด็นที่พบระหว่างการตรวจสอบรายการข้อมูล คือความแตกต่างของผลการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยการศึกษานี้ใช้ผลการตรวจสุขภาพช่องปากครั้งแรกที่มาเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่ รพก.พนมดงรัก เป็นหลักในการวิเคราะห์ แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์เกือบทุกรายได้รับการลงข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำ ซึ่งมีข้อมูลที่แตกต่างกับการตรวจสุขภาพช่องปากครั้งแรกมาก ทั้งจำนวนซี่ฟัน จำนวนฟันผุ จำนวนฟันที่เคยอุด สภาวะปริทันต์ จำนวนฟันคู่สบ และความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้รับการตรวจและให้คำแนะนำมากน้อยเหมาะสมเพียงใด

อย่างไรก็ดี การศึกษานี้ไม่ได้แยกหญิงตั้งครรภ์ที่เคยฝากครรภ์ที่อื่นแล้วมาฝากครรภ์ต่อที่ รพก.พนมดงรัก ซึ่งกลุ่มนี้อาจมีเคยได้รับบริการทันตกรรมที่อื่นไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่เคยฝากครรภ์เดิมหรือคลินิกเอกชน และกลุ่มนี้จะอาจขาดการสื่อสารกับทันตบุคลากรที่ รพก.พนมดงรัก เนื่องจากมาฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์มากกว่าอายุครรภ์ปกติที่แนะนำให้มาเข้ารับบริการทันตกรรม

นอกจากนี้ ด้วยข้อจำกัดหลายประการของการศึกษานี้ที่ใช้รายการข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ ส่งผลทำให้ข้อมูลหลายอย่างต้องอาศัยการอนุมานเพื่อหาเหตุและผล รวมถึงการมีผู้บันทึกข้อมูลหลายคน ทั้งในส่วนบัตรอนามัยมารดาและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ก็ทำให้มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรตรวจและนัดหมายหญิงตั้งครรภ์ให้เข้ารับการบริการทันตกรรมให้เร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์
2. ควรปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการทันตกรรมในคลินิกฝากครรภ์อย่างเคร่งครัด เพื่อประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยลักษณะนี้ คือ เชิงวิเคราะห์จากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง ให้เพียงข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งควรนำไปต่อยอดในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ หรือ สัมภาษณ์ปัญหาในการทำงานของบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหลักสูตรระยะสั้น (4 เดือน) ทันตสาธารณสุข สำหรับทันตแพทย์ ปี 2567 และ ทพญ.ดร.อรฉัตร คุรุรัตนะ ผู้เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในหลักสูตร สำหรับการแนะนำโครงร่างงานวิจัยฉบับแรกก่อนจะปรับปรุงและนำมาเสนอเป็นงานวิจัยฉบับจริง และขอขอบคุณบุคลากรใน รพก.พนมดงรัก ทั้งกลุ่มงานทันตกรรมและกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ที่ให้ความร่วมมือและเอื้อเฟื้อข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. O'Neil TC. Plasma female sex-hormone levels and gingivitis in pregnancy. J Periodontol. 1979 Jun;50(6):279-82. doi: 10.1902/jop.1979.50.6.279.
2. Carrillo-de-Albornoz A, Figuero E, Herrera D, Cuesta P, Bascones-Martínez A. Gingival changes during pregnancy: III. Impact of clinical, microbiological, immunological and socio-demographic factors on gingival inflammation. J Clin Periodontol. 2012 Mar;39(3):272-83. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01800.x.
3. Cohen DW, Shapiro J, Friedman L, Kyle GC, Franklin S. A longitudinal investigation of the periodontal changes during pregnancy and fifteen months post-partum. II. J Periodontol. 1971 Oct;42(10):653-7. doi: 10.1902/jop.1971.42.10.653.
4. Gazolla CM, Ribeiro A, Moysés MR, Oliveira LA, Pereira LJ, Sallum AW. Evaluation of the incidence of preterm low birth weight in patients undergoing periodontal therapy. J Periodontol. 2007 May;78(5):842-8. doi: 10.1902/jop.2007.060295.
5. Tarannum F, Faizuddin M. Effect of periodontal therapy on pregnancy outcome in women affected by periodontitis. J Periodontol. 2007 Nov;78(11):2095-103. doi: 10.1902/jop.2007.060388.
6. World Health Organization. Preterm birth [Online]. 2023 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง. แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/04/EarlyChilhood2566/5months(OCT22-FEB23)/Preg_Postpartum_Dental_Guidline.05.01.2566.pdf
8. Berkowitz RJ, Jordan HV, White G. The early establishment of Streptococcus mutans in the mouths of infants. Arch Oral Biol. 1975 Mar;20(3):171-4. doi: 10.1016/0003-9969(75)90005-9.
9. Sowmya KR, Puranik MP, Aparna KS. Association between mother's behaviour, oral health literacy and children's oral health outcomes: A cross-sectional study. Indian J Dent Res. 2021 Apr-Jun;32(2):147-152. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_676_18.
10. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/th/guidelines/download?id=128405&mid=38582&mkey=m_document&lang=th&did=33364

11. Fernández ME, Kok G, Parcel G, Green LW. Educational and Ecological Assessment: Predisposing, Enabling and Reinforcing Factors. In Green LW, Gielen AC, Ottoson JM, Perterson DV, Kreuter MW, (eds). Health Program Planning, Implementation, and Evaluation. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2022. p. 148-72.
12. สื่อมัลติมีเดีย กรมอนามัย. BMI กับ ระยะทางความอ้วน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info1123_health_32
13. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. ข้อควรระวังในการใช้ Chi-square Test ในงานวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2553;13(1):55-8.
14. ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาใช้บริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
15. จินตนา รัตนะ, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์, สุกัญญา เธียรวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมในช่วงอายุ 4-6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2557;64(3):127-47.
16. ชณัฐดา สืบสิงห์คาร, สุธิดา กันหา, อรวรรณ นามมนตรี, ณัฐฐินันท์ ทองปฐมวงศ์. สภาวะฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย. วารสารทันตาภิบาล. 2560;28(1):60-72.
17. วลัยรัตน์ ลียวัฒนานุพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพสุรนารี. 2566;1(1):e01706(1-14).
18. รพีพรรณ ปุ้งมา, ทรงพล ราชบาศรี, ก้องภพ ถาบุญแก้ว, ชีวนันท์ เหล่าพงศ์พิชญ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตาภิบาล 2566;34(1):1-11.
19. วราภรณ์ แพงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. Health Science, Science and Technology Reviews. 2568;18(1):33-45.

ผลของโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยต่อการรับรู้ศักยภาพการดูแล และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น

สุมาลา สว่างจิต[*], ณรงค์กร ชัยวงศ์[a], ณิชาภัทร มณีพันธ์[**], เวียงพิงค์ ทวีพูน[*], จักรกริช สนิทพจน์[***]**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยต่อการรับรู้ศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัว จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 โมดูล ได้แก่ 1) การเรียนรู้พัฒนาการเด็กผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) การสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ 3) การสวมบทบาทสถานการณ์ และ 4) การวางแผนการดูแลหลานประจำวัน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทีเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลเด็กปฐมวัยและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลชุมชนและการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในบริบทสังคมสูงวัยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ครอบครัวข้ามรุ่น; โปรแกรมเสริมพลัง; ศักยภาพการดูแล; เด็กปฐมวัย

---

[*] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[***] นักวิชาการห้องปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[a] Corresponding author: ณรงค์กร ชัยวงศ์ Email: Narongkorn.cha@bru.ac.th

รับบทความ: 5 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 16 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 พ.ค. 69

Effects of an Empowerment Program for Older Adult Caregivers on Perceived Caregiving Competence and Health Behaviors of Preschool Children in Skipped-Generation Families

Sumala Sawangjit[*], Narongkorn Chaiwong[a], Nichapat Maneepan[**], Wiangping Thaweepoon[*], Chakkrit Sanitphoj[***]**

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design examined effects of an empowerment program for older adults caring for preschool children on caregivers' perceived caregiving competence and preschool children's health behaviors in skipped-generation families. Participants were 72 older adults who were primary caregivers of preschool children, equally assigned to an experimental group (n=36) and a control group (n=36). The experimental group attended an eight-week empowerment program comprising four modules: 1) child development learning through experience sharing, 2) demonstrations and practices of developmental promotion skills, 3) role-playing of caregiving situations, and 4) daily caregiving planning for grandchildren. Data were collected using the perceived caregiving competence scale for preschool child caregivers and the preschool children's health behavior assessment with reliability coefficients yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.93 and 0.96. Descriptive statistics were used to analyze baseline characteristics, and t-tests for comparing mean differences within and between groups.

Results showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher perceived caregiving competence scores than the control group ($p<0.001$). In addition, preschool children cared for by older adults in the experimental group exhibited significantly higher overall health behavior scores than those in the control group ($p<0.001$).

The findings indicated the effectiveness of the program for older adult caregivers as effective approach for enhancing caregiving competence and promoting positive health behaviors among preschool children in skipped-generation families and can be applied in community nursing and early childhood health care within the context of an aging society.

Keywords: Older adults; Skipped-generation families; Empowerment program; Caregiving competence; Preschool children

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[**] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[***] Laboratory Technician, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[a] Corresponding author: Narongkorn Chaiwong Email: Narongkorn.cha@bru.ac.th

Received: Feb. 5, 26; Revised: Feb. 16, 26; Accepted: Feb. 17, 26; Published Online: May 19, 26

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากกว่า 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2583[1] การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุเกิดขึ้นควบคู่กับอัตราการเกิดที่ลดลงและแนวโน้มการย้ายถิ่นของประชากรวัยทำงาน ส่งผลให้สัดส่วนเด็กและแรงงานในประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยในภาพรวม[2]

ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของ ครอบครัวข้ามรุ่น (Skipped-generation families) ซึ่งเป็นครอบครัวที่มีเพียงผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน เนื่องจากพ่อแม่จำเป็นต้องย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพในพื้นที่อื่นและฝากให้ปู่ย่าตายายดูแลหลานแทน[3] ในบริบทนี้ ผู้สูงอายุจึงต้องรับบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัยทั้งด้านโภชนาการ สุขอนามัย และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุเองก็เป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ทำให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลเด็กกลายเป็นภาระใหม่ที่แตกต่างจากบทบาทดั้งเดิมซึ่งมักเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้สนับสนุนทางอารมณ์[4] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นอาจเกี่ยวข้องกับพัฒนาการที่ล่าช้าและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเด็ก รวมทั้งส่งผลต่อภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งกระทบต่อคุณภาพการดูแลและสุขภาพของทั้งผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย[5,6] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดความรู้และแนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทสังคมและการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน ส่งผลให้การดูแลเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นยังขาดประสิทธิภาพและมาตรฐานที่จำเป็น[7] แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาสถานการณ์และปัญหาของครอบครัวข้ามรุ่นอยู่บ้าง แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการสำรวจปัญหาเชิงพรรณนา และขาดการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมเชิงปฏิบัติที่ได้รับการประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะโปรแกรมที่มุ่งเสริมพลังผู้สูงอายุในบทบาทผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และเชื่อมโยงผลลัพธ์ไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของเด็กอย่างเป็นรูปธรรม[3] อีกทั้งการศึกษาเดิมมักให้ความสำคัญกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองทั่วไปมากกว่าการมองผู้สูงอายุในฐานะผู้ดูแลหลักอย่างแท้จริง ส่งผลให้ยังขาดองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในบริบทชุมชนชนบทของประเทศไทย

ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ ชุมชนบ้านโนนเจริญ ตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่ชนบทใกล้เมืองที่มีสัดส่วนครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุในชุมชนยังคงยึดวิถีภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยตามหลักวิชาการและสาธารณสุขสมัยใหม่[8] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยที่คำนึงถึงบริบทชุมชนและความเป็นจริงของชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสมและยั่งยืน นอกจากนี้ การเสริมพลังผู้สูงอายุยังสามารถสร้างคุณค่าและบทบาทใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงวัยได้อีกทางหนึ่ง[2,9] ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแล

เด็กปฐมวัยต่อการรับรู้ศักยภาพการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น โดยโปรแกรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment theory) ที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแล ควบคู่กับแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามวัยและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

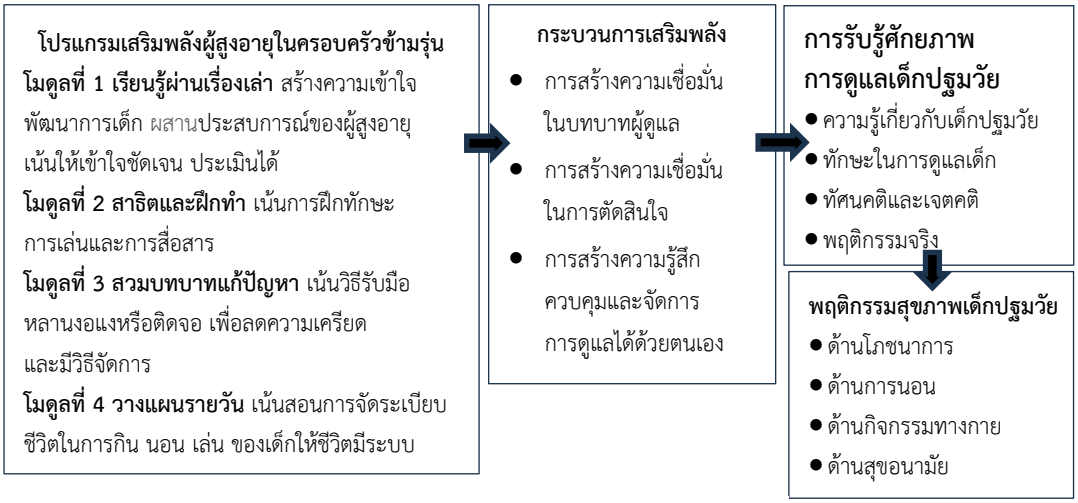
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐาน แนวคิดการเสริมพลัง ซึ่งอธิบายว่าการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และความเชื่อมั่น จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ศักยภาพในการควบคุมและจัดการบทบาทของตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ[10,11] โดยบูรณาการร่วมกับ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ที่ชี้ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง[12] รวมถึงแนวคิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของ Nadler & Wiggs ที่เน้นการพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[13]

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยจึงถูกกำหนดเป็นตัวแปรต้น โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ การสวมบทบาทสถานการณ์ และการวางแผนการดูแลในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อ การรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้สูงอายุ ในฐานะตัวแปรสื่อกลาง เมื่อผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถในบทบาทผู้ดูแลมากขึ้น จะนำไปสู่การดูแลเด็กอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งเป็นตัวแปรตาม มีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งด้านโภชนาการ สุขอนามัย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ สอดคล้องกับงานวิจัยและแนวทางสากลที่ชี้ว่าการเสริมพลังผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย[14,15] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group, pretest-posttest design) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กำหนดให้กลุ่มทดลอง คือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มควบคุม คือผู้สูงอายุต้องดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นทั้งเพศชายและหญิงในชุมชนตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 112 คน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น จำนวน 72 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) สำหรับการทดสอบการประมาณค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยโปรแกรม G*Power โดยการกำหนดขนาดตัวอย่าง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect size=0.50) ได้จำนวนขั้นต่ำ 68 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มร้อยละ 10 ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุ 60-70 ปี 2) เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี อย่างน้อย 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผลตามตารางที่กำหนดได้ และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภทดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ ของ Nadler & Wiggs[13] ประกอบด้วย กิจกรรม 4 โมดูล ระยะเวลาในการดำเนินโครงกิจกรรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย โมดูลที่ 1) เรียนรู้พัฒนาการเด็กผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Knowledge sharing) เป็นการเรียนรู้แบบเล่าเรื่อง แลกเปลี่ยน เห็นภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวังผู้สูงอายุมองเห็นภาพพัฒนาการเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ประเมินพฤติกรรมเด็กได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลและติดตามพัฒนาการของหลาน โมดูลที่ 2) สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ (Skill practice) ออกแบบกิจกรรมให้เน้นลงมือทำ มากกว่าการฟังหรือการอ่าน ผลลัพธ์ที่คาดหวังผู้สูงอายุมีทักษะเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม สามารถนำกิจกรรมไปใช้กับหลานได้ทันที และรู้สึกมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น โมดูลที่ 3) สวมบทบาทสถานการณ์จำลอง (Role playing) แก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบจริง วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวข้ามรุ่น เหตุผลของการออกแบบพบปัญหาเด็กจุกจิกและงอแงบ่อย แต่ยังขาดวิธีจัดการที่เหมาะสม การให้ฝึกผ่านสถานการณ์จำลองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึก ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ผู้สูงอายุเรียนรู้การจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม ลดความเครียดในการดูแลหลาน และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย และโมดูลที่ 4 วางแผนการดูแลหลานประจำวัน (Daily care planning) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกแบบกิจวัตรประจำวันของหลานอย่างสมดุล ทั้งด้านการกิน การนอน การเล่น การเรียนรู้ และส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง การมีแผนวัน (Day plan) จะช่วยให้ผู้สูงอายุจัดระบบได้ง่าย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กปฐมวัย จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ทดลอง
2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับเด็ก อายุของเด็กที่อยู่ในความดูแล น้ำหนัก ส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก โดยมีเนื้อครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับเด็กปฐมวัย ทักษะในการดูแลเด็กปฐมวัย ทัศนคติและเจตคติต่อบทบาทการดูแล และพฤติกรรมจริงในการดูแลเด็ก รูปแบบคำตอบและระดับคะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00-1.80 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนน 1.81-2.60 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับน้อย
คะแนน 2.61-3.40 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.41-4.20 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก

คะแนน 4.21-5.00 หมายถึง การรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ การนอน กิจกรรมทางกาย และสุขอนามัย ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก รูปแบบคำตอบและระดับคะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ Rating Scale โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน แบ่งพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (24-56 คะแนน) ระดับปานกลาง (57-88 คะแนน) ระดับสูง (89-120 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเด็ก พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กปฐมวัย และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรด้วยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) เครื่องมือทั้ง 2 ฉบับ มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับไป Try out กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 24/2567 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับโดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใด ๆ และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและขออนุญาตเข้าสู่พื้นที่วิจัย วิจัยประสานงานอย่างเป็นทางการกับผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการตอบแบบสอบถามแก่ผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ของการวิจัย วิธีตอบแบบสอบถาม และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วม ความเป็นอิสระในการตอบและการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจที่ชัดเจนและสามารถให้ข้อมูลอย่างสมัครใจ

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบสอบถามศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัย ก่อนจะนับวันเวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมการวิจัยต่อไป

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 การดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดูแล ให้ได้การดูแลแบบปกติ โดยแจกเอกสารคู่มือความรู้เรื่องการดูแลเด็กปฐมวัย สำหรับผู้สูงอายุศึกษาเอง

2.2 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับกลุ่มทดลองระยะดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ ตามโปรแกรม 4 โมดูล โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน ทุกวันจันทร์และวันเสาร์ วันละ 3 ชั่วโมง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างพลังผู้สูงอายุ

กิจกรรม	สัปดาห์ที่	ขั้นตอน	อุปกรณ์
โมดูลที่ 1 เรียนรู้พัฒนาการเด็กผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Knowledge Sharing) **วัตถุประสงค์** เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในแต่ละช่วงวัย โดยใช้ประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุเป็นฐานในการอธิบายร่วมกับความรู้ทางวิชาการที่เข้าใจง่าย	สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 2	1. วงสนทนา เล่าประสบการณ์เลี้ยงหลาน ผู้ดำเนินกิจกรรมเชิญผู้สูงอายุเล่าปัญหาหรือเหตุการณ์ที่พบจากการดูแลหลาน ใช้วงกลมเล็ก ๆ ในการนั่งเพื่อให้เกิดความใกล้ชิด ผู้ดำเนินกิจกรรมสกัดสาระสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมที่พบบ่อยในวัย 3-5 ปี ใช้ภาษาง่าย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดย้อนจากประสบการณ์จริงของตนเอง 2. บัตรภาพพัฒนาการเด็ก นำเสนอภาพเด็กแต่ละวัยพร้อมพฤติกรรมที่ควรทำได้ ใช้ภาพขนาดใหญ่ ตัวหนังสือชัดเจน ผู้สูงอายุช่วยกันอธิบายภาพตามความเข้าใจ ก่อนผู้ดำเนินกิจกรรมสรุปอย่างถูกต้อง ฝึกการคิด วิเคราะห์ และเชื่อมโยงข้อมูลผู้ดำเนินกิจกรรมเฉลยพร้อมอธิบายเหตุผลเชิงวิชาการ 3. เกมจับคู่ อายุ พัฒนาการที่ควรทำได้ เป็นเกมง่าย ๆ ใช้กระดาษสองชุดเกี่ยวกับอายุและพฤติกรรมพัฒนาการ 4. ทบทวนและสรุปกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรม ที่ผ่านมา โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกล้าพูด กล้าถาม และกล้าแสดงความคิดเห็น	1. กระดาษฟลิปชาร์ทปากกาเมจิก 2. คลิปวีดีโอแสดงพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย 3. บัตรภาพพัฒนาการเด็ก

ตารางที่ 1 (ต่อ) การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างพลังผู้สูงอายุ

กิจกรรม	สัปดาห์ที่	ขั้นตอน	อุปกรณ์
โมดูลที่ 2 สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ (Skill Practice) **2.1 การสร้างความเชื่อมั่นในบทบาทผู้ดูแล** **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะจริงที่สามารถนำไปใช้กับหลานในชีวิตประจำวัน เช่น ทักษะการเล่นเพื่อเสริมพัฒนาการ การสื่อสารเชิงบวก และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 4	1. สาธิตการเล่นกระตุ้นพัฒนาการ โดยผู้เชี่ยวชาญผู้ดำเนินกิจกรรมสาธิตทีละขั้นตอน พร้อมอธิบายว่ากิจกรรมแต่ละอย่างช่วยพัฒนาด้านใด เช่น กล้ามเนื้อมัดเล็ก มัดใหญ่ ภาษา สังคม 2. การฝึกปฏิบัติของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจับคู่กันทดลองทำกิจกรรม เจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัย และให้คำแนะนำใช้หลัก สาธิต–ทำตาม—ฝึกซ้ำ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ 3. ใช้ของใช้ในบ้านเป็นสื่อการเล่น เช่น ช้อน พลาสติก ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่านำไปใช้จริงได้ง่าย 4. ฝึกทักษะสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ เล่น (Play) พูดคุย (Communication) สัมผัสอย่างเหมาะสม (Positive Touch)	1. ตัวอย่างของเล่นกระตุ้นพัฒนาการ 2. สื่อการเล่นของเด็กตามวัย
โมดูลที่ 3 สวมบทบาทสถานการณ์ (Role Play) แก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบจริง **3.1 การสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ** **วัตถุประสงค์** เพื่อเสริมทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวข้ามรุ่น เช่น การงอแง ไม่ยอมกินข้าว การตีเพื่อน หรือการใช้โทรศัพท์มากเกินไป	สัปดาห์ที่ 5-6	1. แจกสถานการณ์ปัญหาจริงให้แต่ละกลุ่ม เช่น เด็กไม่ยอมไปโรงเรียน เด็กตีเพื่อน เด็กติดมือถือ เด็กไม่ยอมอาบน้ำ 2. ให้ผู้สูงอายุสวมบทบาทและแสดงวิธีแก้ปัญหา ทำเป็นกลุ่ม 3–5 คน กระตุ้นให้ใช้ประสบการณ์จริงมาเชื่อมโยงกับสถานการณ์ 3. พยาบาลและครูศูนย์เด็กเล็กให้ข้อเสนอแนะต่อจากการแสดง ปรับให้เป็นวิธีที่เหมาะสม ปลอดภัย และส่งเสริมพัฒนาการ ให้คำแนะนำสั้น ๆ เช่น ใช้คำพูดเชิงบวก หลีกเลี่ยงการดุหรือการตี ให้ตัวเลือกแก่เด็กเพื่อช่วยลดการต่อต้าน 4. สรุปสาระสำคัญพร้อมการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลเด็กปฐมวัย	1. ใบงานสถานการณ์จำลอง 2. กระดาษฟริปชาร์ท ปากกาเมจิก 3. กระดาษโพสต์อิท

ตารางที่ 1 (ต่อ) การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างพลังผู้สูงอายุ

กิจกรรม	สัปดาห์ที่	ขั้นตอน	อุปกรณ์
โมดูลที่ 4 วางแผนการดูแลหลานประจำวัน (Daily Care Planning) **4.1 การสร้างความรู้สึกควบคุมและจัดการการดูแลได้ด้วยตนเอง** **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกแบบกิจวัตรประจำวันของหลานอย่างสมดุลทั้งด้านกิน–นอน–เล่น–เรียนรู้ และส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง	สัปดาห์ที่ 7-8	1. แนะนำแบบฟอร์ม วางแผนวันของหลาน (Day Plan Template) ระบุช่วงเวลา 6:00–20:00 น. ใส่กิจกรรมพื้นฐาน เช่น ตื่นนอน อาบน้ำ กินข้าว เล่น ทำงานศิลปะ อ่านนิทาน 2. ฝึกจัดกิจวัตรที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย เน้นหลัก “กิน–เล่น–นอน” ลดเวลาจอ (screen time) เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ 10 นาที/ครั้ง 3. สรุปพฤติกรรมที่ควรทำทุกวัน (Daily Essentials) ได้แก่ เล่นกับหลาน 10 นาที เล่านิทานก่อนนอน ชวนคุยระหว่างกินข้าว กอดหลานทุกวัน 4. กิจกรรมการสร้างความรู้สึกควบคุมและจัดการการดูแลได้ด้วยตนเอง	1. สมุดแบบฟอร์มวางแผนวัน (Day Plan Template) 2. กระดาษฟริปชาร์ท ปากกาเมจิก 3. กระดาษโพสต์อิท
ประเมินการรับรู้ศักยภาพผู้สูงอายุผู้ดูแลเด็ก และพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัยตามการรับรู้ผู้ดูแล	สัปดาห์ที่ 12	ประเมินการรับรู้ศักยภาพผู้สูงอายุผู้ดูแล และพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ ด้านการนอน ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสุขอนามัย	แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

เมื่อดำเนินกิจการที่กำหนดตามโปรแกรมสิ้นสุด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) จากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการจัดกิจกรรมไปตามโปรแกรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ให้กับกลุ่มควบคุมภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แค่ค่าความถีร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher’s exact test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น และพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 36 คน และกลุ่มทดลอง 36 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ในกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.56 และเพศชายร้อยละ 19.44 ขณะที่กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 77.78 และเพศชายร้อยละ 22.22 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม ด้านช่วงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 72.22 และมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.78 ด้านระดับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.67 และกลุ่มทดลองร้อยละ 63.89 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือการศึกษาอื่น ๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย ด้านอาชีพปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลหลานเต็มเวลา โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 47.22 และกลุ่มทดลองร้อยละ 50 รองลงมาคือประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา และค้าขาย ตามลำดับ สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.89 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.11 ในสัดส่วนเท่ากัน

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ Fisher's exact test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรพื้นฐาน ได้แก่ เพศ (p=0.77) ช่วงอายุ (p=1.00) ระดับการศึกษา (p=0.87) อาชีพปัจจุบัน (p=0.92) และโรคประจำตัว (p=1.00)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของเด็กปฐมวัยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (p=0.74) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ปี และ 3.55 ปี (SD=1.05) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.78) รวมทั้งน้ำหนักและส่วนสูงเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (p>0.05) เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 77.8 และ 75.0 ตามลำดับ การเข้าเรียนศูนย์เด็กเล็ก โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัย ไม่แตกต่างกัน (t_{70}=0.22, p=0.83) อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{70}=5.05, p<0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.97 (SD=0.51) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (SD=0.56) ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=36)	3.30	0.59	0.22	70	0.83	3.97	0.51	5.05	70	0.000
กลุ่มควบคุม (n=36)	3.33	0.57				3.35	0.56			

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน (t_{70}=-0.39, p=0.69) อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลอง พบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{70}=6.47, p<0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 89.94 (SD=7.65) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.11 (SD=0.8.37) ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=36)	72.31	8.42	-0.39	70	0.69	89.94	7.65	6.41	70	0.000
กลุ่มควบคุม (n=36)	73.08	8.10				74.11	8.37			

การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้สูงอายุในบริบทครอบครัวข้ามรุ่น ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตาม ทฤษฎีการเสริมพลัง ซึ่งอธิบายว่าการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการตัดสินใจ จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและสามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[10,11] โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติจริง และ

การสะท้อนบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเอื้อต่อการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ของ Bandura[12] ที่ระบุว่า ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติจริง การได้เห็นแบบอย่าง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคลและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน[12] กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การสวมบทบาทสถานการณ์ และการวางแผนการดูแลหลานประจำวัน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทดลองใช้ทักษะจริงและประสบความสำเร็จในบทบาทผู้ดูแล ส่งผลให้การรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้น

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับ แนวคิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของ Nadler & Wiggs[13] ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพต้องดำเนินการอย่างเป็นกระบวนการและเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ (Education) การฝึกทักษะ (Training) และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Development) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ได้บูรณาการองค์ประกอบดังกล่าวอย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่มีความหมายและเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผลของการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศโดยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กที่เน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14,16] รวมถึงสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัย[15] สำหรับบริบทประเทศไทย ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในชุมชน โดยเฉพาะการใช้กิจกรรมเชิงปฏิบัติและการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มความมั่นใจและการรับรู้ศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17,18] สะท้อนให้เห็นว่าการเสริมพลังผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นเป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนไทย ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ศักยภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น และมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาการพยาบาลชุมชนและการพยาบาลครอบครัว โดยเฉพาะในสังคมสูงวัยที่ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นที่ได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุไม่เพียงส่งผลต่อการรับรู้ศักยภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่อยู่ภายใต้การดูแลอีกด้วย ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเสริมพลัง ที่ชี้ให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในบทบาทของตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับการดูแล[10,11] ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับการเสริมพลังผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วม การฝึกทักษะ และการวางแผนการดูแลหลานในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้สามารถถ่ายทอดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมไปสู่เด็กปฐมวัยได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Bandura[12] ซึ่งอธิบายว่า เด็กเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพจากการสังเกตแบบอย่างที่ใกล้ชิดและมีความหมาย โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม จึงสามารถทำหน้าที่เป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขอนามัย การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่งผลให้เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสามารถอธิบายได้ตาม กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของ Nadler & Wiggs[13] ซึ่งมองว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับการดูแลในระยะยาว โปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุที่จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กในชีวิตจริง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลเด็กหรือผู้ปกครองที่เน้นการมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านโภชนาการ สุขอนามัย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ[14,16,19] รวมถึงสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวข้ามรุ่นที่ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดพฤติกรรมสุขภาพให้กับเด็กปฐมวัย ในขณะที่เด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามวิถีปกติของครอบครัว ผู้สูงอายุอาจขาดความรู้และทักษะที่เป็นระบบในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มทดลอง สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การเสริมพลังผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย และมีนัยสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลครอบครัวและการพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กที่ให้ความสำคัญกับบทบาทผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรมเสริมพลังผู้สูงอายุไปใช้เป็นกิจกรรมอบรมหรือคลินิกครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบูรณาการรูปแบบการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุผู้ดูแล
3. ผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายหรือแผนงานรองรับครอบครัวข้ามรุ่นและสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาหลายพื้นที่หรือหลายบริบทชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในระดับประชากร
2. ควรติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของศักยภาพผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัย
3. ควรศึกษาตัวแปรผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น พัฒนาการเด็ก คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความเครียดของผู้ดูแล หรือใช้การวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงเจ้าหน้า อสม.ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021-2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สถานการณ์ครอบครัวข้ามรุ่นในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
4. สุธรรม นันทมงคลชัย. ผู้สูงอายุและครอบครัวข้ามรุ่นในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
5. สรัญรัชญ์ ศรีคำ, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;6(3):63-77.
6. เกิดสิริ หงส์ไทย, ดารุณี จงอุดมการณ์. ภาระการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(1):71-88.
7. เกิดสิริ หงส์ไทย, ดารุณี จงอุดมการณ์. ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(4):97-109.
8. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับครอบครัว. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1991 Mar;16(3):354-61. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.

11. Zimmerman MA. Empowerment Theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, editors. Handbook of community psychology. Boston (MA): Springer; 2000. p. 43-63.
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
13. Nadler L, Wiggs GD. Managing human resource development. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1986.
14. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2021 May 10;18(5):e1003602. doi: 10.1371/journal.pmed.1003602.
15. World Health Organization. WHO guideline on improving early childhood development: Recommendations on interventions supporting responsive caregiving and early learning. Geneva: World Health Organization; 2020.
16. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet. 2017 Jan 7;389(10064):91-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31390-3.
17. สุพัตรา บุญเจียม, นิตยา พรรณาภพ. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2568;18(1):81-94.
18. จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์, ปราการ ทัตติยกุล. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2567;63(3):81-92.
19. World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ

ไพฑูรย์ วุฒิโส[1], อมรรัตน์ ผาละศรี[2], สุณี เชยชัยภูมิ[3], อิสระพงศ์ ถนัดค้า[4], ขวัญหทัย ยิ้มละมัย[5a]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม และ 3) เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน สุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 2) แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติ Fisher's exact test และสถิติ Shapiro-Wilk test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$, 2) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะไม่แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และ 3) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ; การดูแลผู้สูงอายุ; ภาวะพึ่งพิง; ผู้ดูแล; ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ

---

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

[3] เจ้าพนักงานสาธารณสุขระดับอาวุโส โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

[4] นักวิชาการศึกษาปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

[5] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

[a] Corresponding author: ขวัญหทัย ยิ้มละมัย Email: khwanhathai.y@psru.ac.th

รับบทความ: 21 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 18 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 5 พ.ค. 69

Effects of a Caregiver Empowerment Program on Knowledge, Attitudes, and Skills in Caring for Dependent Elderly in Chaiyaphum Province

Pitoon Vutiso[1], Amornrat Phalasri[2], Sunee Cheychaiphum[3], Itsarapong Tanadka[4], Khwanhathai Yimlamai[5a]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to: 1) study the knowledge, attitudes, and skills in caring for dependent elderly in the experimental group between before and after participating in the caregiver empowerment program, 2) study the knowledge, attitudes, and skills in caring for dependent elderly in the control group before and after the program and 3) compare knowledge, attitudes, and skills in caring for dependent elderly between the experimental and control groups before and after participating the program. Samples consisted of 60 caregivers of dependent elderly from all districts of Chaiyaphum province, with 30 persons for each group, using purposive and simple random samplings. Research instruments were comprised of two sets: experimental tools and data collection tools. Data were analyzed using descriptive statistics, fisher's exact tests, independent t-tests, Paired t-tests, and Shapiro-Wilk tests. Results showed that: 1) after the program, the experimental group had significantly better knowledge, attitudes, and skills in caring for dependent elderly, comparing to before the program ($p<0.001$); 2) after the program, the control group showed no difference in knowledge, attitudes, and skills in caring for dependent elderly, comparing to before the program; and 3) after the program, knowledge, attitudes, and skills in caring for dependent elderly among the experimental group were significantly better than those from the control group ($p<0.001$).

Keywords: Empowerment program; Elderly care; Dependent elderly; Caregiver; Elderly care skills

[1] Assistant Professor, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
[2] Assistant Professor, Department of Maternal-Child Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
[3] Public Health Officer, Senior Level, Non Sa-at Subdistrict Health Promoting Hospital, Khon Sasawan District, Chaiyaphum
[4] Educator, Practitioner Level, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
[5] Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University
[a] Corresponding author: Khwanhathai Yimlamai Email: khwanhathai.y@psru.ac.th
Received: Jan. 21, 26; Revised: Feb. 18, 26; Accepted: Feb. 19, 26; Published Online: May 5, 26

บทนำ

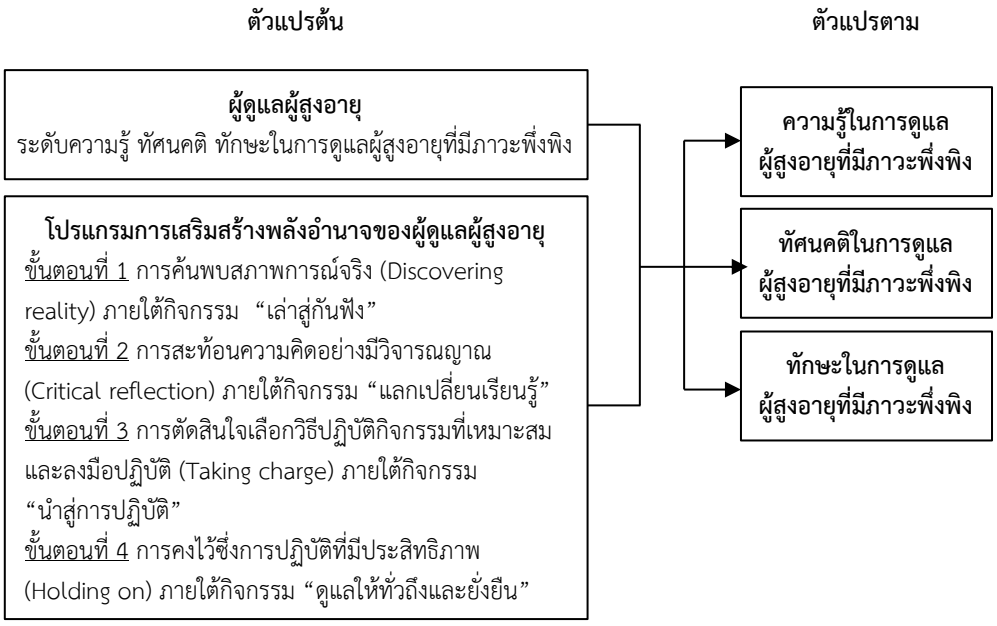
ประเทศไทยกำลังเดินหน้าเข้าสู่สังคมสูงวัยด้วยความเร็วที่สร้างความตื่นตัวไปทั่วทั้งระบบเศรษฐกิจและสังคม อัตราการเกิดที่ลดต่ำอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้เสียชีวิตที่สูงกว่าเด็กแรกเกิดในหลายปีติดต่อกัน และอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นสู่ช่วง 70-80 ปี ล้วนเป็นสัญญาณว่าประเทศกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ยุคใหม่[1] การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ประชากรศาสตร์ แต่เป็นแรงกระเพื่อมที่ส่งผลต่อทุกสถาบัน ตั้งแต่ตลาดแรงงาน ระบบสวัสดิการ ความมั่นคงครัวเรือน ตลอดจนความสามารถในการแข่งขันของประเทศในภาพรวม ข้อมูลสำคัญระบุว่า ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ตั้งแต่ปี 2567 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และกำลังจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ภายในปี 2576 โดยมีประชากรสูงอายุเกินร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ยังมี ‘กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง’ เป็นอีกกลุ่มที่น่าเป็นห่วง พวกเขาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง ข้อมูลจาก อนามัยโพล โดยกรมอนามัย คาดการณ์ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ล่าสุดในปี 2568 นี้ มีการคาดการณ์ไว้ว่าจะมีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านอยู่ราว 126,000 ราย และมีกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ราว 236,000 ราย[2]

จังหวัดชัยภูมิมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 10.41 เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายผลิตผู้ดูแล Caregiver 1 คนต่อผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง 5-7 คน เพื่อให้เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ มีเวลาการอบรมอย่างน้อย 70 ชั่วโมง โดยมีการดำเนินการผ่านกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care: LTC) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ พบปัญหา ได้แก่ ทุพโภชนาการ แผลกดทับ ข้อยึดติด ถูกทอดทิ้ง และขาดผู้ดูแล การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ให้ทีมเข้ามาดูแลให้บริการ นอกจากบทบาทของผู้ดูแลหลักของคนในครอบครัวแล้ว ญาติและเพื่อนบ้านครอบครัวใกล้ชิด มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้วยมิตรไมตรีที่ดีต่อกัน ด้วยวิธีการพบปะเยี่ยมเยือน การช่วยเหลือ เรื่องอาหาร ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามโอกาสที่มี เป็นเพื่อนดูแลเมื่อผู้ดูแลหลักไม่อยู่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทต่อการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเป็นอย่างมาก เน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่น[3]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังที่กล่าวมา เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อส่งเสริมคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และในขณะเดียวกันยังช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[4] มาปรับเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อระดับความรู้ ทัศนคติ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างกัน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 3,495 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power Program 3.1.9.7 ซึ่งเป็นโปรแกรมกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เปิดให้ใช้เป็นสาธารณะ[5] โดยกำหนดใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 Effect Size เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกล่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ จำนวน 60 คน ซึ่งทำการสุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ครั้งที่ 2 ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการดำเนินการวิจัย

ระยะเตรียมการ นำเสนอเค้าโครงการศึกษาต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยและเตรียมผู้ประสานงานวิจัย 1 คน ผู้ประสานงานวิจัยมีหน้าที่เป็นผู้แจกและเก็บแบบสอบถามและเตรียมอุปกรณ์ในระหว่างการทำกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการศึกษา

2.1 กลุ่มทดลอง การดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ประเมิน ความรู้ ทัศนคติและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ก่อนเริ่มโครงการ (ตอบแบบสอบถาม) และชี้แจงการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้เปิดโอกาสเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาและวิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไรโดยมีการจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 การให้ความรู้เรื่อง แนวคิดผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อย การฟื้นฟูสภาพการดูแลสุขภาพในช่องปาก อาหารผู้สูงอายุ การดูแลแผลกดทับ การจัดท่า การจัดสิ่งแวดล้อม

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ โดยการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ รวมถึงการสาธิตวิธีปฏิบัติและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลองฝึกปฏิบัติตามเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5 เยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุรับผิดชอบพร้อมกับผู้วิจัยโดยแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8-9 คน ลงเยี่ยมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2-3 คน ต่อ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน

สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6 ลงเยี่ยมลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4)

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 7 ลงเยี่ยมลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4)

สัปดาห์ที่ 10 ครั้งที่ 8 ลงเยี่ยมลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4)

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ครั้งที่ 9 การกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เล่าถึงประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติ และร่วมกันคิดวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข ประเมิน ความรู้ ทัศนคติและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการตอบแบบสอบถาม หลังสิ้นสุดโครงการ

2.2 กลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

2.1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่ญาติจะต้องรับผิดชอบดูแล ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแล เหตุผลที่เป็นผู้ดูแล และประสบการณ์ในการดูแล มีจำนวน 9 ข้อ

2.2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนรวม[6] ดังนี้ 16-20 คะแนน คือระดับสูง, 12-15 คะแนน คือระดับปานกลาง และ 0-11 คะแนน คือระดับต่ำ

2.3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2.4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ เป็นแบบประมาณค่า จำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Care manager: CM) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์คาแอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.79 โดยผู้วิจัยนำร่างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. แบบสอบถามการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.7-1.00 ผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้ ได้ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และ 0.79 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้วิธี Fisher' exact test และสถิติ Independent t-test สถิติ Paired sample t-test สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม และ Independent t-test สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2568 เลขที่ HE 68-1-001 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการชี้แจงชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ และรายละเอียดของการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บข้อมูลและขออนุญาตเก็บข้อมูลตามคำถามการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข่าร่วมหรือปฏิเสธได้อย่างอิสระในการปฏิเสธหรือยุติการตอบแบบสอบถาม สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 เป็นเพศชายจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 เป็นเพศชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ผลการเปรียบเทียบลักษณะทางประชากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

กลุ่มทดลอง ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 10.27 (SD=2.23) ค่าเฉลี่ยทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 3.03 (SD=0.18) และ ค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 3.05 (SD=0.25) ตามลำดับ ส่วนในระยะหลังการทดลอง พบว่า

มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 16.33 (SD=1.95) ค่าเฉลี่ยทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 3.03 (SD=0.18) ค่าเฉลี่ยทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 4.51 (SD=0.12) และ ค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 4.05 (SD=0.41) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 9.93 (SD=2.42) ค่าเฉลี่ยทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 2.99 (SD=0.23) และ ค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 3.03 (SD=0.25) ตามลำดับ ส่วนในระยะหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 10.60 (SD=0.55) ค่าเฉลี่ยทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 2.92 (SD=0.26) และ ค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 3.05 (SD=0.36) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับความรู้ ทัศนคติ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)	
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ
กลุ่มทดลอง				
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	10.27 (2.23)	ปานกลาง	16.33 (1.95)	สูง
ทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.03 (0.18)	ปานกลาง	4.51 (0.12)	สูง
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.05 (0.25)	ปานกลาง	4.05 (0.41)	สูง
กลุ่มควบคุม				
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	9.93 (2.42)	ปานกลาง	10.60 (2.55)	ปานกลาง
ทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.99 (0.23)	ปานกลาง	2.92 (0.26)	ปานกลาง
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.03 (0.25)	ปานกลาง	3.05 (0.36)	ปานกลาง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independence t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	10.27 (2.23)	9.93 (2.42)	0.23 (-0.97-1.43)	0.388	0.699
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.03 (0.18)	2.99 (0.23)	0.03 (-0.07-1.14)	0.678	0.500
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.05 (0.25)	3.03 (0.25)	0.02 (-0.10-0.15)	0.450	0.655

ผลการศึกษาเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean diff.=6.16, 95% CI=5.11-7.21, p-value<0.001) ค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean diff.=1.48, 95% CI=1.40-1.56, p-value<0.001) และค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean diff.=0.99, 95% CI=0.83-1.14, p-value<0.001) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired sampled t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง (n=30)	หลังทดลอง (n=30)	Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
กลุ่มทดลอง					
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	10.27 (2.23)	16.33 (1.95)	6.16 (5.11-7.21)	12.042	<0.001**
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.03 (0.18)	4.51 (0.12)	1.48 (1.40-1.56)	38.074	<0.001**
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.05 (0.25)	4.05 (0.41)	0.99 (0.83-1.14)	13.188	<0.001**

ตารางที่ 3 (ต่อ) ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired sampled t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง (n=30)	หลังทดลอง (n=30)	Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
กลุ่มควบคุม					
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	9.93 (2.42)	10.60 (2.55)	0.43 (-0.73-1.60)	0.757	0.455
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.99 (0.23)	2.92 (0.26)	-0.06 (-0.20-0.06)	-1.078	0.290
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.03 (0.25)	3.05 (0.36)	-0.02 (-0.17-0.18)	0.276	0.485

*p-value<0.05; **p-value<0.01; Mean diff.=Mean difference; 95% CI=95% confidence interval

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean diff.=5.97, 95% CI=4.81-7.12, p-value<0.001) ค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean diff.=1.59, 95% CI=1.48-1.69, p-value<0.001) และค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean diff.=0.99, 95% CI=0.83-1.16, p-value<0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independence t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	16.33 (1.95)	10.60 (2.55)	5.97 (4.81-7.12)	10.341	<0.001**
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.51 (0.12)	2.92 (0.26)	1.59 (1.48-1.69)	30.479	<0.001**
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.05 (0.41)	3.05 (0.36)	0.99 (0.83-1.16)	11.914	<0.001**

*p-value<0.05; **p-value<0.01; Mean diff.=Mean difference; 95% CI=95% confidence interval

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองผลการศึกษาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในระยะก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และทักษะอยู่ในระดับต่ำกว่าหลังการทดลองทุกด้านเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรับผิดชอบในผลงาน ทำให้ตระหนักถึงศักยภาพและจุดอ่อน และพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา[7] ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ของบุคคลทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ จรัญญา ดาก่ำ และคณะ[8] เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05

2. ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ค่าเฉลี่ยด้านทุกด้านก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงไม่ได้เข้าสู่กระบวนการในการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรับผิดชอบในผลงาน ทำให้ตระหนักถึงศักยภาพและจุดอ่อน และพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา[7] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Herlina et al.[9] ที่พบว่าการเสริมพลังอำนาจทำให้ระดับของพลังอำนาจในการดูแลเพิ่มมากยิ่งขึ้นทั้งในส่วนของการรับรู้และเข้าใจ เกิดทักษะในการเลือกใช้เทคนิคที่ได้รับในการจัดการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ระหว่างกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะก่อนเริ่มการทดลองทั้งสองกลุ่มยังไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงทำให้ทั้งสองกลุ่มยังไม่ได้รับการเสริมพลังอำนาจหรือการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรับผิดชอบในผลงาน ทำให้ตระหนักถึงศักยภาพและจุดอ่อนและพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา[7] ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิภายในกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม ความรู้ไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม ทัศนคติ ไม่มีความแตกต่างกัน

ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และกลุ่มทดลองมีทักษะ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม ทักษะ ไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพและจุดอ่อน และพัฒนาการคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา[7] สอดคล้องกับงานวิจัย[8] ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ระหว่างกลุ่มในระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ฯ หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีทัศนคติฯ หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพและจุดอ่อน และพัฒนาการคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา[7] สอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม[10] เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ที่พบว่าโปรแกรมประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson 4 ขั้นตอน คือ กิจกรรมรู้ตนเอง กิจกรรมรู้ทบทวน กิจกรรมรู้แก้ไข และกิจกรรมฉันทำได้และต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยภูมิ ไปประยุกต์ใช้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิอื่น ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีศึกษาในบริบทที่มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาประยุกต์ใช้ร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยของไทยกับความจำเป็นของการขยายอายุการทำงาน: วิเคราะห์เชิงโครงสร้างประชากรและตลาดแรงงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 15]. เข้าถึงได้จาก : https://thaitgri.org/?p=40595
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สูงวัยโดยสมบูรณ์ : สรุปสถานการณ์ผู้สูงวัยในปี 2567 และจะไปต่อกันอย่างไร เมื่อ ‘ลูก’ คือรายได้หลักของพ่อแม่วัยเกษียณ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กันยายน 10]. เข้าถึงได้จาก : https://section09.thaihealth.or.th/2025/01/09/complete-aged-society
3. จารุวรรณ โคตรเงิน. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษา : ในพื้นที่ตำบลโอโล อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
4. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995 Jun;21(6):1201-10. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x.
5. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพ็ชร์, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562;5(1):496-507.
6. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: The classification of educational goals, Handbook II Affective Domain. London: Longman; 1964.
7. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1991 Mar;16(3):354-61. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
8. จรัญญา ดาก่ำ, นภาเพ็ญ จันทขัมมา, นงนุช วงศ์สว่าง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2568;26(2):310-9.
9. Herlina H, Susilana R. Online training: An alternative solution of the empowerment for parents of children with autism. Journal of Education Technology. 2021;5(2):175-82.
10. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2):46-58.

การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอด ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

สุวัลยา ศิริศิลป์[*], ชฎาพร ศรีสถาน[**], อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม[***], เพ็ญศิริ จันทร์แอ[***], จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์[*a]**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และ 2) ศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้น แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยค่าที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90 อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการตรงความต้องการของผู้ใช้โปรแกรม โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$=4.49±0.60) 2) ด้านการทำงานตามฟังก์ชันการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$=4.67±0.50) และ 3) ด้านเนื้อหาโดยรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$=4.74±0.48) และการศึกษาความพึงพอใจต่อการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : แอปพลิเคชัน; การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด; การแพทย์แผนไทย

[*] สาขาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

[**] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนแต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

[***] สาขาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

[a] Corresponding author: จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์ Email: Juthathip.si@rmuti.ac.th

รับบทความ: 6 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 19 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 พ.ค. 69

The Development of a Mobile Application for Postpartum Mother Care with Thai Traditional Medicine

Suwanlaya Sirisin[*], Chadaporn Srisatan[**], Anunkaorn Jitjareanthum[***], Pensiri Chan-ae[***], Juthathip Sirisin[*a]**

Abstract

This research and development study aimed to 1) develop a mobile application for postpartum care based on Thai traditional medicine and 2) examine its effectiveness and users' satisfaction. Samples consisted of 30 postpartum mothers in Sakon Nakhon province. Research instruments included the developed mobile application, a knowledge test, and a user satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics presented as frequencies, percentages, means, and standard deviations. Differences between pre and post experimental results were tested using a paired t-test with significance level of 0.05.

Results revealed that the majority of the samples' age was between 21 and 30 years old (40%), about 90 percent had educational level of lower than bachelor's degrees, and about 40 percent worked as general laborers. Users' satisfaction with the mobile application developed for postpartum care based on Thai traditional medicine was divided into three aspects: 1) satisfactions towards responsiveness to users' needs were at a high level ($\bar{X}$=4.49±0.60), 2) satisfactions towards functional performance were at a high level ($\bar{X}$=4.67±0.50), and 3) satisfactions towards contents were at a high level ($\bar{X}$=4.74±0.48). Overall satisfactions with the developed application were at a high level. Furthermore, after using the application, the samples demonstrated significant increase in knowledge scores at the 0.05 significance level.

Keywords: Application; Health care for postpartum mothers; Thai traditional medicine

[*] Computer Engineering Program, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus

[**] Non-Tae Subdistrict Health Promoting Hospital, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon

[***] Thai Traditional Medicine Program, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus

[a] Corresponding author: Juthathip Sirisin Email: Juthathip.si@rmuti.ac.th

Received: Feb. 6, 26; Revised: Feb. 19, 26; Accepted: Feb. 19, 26; Published Online: May 26, 26

บทนำ

ในปัจจุบัน เทคโนโลยีสารสนเทศและสมาร์ทโฟนได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2568 พบว่า ประชากรไทยมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและใช้งานสมาร์ทโฟนในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน สถิติพบว่าประชาชนมีโทรศัพท์มือถือจำนวน 58.9 ล้านคน (ร้อยละ 89) และใช้โทรศัพท์มือถือจำนวน 63.2 ล้านคน (ร้อยละ 95.6) ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี โดยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้โทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 94.6 ส่วนมากเป็นมือถือสมาร์ทโฟน คิดเป็นร้อยละ 97.1 ซึ่งมีมากกว่าโทรศัพท์มือถือแบบปุ่มกด (Feature phone) ซึ่งระบบโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน มีระบบปฏิบัติการแบบ Android (แอนดรอยด์) หรือ IOS (iPhone) ซึ่งใช้ระบบแบบจอสัมผัส (Touch screen) ซึ่งการใช้โทรศัพท์นี้มีทั้งการติดต่อสื่อสาร เช่น Social media และการหาความรู้เพิ่มเติม ประชาชนส่วนมากอายุ 15-25 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 99.1 มีสมาร์ทโฟนร้อยละ 99.9[1] ซึ่งมีข้อดีของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเป็นโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันเป็นโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือ (Mobile application) สามารถเรียนรู้ได้ง่าย ใช้ได้ทุกที ทุกเวลา ไม่มีข้อจำกัดเวลา[2] ดาวน์โหลดติดตั้งลงในมือถือง่าย สามารถศึกษาเนื้อหา โดยไม่ต้องเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต สามารถดาวน์โหลดติดตั้งได้ง่ายครั้งถัดไปไม่ต้องใช้อินเทอร์เน็ต[3-5]

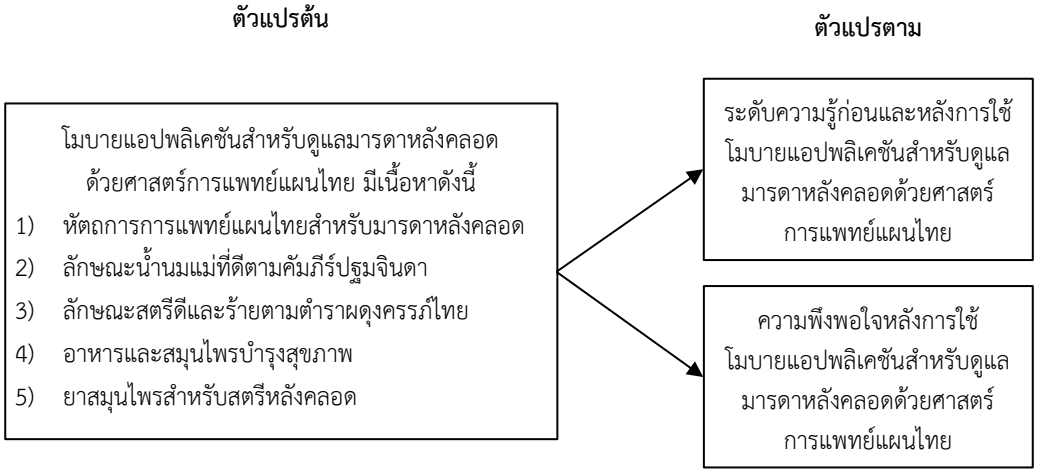
การฟื้นฟูมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีหลากหลายวิธี เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การทับหม้อเกลือ การอบไอน้ำสมุนไพร การนั่งถ่าน การพันผ้าหน้าท้อง เป็นต้น[6] ซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยขับน้ำคาวปลา ทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น กระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต และน้ำเหลืองดีขึ้น ทำให้ผิวพรรณสดใส รักษาอาการปวดเมื่อยได้ และก็ยังมีศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการสังเกตลักษณะน้ำนมแม่ที่ดีตามคัมภีร์ปฐมจินดา และสังเกตลักษณะสตรีดีและร้ายเพื่อช่วยสังเกตมารดาที่มีลักษณะน้ำนมที่ดี คือมารดาที่มีลักษณะแบบเบญจกัลยาณี นอกจากนั้นยังมีอาหารและเครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่ส่วนมากเป็นสมุนไพรรสร้อน เพื่อช่วยบำรุงธาตุไฟ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต เช่น ขิง พริกไทย ดีปลี กระชาย เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปเป็นเมนูอาหาร ได้แก่ แกงเลียง ยำหัวปลี ช่วยบำรุงร่างกายมารดาหลังคลอดได้ และมียาสมุนไพรสำหรับดูแลมารดาหลังคลอด คือ ยาประสะไพล สรรพคุณ ขับน้ำคาวปลา ยาไฟประลัยกัลป์ สรรพคุณขับน้ำคาวปลาในเรือนไฟ ช่วยให้มดลูกเข้าอู่[6-8]

ดังนั้น การส่งเสริมให้มารดาดูแลตนเองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่สามารถใช้การดูแลตัวเองเบื้องต้น และสามารถเข้ารับหัตถการต่างๆจากแผนกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นโอกาสในการนำเทคโนโลยีโมบายแอปพลิเคชันมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดที่จะทำให้เกิดการฟื้นฟูร่างกาย เมื่อดูแลตนเองได้ดี ฟื้นฟูสุขภาพตนเองได้เร็ว จะช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถดูแลทารกและครอบครัวได้ดีขึ้น รวมทั้งโมบายแอปพลิเคชันมารดาหลังคลอดมีความสะดวก ง่ายต่อเข้าถึง และสามารถใช้งานได้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระดับความรู้ก่อนและหลังการใช้การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้นคือ โมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วนหลักดังนี้ 1) หัตถการการแพทย์แผนไทยสำหรับมารดาหลังคลอด 2) ลักษณะน้ำนมแม่ที่ดีตามคัมภีร์ปฐมจินดา 3) ลักษณะสตรีดีและร้ายตามตำราผดุงครรภ์ไทย 4) อาหารและสมุนไพรบำรุงสุขภาพ 5) ยาสมุนไพรสำหรับสตรีหลังคลอด[6-8] ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้จะยึดหลักกรอบแนวคิด ADDIE Model หรือการพัฒนาซอฟต์แวร์ทางด้านสุขภาพ สำหรับนำมาใช้ในการพัฒนาระบบนี้โดยอ้างอิงเพื่อรองรับการวางโครงสร้างขั้นตอนการพัฒนาแอปพลิเคชันที่เป็นระบบ[9]

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย 1) ประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน ซึ่งพิจารณาจากระดับคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด (เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้) 2) ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน โดยจะครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตรงตามความต้องการของผู้ใช้ ด้านฟังก์ชันการใช้งาน และด้านเนื้อหา[10]

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา และการหาประสิทธิภาพของนวัตกรรม[11] โดยมีการใช้โมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) โดยศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโพธิ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนแพง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือมารดาหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโพธิ์ ตำบลหนองสนม อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนแพง ตำบลหนองสนม อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาหลังคลอดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านทุ่งโพธิ์และบ้านโพนแพง ตำบลหนองสนม อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2568 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

มารดาหลังคลอด (ทั้งการคลอดธรรมชาติและการผ่าตัดคลอด) ที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโพธิ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนแพง มีดังนี้

1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2) มีความสามารถในการอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ในระดับดี
3) มีสมาร์ทโฟน (Smartphone) ที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันพื้นฐานรวมถึงเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้
4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ และปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มี 5 หัวข้อ ดังนี้

1) หัตถการดูแลมารดาหลังคลอด ได้แก่ นวดไทย การประคบสมุนไพร การทับหม้อเกลือ การอบไอน้ำสมุนไพร การนั่งถ่าน การพันผ้าหน้าท้อง การอยู่ไฟ การอาบน้ำสมุนไพร การนาบอิฐ
2) น้ำนมแม่ที่ดี
3) ลักษณะสตรีดีและร้าย
4) ประโยชน์ของอาหารสมุนไพร
5) ยาสำหรับมารดาหลังคลอด

การทำโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย นำมาดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ระบบ (Analysis) ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดเนื้อหาและรูปประกอบให้เหมาะสมใช้เครื่องมือในการพัฒนาแอปพลิเคชัน กำหนดให้เหมาะสม

ขั้นที่ 2 การออกแบบ (Design) วางแผนและออกแบบองค์ประกอบของเนื้อหาของแอปพลิเคชัน ได้แก่ ขนาดของจอ ขนาดตัวหนังสือ รูปภาพ สีอักษร นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเทคโนโลยีสารสนเทศ ตรวจสอบความถูกต้องและนำมาปรับปรุงเนื้อหา

ขั้นที่ 3 การพัฒนา (Development) สร้างแอปพลิเคชัน ระบบปฏิบัติการ android ตามเค้าโครงที่วางแผนออกแบบไว้ อ้างอิงต้นฉบับแนวคิด ADDIE Model หรือการพัฒนาซอฟต์แวร์ทางด้านสุขภาพ[9] และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ 4 ทดลองใช้ (Implementation) ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านทุ่งโพธิ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโพนแพง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน

ขั้นที่ 5 ประเมินผล (Evaluation) ประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยจากผู้เชี่ยวชาญ โดยประเมินความพึงพอใจของแอปพลิเคชันและคะแนนทดสอบก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบทดสอบก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย 5 หัวข้อ จำนวน 20 ข้อ 20 คะแนน เป็นแบบเลือกตอบ 4 ข้อ โดยทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งมีแนวทางหลักการวิจัยและพัฒนาทางการศึกษาและสังคมศาสตร์เพื่อใช้อ้างอิงรองรับการเลือกใช้รูปแบบการวิจัย (R&D) และการหาประสิทธิภาพของนวัตกรรม[11] การสร้างแบบประเมินจะมีการอ้างอิงการประเมินความพึงพอใจ และคุณภาพซอฟต์แวร์ (ISO/IEC 25010) เกี่ยวกับการรองรับการกำหนดเกณฑ์ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการของผู้ใช้ ฟังก์ชันการทำงาน และเนื้อหา[10] และมีการสร้างแบบสอบถามในแต่ละข้อให้เหมาะสมกับการแพทย์แผนไทย[6-8] และมีการแปลผลดังนี้

0.50-1.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด
1.50-2.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย
2.50-3.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง
3.50-4.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจระดับมาก
4.50-5.00 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นอาจารย์ทางด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 3 คน ทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับมารดา

หลังคลอดที่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโพธิ์ จำนวน 10 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

แบบประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยมีการประเมินความพึงพอใจด้านตรงตามความต้องการของผู้ใช้โปรแกรมด้านการทำงานตามฟังก์ชันการทำงาน และด้านเนื้อหา ซึ่งตรงตามเนื้อหา ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย นำมาวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2) เปรียบเทียบความแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร เลขที่ HEC-04-68-014 ในวันที่ 8 เมษายน พ.ศ.2568 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรวมไปถึงขั้นตอนการวิจัยอย่างชัดเจน และข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอในรูปแบบภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90 อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 ที่พักอาศัยบ้านเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 100 มีน้ำหนัก 51-60 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 50 BMI 18.50-22.90 และ BMI 25.00-29.90 คิดเป็นร้อยละ 36.67 มีบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส คิดเป็นร้อยละ 100 ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที คิดเป็นร้อยละ 100 ความดันโลหิตต่ำกว่า 120/80 mmHg คิดเป็นร้อยละ 96.67 อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที คิดเป็นร้อยละ 100

2. ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ด้านการตรงความต้องการของผู้ใช้โปรแกรม ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านการตรงความต้องการของผู้ใช้โปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสามารถของแอพลิเคชันในการแสดงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ดูแลมารดาและทารกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ($\overline{X}$±SD=4.50±0.63) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือความสามารถของแอพลิเคชันมีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพในการใช้งาน ($\overline{X}$±SD=4.47±0.57) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านการตรงความต้องการของผู้ใช้โปรแกรม (n=30)

ด้านการตรงความต้องการของผู้ใช้โปรแกรม	$\overline{x}$	SD	แปลผล
1. ความสามารถของแอพลิเคชันในการแสดงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ดูแลมารดาและทารกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	4.50	0.63	พึงพอใจมาก
2. ความสามารถของแอพลิเคชันมีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพในการใช้งาน	4.47	0.57	พึงพอใจมาก
รวม	**4.49**	**0.60**	**พึงพอใจมาก**

ด้านการทำงานตามฟังก์ชันการทำงาน ผลการศึกษาแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านการทำงานตามฟังก์ชันการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การแสดงเนื้อหาบนหน้าจอครบถ้วน ($\overline{x}$±SD=4.83±0.38) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือแอพลิเคชันที่สร้างมีความครอบคลุมกับการใช้งานได้จริง ($\overline{x}$±SD=4.53±0.51) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านการทำงานตามฟังก์ชันการทำงาน (n=30)

ด้านการทำงานตามฟังก์ชันการทำงาน	$\overline{x}$	SD	แปลผล
1. การใช้คำสั่งต่าง ๆ ส่วนของเมนูมีความสะดวก	4.60	0.72	พึงพอใจมากที่สุด
2. แอพลิเคชันที่สร้างมีความครอบคลุมกับการใช้งานได้จริง	4.53	0.51	พึงพอใจมากที่สุด
3. ความเร็วในการประมวลผลของแอพลิเคชัน	4.60	0.50	พึงพอใจมากที่สุด
4. แอปพลิเคชันมีการประมวลผลรวดเร็ว	4.67	0.48	พึงพอใจมากที่สุด
5. การแสดงเนื้อหาบนหน้าจอครบถ้วน	4.83	0.38	พึงพอใจมากที่สุด
6. แอปพลิเคชันมีความน่าสนใจ	4.80	0.41	พึงพอใจมากที่สุด
รวม	**4.67**	**0.50**	พึงพอใจมากที่สุด

ด้านเนื้อหาโดยรวม ผลความพึงพอใจของแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเนื้อหาโดยรวมอยู่ระดับพึงพอใจมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย ($\overline{x}$±SD=4.77±0.43) และสามารถจดจำและเรียนรู้เนื้อหาภายในแอปพลิเคชันได้ง่าย ($\overline{x}$±SD=4.77±0.50) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือแอปพลิเคชันมีประโยชน์ ($\overline{x}$±SD=4.70±0.47) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเนื้อหา (n=30)

ด้านเนื้อหา	$\overline{x}$	SD	แปลผล
1. เนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย	4.77	0.43	พึงพอใจมากที่สุด
2. มีการใช้ภาษาที่สามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจน	4.73	0.52	พึงพอใจมากที่สุด
3. สามารถจดจำและเรียนรู้เนื้อหาภายในแอปพลิเคชันได้ง่าย	4.77	0.50	พึงพอใจมากที่สุด
4. แอปพลิเคชันมีประโยชน์	4.70	0.47	พึงพอใจมากที่สุด
รวม	**4.74**	**0.48**	พึงพอใจมากที่สุด

3. คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังใช้แอพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

การศึกษาก่อนใช้แอปพลิเคชันมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 8.57±0.39คะแนน และหลังใช้แอปพลิเคชันมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย16.00 ± 0.38 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนก่อนและหลังใช้แอพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (n=30)

คะแนน	$\overline{x}$ ± SD	p-value
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน	8.57 ± 0.39	<0.0001*
หลังใช้แอปพลิเคชัน	16.00 ± 0.38	

*p-value<0.05

การอภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ณ มารดาหลังคลอดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล บ้านทุ่งโพธิ์และบ้านโพนแพง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน ผลการวิจัยมีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งช่วงระยะ 21-30 ปี เป็นช่วยวันผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงที่มีความสนใจในการองค์ความรู้ในการดูแลตนเองและพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ และมีความทางด้านด้านเทคโนโลยีสารสนเทศได้ดีจึงทำให้ช่วงอายุดังกล่าวให้ความสนใจกับแอปพลิเคชันในการวิจัยครั้งนี้

ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านการตรงความต้องการของผู้ใช้โปรแกรมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\overline{x}$±SD=4.49±0.60) ด้านการทำงานตามฟังก์ชันการทำงาน อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\overline{x}$±SD=4.67±0.50) ด้านเนื้อหาอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\overline{x}$±SD=4.74±0.48) ซึ่งการใช้โมบายแอปพลิเคชันนี้มีประโยชน์กับการเข้าถึงการดูแลสุขภาพมารดา

หลังคลอดได้ง่าย ทันสมัย และสะดวกต่อการค้นคว้าข้อมูลในช่วงที่ดูแลตนเองหลังคลอด มีความยืดหยุ่นสำหรับช่วงเวลาในการศึกษาแอปพลิเคชันทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี สามารถใช้ประโยชน์ประกอบการตัดสินใจดูแลตนเองตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย และมีรูปภาพประกอบทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น[9-11]

คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังใช้แอพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยจากการศึกษา พบว่า ก่อนใช้แอปพลิเคชันมีคะแนนเฉลี่ย 8.57±0.39 คะแนน และหลังใช้แอปพลิเคชันมีคะแนนเฉลี่ย 16.00±0.38 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน และหลังการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้งานสูงกว่าก่อนการใช้งานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าสื่อการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันช่วยส่งเสริมให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ช่วยกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดเกิดความตระหนักและเข้าใจในการดูแลตนเองตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย อาทิ การทับหม้อเกลือ และการเลือกรับประทานอาหารสมุนไพรบำรุงน้ำนม

มีทั้งด้านการทำหัตถการ เช่น การทับหม้อเกลือ การพันผ้าหน้าท้อง การสังเกตลักษณะของแม่ที่มีน้ำนมที่ดี และมีอาหารและสมุนไพรทางด้านการแพทย์แผนไทยที่สามารถช่วยดูมารดาหลังคลอดได้ ทำให้มารดาสนใจและศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมได้โดยใช้แอปพลิเคชันนี้ ซึ่งข้อดีคือสามารถศึกษาได้ทุกที่ทุกเวลา และเมื่อลงแอปพลิเคชันแล้วไม่ต้องมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตก็สามารถเข้าไปอ่านข้อมูลได้ จึงทำให้หลังใช้แอปพลิเคชันมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$[12-14]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาคุณลักษณะทางเทคนิคเพื่อรองรับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันในระดับมากที่สุดในด้านเนื้อหา แต่ควรสามารถปรับขนาดตัวอักษรได้ตามความต้องการ และเลือกใช้โทนสีที่ช่วยลดความเมื่อยล้าทางสายตา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของมารดาหลังคลอด
2. การประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเครือข่าย: เนื่องจากแอปพลิเคชันนี้มีจุดเด่นในการใช้งานได้โดยไม่ต้องเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตหลังจากดาวน์โหลดครั้งแรก จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นำไปใช้เป็นสื่อหลักในการสอน (Self-learning tool) สำหรับมารดาหลังคลอดในพื้นที่ห่างไกล เพื่อช่วยให้เข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเอง เช่น การทับหม้อเกลือและการเลือกอาหารสมุนไพรบำรุงน้ำนมได้อย่างทั่วถึง
3. การบูรณาการเข้ากับบริการฝากครรภ์และหลังคลอด: ควรจัดทำคู่มือการใช้งานเบื้องต้นควบคู่ไปกับแอปพลิเคชัน โดยเริ่มให้คำแนะนำตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์ เพื่อให้มารดามีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี และสามารถนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การสังเกตน้ำนมและลักษณะสตรีดี-ร้ายตามคัมภีร์ปฐมจินดา ไปใช้ในการดูแลตนเองได้ทันทีหลังคลอด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับการดูแลปกติ เทียบกับการดูแลปกติเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ควรมีการติดตามผล

ระยะยาว (Follow-up study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะ 6 เดือนแรก

2. งานวิจัยในอนาคตควรพัฒนาต่อยอดให้แอปพลิเคชันสามารถโต้ตอบกับผู้ใช้ได้มากขึ้น (Interactive feature) เช่น ระบบแจ้งเตือนการรับประทานยาสมุนไพร หรือระบบให้คำปรึกษาผ่าน Chatbot รวมถึงการศึกษาความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายของระบบปฏิบัติการทั้ง Android และ iOS เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของผู้ใช้งานในระดับประเทศ

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับมารดาหลังคลอดที่ใช้งานแอปพลิเคชันจริง เพื่อสำรวจทัศนคติ อุปสรรค และความเชื่อในการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเนื้อหาภายในแอปพลิเคชันให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโพธิ์ ตำบลหนองสนม อำเภอวานรนิวาส และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนแพง ตำบลหนองสนม อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ที่อนุเคราะห์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยในการตรวจเครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจและแบบทดสอบก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชันสำหรับดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2568 (ไตรมาส 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250903131427_51377.pdf
2. สุนทรี น้ำใจทหาร, สุธีรา ประดับวงษ์, ขนิษฐา วรธงไชย, จัตุรงค์ เจริญฤทธิ์, พัทธ์ชนก เชาวน์ชื่น, สุชาอร แสงนิพันธ์กูล, บวรศิลป์ เชาว์ชื่น. การพัฒนาแอปพลิเคชั่นการเลี้ยงทารกปากแหว่งเพดานโหว่ด้วยน้ำนมมารดา. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;1(3):191-7.
3. รุ้งนภาพร ภูชาดา, สวียา สุรมณี. การพัฒนาแอพพลิเคชั่น เพื่อการเรียนรู้บนแท็บเล็ตเรื่ององค์ประกอบของระบบสารสนเทศ สำหรับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วารสารวิชาการ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ. 2558;1(2):15-21.
4. พิมพ์ปวีณ์ สุวรรณโณ. การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้รายวิชาการวิจัยทางการศึกษาบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. วารสารกลุ่มมนุษยศาสตร์-สังคมศาสตร์ 2563;3(1):38-49.
5. พนารัตน์ เจนจบ, ณัฐพิมล โกศัย, กัญญาณัฐ หันตุลา, ขวัญข้าว เบ้าสกุล, ชลธิชา ภูผาสี, ธัญญารัตน์ แก้ววิเศษ และคณะ. ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคซึมเศร้า ตามแนวคิด สบช. โมเดล ในระดับปฐมภูมิ. วารสารวิชาป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก 2568;12(3):80-95.

6. สถาบันการแพทย์แผนไทย, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
7. คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาผดุงครรภ์ไทย, บรรณาธิการ. เอกสารการสอนชุดวิชาผดุงครรภ์แผนไทย หน่ายที่ 1-8. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช; 2555.
8. กองการประกอบโรคศิลปะ, บรรณาธิการ. ตำราแพทย์แผนไทยโบราณทั่วไป. นนทบุรี: ไทภูมิ พับบลิชชิ่ง; 2549.
9. Branch RM, editor. Instructional design: The ADDIE approach. New York: Springer; 2009.
10. International Organization for Standard, editor. Systems and software engineering Systems and software Quality Requirements and Evaluation (SQuaRE) System and software quality models (ISO/IEC Standard No. 25010:2011). Switzerland: International Organization for Standard; 2011.
11. Richey RC, Klein JD, editors. Design and Development Research: Methods, strategies, and issues. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2007.
12. จุฑารัตน์ เสรีวัตร, กิตติ ลี้สยาม, เขมณัฐ มิ่งศิริธรรม, อรชดา สิทธิพรหม, พีรดา ดามาพงษ์, พงศ์มาดา ดามาพงษ์. ผลการใช้โมบายแอปพลิเคชัน เรื่อง การนวดไทยเพื่อรักษาอาการปวดคอ บ่า ไหล่. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2567;17(1):197-208.
13. ปฏิวัติ อาสาเสน. แอปพลิเคชันสำหรับมารดาหลังคลอด แผนกสูตินรีเวช โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. 2563;5(1):69-76.
14. วิลาสินี หงสนันทน์, จิตอนุวัต พุ่มพวง, วิจิตร โภคา. การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดสุโขทัย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(5):316-25.
15. น้ำฝน ไวทยวงศ์กร, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, รัชนี ชุนเกาะ. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอพพลิเคชั่นในการพยาบาลมารดาหลังคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;6(3):53-68.
16. ปัทมาภรณ์ คงขุนทด, มนชยา ก้างยาง, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอเทอร์, พรรณทิพย์ โชมขุนทด เศรษฐาธนโภคิน, จงกลนี ตุ้ยเจริญ. การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนรูปแบบแอปพลิเคชันเรื่องกลไกการคลอดปกติ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(3):e273164(1-22).
17. ณัฐชยา จงถนอมวิวัฒน์, ธิติสุดา แก้วจันทร์, เพลินตา อิทธิศานต์. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ในการประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สำหรับบุคคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(5):851-9.

ความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา

ปิรันดร์ อานุภาพ[*], นพรัตน์ เสนาฮาด[a]**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 175 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระดับความฉลาดทางดิจิทัล การบริหารความเปลี่ยนแปลง และองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.715$ และ $r=0.786$ ตามลำดับ, $p<0.001$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนพบว่า ความฉลาดทางดิจิทัลด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ การบริหารความเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลง และด้านการสร้างวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง สามารถร่วมกันพยากรณ์องค์กรแห่งการเรียนรู้ได้ร้อยละ 68.1 ($R^2=0.681$)

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดแนวทางพัฒนาผู้บริหารเพื่อนำเทคโนโลยีมาใช้และยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความฉลาดทางดิจิทัล; การบริหารความเปลี่ยนแปลง; องค์กรแห่งการเรียนรู้; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

[*] นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[**] อาจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[a] Corresponding author: นพรัตน์ เสนาฮาด Email: noppse@kku.ac.th

รับบทความ: 22 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 19 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 20 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 พ.ค. 69

Digital Intelligence and Change Management Affecting Learning Organization among Directors of Sub-District Health Promoting Hospitals in Nakhon Ratchasima Province

Piran Anupap[*], Nopparat Senahad[a]**

Abstract

This cross- sectional descriptive study aimed to examine the effects of digital intelligence and change management on learning organizations among directors of sub-district health promoting hospitals in Nakhon Ratchasima province. Samples consisted of 175 directors, selected using stratified random sampling. Data were collected through structured questionnaires with verified content validity and reliability, and analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficients, and stepwise multiple linear regression analyses.

The results indicated that the overall levels of digital intelligence, change management, and learning organization were high. Both digital intelligence and change management were high level significantly correlated with learning organization ($r = 0.715$ and $r = 0.786$, respectively; $p<0.001$). Stepwise multiple linear regression analysis revealed that digital intelligence in the use of digital programs for routine data analysis, change management in strategic change, and change management in building a culture of change were significant predictors of learning organization, jointly explaining 68.1% of the variance ($R^2=0.681$).

The findings highlight that enhancing digital intelligence and change management competencies among directors of Sub- District Health Promoting Hospitals is crucial for fostering learning organizations. These results provide empirical evidence to inform leadership development strategies to promote technology skill for support the sustainable strengthening of primary healthcare systems.

Keywords: Digital intelligence; Change management; Learning organization; Sub-district health promoting hospital

[*] Graduate Student, Master of Public Health Administration Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[**] Lecturer, Public Health Administration Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[a] Corresponding author: Nopparat Senahad Email: noppse@kku.ac.th

Received: Feb. 22, 26; Revised: Mar. 19, 26; Accepted: Mar. 20, 26; Published Online: May 28, 26

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีดิจิทัลได้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้หน่วยบริการสุขภาพต้องปรับตัวสู่การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างกว้างขวาง ทั้งในด้านการให้บริการ การจัดการข้อมูล และการบริหารองค์กรสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำว่าการพัฒนาระบบสุขภาพในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยทั้งโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลและสมรรถนะของทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้ระบบสุขภาพสามารถปรับตัว ยืดหยุ่น และตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1] ประเทศไทยได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว ผ่านยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการยกระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ[2,3] โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน และเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติจริง

แนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นกรอบสำคัญในการพัฒนาองค์กรให้สามารถเรียนรู้ ปรับตัว และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ท่ามกลางบริบทของการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและไม่แน่นอน ตามแนวคิดของ Senge[4] จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพปรับปรุงกระบวนการทำงานและสร้างนวัตกรรมที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การเป็นบุคคลรอบรู้ แบบแผนความคิด วิสัยทัศน์ร่วม การเรียนรู้เป็นทีม และการคิดอย่างเป็นระบบ

ในขณะเดียวกัน ความฉลาดทางดิจิทัล (Digital intelligence) ได้กลายเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารองค์กรสุขภาพในยุคดิจิทัล โดยครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง ใช้ วิเคราะห์ และประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสมและมีจริยธรรม ซึ่งเป็นสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนางาน ตามนวคิดความฉลาดทางดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนของไทย[5] นอกจากนี้ การบริหารความเปลี่ยนแปลง (Change management) ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสุขภาพสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย เทคโนโลยี และความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ช่วยให้องค์กรสามารถปรับทิศทางกลยุทธ์ พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร และจัดการกับแรงต้านที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่รวดเร็ว[6]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 348 แห่ง และมีบริบทการบริหารจัดการที่หลากหลาย ทั้งหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 166 แห่ง และที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 182 แห่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและผู้ขับเคลื่อนการเรียนรู้ขององค์กร อย่างไรก็ตาม จากบริบทการทำงานจริงยังพบข้อจำกัดด้านภาระงาน บุคลากร และการใช้

เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการทำงานร่วมกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น การศึกษาความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย ผลการศึกษาจะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการบริหารสาธารณสุขในบริบทของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพผู้บริหารและการยกระดับหน่วยบริการสุขภาพให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา
2. ระดับขององค์กรแห่งการเรียนรู้ ระดับของความฉลาดทางดิจิทัล และระดับของการบริหารความเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดนครราชสีมา 2) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) เป็นผู้ที่มีสถานะการปฏิบัติงานเป็นปัจจุบัน (ไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือการลาระยะยาว) และเกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ไม่ประสงค์ในการเข้าร่วมการวิจัย ประชากรรวมทั้งสิ้น 348 คน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวนขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen[7] ผู้วิจัยได้กำหนดพารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงกำลังการทดสอบ โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α=0.05) ค่ากำลังการทดสอบ (Power= 0.80) โดยอ้างอิงค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ (R^2) จากการศึกษาของ กมลทิพย์ สุหญ้านาง และคณะ[8] ที่ศึกษาความฉลาดองค์รวมและการจัดการความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ที่มีลักษณะงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน โดยพบค่า R^2=0.708 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน เพื่อให้มั่นใจว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายหลังการสูญเสียข้อมูลจึงได้มีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเผื่อการสูญหายตามแนวทางปฏิบัติของ อรุณ จิรวัฒน์กุล[9] ดังนั้น จำนวนแบบสอบถามที่ต้องดำเนินการจัดเก็บรวมทั้งสิ้นคือ 175 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบแบ่งขั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากกลุ่มประชากรแต่ละอำเภอ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลแบบสอบถามได้ทั้งสิ้น 175 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ และ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางดิจิทัล (Digital intelligence) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน[5] จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล 2) การใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน 3) การใช้ดิจิทัลเพื่อการทำงานร่วมกัน 4) การประยุกต์ใช้เครื่องมือดิจิทัลเพื่อการทำงาน 5) การผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ 6) การใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และ 7) การใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเปลี่ยนแปลง (Change management) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ ทวีศักดิ์ สูทกวาทิน[6] จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำเชิงการเปลี่ยนแปลง 2) การสร้างวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง 3) กลยุทธ์การบริหารความเปลี่ยนแปลง 4) การจัดการความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง และ 5) การติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Senge[4] จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเป็นบุคคลรอบรู้ 2) การมีแบบแผนความคิด 3) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน 4) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และ 5) การคิดอย่างเป็นระบบ โดยส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ Likert[10] เพื่อวัดระดับความเห็นหรือระดับการปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (1=น้อยที่สุด, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=มาก, 5=มากที่สุด)

เกณฑ์การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับความฉลาดทางดิจิทัล ระดับการบริหารความเปลี่ยนแปลงรและระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมาโดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 4.50-5.00 คะแนน ระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 3.50-4.49 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2.50-3.49 คะแนน ระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1.00-1.49 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.67 และได้นำไปทดลองใช้ในจังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามด้านความฉลาดทางดิจิทัล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.987 แบบสอบถาม

ด้านการบริหารความเปลี่ยนแปลง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.969 แบบสอบถามระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.958 แล้วเมื่อรวมแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.928

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน การวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรอิสระในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในกรณีที่ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน[11] ดังนี้ ค่าคลาดเคลื่อน (e) มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบโดย Kolmogorov-Smirnov มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (p-value=0.200) ซึ่งค่านัยสำคัญทางสถิติมีค่ามากกว่า 0.05 (p-value>0.05) ตามที่กำหนดไว้[12] และพบว่าการกระจายของค่าคลาดเคลื่อนอยู่ในลักษณะคงที่ เป็นอิสระต่อกันทดสอบโดยค่า Durbin-Wastson พบว่ามีค่า 2.072 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่างค่าที่กำหนดไว้คือ อยู่ระหว่าง 1.50-2.50 รวมทั้งค่าแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการทำนายของทุกตัวแปรมีค่าคงที่ ความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน โดยการทดสอบไม่พบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นมีค่า (Tolerance=0.459-0.591, Variance inflation Factor: VIF=1.692-2.180) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยต้องมีค่าความสัมพันธ์กันน้อย คือมีค่า Tolerance ค่ามาตรฐานมากกว่า 0 แต่ไม่เกิน 1 และค่า VIF ค่ามาตรฐานควรน้อยกว่า 10 [13] จึงสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์สมการถดถอยได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในโครงการ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2568 เลขที่ HE682166 ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ปกปิดรายชื่อและข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษา

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าเป็นเพศหญิง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 โดยช่วงอายุที่มีมากที่สุด คือช่วงระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.17 ปี (SD=5.84 ปี) อายุต่ำสุด 35 ปี และสูงสุด 60 ปี มีสถานภาพคู่/สมรส จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 73.1 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 มีตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ รายได้มากกว่า 50,000 บาท ขึ้นไป จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 55.5 มีรายได้เฉลี่ย 50,932.17 บาท (SD=8,523.758 บาท) มีค่ามัธยฐาน 51,000.00 บาท รายได้ต่ำสุด 27,000 บาท และรายได้สูงสุด 71,000 บาท มีระยะเวลา

การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.87 ปี (SD=4.789 ปี) มีค่ามัธยฐาน 8.00 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี และระยะเวลาสูงสุด 21

ระดับความฉลาดทางดิจิทัลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับความฉลาดทางดิจิทัลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางดิจิทัลอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.75 (SD=0.47) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (SD=0.49) รองลงมาคือ ด้านการใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 (SD=0.59) และด้านการใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้ดิจิทัลเพื่อการทำงานร่วมกัน และด้านการผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69 (SD=0.57 และ 0.55 ตามลำดับ)

ระดับการบริหารความเปลี่ยนแปลงต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับการบริหารความเปลี่ยนแปลงต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการบริหารความเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD=0.40) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านภาวะผู้นำเชิงการเปลี่ยนแปลง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 (SD=0.45) รองลงมาคือ ด้านการสร้างวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (SD=0.48) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.88 (SD=0.53)

ระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับ องค์กรแห่งการเรียนรู้ ในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.04 (SD=0.46) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการเรียนรู้เป็นทีม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.09 (SD=0.48) รองลงมาคือ ด้านการมีแบบแผนความคิด และ ด้านการคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากันอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.44 และ 0.42 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการเป็นบุคคลรอบรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96 (SD=0.48) รองลงมาคือ ด้านการมีวิสัยทัศน์ร่วม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00 (SD=0.48)

ความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความฉลาดทางดิจิทัลมีความสัมพันธ์ระดับระดับสูงกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.715, p-value<0.001) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ มีความสัมพันธ์ในระดับสูง (r=0.735, p-value<0.001) รองลงมา คือ ด้านการใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (r=0.641, p-value<0.001) และด้านการผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ (r=0.596, p-value<0.001) ขณะที่ ด้านการใช้งานเครื่องมือดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางเช่นกัน (r=0.448, p-value<0.001)

สำหรับ การบริหารความเปลี่ยนแปลง พบว่า ภาพรวมของการบริหารความเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.786, p-value<0.001) โดยด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูง คือด้านกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลง (r=0.717, p-value<0.001) และความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการติดตามและประเมินผล (r=0.688, p-value<0.001) และ ด้านการจัดการความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง (r=0.679, p-value<0.001)นอกจากนี้ ด้านการสร้างวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง (r=0.662, p-value<0.001) และ ด้านภาวะผู้นำเชิงการเปลี่ยนแปลง (r=0.618, p-value<0.001)

ความฉลาดทางดิจิทัลและการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุขั้นตอน พบข้อมูลองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบข้อมูลเชิงอัตนัยมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (p-value=0.200) พบการกระจายตัวของข้อมูลซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 ตามที่กำหนดไว้ และการทดสอบตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกันทดสอบโดยค่า Durbin Watson เท่ากับ 2.072 ซึ่งอยู่ระหว่างค่ามาตรฐาน และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์องค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ความฉลาดทางดิจิทัลด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ (B=0.273, p-value<0.001) การบริหารความเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลง (B=0.248, p-value<0.001) การบริหารความเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง (B=0.182, p-value<0.001) สามารถร่วมกันพยากรณ์องค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 68.1 (R^2=0.681, R^2adj=0.675) และมีรายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	B	95%CI		T	p-value	R^2	R^2 adj	R^2 change
		Lower	Upper					
1. ความฉลาดทางดิจิทัลด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ	0.273	0.202	0.344	7.560	<0.001	0.540	0.537	-
2. การบริหารความเปลี่ยนแปลง ด้านกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลง	0.248	0.143	0.354	4.663	<0.001	0.652	0.648	0.112
3. การบริหารความเปลี่ยนแปลง ด้านการสร้างวัฒนธรรมการ	0.182	0.090	0.273	3.934	<0.001	0.681	0.675	0.029
ค่าคงที่=1.322, F=121.439, p-value=<0.001, R=0.825, R^2=0.681, R^2 adj=0.675								

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.04 (SD=0.46) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากลักษณะบทบาทและภารกิจของผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องรับผิดชอบต่อการจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในมิติด้านนโยบาย โครงสร้างระบบบริการ และความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ทองใบ พบว่า การพัฒนาปรับปรุงกลไกการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยใช้เครือข่ายและพื้นที่เป็นฐาน เป็นการพัฒนาและขับเคลื่อนกลยุทธ์การบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งช่วยเสริมศักยภาพของผู้นำในการบริหารจัดการและการตัดสินใจภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการปฐมภูมิ[14] รวมทั้งการศึกษาของ อังคณา ภิโสรมย์ และศศิธร ธนะภพ พบว่า การรับรู้องค์กรแห่งการเรียนรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 67.99 คะแนน (SD=10.2) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติงานจริง และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นระบบ จะช่วยยกระดับคุณภาพการทำงานและความสามารถในการปรับตัวขององค์กรในระยะยาว[15] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร นิลหมื่นไวย์ และคณะ พบว่า ระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.28 (SD=0.48) อธิบายได้ว่า ภายใต้บริบทดังกล่าว การเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง และการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบ จึงมีบทบาทสำคัญในการแปลงความรู้ฝังลึกของบุคลากรให้กลายเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถยกระดับคุณภาพการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างยั่งยืน[16] ดังนั้น การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับรู้องค์กร

แห่งการเรียนรู้ในระดับสูง จึงมิได้เป็นเพียงผลลัพธ์เชิงทัศนคติ แต่สะท้อนถึงความจำเป็นเชิงบทบาทและสมรรถนะผู้นำในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกัน การจัดการความรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับความท้าทายของระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต

ความฉลาดทางดิจิทัลด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัล สามารถร่วมพยากรณ์ และมีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 54.0 (R^2=0.540, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำมีอิทธิพลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากข้อมูลด้านบริการและการบริหารจัดการถือเป็นฐานสำคัญของการเรียนรู้ในระดับองค์กร เมื่อผู้นำสามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแปลความหมายของข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้หน่วยบริการสามารถระบุปัญหาเชิงระบบ วางแผนพัฒนา และติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร นิลหมื่นไวย์ และคณะ ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ความฉลาดทางด้านดิจิทัล สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 73.8 (R^2=0.738, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความฉลาดทางดิจิทัลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในมิติของการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การเรียนรู้เป็นทีม และการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนบทบาทของการวิเคราะห์ข้อมูลในฐานะกลไกการเรียนรู้ขององค์กรอย่างชัดเจน[16] รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ ฤทธิ์ไธสง และนพรัตน์ เสนาฮาด ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 68.4 (R^2=0.684, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีไม่เพียงส่งผลต่อประสิทธิภาพเชิงผลลัพธ์ แต่ยังเอื้อต่อการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กร การใช้ข้อมูลจากงานประจำอย่างมีความหมายสามารถเปลี่ยนกิจกรรมทบทวนงานให้กลายเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรได้อย่างแท้จริง[17] รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ สุหญ้านาง และคณะ ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ความฉลาดทางด้านดิจิทัล สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 79.5 (R^2=0.795, p-value=0.005) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนภารกิจไปสู่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งผู้บริหารจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเป็นฐานในการตัดสินใจ การสื่อสาร และการปรับกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการ[8] ดังนั้นความฉลาดทางดิจิทัลด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นสมรรถนะเชิงกลยุทธ์ที่เชื่อมโยง ระหว่าง ข้อมูล ผู้นำ และการเรียนรู้ขององค์กร เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

การบริหารความเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์ สามารถร่วมพยากรณ์ และมีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 65.2 (R^2=0.652, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ กระบวนการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การทำความเข้าใจบริบทนโยบายและภารกิจที่เปลี่ยนแปลง การกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ร่วมกัน ไปจนถึงการติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง สอดคล้องกับการศึกษาที่ของ กมลทิพย์ สุหญ้านาง และคณะ ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมองค์กร สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการบริหาร ทรัพยากรมนุษย์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 55.1 (R^2=0.551, p-value=0.005) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องทำหน้าที่เชื่อมโยงนโยบาย กลยุทธ์ และการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้ในระดับองค์กรอย่างเป็นระบบ การบริหารความเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์ที่มีความชัดเจนและมีการสื่อสารอย่างเป็นระบบยังทำหน้าที่เป็นกรอบการเรียนรู้ร่วมขององค์กร โดยช่วยให้บุคลากรเข้าใจเป้าหมาย เหตุผล และทิศทางของการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้การปรับตัวไม่ได้เป็นเพียงการตอบสนองเชิงนโยบาย แต่กลายเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง[8,18] และสอดคล้องกับการศึกษาของ สาธิต คงหา และคณะ ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อสมรรถนะผู้บริหารของผู้อานวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบล จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 53.2 (R^2=0.532, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ เป็นกลไกสำคัญของการบริหารความเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์ที่ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นพื้นฐานสำคัญที่เอื้อต่อการเรียนรู้ขององค์กรในระยะยาว เมื่อผู้อำนวยการสามารถกำหนดทิศทางการใช้กำลังคนเชิงกลยุทธ์ได้อย่างชัดเจน จะช่วยลดความไม่แน่นอนในการปฏิบัติงาน เสริมสร้างความต่อเนื่องขององค์ความรู้ และเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และพัฒนางานอย่างเป็นระบบ[18] ดังนั้นการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นในการสร้างองค์ความรู้ การมีส่วนร่วมและการสร้างแรงจูงใจ เพื่อทำให้การเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์กลายเป็นโอกาสในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

การบริหารความเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างวัฒนธรรมสามารถร่วมพยากรณ์ และมีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 68.1 (R^2=0.681, p-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่า วัฒนธรรมองค์กรเป็นกลไกพื้นฐานที่กำหนดรูปแบบพฤติกรรมการสื่อสาร และการเรียนรู้ของบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพ หากผู้นำสามารถสร้างบรรยากาศองค์กรที่เปิดกว้างต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตั้งคำถาม และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง จะช่วยเอื้อให้การเรียนรู้เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคลและระดับทีม ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญขององค์กรแห่งการเรียนรู้ในระบบ

สุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาที่ของ กมลทิพย์ สุหญ้านาง และคณะ ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมองค์กร สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการบริหาร ทรัพยากรมนุษย์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 55.1 (R^2=0.551, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า วัฒนธรรมองค์กรไม่ได้เป็นเพียงบริบทแวดล้อมของการทำงาน แต่เป็นเครื่องมือเชิงกลยุทธ์ที่ผู้นำสามารถใช้ในการหล่อหลอมค่านิยมร่วม ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมของบุคลากร การสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับตัวจึงช่วยให้บุคลากรมองการเปลี่ยนแปลงเป็นโอกาสในการพัฒนา มากกว่าภาระหรือแรงต้าน ซึ่งเอื้อต่อการเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงและการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องในระดับองค์กร[8] และสอดคล้องกับการศึกษาที่ของ Phordee et.al. ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า การสร้างวัฒนธรรมองค์กรระบบการเรียนรู้ขององค์กรร่วมกัน สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 33.0 (R^2=0.330, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้และบทเรียนจากการปฏิบัติงานจะสามารถถูกนำมาใช้พัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อย่างแท้จริง ก็ต่อเมื่อบุคลากรได้การแสดงความคิดเห็น รายงานปัญหา หรือสะท้อนข้อจำกัดของการทำงาน วัฒนธรรมองค์กรดังกล่าวจะส่งเสริมการสื่อสารอย่างเปิดเผย การเรียนรู้จากความผิดพลาด และการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญขององค์กรแห่งการเรียนรู้ในบริบทบริการสุขภาพ[19] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่ของ ณัฐวุฒิ บัวระพา และคณะ ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า การจัดการความเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร สามารถรวมพยากรณ์และมีผลต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ยุคดิจิทัล HR 5.0 ของผู้บริหาร หน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 62.0 (R^2= 0.620, p-value<0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความพร้อมขององค์กรต่อการเปลี่ยนแปลงในการสร้างวัฒนธรรมที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงจะช่วยหล่อหลอมความเชื่อร่วมของบุคลากรเกี่ยวกับความจำเป็นและความเป็นไปได้ของการพัฒนาองค์กร ส่งผลให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง และเกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง บทบาทของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำให้วัฒนธรรมการเรียนรู้ฝังตัวอยู่ในงานประจำและการดำเนินงานขององค์กรอย่างยั่งยืน[20]

จากผลการศึกษา หน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำข้อค้นพบไปใช้ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ โดยมุ่งพัฒนาระบบการเรียนรู้ขององค์กรผ่านการใช้ข้อมูลจากงานประจำอย่างเป็นระบบ เช่น การจัดกระบวนการทบทวนผลการดำเนินงานเป็นประจำ การใช้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ ควบคู่กับการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความฉลาดทางดิจิทัลของผู้อำนวยการและทีมงาน โดยเน้นการวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสารเชิงหลักฐาน และการนำข้อมูลไปสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์ ในเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้เข้ากับระบบพัฒนาผู้นำและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเพียงพอ เพื่อเอื้อให้การเรียนรู้ขององค์กรเกิดขึ้นได้จริง

พร้อมทั้งส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงอย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพดิจิทัลในระดับสากล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะความฉลาดทางดิจิทัลของผู้อำนวยการและบุคลากร โดยเฉพาะทักษะด้านการใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานประจำ เช่น ข้อมูลบริการ ข้อมูลสุขภาพประชาชน และข้อมูลผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจ วางแผน และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการเรียนรู้ขององค์กรเกิดขึ้นบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และเชื่อมโยงกับปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง
2. ผู้บริหารหน่วยบริการควรนำหลักการบริหารความเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการขับเคลื่อนองค์กรอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการกำหนดกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน สื่อสารเป้าหมายและทิศทางร่วมกับบุคลากรทุกระดับ และสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงไม่เป็นเพียงนโยบายเชิงสั่งการ แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันขององค์กร
3. ควรส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง เช่น การเปิดพื้นที่ให้บุคลากรแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การทบทวนบทเรียนจากการปฏิบัติงานจริง และการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย และทำให้องค์กรแห่งการเรียนรู้ฝังตัวอยู่ในงานประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศและปัญญาประดิษฐ์ในการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้และบริหารองค์กรสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์และวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาทุกแห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนขอขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนทางวิชาการ จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020-2025. Geneva: WHO; 2021.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
4. Senge PM. The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization. New York: Doubleday; 1990.
5. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. กรอบสมรรถนะความฉลาดทางดิจิทัล (Digital Intelligence). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2561.
6. ทวีศักดิ์ สูทกวาทิน. การบริหารการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
7. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
8. กมลทิพย์ สุหญ้านาง, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพล โยธา, ภูวนาถ ศรีสุธรรม. ความฉลาดองค์รวมและการจัดการความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2025;7(3):21-30.
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2558.
10. Likert R. The Human Organization: Its management and values. New York, NY: McGraw-Hill; 1967.
11. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์เชิงสถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
12. Siegel S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill; 1956.
13. ยุทธ ไกยวรรณ์. หลักสถิติการวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
14. ประเสริฐ ทองใบ, สมชัย วงษ์นายะ, เจริญวิชญ์ สมพงษ์ธรรม. การขับเคลื่อนกลยุทธ์การบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563;17(1):222-32.

15. ศศิธร ธนะภพ. การรับรู้การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;13(2):16-27.
16. ศศิธร นิลหมื่นไวย์, นครินทร์ ประสิทธิ์, พีรยุทธ แสงตรีสุ, สุพัฒน์ กองศรีมา, พิทยา ธรรมวงศา, ภูวนาท ศรีสุธรรม. ความฉลาดองค์รวมและองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2568;7(2):51-9.
17. เทพฤทธิ์ ฤทธิ์ไธสง, นพรัตน์ เสนาฮาด. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2568;13(2):74-89.
18. สาธิต คงหา, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุพัฒน์ กองศรีมา. การบริหารทรัพยากรมนุษย์และความฉลาดทางอารมณ์ที่มีผลต่อสมรรถนะผู้บริหารของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2567;24(4):120-32.
19. Phordee W, Prasit N, Nonthamat A, Sresutham P. Holistic intelligence and smart organization affecting the performance of standard medical laboratory guidelines of medical technologists at community hospitals in Health Region 7. Journal of Associated Medical Sciences. 2025. 7; 58(2):109-21.
20. ณัฐวุฒิ บัวระพา, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุพัฒน์ กองศรีมา, พีรยุทธ แสงตรีสุ, วรัญญู พอดี; อัมภาวรรณ นนทมาตย์, และคณะ. ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 และการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ยุคดิจิทัล HR 5.0 ของผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2568;21(3):82-94.

คุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี

ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์*[a], ณัฐรดา แฮคำ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 398 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามเขตการปกครองทั้ง 10 อำเภอ และสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละอำเภอจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.89) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 80.90) อายุเฉลี่ย 66 ปี (SD=5.32) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.98) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.27) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 29.15) มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.98) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.40) มีค่าเฉลี่ย 3.37 (SD=0.84) โดยด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกายตามลำดับ ปัญหาสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.39) ที่พบบ่อยที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ปัญหาสุขภาพ อื่น ๆ ที่พบได้แก่ อาการชาปลายมือปลายเท้า อาการปวดเมื่อย และการนอนไม่หลับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาโปรแกรมและส่งเสริมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ปัญหาสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; สังคมสูงวัย

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

[a] Corresponding author: ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์ Email: phakwarin.p@rbru.ac.th

รับบทความ: 26 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 20 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 20 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 มิ.ย. 69

Quality of Life and Health Problems of the elderly People in an Aging Society Chanthaburi Province

Phakwarin Phattharasirisomboon[*a], Natrada Heakham[*]

Abstract

This descriptive research aimed to study quality of life and health problems of the elderly people in an aging society in Chanthaburi Province. Samples consisted of 398 older adults, aged 60 years and over, selected by stratified random sampling according to the 10 administrative districts, followed by simple random sampling within each district. Research instruments included a demographic questionnaire and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI), which demonstrated good reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the majority of the participants were females (78.89%), aged 60-69 years (80.90%), with an mean age of 66 years (SD=5.32). Most of them had primary education (46.98%), were married (54.27%), worked as general laborers (29.15%), and had a monthly income of more than 5,000 baht (45.98%). Overall quality of life was at a moderate level (79.40%), with a mean score of 3.37 (SD=0.84). Among the quality-of-life domains, the environmental domain had the highest mean score, followed by psychological health, social relationships, and physical health, respectively. Regarding health problems, most participants had underlying diseases (77.39%). The most common conditions were hypertension, followed by comorbid diabetes mellitus and hypertension, and hyperlipidemia. Other reported health problems included numbness of hands and feet, musculoskeletal pain, and insomnia.

The findings suggested that relevant public health agencies should continuously develop and promote health care programs for older adults, such as age-appropriate physical exercise, prevention and control of chronic diseases, and rehabilitation services, in order to enhance the quality of life of the elderly.

Keywords: Quality of life; Health problems; Elderly people; Aging society

[*] Instructor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

[a] Corresponding author: Phakwarin Phattharasirisomboon Email: phakwarin.p@rbru.ac.th

Received: Feb. 26, 26; Revised: Mar. 20, 26; Accepted: Mar. 20, 26; Published Online: Jun. 14, 26

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของโลกในปัจจุบัน ส่งผลให้หลายประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย รวมถึงประเทศไทย โดยจากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุ จำนวน 14,027,411คน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุชาย 5,904,327 คิดเป็นร้อยละ 42.1 และผู้สูงอายุหญิง 8,123,084 คิดเป็นร้อยละ 57.9[1] และในอีก 10 ปีถัดไป หรือในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ยุคสังคมสูงวัยระดับสุดยอดที่จะมีประชากรสูงอายุวัย 65 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 14 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และมีประชากรวัย 60 ปี ในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 28[2] สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสวัสดิการ ซึ่งหลายประเทศยอมรับว่าภาครัฐต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการจัดบริการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยส่งผลต่อประเทศไทยในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้กำลังแรงงานลดลงและกระทบต่อระดับการผลิตของประเทศ ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ลดลงหรือขาดรายได้ ทำให้ความสามารถในการออมลดลงด้วย ในขณะที่ประชากรวัยทำงานต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงส่งผลต่อการลดลงของเงินออมและเงินลงทุนในประเทศโดยรวม นอกจากนี้ ภาครัฐยังต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมด้านสวัสดิการ การสาธารณสุข การแพทย์ และบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้งบประมาณรายจ่ายภาครัฐเพิ่มสูงขึ้น และกระทบต่อระดับการออมและการลงทุนของประเทศโดยรวมเช่นกัน ส่วนผลกระทบในด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวทำให้ประชากรวัยทำงานต้องรับบทบาททั้งด้านการประกอบอาชีพและการดูแลผู้สูงอายุในสัดส่วนที่มากขึ้น จนอาจไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนขาดความอบอุ่นหรือถูกทอดทิ้งได้[3] ทั้งนี้ ผลกระทบและปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในบริบทของสังคมสูงวัยในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาวะดีแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน เป็นเป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate goals) ภายในปี พ.ศ. 2570 ของแผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566-2570) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพตลอดช่วงวัยและการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ เป้าประสงค์ดังกล่าวสะท้อนผ่านตัวชี้วัดสำคัญหลายประการ เริ่มจากการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ อายุระหว่าง 51-59 ปี ให้ได้รับการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ควบคู่กับการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุให้มีอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แผนปฏิบัติราชการยังให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มโรคสมองเสื่อม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการบำบัดรักษาจนมีสุขภาพดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ขณะเดียวกัน ยังมุ่งยกระดับดัชนีชี้วัดความก้าวหน้าของการพัฒนาคนด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของทุกจังหวัดให้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.68[4]

จังหวัดจันทบุรีในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 116,403 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 51,965 คน และเพศหญิงจำนวน 64,438 คน โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดจันทบุรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 15.09 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 21.93 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดจันทบุรีได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจำนวนประชากรผู้สูงอายุ พบว่าจังหวัดจันทบุรีจัดอยู่ในอันดับที่ 45 ของประเทศ และอันดับที่ 14 ของภาคกลาง[5] ขณะเดียวกัน สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชากรในจังหวัดจันทบุรีพบว่า การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 เกือบ 5,000 คน นอกจากนี้ โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของจังหวัด โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 157.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิต 65.87 ต่อประชากรแสนคน และโรคหัวใจขาดเลือด มีอัตราการเสียชีวิต 31.99 ต่อประชากรแสนคน[6]

ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการออกแบบกิจกรรมและโครงการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา คือ การศึกษาวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 82,767 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 398 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามเขตการปกครองทั้ง 10 อำเภอ และสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละอำเภอ ทั้งสิ้นจำนวน 398 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง

2. สามารถอ่านออกเขียนได้
3. สามารถรับรู้ด้านการฟังและสื่อสารได้
4. มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 และกำหนดความน่าเชื่อถือไว้ร้อยละ 95 และใช้สูตรการคำนวณของสูตรทาโร ยามาเน่[8] คือ $n = \frac{N}{1+(Ne^2}$

เมื่อ e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างกำหนดให้เท่ากับ 0.05 N คือ ขนาดของประชากร และ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อแทนค่า $n = \frac{82,767}{1+(82,767\times0.05^2}$ ได้ n = 397.98

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 398 คน

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจรายการ ครอบคลุมข้อมูลด้านเพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ[9] โดยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9 และ 11 ให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26–130 คะแนน แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (26-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) และระดับดี (96-130 คะแนน)

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบย่อย[9] ใช้เกณฑ์คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละด้าน โดยในด้านสุขภาพร่างกาย คะแนน 7-16 แปลว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี คะแนน 17-26 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 27-35 อยู่ในระดับดี สำหรับด้านจิตใจ คะแนน 6-14 หมายถึงคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี คะแนน 15-22 หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนน 23-30 หมายถึงระดับดี ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คะแนน 3-7 หมายถึงคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี คะแนน 8-11 หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนน 12-15 หมายถึงระดับดี ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม คะแนน 8-18 หมายถึงคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี คะแนน 19-29 หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนน 30-40 หมายถึงระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ณ ตำบลจันทเขลม อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หา

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี เพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอ จำนวน 10 อำเภอ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าสู่พื้นที่และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่ ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยและคณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 398 คน
4. นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ และคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี รหัสโครงการวิจัยเลขที่ IRB-02/2568 วันที่รับรอง 22 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจได้รับ รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยยืนยันว่าการเข้าร่วมโครงการเป็นไปโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่พึงได้รับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจนว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด จะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 78.89 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 80.90 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 66 ปี (SD=5.32) ด้านส่วนสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 145-154 เซนติเมตร จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 43.47 โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 156.80 เซนติเมตร (SD=7.17) ด้านน้ำหนัก พบว่า อยู่ในช่วง 55-64 กิโลกรัม จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 39.95 โดยกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 59.96 กิโลกรัม (SD=8.88) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 46.98 สถานภาพสมรสและอยู่กับคู่สมรส จำนวน

216 คน คิดเป็นร้อยละ 54.27 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 29.15 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 45.98 มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 77.39 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำนวน 301 คน คิดเป็นร้อยละ 75.63 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=398)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	314	78.89
ชาย	84	21.11
อายุ		
60-69 ปี	322	80.90
>70 ปี	76	19.10
Min=60, Max =85, Mean =66; SD=5.32		
ส่วนสูง		
145-154	173	43.47
155-164	137	34.42
165 ขึ้นไป	88	22.11
Min=145, Max=174, Mean=156.80, SD=7.17		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
45-54	111	27.89
55-64	159	39.95
65-74	111	27.89
75 ขึ้นไป	17	4.27
Min=45, Max=100, Mean=59.96, SD=8.88		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.50
ประถมศึกษา	187	46.98
มัธยมศึกษาตอนต้น	80	20.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	70	17.59
อนุปริญญา/ปวส.	10	2.51
ปริญญาตรีขึ้นไป	48	12.06
อื่น ๆ เช่น การศึกษานอกระบบระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน	1	0.25

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=398)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	216	54.27
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	124	31.16
โสด/ไม่เคยสมรส	33	8.29
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17	4.27
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	116	29.15
เกษตรกรรม/ทำสวน	107	26.88
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	90	22.61
ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	30	7.54
อื่น ๆ เช่น ข้าราชการบำนาญ	23	5.78
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	22	5.53
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	1.51
พนักงานเอกชน/บริษัท/ลูกจ้างประจำ	2	0.50
รายได้ต่อเดือน		
<3,000 บาท	151	37.94
3,000-5,000	64	16.08
>5,000	183	45.98
โรคประจำตัว		
มี	308	77.39
ไม่มี	90	22.61
ปัญหาสุขภาพ		
มี	97	24.37
ไม่มี	301	75.63

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.40 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 20.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.50 โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.37, SD=0.84) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับดีมาก (Mean=3.46, SD=0.83) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ (Mean=3.36, SD=0.83) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Mean=3.34, SD= 0.86) และด้านสุขภาพกาย (Mean=3.29, SD=0.91) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต (n=398)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	Mean	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย (เต็ม 35 คะแนน)	3.29	0.91	ปานกลาง
ด้านจิตใจ (เต็ม 30 คะแนน)	3.36	0.83	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (เต็ม 15 คะแนน)	3.34	0.86	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม (เต็ม 40 คะแนน)	3.46	0.83	ดีมาก
คุณภาพชีวิตโดยรวม (เต็ม 130 คะแนน)	3.37	0.84	ปานกลาง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.95 รองลงมาคือ กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.62 และกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 20.78 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว (n=308)

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	83	26.95
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	82	26.62
ไขมันในเลือดสูง	64	20.78
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	34	11.04
เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด	17	5.52
ความดันโลหิตสูงและปลายประสาทอักเสบ	16	5.19
เบาหวาน	10	3.25
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน	1	0.32
หอบหืด	1	0.32

สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการชาปลายมือปลายเท้ามากที่สุด ร้อยละ 32.99 รองลงมา คืออาการปวดเมื่อย ร้อยละ 28.87 และการนอนไม่หลับ ร้อยละ 12.37 ตามลำดับ ขณะที่ปัญหาสุขภาพที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 1.03 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่พบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ (n=97)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาตามปลายมือ และเท้า	32	32.99
อาการปวดเมื่อย	28	28.87
นอนไม่หลับ	12	12.37
ตามัวหรือสายตาพร่ามัว	10	10.31
อาการหลงลืม	7	7.22

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่พบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ (n=97)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิงเวียนศีรษะ	5	5.15
เดินลำบากหรือหกล้มง่าย	2	2.06
ริดสีดวงทวาร	1	1.03

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี พบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.40 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 20.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.50 โดยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 (SD=0.84) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับดีมาก (Mean=3.46, SD=0.83) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ (Mean=3.36, SD=0.83) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Mean=3.34, SD=0.86) และด้านสุขภาพกาย (Mean=3.29, SD=0.91) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังสามารถดำรงชีวิตและพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น สามารถอภิปรายผลได้ว่าอาจเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลาย ๆ ด้าน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน[10] รวมทั้งการมีโรคเรื้อรังร่วมกับความเสื่อมถอยของสมรรถภาพตามวัยด้วย จึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า ภาพรวมสภาพปัจจุบันของสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.19, SD=0.49)[11] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีหรือมีคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 50.72[12] รวมทั้งการศึกษาในผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.51, SD=0.67)[13] ในทำนองเดียวกันยังสอดคล้องกับการศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.45, SD=13.90) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=23.65, SD=2.93) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (Mean=23.02, SD=3.87) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=11.44, SD=2.14) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=29.93, SD=5.37)[14] เช่นเดียวกับการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่พบว่าคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1

มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 61-95 คะแนน[15] และการศึกษาในผู้สูงอายุ เมืองมาชันดาราน ประเทศอิหร่าน ที่พบว่า ผู้สูงอายุในสัดส่วนมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36 ขณะที่ร้อยละ 34 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 30 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง[16] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

การศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย จังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.95 รองลงมาคือ กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.62 และกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 20.78 ตามลำดับ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชากรสูงวัย สามารถอภิปรายผลได้ว่าเป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม[17] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพจากแผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2566-2570 ซึ่งรายงานสถานการณ์สุขภาพของจังหวัดจันทบุรีในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 ที่พบว่า อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด ทั้งนี้ โรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ประมาณเกือบ 5,000 คน[6] และยังสอดคล้องการศึกษาที่พบว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 38.2[15] และการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.6 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.9[18] สำหรับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการชาปลายมือปลายเท้ามากที่สุด ร้อยละ 32.99 รองลงมา คืออาการปวดเมื่อย ร้อยละ 28.87 และการนอนไม่หลับ ร้อยละ 12.37 ตามลำดับ ขณะที่ปัญหาสุขภาพที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 1.03 ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ กลุ่มแรกคือ กลุ่มโรคสามัญทั่วไปที่เป็นได้แม้ยังไม่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไต เป็นต้น ซึ่งเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกช่วงวัย แต่พออายุมากขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสเป็นมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุ คือเกิดจากความชราภาพของร่างกายหรือจากผลข้างเคียงจากโรคที่มารุมเร้าทำให้การดูแลตนเองถดถอยลง โดยกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะกระดูกพรุน ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการกลั้นการขับถ่ายไม่อยู่ อาการมึนงงเวียนศีรษะ ปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน เป็นต้น[19] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับปัญหาสุขภาพด้านร่างกายโดยภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 (SD=0.47) เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ปัญหาสายตามองเห็นไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือมีอาการเบื่ออาหาร

คิดเป็นร้อยละ 27.7 และปัญหาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 25.7 ตามลำดับ[20] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรสูงวัย และอาจเป็นภาระด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว โรคดังกล่าว ไม่เพียงส่งผลต่อสภาพร่างกายเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับข้อจำกัดในการดำรงชีวิตและภาวะพึ่งพิงที่อาจเพิ่มขึ้นตามอายุ ทั้งนี้ยังบ่งชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ และสะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีความครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุทั้งในมิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

จากผลการศึกษาทั้งสองประเด็นข้างต้น จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกาย และยังส่งผลทางอ้อมต่อด้านจิตใจและความสามารถ ในการดำรงชีวิตประจำวัน การมีโรคประจำตัวหลายโรคร่วมกันอาจทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวการทำกิจกรรม และการพึ่งพาตนเอง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดที่มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นภาวะที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปราศจากข้อจำกัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมตามวัย มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และสามารถแสวงหาสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของตนได้เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในช่วงวัยเดียวกัน[21] ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติ โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่เน้นการจัดการโรคเรื้อรังควบคู่กับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในทุกมิติ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมอาหาร และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมของร่างกาย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เชิงพื้นที่หรือสังคม หน่วยงานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาและส่งเสริมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากด้านสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.29, SD=0.91) เมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ โดยควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง การติดตามภาวะสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

2. เชิงวิชาการ ผลการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดการเรียนการสอน การอ้างอิงทางวิชาการ และการพัฒนางานวิจัยต่อยอดในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น สาขาการพยาบาลชุมชน และสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. เชิงนโยบาย ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบาย วางแผน และแก้ไขปัญหาด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มุ่งยกระดับจากระดับปานกลางสู่ระดับสูงอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ควรออกแบบกิจกรรมหรือโครงการที่ตอบสนองความต้องการตามบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง และการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความต้องการ และมุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบาย วางแผน และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ประจำปีงบประมาณ 2568

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
3. ชัยพัฒน์ พุฒซ้อน, กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2561;1(1):25-35.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2569 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31461
5. สำนักงานสถิติจังหวัดจันทบุรี. บทวิเคราะห์ผู้สูงอายุ ประจำปี 2568 จังหวัดจันทบุรี. จันทบุรี: สำนักงานสถิติจังหวัดจันทบุรี; 2568.
6. สำนักงานจังหวัดจันทบุรี. แผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. จันทบุรี: สำนักงานจังหวัดจันทบุรี; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2569 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chanthaburi.go.th/news_devpro
7. สำนักงานสถิติจังหวัดจันทบุรี. ผู้สูงอายุจากการทะเบียน [อินเทอร์เน็ต]. จันทบุรี: สำนักงานสถิติจังหวัดจันทบุรี; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2569 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: https://chanthaburi.gdcatalog.go.th/dataset/elder_2567_01/resource/788be96f-d13d-4712-960e-05b595510ed4
8. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.

9. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). J Ment Health Thai. 1998;5(3):4-15.
10. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข, สหรัฐ เจตมโนรมย์. คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ: โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
11. ปิยะพงศ์ กู้พงศ์พันธ์, ชิดชนก ศรีราช, ชาญชลักษณ์ เยี่ยมมิตร. การศึกษาสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2566;17(4):55-67.
12. วิทมา ธรรมเจริญ, นิทัศนีย์ เจริญงาม, นิตยา ทองหนูนุ้ย. ปัจจัยทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2562;21(2):48-64.
13. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อุ่ยเจริญ, ปานเพชร สกุลคู. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2564;11(1):27-39.
14. ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย, ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์, ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง, บังอร ปรอยโคกสูง. การศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18(1):296-310.
15. กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, วิรดา อัศวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, อรัญญา นามวงศ์. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563;17(2):581-95.
16. Jazayeri E, Kazemipour S, Hosseini SR, Radfar M. Quality of life in the elderly: A community study. Caspian J Intern Med. 2023 Summer;14(3):534-542. doi: 10.22088/cjim.14.3.543.
17. นงนุช แย้มวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557;21(1):37-44.
18. พุทธิพร พิธานธนานุกูล. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. พยาบาลสาร. 2561;45(1):12-25.
19. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2569 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/15/415
20. ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, สาวิตรี หลักทอง. การรับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี). วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(2):150-64.
21. ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, 2559; 49(2):171-84.

แนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคม สำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

ยอดขวัญ ชื่นบาน[*], สุวรรณา มณีวงศ์[a], กัลยา มั่นล้วน[*], ปลื้ม รัชตพุฒิพร[***]**

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และส่งผลกระทบไม่เพียงแต่ต่อความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต แต่รวมถึงสุขภาวะทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิตตั้งแต่วัยเรียน การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการนี้ สังเคราะห์งานวิจัยทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและการวิจัยแบบผสมผสานที่ตีพิมพ์อยู่ในฐานข้อมูล Complementary index, CINAHL, MEDLINE, Gale Academic OneFile, Springer Nature Journals และ Biomedical ระหว่าง ปี ค.ศ. 2020-2025 และประเมินคุณภาพงานวิจัยโดย MMAT มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 15 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงปริมาณ 11 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงผสมผสาน 2 เรื่อง วิเคราะห์ผลการวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น ผลการวิจัยพบว่า การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการนี้ชี้ให้เห็น 5 ประเด็นสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน ประกอบด้วย 1) ระบบและโครงสร้างการดูแล 2) อัตมโนทัศน์และคุณค่าในตนเอง 3) การดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ 4) ภาษาและการสื่อสาร และ 5) ความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผลการศึกษานี้ช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำประเด็นดังกล่าวไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วนต่อไป

คำสำคัญ: เด็กมัธยมศึกษา; ภาวะอ้วน; การตีตรา; แนวทางการพยาบาล

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต
[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
[***] พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
[a] Corresponding author: สุวรรณา มณีวงศ์ Email: kaijeaw44@gmail.com
รับบทความ: 28 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 20 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 21 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ก.ค. 69

Nursing Guidelines for Reducing Weight-Related Social Stigma among Secondary School Students with Obesity: An Integrative Review

Yodkhwan Cheunbun[*], Suwanna Maneewong[a], Kanlaya Munluan[*], Pleum Ratchataputthiporn[***]**

Abstract

Childhood and adolescent obesity are growing global public health concerns. Its consequences extend beyond increased future risk of non-communicable diseases to include psychosocial well-being and quality of life beginning in the school years. This integrative review synthesized quantitative, qualitative, and mixed-methods studies published in Complementary Index, CINAHL, MEDLINE, Gale Academic OneFile, Springer Nature Journals, and Biomedical databases between 2020 and 2025. Study quality was appraised using the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Fifteen studies met the inclusion criteria, comprising 11 quantitative studies, 2 qualitative studies, and 2 mixed-methods studies. The evidence was analyzed using thematic analysis. The findings identified five key issues to guide the development of nursing guidelines for reducing weight-related social stigma among secondary school students with obesity 1) care systems and infrastructure, 2) self-concept and self-worth, 3) implementation in practice, 4) language and communication, and 5) equity and human dignity.

These findings can support relevant stakeholders in developing nursing guidelines to reduce weight-related social stigma among secondary school students with obesity.

Keywords: Secondary school students; Obesity; Stigma; Nursing guidelines

[*] Instructor, Faculty of Nursing, Rattana Bundit University
[**] Instructor, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang
[***] Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
[a] Corresponding author: Suwanna Maneewong Email: kaijeaw44@gmail.com
Received: Feb. 28, 26; Revised: Mar. 20, 26; Accepted: Mar. 21, 26; Published Online: Jul. 7, 26

บทนำ

ภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และส่งผลกระทบไม่เพียงแต่ต่อความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต แต่รวมถึงสุขภาวะทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิตตั้งแต่วัยเรียน[1]ในประเทศไทย แนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในวัยเรียนยังน่ากังวล โดยรายงานล่าสุดระบุว่าเด็กอายุ 6-14 ปีประมาณ 1 ใน 7 มีภาวะน้ำหนักเกิน วัยรุ่น 15-18 ปีประมาณ 1 ใน 8 มีภาวะน้ำหนักเกินและประมาณ 1 ใน 10 มีภาวะอ้วน[2] ในช่วงมัธยมศึกษาวัยรุ่นให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ตนเองและการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนสูง ทำให้รูปร่างที่แตกต่างจากบรรทัดฐานเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้อเลียน การรังแก และการเลือกปฏิบัติจนเกิดการตีตราทางสังคม ทั้งในรูปแบบการถูกตีตราจากผู้อื่นและการตีตราต่อตนเอง หลักฐานเชิงสังเคราะห์ชี้ว่าการถูกตีตราเรื่องน้ำหนักสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพจิตที่แย่ลงในเด็กและวัยรุ่น[3] และการตีตราที่รับรู้ส่งผลต่ออาการทางอารมณ์และพฤติกรรมการกินผ่านการตีตราต่อตนเองและความภาคภูมิใจในร่างกาย[4]

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การคุ้มครองเด็กในระบบโรงเรียน และการป้องกันผลกระทบด้านจิตสังคม หากการดูแลมุ่งเน้นเพียงตัวเลขน้ำหนักโดยไม่คำนึงถึงประสบการณ์การถูกตีตรา อาจยิ่งตอกย้ำความอับอาย เพิ่มการหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการ และลดประสิทธิผลของการดูแลระยะยาว[5,6] แม้มีโปรแกรมในโรงเรียนที่มุ่งลดการตีตราในวัยรุ่นและรายงานผลเชิงบวก[7] แต่หลักฐานยังหลากหลายทั้งรูปแบบการแทรกแซง กลุ่มเป้าหมาย และตัวชี้วัด ทำให้จำเป็นต้องสังเคราะห์องค์ความรู้ให้เป็นกรอบแนวทางที่ชัดเจนและประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทเด็กมัธยมศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการครั้งนี้ มุ่งรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานร่วมสมัยเพื่อจัดทำกรอบแนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราจากน้ำหนักตัวในเด็กมัธยมศึกษา ครอบคลุมการดูแลระดับบุคคล ครอบครัว และโรงเรียน/ชุมชน โดยเน้นการสื่อสารที่ไม่ตีตรา การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดที่ไว้วางใจ เพื่อสนับสนุนการดูแลภาวะอ้วนอย่างมีศักดิ์ศรีและยั่งยืน[2,5]

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อสังเคราะห์หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีอยู่ที่จะนำมาสู่การวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด และเสนอแนะแนวทางการดูแลที่สามารถปรับใช้ในบริบทของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลเพื่อลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ (Integrated review) เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด และเสนอแนะแนวทางการดูแลที่สามารถปรับใช้ในบริบทของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นแนวทางในการลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน การวิจัยครั้งนี้ศึกษางานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2020 ถึง 2025 ครอบคลุมการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และงานวิจัยแบบผสมผสาน โดยการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการนี้มุ่งเน้นไปที่ผลจากคำสำคัญ ประกอบด้วย Secondary school, Obesity, Student และ Stigma ตามแบบจำลองของ Parahoo[8] เริ่มต้นตั้งแต่การกำหนดคำถาม การค้นคว้าเอกสาร การเลือกศึกษา

การประเมินคุณภาพ การสกัดข้อมูล และการสังเคราะห์ผลการวิจัยเพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า แนวทางการพยาบาลเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วนและถูกตีตราทางสังคมเป็นอย่างไร เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปริมาณและงานวิจัยแบบผสมผสาน

การค้นหาวรรณกรรม

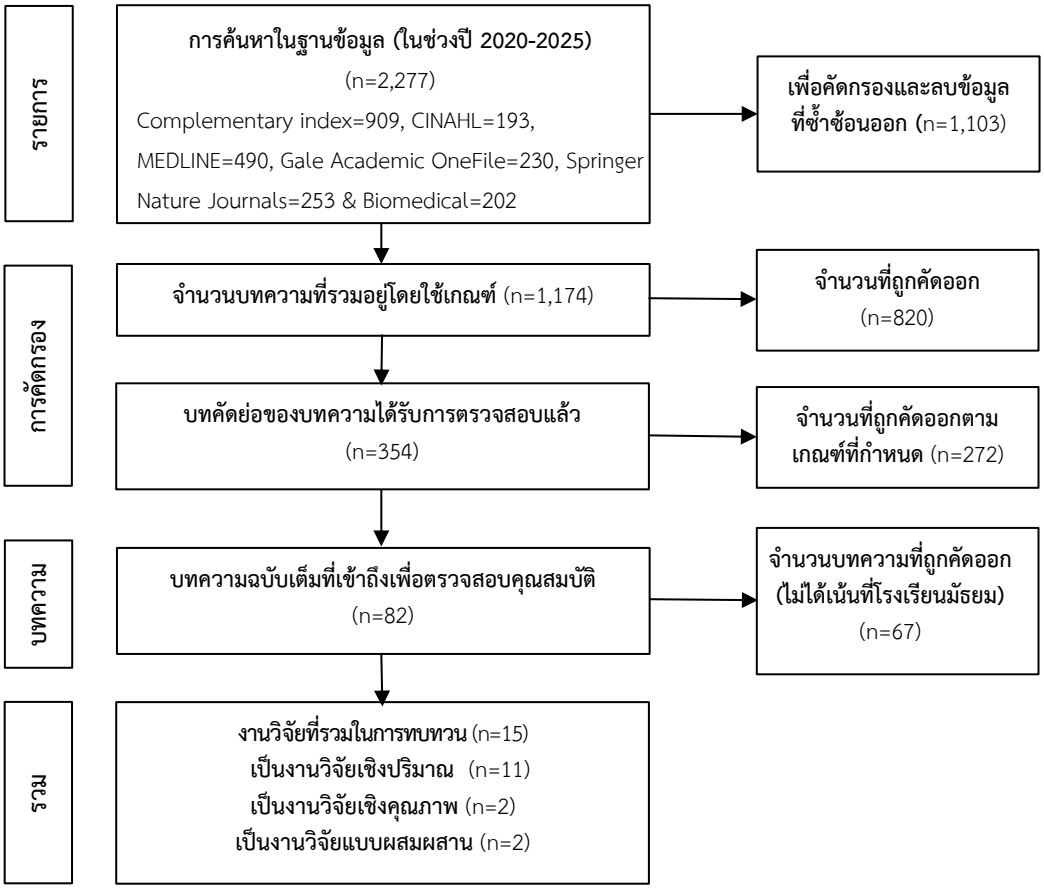
การสืบค้นวรรณกรรมครั้งนี้ สืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL เป็นฐานข้อมูลหลักสำหรับวรรณกรรมด้านการพยาบาลและสาธารณสุข และครอบคลุมถึงวารสารการพยาบาล MEDLINE เป็นฐานข้อมูลที่นำเสนอการวิจัยด้านการดูแลสุขภาพพร้อมเอกสารตีพิมพ์ด้านการพยาบาลที่มีชื่อเสียง Gale Academic OneFile เป็นแหล่งข้อมูลวิชาการสำหรับการวิจัยชิงสหสาขา Springer Nature Journal เป็นวารสารรวมรวมหนังสือจำนวนมากในสายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การแพทย์ และสังคมศาสตร์ ครอบคลุมงานวิจัยด้านการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน Biomedical ครอบคลุมวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีครบตามสาขาและระเบียบวิธีที่หลากหลาย และ Complementary index ซึ่งเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการขนาดใหญ่ที่เข้าถึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลและงานวิจัยทั่วโลก หลังจากนั้นจึงคัดเลือกบทความที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2568 จากฐานข้อมูลออนไลน์ มุ่งเน้นการทางการพยาบาลเพื่อลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือก

เกณฑ์ในการคัดเข้า	เกณฑ์ในการคัดออก
- เผยแพร่ระหว่างปี 2020-2025 - เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย - มีฉบับเต็ม - เนื้อหาเกี่ยวกับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน - ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพบทความ (Peer-reviewing process) - บริบทการพยาบาล/การดูแล	- มีเฉพาะบทคัดย่อ - การวิจัยที่ไม่ใช่นิพนธ์ต้นฉบับ - ไม่รายงานผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็กมีภาวะอ้วน - ศึกษากลุ่มที่ไม่ใช่เด็กมัธยมศึกษา - บทความที่ซ้ำซ้อน (Duplicates)

การดำเนินการค้นหาวรรณกรรมสามารถแสดงผลการค้นหาพบงานวิจัยฉบับเต็มที่เกี่ยวข้องจำนวน 2,277 เรื่อง ถูกคัดออกหลังจากมีการคัดกรองซ้ำ เหลือหัวข้องานวิจัยจำนวน 1,174 เรื่อง นำมาตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 820 เรื่อง ที่ถูกคัดออกเนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแล จากนั้นตรวจสอบบทคัดย่อของงานวิจัยที่เหลือ 354 เรื่อง และตัดงานวิจัยออกโดยใช้เกณฑ์การคัดออก 272 เรื่อง ดังนั้นจึงเหลือ 82 เรื่อง ที่นำมาประเมินความเหมาะสมและเน้นที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน จึงตัดออก 65 เรื่อง สรุปจำนวนบทความที่นำเข้าในกระบวนการศึกษา จำนวน 15 เรื่อง

เอกสารงานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้ มีทั้งสิ้น 15 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 11 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงผสมผสาน 2 เรื่อง ดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วิธีการสืบค้นวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตามแนวทาง PRISMA Flow Diagram

การสกัดข้อมูล

มีการดึงข้อมูลมาจากการศึกษาเอกสารแต่ละฉบับ ใช้แบบฟอร์มมาตรฐานเพื่อบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ประกอบด้วย ชื่อผู้แต่ง วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง และผลลัพธ์ โดยใช้ Thematic analysis ในการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและระบุประเด็นหลัก และใช้ The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ถูกต้องตามระเบียบการวิจัย[8] ลักษณะเฉพาะและบทสรุปของการศึกษา แสดงไว้ในตารางที่ 2

การประเมินคุณภาพ

ในการเลือก MMAT มาใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัย เนื่องจากมีเกณฑ์การประเมินที่ครอบคลุม ซึ่งเหมาะสำหรับการประเมินการออกแบบการวิจัยที่หลากหลาย รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีเกณฑ์คุณภาพ 5 ประการของ MMAT ที่เฉพาะเจาะจงตามการออกแบบของงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยการประเมินจะเน้นที่คุณภาพของระเบียบวิธีการวิจัย ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย กระบวนการรวบรวมข้อมูล การคัดเลือกผู้เข้าร่วม และการตีความผลการวิจัย การประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบนี้ทำให้มีระเบียบแบบแผนที่รัดกุมและมีความน่าเชื่อถือของผลการประเมินคุณภาพบทความวิจัยทั้ง 15 เรื่อง ตามแบบรายการ Check list ของ MMAT โดยสรุปแล้วการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบการวิจัยเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ 11 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ 2 เรื่อง และการวิจัยเชิงผสมผสาน 2 เรื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมเป็นการศึกษาเชิงประจักษ์ มีรูปแบบการศึกษาดังนี้ การศึกษาเชิงพรรณนา การศึกษาแบบตัดขวาง การศึกษาแบบย้อนหลัง การศึกษาแบบกึ่งทดลอง การศึกษาเชิงคุณภาพ และศึกษาแบบผสมผสาน ซึ่งการประเมินงานวิจัยนี้มีความซับซ้อนจากทั้งตัวแปรและระเบียบวิธีวิจัย[9] คำถามการวิจัยจึงเป็นแนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 15 เรื่อง ทั้งเปรียบเทียบและวิเคราะห์การศึกษาเพื่อหาความคล้ายคลึงและความแตกต่าง โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตรวจสอบบทความทั้งหมดเพื่อระบุสิ่งสำคัญที่ค้นพบและแนวทางของระเบียบวิธีการวิจัย 2) สกัดข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานที่ใช้ในการตรวจสอบลักษณะ เทคนิค และผลลัพธ์ของการศึกษา 3) Thematic analysis โดยผู้วิจัยทำการเข้ารหัสและจัดการกับหัวเรื่องต่างๆเป็นลำดับแรก และ 4) ประเด็นที่ได้จะมีการพูดคุยและลงมติโดยนักวิจัยเพื่อระบุความชัดเจนกรณีที่มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกัน เกี่ยวกับแนวทางการดูแลเด็กนักเรียนมัธยมที่มีภาวะอ้วนและถูกตีตราทางสังคม การใช้เทคนิคการสังเคราะห์นี้ทำให้มั่นใจในความเข้มงวดของผลการวิจัย

ตารางที่ 2 สรุปงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ลำดับ	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
1	Lai WK et al.[10]	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบบูรณาการในโรงเรียนที่มีต่อผลลัพธ์ด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม และด้านจิตสังคมในวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน	วิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมระดับกลุ่ม (Cluster randomized controlled trial)	วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในโรงเรียนรัฐบาลเมืองเซเรมบันรัฐเนอเกอรีเซิมบีลัน ประเทศมาเลเซีย จำนวนทั้งหมด 400 คน	วัยรุ่นมีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเองมากขึ้น (คะแนนความแตกต่างระหว่างรูปร่างจริงกับรูปร่างในอุดมคติลดลง), การเสริมสร้างความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) ในเนื้อหาของโปรแกรม มีการสอนและทำกิจกรรมที่เน้นเรื่องความภูมิใจในตนเองและภาพลักษณ์ร่างกายโดยเฉพาะ เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง
2	Ancheta et al.[11]	ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและระดับชุมชนต่อภาวะอ้วนในวัยรุ่น	การวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวางทุติยภูมิ ใช้การถดถอยโลจิสติกแบบพหุระดับ (multilevel mixed-effects)	นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (เกรด 9-12) ใน 10 เขตเมืองขนาดใหญ่ของสหรัฐฯ (n=60,625)	การเผชิญเหตุความรุนแรงในโรงเรียนสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะอ้วนที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่บรรยากาศโรงเรียนที่เป็นบวก สัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะอ้วนที่ลดลง ชี้ความสำคัญของความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงเรียนในฐานะปัจจัยเชิงโครงสร้างต่อการป้องกันภาวะอ้วน
3	Gower et al.[12]	เพื่ออธิบายลักษณะประสบการณ์การถูกตีตราที่เกิดขึ้นจริง (Enacted stigma) ในเยาวชน LGBTQ	การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์แบบ Go-along และวิเคราะห์สาระด้วยการวิเคราะห์เชิงธีมจากเรื่องเล่าเกี่ยวกับการคุกคาม/กลั่นแกล้ง/ความรุนแรงที่มีอคติเป็นฐาน	เยาวชน LGBTQ อายุ 14–19 ปี โดยวิเคราะห์กลุ่มที่รายงานประสบการณ์ enacted stigma (n=46) จากสหรัฐฯ และแคนาดา	พบ 3 ธีมหลัก ได้แก่ การถูกตีตราเกิดได้หลายบริบท (ทั้งโรงเรียนและชุมชน) การตีตราจำกัดการเคลื่อนไหวและการใช้พื้นที่ และเรื่องเล่าจากประสบการณ์ผู้อื่นเพิ่มการรับรู้ความไม่ปลอดภัย อีกทั้งชี้บทบาทที่เป็นไปได้ของบุคลากรสุขภาพในโรงเรียนในการลดการตีตราและเสริมความเชื่อมโยงโรงเรียน-ชุมชน

ตารางที่ 2 (ต่อ) สรุปงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ลำดับ	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
4	Hardin et al.[13]	ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการสุขภาพกับค่า BMI percentile ในวัยรุ่น	การวิเคราะห์ทุติยภูมิจากการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง	วัยรุ่นอายุ 14-19 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐเขตมิดเวสต์ สหรัฐฯ (n=224)	คะแนนความไว้วางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามกลุ่ม BMI percentile ในเพศหญิง โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนรายงานความไว้วางใจต่ำกว่ากลุ่ม BMI ปกติ สะท้อนความจำเป็นที่ผู้ให้บริการควรเพิ่มความพยายามในการสร้างความไว้วางใจกับวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะอ้วน
5	Hulland et al.[14]	เพื่ออธิบายผลกระทบของโปรแกรมสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Health) ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่น	การประเมินผลย้อนหลัง (Retrospective evaluation) จากข้อมูลการใช้งานจริงของโปรแกรม	วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ในเขตพื้นที่ชิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน	พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในหลายด้าน ด้านความรู้และสุขภาวะ: วัยรุ่นมีความรู้เรื่องโภชนาการเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น รวมถึงมีระดับความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และความพึงพอใจในรูปร่างที่เพิ่มขึ้น
6	Yangyuen et al.[15]	เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแนวคิด-พฤติกรรม (CBGC) ต่อการลด weight bias internalization (WBI) ในเยาวชนที่มีภาวะอ้วน	การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized trial)	นักเรียนที่มีภาวะอ้วนในคลินิกให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (n=80; แทรกแซง n=40 ควบคุม n=40)	โปรแกรม CBGC ช่วยลด WBI ภาวะซึมเศร้า และความเครียดที่รับรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในการติดตามผล ซึ่งสนับสนุนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในฐานะส่วนหนึ่งของการดูแลเยาวชนที่ประสบกับความรู้สึกรังเกียจเรื่องน้ำหนักตัว
7	Tanas et al.[16]	เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ "ตราบาปด้านน้ำหนัก" (Weight stigma) และผลกระทบเชิงลบที่มีต่อเด็กและวัยรุ่น	บทความเชิงวิพากษ์และข้อเสนอแนะเพื่อทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และกำหนดแนวทางปฏิบัติ	ข้อมูลสถิติของเด็กและวัยรุ่น (อายุ 2-19 ปี) ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งได้รับผลกระทบจากตราบาปและการเลือกปฏิบัติ	สรุปประเด็นความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเด็กอย่างลึกซึ้งในหลายมิติ เช่น คุกคามต่ออัตลักษณ์ทางสังคม" (Identity threat) ลดทอนคุณค่าในตนเอง" (Self-devaluation) "การละเมิดสิทธิในสุขภาพกายและสุขภาพจิต"

ตารางที่ 2 (ต่อ) สรุปงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ลำดับ	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
8	Stewart et al.[17]	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความพึงพอใจต่อรูปร่างแบบสากล “Happy Being Me” (HBM) ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	การวิจัยเชิงทดลองแบบแทรกแซงในโรงเรียน ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ (school-based controlled intervention study) ใช้การวัดก่อน–หลังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม”	นักเรียนสหราชอาณาจักร อายุ 11-12 ปี ศึกษาที่ 1: HBM (n=172) เทียบกลุ่มควบคุม (n=197); ศึกษาที่ 2: ผู้เชี่ยวชาญ (n=172) เทียบครู (n=174)	ทั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและครูมีการดีขึ้นของการซึมซับอุดมคติรูปร่างผอมและความภาคภูมิใจในตนเองในขนาดอิทธิพลเล็กถึงปานกลาง ผู้วิจัยเสนอว่าการขยายผลโดยบุคลากรโรงเรียนควรกระทำด้วยความระมัดระวัง
9	Castellini et al.[18]	เพื่อศึกษาแนวโน้มความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน รวมทั้งปัจจัยร่วมทางสังคม พฤติกรรม และจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวในวัยรุ่นตอนกลางของอิตาลี เป็นระยะเวลา 13 ปี	การสำรวจภาคตัดขวางซ้ำหลายช่วงในโรงเรียน (ค.ศ. 2005-2018) สุ่มตัวอย่างใน 5 รุ่น ใช้ BMI รายงานตนเอง และแบบสอบถามด้านครอบครัวในรุ่นปี 2018	วัยรุ่นอายุ 14-18 ปี ในโรงเรียนมัธยมของรัฐ 5 รุ่น รวมทั้งหมด n=25,174	ตลอดช่วงเวลาศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบริบทหลายด้าน (เช่น ระดับการศึกษาผู้ปกครองสูงขึ้น การว่างงานเพิ่มขึ้น และความทุกข์ทางจิตใจเพิ่มขึ้น) โดยรุ่นล่าสุดพบปัจจัยจิตสังคมและวิถีชีวิตหลายประการสัมพันธ์กับกลุ่ม BMI ตอกย้ำความสำคัญของประสบการณ์การถูกรังแกและความทุกข์ทางจิตใจควบคู่กับพฤติกรรมสุขภาพ
10	Hayes et al.[19]	เพื่อประเมินการรับรู้สุขภาพ พฤติกรรม/ภาวะสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์ โดยเน้นกลุ่มที่มีภาวะอ้วน	การศึกษาเชิงสังเกตแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)	นักเรียนจาก 58 สถาบันที่เข้าร่วมแบบสำรวจระดับชาติ	เมื่อเทียบกับกลุ่มน้ำหนักปกติ นักศึกษาที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสประเมินสุขภาพตนเองว่า “ดีเยี่ยม” ต่ำกว่า และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการ/กิจกรรมทางกายได้น้อยกว่า และสะท้อนการใช้บริการสูงขึ้นแต่สุขภาพที่รับรู้และพฤติกรรมสุขภาพด้อยลง ชี้ความจำเป็นของบริการในมหาวิทยาลัยที่สนับสนุนและไม่ตีตรา

ตารางที่ 2 (ต่อ) สรุปงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ลำดับ	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
11	Emon et al.[20]	เพื่อศึกษาความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน และผลกระทบต่อความภาคภูมิใจในตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในนักศึกษามหาวิทยาลัยบังกลาเทศ	การวิจัยเชิงสังเกตแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional observational study)	นักเรียนในประเทศบังกลาเทศ (n=600)	ความชุกน้ำหนักเกิน/อ้วนเท่ากับ 38.2% (สูงกว่าในเพศชาย) กลุ่มอ้วนมีผลสัมฤทธิ์ต่ำที่สุด โดย BMI สัมพันธ์เชิงลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง (r=−0.41) และน้ำหนักเกิน/อ้วนสัมพันธ์เชิงลบกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (r=−0.26) อีกทั้งกลุ่มน้ำหนักเกิน/อ้วนมีโอกาสความภาคภูมิใจในตนเองต่ำมากกว่า 7.11 เท่า (AOR 7.11; 95% CI 4.59-11.02)
12	Bakarman et al.[21]	เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในโรงเรียน ภายหลังควบคุมตัวแปรร่วมระดับมณฑล/พื้นที่	วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบโครงสร้างพื้นฐานกับสัดส่วน BMI สูง ควบคุมปัจจัยกวน เช่น เชื้อชาติ การศึกษาระดับพื้นที่ ความยากจน และความเป็นชนบท	ข้อมูลระดับโรงเรียน/พื้นที่เชื่อมกับสัดส่วนนักเรียนที่น้ำหนักเกิน/อ้วนในชั้น ป.1 ป.3 และ ป.6	BMI ที่สูงมีความสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระกับการมีบุคลากรสุขภาพในโรงเรียน โดยปัจจัยร่วมที่สัมพันธ์อย่างเป็นอิสระ ได้แก่ รายได้ครัวเรือน เชื้อชาติ และการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้วิจัยสรุปว่าควรมีการศึกษาเชิงออกแบบที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น และเน้นความสำคัญของกำลังคนในโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพโรงเรียน
13	Maury, et al.[22]	เพื่อทบทวนเชิงระบบเกี่ยวกับ “การตีตราทางสังคม” ในเด็กที่มีน้ำหนักเกิน/อ้วน ระดับประถมศึกษา เพื่อใช้กำหนดแนวทางแทรกแซงและการป้องกันที่เหมาะสม	การศึกษาเชิงสังเกตแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study)	งานวิจัยที่รวม 31 บทความ ผู้เข้าร่วมรวม 24,935 คน อายุเฉลี่ยประมาณ 7.5-11.9 ปี (เพศใกล้เคียงกัน)	การตีตราทางสังคมส่งผลต่อเด็กเพศหญิงมากกว่า (เชื่อมโยงกับอุดมคติความผอมและภาพลักษณ์ร่างกาย) การตีตราสัมพันธ์กับการถูกรังแก การตีตราตนเอง และการตีตราทางสังคม และเชื่อมโยงกับผลการเรียน สรุปว่ากลุ่มน้ำหนักเกิน/อ้วนมีแนวโน้มถูกตีตราและตกเป็นเหยื่อมากกว่า สนับสนุนความจำเป็นของมาตรการป้องกันเชิงเป้าหมายในโรงเรียน

ตารางที่ 2 (ต่อ) สรุปงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ลำดับ	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
14	Kearns et al.[23]	เพื่อระบุและทำความเข้าใจประเภทของเทคโนโลยีดิจิทัลที่บุคลากรสุขภาพใช้เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะอ้วนและสุขภาพจิต	การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต	รวมการศึกษาวิจัยเบื้องต้น 8 เรื่อง โดยมีนักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ฝึกสอนด้านสุขภาพเข้าร่วม	เครื่องมือดิจิทัลช่วยสนับสนุนการนัดหมายเสมือนจริง การติดตามผล และด้านแรงจูงใจ/การให้ความรู้ (แบบกลุ่ม แบบตัวต่อตัว และแบบผสมผสาน) ประโยชน์ที่ได้รับ ได้แก่ การเข้าถึง/การมีส่วนร่วมที่ดีขึ้น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาแบบดิจิทัลที่ปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การลดอคติทางสังคม การรักษาความเป็นส่วนตัว และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับน้ำหนักตัว
15	Tong, et al.[24]	เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีส่วนก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศคิริบาติ (Kiribati) จากมุมมองของนักเรียน	การศึกษาเชิงคุณภาพ การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง; การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัวโดยใช้คำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง การวิเคราะห์ตามหัวข้อ	นักเรียนจากโรงเรียนมัธยมปลาย 4 แห่งที่สุ่มเลือกในเซาท์ทาราวา ประเทศคิริบาติ (n=32) ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-7 (เก็บรวบรวมข้อมูล ส.ค.-พย. 2020)	มีประเด็นหลัก 5 ได้แก่ ปัจจัยกำหนดและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ปัจจัยด้านการศึกษาและระบบสุขภาพ การตีตรา และความเสี่ยงด้านสุขภาพที่รับรู้ได้จากภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความเชื่อและแนวปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่แข็งแกร่งซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ควบคู่ไปกับช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการทดลองในมนุษย์หรือการเก็บข้อมูลจากมนุษย์โดยตรง จึงไม่เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์ตามนิยามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

การทบทวนแบบบูรณาการครั้งนี้เป็นการตรวจสอบเอกสารงานวิจัยเชิงประจักษ์พบแนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน 5 ประเด็นสำคัญ ที่ควรนำไปสู่แนวทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ระบบและโครงสร้างการดูแล 2) อัตมโนทัศน์และคุณค่าในตนเอง 3) การดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ 4) ภาษาและการสื่อสาร และ5) ความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ระบบและโครงสร้างการดูแล

การลดการตีตราจำเป็นต้องเริ่มจากระบบบริการและสมรรถนะของบุคลากร โดยครอบคลุมการปรับทัศนคติและลดอคติเรื่องน้ำหนักของผู้ให้บริการ การสื่อสารให้เด็กและครอบครัวเข้าใจว่าภาวะอ้วนเป็นภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อนและมีปัจจัยหลายมิติร่วมกำหนดเพื่อลดการกล่าวโทษ การสร้างความไว้วางใจต่อระบบบริการโดยเฉพาะกลุ่มเด็กหญิงที่มีภาวะอ้วนซึ่งมักกังวลต่อการถูกตัดสิน และการใช้กระบวนการสำรวจอคติส่วนตน (weight bias) ควบคู่การสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน และรักษาความลับอย่างเป็นระบบ[10,12,24]

อัตมโนทัศน์และคุณค่าในตนเอง

เมื่อเด็กเกิด Internalized weight bias ร่วมกับ Body esteem ที่ลดลง เด็กจะตีความคุณค่าของตนผ่านรูปร่างมากกว่าศักยภาพ ทำให้เกิดความอับอาย ความเครียด และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหรือพฤติกรรมการกินที่ไม่เหมาะสม โดยหลักฐานเชิงสังเคราะห์ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่าง Weight stigma กับผลลัพธ์สุขภาพจิตที่แย่ลงในเด็กและวัยรุ่น และชี้กลไกว่ารับรู้ว่าถูกตีตรา ส่งผลผ่านการตีตราต่อตนเองและการประเมินคุณค่าร่างกาย (Body esteem) เป็นสำคัญ[3,4] ในแนวทางการพยาบาลประเด็นนี้จึงชี้ว่ามีเป้าหมายการควบคุมน้ำหนัก และการประเมินและเสริมสร้าง Self-worth/self-esteem และ Body esteem อย่างเป็นระบบ เช่น การคัดกรองการตีตราต่อตนเองและความทุกข์ทางอารมณ์ การเสริมทักษะเผชิญเหตุการณ์ถูกล้อเลียน การสนับสนุนให้เด็กนิยามคุณค่าตนเองจากจุดแข็งและบทบาท มากกว่าบรรทัดฐานรูปร่างของสังคม รวมทั้งการใช้การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคมรายบุคคลหรือกลุ่มที่ช่วยปรับกรอบคิดต่อตนเอง โดยมีหลักฐานจากโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแนวคิดปรับความคิดและพฤติกรรมที่ลดการตีตราต่อตนเอง เพิ่ม Self-esteem และลดซึมเศร้า/ความเครียดในเยาวชนอ้วน รวมถึงโปรแกรมในโรงเรียนที่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อรูปร่างซึ่งทำหน้าที่เป็นเกราะลดความเปราะบางต่อการตีตรา[15,17,19] ทั้งหมดนี้ชี้ว่า เมื่ออัตมโนทัศน์และคุณค่าในตนเองแข็งแรงขึ้น เด็กจะไม่รับเอาอคติของสังคมมาเป็นตัวตัดสินคุณค่าตนเอง ลดการถอนตัวจากสังคม/กิจกรรม และเพิ่มความพร้อมต่อการขอความช่วยเหลือและร่วมมือในการดูแลระยะยาว[3,4,15]

การดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ

แนวทางในการลดการตีตราทางสังคมในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนสามารถนำไปสู่การดำเนินงานเชิงปฏิบัติการได้จริงผ่านกลไกหลัก ได้แก่ การฟื้นฟูภาพลักษณ์ตนเอง การลดการตีตราภายในตนเอง และการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม หลักฐานจากโปรแกรม "Happy Being Me" แสดงว่ากิจกรรมกลุ่มในโรงเรียนสามารถยกระดับภาพลักษณ์ตนเองของนักเรียนได้ โดยเฉพาะเมื่อดำเนินการโดยผู้มีทักษะทางคลินิกที่มีความไวต่อประเด็นการตีตราและทักษะการจัดกระบวนการกลุ่มเชิงบำบัด[2,22] ขณะที่การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดพฤติกรรมทางปัญญามีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยลด Internalized weight bias บรรเทาอาการซึมเศร้า และเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง เอื้อต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพระยะยาว[3] นอกจากนี้ โปรแกรมโปรแกรม TEAM แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยี e-Health สามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความรู้และสุขภาวะ วัยรุ่นมีความรู้เรื่องโภชนาการเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น รวมถึงมีระดับความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และความพึงพอใจในรูปร่างที่เพิ่มขึ้น[14,23]

ภาษาและการสื่อสาร

การสื่อสารและการสร้างความตระหนักในระดับบุคคลและเพื่อนการใช้ภาษาที่ไม่ตีตรา พยาบาลและครูควรฝึกฝนการใช้ภาษาที่เป็นกลางและไม่สร้างตราบาป (Non-stigmatizing language) ในการดูแลเด็ก การสอนให้เพื่อนเห็นอกเห็นใจกัน แนวทางการพยาบาลควรครอบคลุมถึงการสอนให้นักเรียนที่มีน้ำหนักปกติมี พฤติกรรมช่วยเหลือสังคม (Prosocial behaviors) และมีความเห็นอกเห็นใจต่อเพื่อนที่มีภาวะอ้วน การดูแลแบบองค์รวม นอกจากการควบคุมน้ำหนัก พยาบาลต้องประเมินสุขภาพจิตและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ซึ่งมักเกิดจากการถูกล้อเลียนเรื่องรูปร่าง [14,20]

ความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ประเด็นความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเด็กอย่างลึกซึ้งในหลายมิติ เช่น คุกคามต่ออัตลักษณ์ทางสังคม (Identity threat) ลดทอนคุณค่าในตนเอง (Self-devaluation) และการละเมิดสิทธิในสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งการเกิดตราบาปด้านน้ำหนัก (Weight Stigma) ในเด็กและวัยรุ่น ไม่ได้เป็นเพียงอุปสรรคต่อการรักษาโรคอ้วนเท่านั้น แต่ยังเป็นประเด็นสำคัญที่กระทบต่อความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างรุนแรง การเลือกปฏิบัติต่อเด็กโดยพิจารณาจากรูปลักษณ์ภายนอกถูกระบุว่ามีผลกระทบเทียบเท่ากับการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ ศาสนา หรือความบกพร่องทางร่างกาย เด็กที่เผชิญกับการตีตรามักถูกมองว่ามี "ข้อด้อยทางสังคม" และต้องเผชิญกับความคาดหวังจากทั้งครูและผู้ปกครองในด้านวิชาการ สังคม และกีฬา ซึ่งเป็นการทำลายโอกาสที่เท่าเทียมในการเติบโต ในมิติของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การตีตราถือเป็นการคุกคามต่ออัตลักษณ์ทางสังคมที่นำไปสู่กระบวนการลดทอนคุณค่าในตนเอง (Self-devaluation) เมื่อเด็กเริ่มยอมรับและนำนิยามเชิงลบจากภายนอกมาตัดสินตนเอง สิ่งนี้ถือเป็นการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานในสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้น การคุ้มครองศักดิ์ศรีของเด็กจึงเป็นหน้าที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์และสังคม โดยต้องเริ่มจากการใช้ภาษาที่ไม่ตัดสิน การขออนุญาตก่อนสนทนาเรื่องน้ำหนัก และการยุติการใช้สื่อที่ล้อเลียนรูปร่าง เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของเด็กทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน[16]

การอภิปรายผล

ปัญหาการตีตราไม่ได้เป็นเพียงพฤติกรรมล้อเลียนของบุคคลบางคน แต่เป็นปรากฏการณ์เชิงระบบที่เกิดซ้ำผ่านการบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชน ภาษาและบรรทัดฐานทางสังคม รวมถึงกระบวนการภายในของเด็กที่อาจมีอคติเรื่องน้ำหนักจนกลายเป็นการตีตราต่อตนเอง ผลการสังเคราะห์จึงสรุปเป็น 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ระบบและโครงสร้างการดูแล อัตมโนทัศน์และคุณค่าในตนเอง การดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ ภาษาและการสื่อสาร และความเสมอภาคกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเมื่อพิจารณาร่วมกันจะเห็นว่าการลดการตีตราที่มีประสิทธิผลต้องขับเคลื่อนหลายระดับไปพร้อมกัน มิใช่มุ่งเพียงการควบคุมน้ำหนักอย่างโดดเดี่ยว ทั้งนี้สอดคล้องกับภาพรวมของปัญหาโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย และเชื่อมโยงกับปัจจัยเชิงสังคมกำหนดสุขภาพอย่างเด่นชัด ไม่ใช่เรื่องวินัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว[2,27]

ระบบและโครงสร้างการดูแล เป็นฐานที่ทำให้การลดการตีตราเกิดขึ้นจริงและต่อเนื่อง เพราะการตีตรามักเกิดซ้ำในระบบบริการสุขภาพผ่านภาษา ท่าทาง และกระบวนการบริการ แนวทางวิชาชีพจึงเน้น

มาตรฐานการดูแลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การใช้ภาษาที่ไม่กล่าวโทษ การขออนุญาตก่อนสนทนาเรื่องน้ำหนัก และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ตระหนักและลดอคติเรื่องน้ำหนัก เพื่อสร้างความไว้วางใจและลดการหลีกเลี่ยงบริการ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ปัญหาดำรงอยู่ [6,26] เมื่อมาตรฐานเหล่านี้ถูกทำให้เป็นระบบ เช่น มีแนวปฏิบัติร่วม มีการฝึกอบรม และมีการติดตามคุณภาพบริการ การลดการตีตราจะไม่ขึ้นกับบุคลากรคนใดคนหนึ่งแต่กลายเป็นคุณภาพขององค์กร ในบริบทประเทศไทยการขับเคลื่อนงานโภชนาการวัยเรียนของหน่วยงานด้านสุขภาพสะท้อนความสำคัญของระบบคัดกรอง ส่งต่อ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นโครงสร้างการดูแลที่ลดการตีตราในทางปฏิบัติได้จริง[28] ด้านอัตมโนทัศน์และคุณค่าในตนเองของเด็ก ผลกระทบจากการตีตราเกิดจากการที่เด็กรับเอาอคติจากสังคม มาใช้ประเมินคุณค่าตนเอง จนเกิดการตีตราต่อตนเอง เกิดภาพลักษณ์ตนเองเชิงลบ และความภาคภูมิใจในร่างกายลดลง พบหลักฐานงานวิจัยยืนยันว่า Weight stigma มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่แย่ลงในเด็กและวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ[3] และมีการศึกษาพบว่าการรับรู้การตีตราส่งผลต่อสุขภาพจิตผ่าน Internalized weight bias และ Body esteem[4] เป้าหมายทางการพยาบาลต้องดูแลเรื่องน้ำหนักและประเมินด้านจิตสังคมควบคู่กัน เช่น การคัดกรองความอับอาย การตีตราต่อตนเอง ความเครียด/ซึมเศร้า และพฤติกรรมการถอนตัวจากสังคม เพื่อป้องกันการตีตราไม่ให้กลายเป็นบาดแผลเรื้อรังที่บั่นทอนการร่วมมือในการดูแลระยะยาว ส่วนการดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ เน้นการสร้างโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ทำได้จริงในโรงเรียนและบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกิจกรรมกลุ่มที่มุ่งภาพลักษณ์และจิตสังคม เช่น โปรแกรม TERM สามารถเพิ่มความพึงพอใจต่อรูปร่าง และผลเด่นชัดเมื่อดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญมากกว่าการดำเนินการตามปกติ[14] ในทำนองเดียวกันการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมจะช่วยลดการตีตราต่อตนเองเรื่องน้ำหนัก เพิ่ม Self-esteem และลดอาการซึมเศร้า/ความเครียดในเยาวชนที่มีภาวะอ้วน ซึ่งสะท้อนว่าการดำเนินงานที่ดีต้องจัดการผลกระทบทางใจที่เกิดจากการตีตราไปพร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพ[15] อีกประการหนึ่งการลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ เพราะการตีตรามักผลักเด็กให้ออกจากเครือข่ายเพื่อนและกิจกรรม โปรแกรมกลุ่มในคนที่มีน้ำหนักมากจากรายงานสามารถลดความเหงาและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมได้ ซึ่งเป็นหลักการที่นำมาประยุกต์กับวัยเรียนได้ในมิติการสร้างเครือข่ายสนับสนุนในโรงเรียน[14] การใช้ภาษาและการสื่อสาร เป็นเครื่องมือเชิงจริยธรรมของการพยาบาล เพราะสามารถทำให้เด็กถูกตีตรา หรือทำให้เด็กได้รับการคุ้มครองศักดิ์ศรีได้โดยตรง เน้นการสื่อสารไม่ตีตรา ใช้ภาษาที่เป็นกลาง ขออนุญาตก่อนพูดคุยประเด็นอ่อนไหว และสนทนาเชิงเห็นอกเห็นใจ เพื่อสร้างความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมของเด็กและครอบครัว[4,5] การสื่อสารไม่ตีตราจึงเป็นกลไกสำคัญทั้งในบริการสุขภาพและโรงเรียน อีกทั้งการเปลี่ยนบรรทัดฐานการสื่อสารในกลุ่มเพื่อนผ่านโปรแกรมโรงเรียนที่มุ่งลด Weight stigma เป็นแนวทางที่ช่วยลดการล้อเลียนและการกีดกันในชีวิตประจำวัน[7] การความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลที่ลดการตีตรา ต้องตั้งอยู่บนความเป็นธรรม ต้องใช้การประเมินถึงบริบทและโอกาสของเด็กว่ามีปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น เศรษฐานะ การศึกษาครอบครัว ความมั่นคงด้านอาหาร และทรัพยากรสนับสนุนในโรงเรียน ล้วนมีผลของการเข้าถึงการดูแลและการมีสุขภาพที่ดี จึงไม่ควรตีความภาวะอ้วนเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลเพียงลำพัง[21,25,27] นอกจากนี้การยึดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ทำให้พยาบาลไม่ผลิตซ้ำการกล่าวโทษ ไม่ทำให้เด็กเป็นคนนอก และมองเห็นการแบ่งแยกในโรงเรียนและชุมชน เพื่อนำไปสู่การออกแบบการสื่อสารและกิจกรรมที่ลดช่องว่าง

ระหว่างกลุ่มอย่างเหมาะสม เมื่อกรอบความเป็นธรรมและศักดิ์ศรีถูกทำให้เป็นหลักการกำกับระบบบริการและระบบโรงเรียน การลดการตีตราจะเปลี่ยนจากกิจกรรมเฉพาะจุดไปสู่วัฒนธรรมการดูแลที่คุ้มครองเด็กอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ผลการทบทวนแบบบูรณาการนี้สนับสนุนว่าแนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคมในเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน ควรเป็นมาตรการหลายระดับที่เชื่อมระบบบริการโรงเรียน และการดูแลด้านจิตสังคมเข้าด้วยกัน กล่าวคือ ต้องมีระบบและมาตรฐานบริการไม่ตีตรา มีการดูแลที่พัฒนา Self-worth และลดการตีตราต่อตนเอง มีโปรแกรมที่นำไปใช้ได้จริง มีการยกระดับภาษาและการสื่อสาร และตั้งอยู่บนหลักความเสมอภาคกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้การดูแลไม่ได้เพียงมุ่งผลลัพธ์ด้านน้ำหนัก แต่ลดการทำร้ายทางสังคมและสนับสนุนสุขภาวะของเด็กอย่างยั่งยืน

สรุปผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการนี้ชี้ให้เห็น 5 ประเด็นสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการลดการตีตราทางสังคมสำหรับเด็กวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน ประกอบด้วย 1) ระบบและโครงสร้างการดูแล 2) อัตมโนทัศน์และคุณค่าในตนเอง 3) การดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ 4) ภาษาและการสื่อสาร และ 5) ความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรพัฒนามาตรการพยาบาลแบบหลายระดับ ครอบคลุมตั้งแต่การเสริมสมรรถนะบุคลากร การจัดระบบโรงเรียนปลอดการตีตรา และการบูรณาการการดูแลด้านจิตสังคม โดยเน้นเสริมคุณค่าในตนเองและลดการตีตราในกลุ่มเพื่อน พร้อมคำนึงถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างของครัวเรือนและชุมชนเพื่อให้การดูแลส่งเสริมศักดิ์ศรีของเด็กอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลแบบหลายระดับในบริบทโรงเรียนไทยด้วยการวิจัยเชิงทดลองที่ติดตามผลระยะกลางและระยะยาว รวมถึงสำรวจการเปลี่ยนแปลงของการสื่อสารและบทบาทของครอบครัวและเพื่อน นอกจากนี้ควรวิจัยเชิงระบบด้านความพร้อมของโครงสร้างสนับสนุนในโรงเรียนเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ขยายผลได้และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Bakarman SS, Weaver M, Scarton L. School health infrastructure and students' elevated body mass index. J Sch Nurs. 2024;40(2):208-222. doi:10.1177/10598405211068434.
2. UNICEF Thailand. Thailand has no time to waste: Alarming rise in child obesity at a time of severe budget constraints [Internet]. Bangkok: UNICEF Thailand; 2025 Sep 11 [cited 2026 Feb 26]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/press-releases/obesity-exceeds-underweight-first-time-among-school-age-children-and-adolescents

3. Warnick JL, Darling KE, West CE, Jones L, Jelalian E. Weight stigma and mental health in youth: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr Psychol. 2022;47(3):237-255. doi:10.1093/jpepsy/jsab110
4. Zancu AS, Diaconu-Gherasim LR. Weight stigma and mental health outcomes in early-adolescents: the mediating role of internalized weight bias and body esteem. Appetite. 2024;196:107276. doi:10.1016/j.appet.2024.107276
5. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. Pediatrics. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640
6. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation and treatment for child obesity [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 Apr 24 [cited 2026 Feb 26]. Available from: https://www.cdc.gov/obesity/child-obesity-strategies/evaluation-and-treatment.html
7. Vacca M, Cerolini S, Zegretti A, Zagaria A, Mocini E, Lombardo C. A school-based intervention program to reduce weight stigma in adolescents. Children (Basel). 2025;12(9):1208. doi:10.3390/children12091208
8. Parahoo K. Nursing research: principles, process and issues. 2nd ed. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006.
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5): 546–53. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
10. Lai WK, Sidik SM, Rampal L, Gan WY, Ismail SIF. Effectiveness of a school-based intervention to manage overweight and obesity among adolescents in Seremban, Malaysia: A cluster randomized controlled trial. Hum Nutr Metab. 2023;34:200229. doi:10.1016/j.hnm.2023.200229.
11. Ancheta AJ, Hughes TL, Liu J, Russell ST, Bruzzese J-M. Interpersonal- and community-level risk factors for adolescent obesity: An examination of sexual identity, school violence, and school climate in a large sample of urban adolescents. J Youth Adolesc. 2023;52:1566-1581. doi:10.1007/s10964-023-01774-x.
12. Gower AL, Valdez CAB, Watson RJ, Eisenberg ME, Mehus CJ, Saewyc EM, et al. First- and second-hand experiences of enacted stigma among LGBTQ youth. J Sch Nurs. 2021;37(3):185-194. doi:10.1177/1059840519863094.
13. Hardin AP, Moore NA, Moore JA, Uli N. Associations between trust of healthcare provider and body mass index percentile in adolescents. Comprehensive Child Adolescent Nursing. 2021;44(3):197-208. doi:10.1080/24694193.2020.1783028.

14. Hulland S, Obatoki O, Giardino I, Kirkman C, van Dam M, Airth C, Quin L, Goodger B, Davidson ZE. Evaluating the Impact of an 8-Week Family-Focused E-Health Lifestyle Program for Adolescents: A Retrospective, Real-World Evaluation. Nutrients. 2025;17:3509. doi:10.3390/nu17223509.
15. Yangyuen S, Somdee T, Yin M, Chaichan A, Keawmuang S. Effects of a cognitive-behavioral group counseling program on weight bias internalization and psychological outcomes among obese youth in Mahasarakham University, Thailand. J Res Health Sci. 2024;24(3):e00620. doi:10.34172/jrhs.2024.155.
16. Tanas R, Gil B, Marsella M, Nowicka P, Pezzoli V, Phelan SM, et al. Addressing weight stigma and weight-based discrimination in children: preparing pediatricians to meet the challenge. J Pediatr. 2022;248:135-136.e3. doi:10.1016/j.jpeds.2022.06.011.
17. Stewart C, Goddard E, Cakir Z, Hall R, Allen G. Can more people be “Happy Being Me” Testing the delivery of a universal body satisfaction program by clinicians and school staff. Eat Disord. 2022;30(2):182-209. doi:10.1080/10640266.2020.1771165
18. Castellini G, D’Anna G, Rossi E, Cassioli E, Voller F, Silvestri C, et al. Body weight trends in adolescents of Central Italy across 13 years: Social, behavioural, and psychological correlates. J Public Health (Berl). 2023;31:1165-1175. doi:10.1007/s10389-021-01627-6.
19. Hayes JF, LaRose JG, Hutchinson K, Sutherland MA, Wing RR. Health, health behaviors, and medical care utilization among college students with obesity. J Am Coll Health. 2025;73(2):496-502. doi:10.1080/07448481.2023.2225629.
20. Emon HH, Sarker S, Lima MSA, Tasnim FA, Al Nabil A, Azam MI, et al. Prevalence of overweight and obesity and their impact on academic performance and psychological well-being among university students in Bangladesh. PLoS One. 2024;19(12):e0315321. doi:10.1371/journal.pone.0315321.
21. Zancu AS, Diaconu-Gherasim LR. Weight stigma and mental health outcomes in early-adolescents: the mediating role of internalized weight bias and body esteem. Appetite. 2024;196:107276. doi:10.1016/j.appet.2024.107276.
22. Maury Mena SC, Lomba Portela L, Marín Escobar JC, Salazar Ureña O, Alonso Palacio LM, Navarro Angarita V, et al. Social stigma of overweight and obesity in primary school children: A systematic review. Rev Investig Innov Cienc Salud. 2025;7(1):1-37. doi:10.46634/riics.268.
23. Kearns A, Moorhead A, Mulvenna M, Bond R. Assessing the uses, benefits, and limitations of digital technologies used by health professionals in supporting obesity and mental health communication: Scoping review. J Med Internet Res. 2025;27:e58434. doi:10.2196/58434.

24. Tong TJ, Mohammadnezhad M, Alqahtani NS, Salusalu M. Perception of students on factors contributing to overweight and obesity among high school students in Kiribati: A qualitative study. PLoS One. 2022;17(1):e0260900. doi: 10.1371/journal.pone.0260900.
25. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2566 (ThaiHealth 2023) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สสส.; 2023 [เข้าถึงเมื่อ 2569 กุมภาพันธ์ 27]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/thaihealth.php?y=2023
26. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. Pediatrics. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640.
27. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Dec 8 [cited 2026 Feb 26]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
28. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น: การส่งเสริมบริการด้านโภชนาการเพื่อคัดกรองและส่งต่อภาวะอ้วน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพในโรงเรียน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.พ. 2026]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/en/teenager/222037

ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

นันทนา ชัยภักดี, พ.บ.[*a], สุภาพ แจ้งคำ, พย.บ.[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงกันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 260 คน ซึ่งถูกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น Systolic blood pressure, Diastolic blood pressure และ Hemoglobin A1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อวิเคราะห์การทำงานของไตด้วยค่า Serum creatinine และ estimated Glomerular filtration rate พบว่า หลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีระดับ Serum creatinine และ estimated Glomerular filtration rate ไม่แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่า โปรแกรมชะลอไตเสื่อมมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากสามารถชะลอความเสื่อมของไตลงได้ และยังสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดความดันโลหิตในเลือดได้ ดังนั้นควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมชะลอไตเสื่อม; โรคไตเรื้อรัง; ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง

[*] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
[**] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
[a] Corresponding author: นันทนา ชัยภักดี Email: kaekai_kikkok@hotmail.com
รับบทความ: 6 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 21 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 22 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 6 ส.ค. 69

Effects of a Renal Deterioration Delay Program on Knowledge and Clinical Outcomes among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension with Stage 3 Chronic Kidney Disease at Nong Bua Daeng Hospital, Chaiyaphum Province

Nuntana Chaipukdee, M.D.[*a], Suphap Chaengkham, R.N.[**]

Abstract

This one-group quasi-experimental study with a pretest–posttest design aimed to examine the effects of a renal deterioration delay program on knowledge and clinical outcomes among patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension who had stage 3 chronic kidney disease. The study was conducted from July to September 2025. Samples consisted of 260 patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension with stage 3 chronic kidney disease at Nong Bua Daeng Hospital, Chaiyaphum Province, selected through the purposive sampling. Research instruments included a knowledge assessment questionnaire on self-care for delaying kidney deterioration and clinical outcome measurements. Data were analyzed using the paired t-test, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results revealed that, after receiving the renal deterioration delay program, the samples showed a significant increase in knowledge regarding self-care for delaying kidney deterioration ($p<0.05$). Clinical outcomes, including systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and Hemoglobin A1c, were significantly reduced ($p<0.05$). In addition, analysis of kidney function using serum creatinine and estimated glomerular filtration rate indicated that, after participation in the program, there were no significant differences in serum creatinine and estimated glomerular filtration rate compared to before the program.

These findings suggest that the renal deterioration delay program is effective in the care of patients with diabetes and hypertension, as it can slow the progression of kidney deterioration and reduce glycated hemoglobin levels and blood pressure. Therefore, the program should be implemented in other areas in the future.

Keywords: Renal deterioration delay program; Chronic kidney disease; Self-care knowledge

[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Medicine, Nong Bua Daeng Hospital, Chaiyaphum
[**] Registered Nurse, Professional Level, Nursing Department, Nong Bua Daeng Hospital, Chaiyaphum
[a] Corresponding author: Nuntana Chaipukdee Email: kaekai_kikkok@hotmail.com
Received: Mar. 6, 26; Revised: Mar. 21, 26; Accepted: Mar. 22, 26; Published Online: Aug. 6, 26

บทนำ

โรคไตวายเป็นภาวะการณ์สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่กรองของเสียของหน่วยไต อาการที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดที่นำไปสู่ความรุนแรง เรียกว่าโรคไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney disease) แต่หากมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนพบอัตราการกรองของไตค่อยๆ ลดหน้าที่ลง โดยอาการผิดปกติจะไม่ได้เกิดขึ้นทันที แต่จะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น โดยใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือนเรียกว่า โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการ เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น อาจมีอาการต่าง ๆ เนื่องจากไตทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดการคั่งของเกลือแร่ น้ำส่วนเกิน และของเสียในเลือด เช่น ปริมาณปัสสาวะลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ซีด เหนื่อยง่ายขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ คันตามตัว มีอาการบวมที่หน้า ขา และลำตัว ความรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการชัก เป็นต้น[1]

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก ศูนย์ข้อมูลเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริการะบุว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วไป มากกว่า ร้อยละ 10.0 ทั่วโลก หรือมากกว่า 800 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังมากถึง 1.4 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ ใน 10 อันดับของโลก[2] ข้อมูลในประเทศไทยปี 2567 พบว่า ประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 5 ประเทศที่มีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังสูงที่สุดในโลก อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในไทยมีกว่าร้อยละ 17.0 และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า 1.12 ล้านคน และในจำนวนนี้เกือบ 100,000 ราย ต้องเข้ารับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องเป็นประจำ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายต้องใช้เงินเฉลี่ย 234,000 บาทต่อปี จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่องบประมาณของประเทศสูงถึง 17,589 ล้านบาทต่อปี[3]

โรงพยาบาลหนองบัวแดงมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปีงบประมาณ 2565-2567 จำนวน 944, 954 และ 1,329 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[4] ซึ่งตั้งแต่ปี 2567 เป็นต้นมา โรงพยาบาลหนองบัวแดงเปิดศูนย์ฟอกไต เพื่อให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 หรือไตวายระยะสุดท้าย ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จะมีแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรค โดยมีพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต คอยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมน้อย โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่แล้ว ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะมีแนวโน้มของการดำเนินโรคไปเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ตามมา ซึ่งถ้าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จะต้องบำบัดทดแทนไต ไม่ว่าจะเป็นการล้างไตทางช่องท้อง การฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไต เป็นต้น ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเหล่านี้ของโรงพยาบาลหนองบัวแดง ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม โดยเฉพาะเกลือโซเดียมจากเมนูอาหารที่มีน้ำปลาร้า อยู่เป็นประจำ ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมค่าความดันโลหิตไม่ได้ อีกทั้งยังชอบบริโภคอาหารที่มีโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง บางรายกินยาแก้ปวดและยาสมุนไพรเป็นประจำ ตลอดจนการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานไม่เพียงพอหรือเป็นอาหารที่เป็นโปรตีนคุณภาพต่ำในปริมาณที่สูง ไม่ออกกำลังกาย หรือมีการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะส่งผลให้อัตรากรองของไตลดลง และไตเสื่อมมากขึ้น

ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะ 4 และ 5 ตามมา[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อจะชะลอการเสื่อมของไต โดยจะดำเนินโครงการในรูปแบบของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และคาดหวังให้ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ระดับครีเอทีนีน อัตราการกรองของไต และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งจะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการดำเนินโรคไปเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือไตวายระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทั้งระยะ 3a ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ estimated Glomerular filtration rate (eGFR) อยู่ระหว่าง 45 ถึง 59 ml/min/1.73m^2 ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน และ 3b (eGFR อยู่ระหว่าง 30 ถึง 44 ml/min/1.73m^2 ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลหนองบัวแดง ปีงบประมาณ 2568 ซึ่งมีทั้งหมด 529 ราย และกลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง และผ่านการพิจารณาเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก และเกณฑ์การถอนตัว ของงานวิจัย ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 3) สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียน และตอบคำถามเป็นภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกคือ มีโรคทางจิตซึ่งส่งผลต่อระดับความรู้สึกหรือสติสัมปชัญญะ หรือมีโรคเจ็บป่วยทางกาย หรือทุพพลภาพซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การถอนตัวคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินโครงการ หรือไม่สามารถติดต่อได้ เช่น ไม่มาตามนัด สูญหาย ไม่สามารถติดตามได้ ย้ายที่อยู่อาศัย หรือเสียชีวิต เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยเลือกฟังก์ชัน Test family: t-test และ Statistical test คือ Mean: Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดการทดสอบแบบทางเดียว อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.9 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.2 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดเล็ก ตามคำแนะนำของ Cohen[6] ดังนั้นจะคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 216 ราย และเมื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

อีกร้อยละ 10 จะได้ขนาดตัวอย่าง 240 ราย ซึ่งจากประชากรทั้งหมด 529 ราย เมื่อผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของงานวิจัย ทำให้ได้อาสาสมัครของโครงการวิจัย 260 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกอาสาสมัครทั้ง 260 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมชะลอไตเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการประยุกต์จากแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อ ตามหลักการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกระทรวงสาธารณสุข[7] ดังนี้ 1) ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ 2) ควบคุมอาหารรสเค็มจัดหรือหวานจัด งดอาหารแปรรูป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียม โพแทสเซียม และฟอสฟอรัสสูง จำกัดไขมันอิ่มตัว และถ้ามีเบาหวานให้กินอาหารแบบ Low carb คือการลดแป้งและน้ำตาล 3) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4) งดสูบบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) ระวังการใช้ยาและสมุนไพร โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs

โปรแกรมชะลอไตเสื่อมนี้ ใช้สื่อการเรียนการสอน ประกอบด้วย แผ่นพับ สไลด์ประกอบการบรรยาย วีดีทัศน์ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา โดยวิธีการปรึกษาแบบรายกลุ่ม (Group counseling) ประกอบด้วยกิจกรรมเรียนรู้เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และจะมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนการทดลอง โดยการวัด ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) เจาะเลือด และเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาระดับครีเอทีนีน (Serum creatinine: Cr) อัตราการกรองของไต (estimated Glomerular filtration rate; eGFR) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) และมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ตามฐานการเรียนรู้ต่างๆ ซึ่งหลังจากเรียนรู้แล้วกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำจากวิทยากรกลุ่ม เพื่อให้ไปปฏิบัติตามแนวทางของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการดูแลตนเอง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนที่จะนัดมาติดตามการรักษาในครั้งที่ 2 ซึ่งรายละเอียดของการให้ความรู้ในแต่ละฐานการเรียนรู้ ดังนี้

1) ฐานให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โดยอายุรแพทย์และพยาบาลกลุ่มงานคลินิกโรคเรื้อรัง มีกิจกรรมให้ความรู้ และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

2) ฐานการเรียนรู้เรื่องอาหาร โดยนักโภชนากรได้ถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษา แนะนำลดอาหารรสเค็มจัด งดอาหารแปรรูป และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ สาธิตโมเดลอาหาร สาธิตและแนะนำอาหาร Low carb สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เสนอตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ และให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อลงในสมุดบันทึก แนะนำการลดอาหารรสเค็มจัด หวานจัด งดอาหารแปรรูป และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ จำกัดไขมันอิ่มตัวในอาหาร แนะนำให้ทานอาหารโปรตีนคุณภาพสูงตามปริมาณโปรตีนที่ควรได้ในแต่ละวัน คือ 0.6-0.8 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัสสูง และให้ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ 1.5-2 ลิตรต่อวันหรือตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น

3) ฐานการเรียนรู้เรื่องการออกกำลังกาย โดยนักกายภาพบำบัด แนะนำให้เริ่มออกกำลังกายระดับเบา คือชีพจรน้อยกว่าร้อยละ 50.0 ของชีพจรสูงสุด (ชีพจรสูงสุด=220-อายุเป็นปี) แล้วเพิ่มขึ้นช้า ๆ จนถึงระดับปานกลาง คือให้ชีพจรเท่ากับร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุด ระยะเวลา 150 นาที/สัปดาห์

หรือวันละ 30-50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ แนะนำกิจกรรม เช่น เดิน 4.8 กม.ใน 1 ชม. ขี่จักรยานบนพื้นราบ (16-19 กม.ใน 1 ชม.) เต้นแอโรบิค เล่นแบดมินตัน เป็นต้น และให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกวิธีที่ออกกำลังกาย ระยะเวลาในแต่ละวันลงในสมุดบันทึก

4) ฐานการเรียนรู้เรื่องสุขภาพจิต โดยกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด คัดกรองประเมินโรคเครียด ภาวะซึมเศร้า ให้คำแนะนำการจัดการความเครียด ฝึกสมาธิ ร่วมกับสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำเลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

5) ฐานทบทวนการใช้ยาโดยเภสัชกร ซึ่งให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา สอบประวัติการใช้ยาเดิม การใช้สมุนไพร การใช้อาหารเสริม การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ประเมินอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยากลุ่มต่างๆ

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ติดตามการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมตามความรู้ที่ได้รับ โดยประเมินจากข้อมูลในสมุดจดบันทึกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการชะลอไตเสื่อม วิทยากรกลุ่มจะให้คำปรึกษาและแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข ว่าสิ่งใดปฏิบัติได้ และสิ่งใดปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งในสัปดาห์นี้จะให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติตามแนวทางของการดูแลตนเองจากความรู้ที่ได้เรียนมาต่ออีกในช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 5-11 ก่อนที่จะนัดมาติดตามในครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ระยะหลังการทดลอง จะประเมินความรู้ และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการทดลอง ได้แก่ SBP, DBP, Cr, eGFR และ HbA1c

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามหลักของการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกระทรวงสาธารณสุข[7] ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ด้าน คือ การดื่มน้ำให้เพียงพอ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่/แอลกอฮอล์ และการระวังการใช้ยา/สมุนไพร มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายปิด ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดจากตัวเลือก ก., ข., ค., ง. เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยจะนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนแบบอิงเกณฑ์ตามแนวทางของ Bloom et al.[8] ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (คะแนน 8-10) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนน 6-7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0-5) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ 3) เครื่องมือสำหรับประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล อุปกรณ์เจาะเลือด คือ เข็มเบอร์ 22 Syringe ขนาด 5 มิลลิลิตร Tube สำหรับใส่เลือดสำลีแอลกอฮอล์ สายรัดแขน และอุปกรณ์สำหรับเก็บปัสสาวะ คือ กระป๋องเก็บปัสสาวะ โดยจะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ของโรงพยาบาลหนองบัวแดงเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก คือ SBP, DBP, Cr, eGFR และ HbA1c ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการวิจัย ได้แก่ คู่มือโปรแกรมชะลอไตเสื่อม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ และวิชาชีพ เพื่อ**นำ**ไปตรวจสอบความตรง

เชิงเนื้อหา ความถูกต้องและครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา พิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับนิยามตัวแปร รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ซึ่งในส่วนของแบบประเมินความรู้ ผู้วิจัยได้นำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และเมื่อนำไปทดสอบหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-21) เท่ากับ 0.82 สำหรับการตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ซึ่งใช้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ สำหรับการตรวจเลือดและปัสสาวะเพื่อประเมิน Cr, eGFR และ HbA1c โดยจะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลหนองบัวแดง ซึ่งผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยประสานงานเพื่อขออนุญาตกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อทำการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ Cr, eGFR, SBP, DBP และ HbA1c ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t- test (ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่จริยธรรม 89/2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เคารพในสิทธิส่วนบุคคลและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างครบถ้วนชัดเจน รวมถึงให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการสมัครใจ ปราศจากการชักจูงหรือการบีบบังคับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อการรักษาโรคหรือการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจากโครงการวิจัยผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลจากการวิจัยได้ สำหรับการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการแสดงข้อมูลในภาพรวมซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของบุคคลได้ และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 68.0 อายุเฉลี่ย 63.7±6.2 ปี โดยมีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 65.8 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 97.7 รองลงมา คือ และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 91.9 เบาหวาน ร้อยละ 89.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=260)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	177 (68.1)
หญิง	83 (31.9)
อายุ (ปี)	
41-50	7 (2.7)
51-60	63 (24.2)
61-70	171 (65.8)
≥71	19 (7.3)
(Mean=63.7, SD=6.2, Min=44.0, Max=87.0)	
โรคประจำตัว (มีได้มากกว่า 1 โรค)	
เบาหวาน	232 (89.2)
ความดันโลหิตสูง	254 (97.7)
ไขมันในเลือดสูง	239 (91.9)
เส้นเลือดในสมอง	11 (4.2)
เกาต์	18 (6.9)
สูบบุหรี่	10 (3.8)
ดื่มแอลกอฮอล์	15 (5.7)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.9 และระดับดี ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.9 และมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 58.8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม (n=260)

ความรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	14	5.4	75	28.9
ระดับปานกลาง	44	16.9	153	58.8
ระดับต่ำ	202	77.7	32	12.3
	Mean=4.8, SD=1.4 Min=1.0, Max=8.0		Mean=6.8, SD=1.4 Min=2.0, Max=10.0	

ส่วนที่ 3 ข้อมูลระยะของโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อตรวจการทำงานของไต (Kidney function tests) ด้วยค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพื่อจำแนกโรคไตเรื้อรังออกเป็นระยะต่าง ๆ ซึ่งก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะ 3a ร้อยละ 64.2 รองลงมา คือ ระยะ 3b ร้อยละ 35.8 ตามลำดับ ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการทำงานของไตอยู่ในระยะเดิม ซึ่งมีเพียง 13 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.0 เท่านั้นที่มีการทำงานของไตลดลง และมีการดำเนินไปของโรค (Progression of disease) แย่ลง หรือ มีการเปลี่ยนแปลงของโรคจากไตเรื้อรังระยะ 3 เปลี่ยนกลายเป็นไตเรื้อรังระยะ 4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะของโรคไตเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม (n=260)

ระยะของโรค	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไตเรื้อรังระยะ 3a (eGFR 45-59 ml/min/1.73m^2)	167	64.2	166	63.8
ไตเรื้อรังระยะ 3b (eGFR 30-44 ml/min/1.73m^2)	93	35.8	81	31.2
ไตเรื้อรังระยะ 4 (eGFR 15-29 ml/min/1.73m^2)	0	0.0	13	5.0
ไตเรื้อรังระยะ 5 (eGFR < 15 ml/min/1.73m^2)	0	0.0	00	0.0

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อประเมินการทำงานของไตด้วยค่า Cr, eGFR ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการทำงานของไตไม่แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างอื่น เช่น SBP, DBP และ HbA1c ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย SBP, DBP และ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม

ตัวแปร	ก่อนได้รับ		หลังได้รับ		Mean difference (95%CI)	t	p
	Mean	SD	Mean	SD			
Knowledge	4.82	1.46	6.82	1.41	2.00 (1.86 ถึง 2.14)	27.755	<0.001*
GFR (ml/min/1.73m^2)	47.47	7.77	48.02	13.20	0.55 (-0.84 ถึง 1.95)	0.776	0.438
Creatinine (mg/dL)	1.34	0.24	1.36	0.33	0.02 (-0.01 ถึง 0.05)	1.429	0.154
HbA1c (%)†	8.97	2.52	8.29	2.42	-0.68 (-0.93 ถึง -0.43)	-5.430	<0.001*
SBP (mmHg)	137.87	14.91	134.34	11.56	-3.53 (-5.44 ถึง -1.62)	-3.641	<0.001*
DBP (mmHg)	70.07	9.03	68.63	8.66	-1.44 (-2.71 ถึง -0.16)	-2.226	0.026*

หมายเหตุ: † หมายถึง ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างที่มีเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 232 ราย
* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 63.7±6.2 ปี ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.7 มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ และมีความรู้อยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 5.4 เท่านั้น ซึ่งบ่งชี้ว่า กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่สูงอายุ โดยภาพรวมแล้วยังมีความรู้ที่ยังไม่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น การไม่ควบคุมอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม และมักบริโภคเกลือโซเดียมจากการรับประทานอาหารในท้องถิ่นของภาคอีสาน ซึ่งมักเติมเกลือ น้ำปลาและน้ำปลาร้าในอาหาร รวมถึงการบริโภคอาหารที่มีโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง การกินโปรตีนคุณภาพต่ำในปริมาณที่สูงเกินไป การไม่จำกัดไขมันอิ่มตัวในอาหาร การไม่ออกกำลังกาย และการกินยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs และยาสมุนไพร เป็นประจำ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้นำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ แต่อย่างไรก็ตาม ภายหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยมีความรู้อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 5.4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.9 สอดคล้องกับการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่า โปรแกรมชะลอไตเสื่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาการแปลความหมายในทางคลินิก พบว่า ค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้นยังมีนัยสำคัญทางคลินิกอีกด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นถึง 2 คะแนน (Mean difference=2.00, 95%CI: 1.86-2.41, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการประเมินการดำเนินไปของโรค (Progression of disease) ซึ่ง ภายหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม มีเพียงร้อยละ 5.0 เท่านั้นที่มีการดำเนินไปของโรคในทางที่แย่ลง กล่าวคือ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 13 รายเท่านั้น ที่มีระยะของโรคไตเรื้อรังเปลี่ยนจากระยะที่ 3 ไปเป็นระยะที่ 4 ซึ่งผลการเปรียบเทียบการทำงานของไต ทั้งค่าครีเอทีนีน (Cr) และอัตรากรองของไต (eGFR) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีค่าการทำงานของไตทั้ง Cr และ eGFR ไม่แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งบ่งชี้ว่า โปรแกรมชะลอไตเสื่อมนี้สามารถเพิ่มระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี และความรู้นี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ ซึ่งทำให้โดยเฉลี่ยแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีการทำงานของไตและอัตรากรองของไตยังคงมี

ค่าเท่าเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย[9-12] ซึ่งได้มีการนำเอาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในรูปแบบต่าง ๆ ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรังของหลายโรงพยาบาล ซึ่งสรุปได้ว่า โปรแกรมชะลอไตเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ดีขึ้น และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาความหมายทางคลินิกพบว่า โปรแกรมชะลอไตเสื่อมทำให้ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกอีกด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ HbA1c ลดลง 0.68% (Mean difference = -0.68, 95%CI: -0.93 ถึง -0.43, $p < 0.001$) ซึ่งในทางการแพทย์ การลดลงของระดับ HbA1c ตั้งแต่ 0.5%ขึ้นไป จะถือว่ามีนัยสำคัญทางคลินิก (Clinically significant) ซึ่งจะลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดขนาดเล็กของอวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต และประสาทส่วนปลาย ประมาณ 35-40%[13] สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ นิภา กะมะรี[14] พบว่า ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และสามารถลด HbA1c จาก 8.1% เป็น 7.6% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเหตุผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในงานวิจัยนี้สามารถลด HbA1c ลงได้ อธิบายได้จาก หลักสูตรการเรียนของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมนี้ มีการให้ความรู้ด้านโภชนาการเกี่ยวกับการกินอาหาร Low carb ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกของค่าความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ SBP และ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความหมายทางการแพทย์ พบว่า โปรแกรมชะลอไตเสื่อมนี้ ยังไม่สามารถทำให้ค่าเฉลี่ย SBP และ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ SBP ลดลงเพียง 3.53 mmHg (Mean difference=-3.53, 95%CI: -5.44 ถึง -1.62, $p<0.001$) และ DBP ลดลงเพียง 1.44 mmHg (Mean difference=-1.44, 95%CI: -2.71 ถึง -0.16, $p<0.026$) ซึ่งในทางการแพทย์ระบุว่า SBP ควรลดลงอย่างน้อย 5 mmHg จึงจะสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงทางหัวใจและหลอดเลือด (Major cardiovascular event) ได้ประมาณ 10% และ DBP ควรลดลงอย่างน้อย 5 mmHg ถึงจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Ischemic heart disease) ได้ถึง 30%[15] ดังนั้นในงานวิจัยนี้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม แม้ว่าค่า SBP และ DBP จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่กลับไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก อธิบายได้ว่า ขนาดตัวอย่างของงานวิจัยนี้ค่อนข้างใหญ่ ซึ่งในทางสถิติ การมีนัยสำคัญทางสถิติ จะมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับขนาดตัวอย่าง (n) หรือแปลความหมายได้ว่า เมื่อขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้น พลังการทดสอบ (Power) จะสูงขึ้น ทำให้ตรวจพบความแตกต่างได้ง่ายขึ้น และมีโอกาสได้ผลที่เป็น Significant แม้ว่าความแตกต่างนั้นอาจจะเล็กน้อยมากก็ตาม ดังนั้นในงานวิจัยนี้ เมื่อขนาดตัวอย่างค่อนข้างใหญ่ ($n=260$) จึงสามารถพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย SBP และ DBP ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม แม้ว่าความแตกต่างนั้นอาจจะเล็กน้อยก็ตาม ซึ่งต้องมีความระมัดระวังในการแปลผลข้อมูลก่อนที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อไป ซึ่งผลของการศึกษานี้บ่งชี้ว่า ในอนาคตถ้าจะใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมนี้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จะต้องเน้นย้ำถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบของโปรแกรม โดยต้องเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบอีสาน เช่น มักจะ

บริโภคอาหารรสเค็ม อาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลาหรือน้ำปลาร้าเป็นหลัก ซึ่งในอนาคตต้องพัฒนารูปแบบของโปรแกรม ให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของโรคที่เป็นอยู่ เพื่อที่จะปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารให้เน้นอาหารสุขภาพ งดอาหารรสเค็ม งดอาหารแปรรูป ควรบริโภคโปรตีนคุณภาพสูงตามปริมาณโปรตีนที่ควรได้ในแต่ละวัน คือ 0.6-0.8 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัสสูง เพื่อที่จะได้ควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง และชะลอความเสื่อมของไตได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

โปรแกรมชะลอไตเสื่อมนี้มีประสิทธิผลที่จะเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและสามารถชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี และยังสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ดังนั้นควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่างๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนารูปแบบของโปรแกรมชะลอไตเสื่อม โดยการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลหรือทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การจัดการตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น มาประยุกต์ร่วมกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของภาคอีสาน ซึ่งมักจะบริโภคอาหารเค็ม อาหารที่มีเกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า ปรุงอยู่ในเมนูอาหารเกือบทุกชนิด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, หทัยชนก ไชยวรรณ, อลิสรา อยู่เลิศลบ, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, บรรณาธิการ. คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; ม.ป.ป.
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. ไทยโพสต์. รุกตรวจคนไทย 7.2 ล้านคนหาความเสี่ยงโรคไต หลังติดอันดับ 1 ใน 5 ของโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipost.net/news-update/884104/
4. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวแดง. ข้อมูลโรคไตเรื้อรังประจำปี 2565-2568 [เอกสารอัดสำเนา]. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลหนองบัวแดง; 2568.
5. ธัญญารัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ, บรรณาธิการ. ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน. นนทบุรี: เฮลธ์ เวิร์ค จำกัด; 2556.
6. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร์, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562; 5(1): 496-507.

7. กัณฑพล ทับหุ่น, สุธาทิพย์ ภัทรกุลวณิชย์, อาทิมา มากผาสุก, บรรณาธิการ. คู่มือความรู้การชะลอไตเสื่อมและป้องกันโรคไตเรื้อรังสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษณกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2568.
8. Bloom BS, Madaus G, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. สุจิตรา ภักดิ์จรุง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการชะลอความเสื่อมของไตระยะ 3 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566; 8(3): 712-7.
10. วรรณศรี ชาญพนา, ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, ณัฐรดา แฮคำ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตรากรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 4. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2568; 10(1): 313-32.
11. ชลาภัทร คำพิมาน, พัฒนชัย รัชอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2560; 4(2): 42-9.
12. จันทนี นิลพัฒน์. ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สามคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567; 2(1): 1-13
13. Lameijer A, Fokkert MJ, Edens MA, Slingerland RJ, Bilo HJG, van Dijk PR. Determinants of HbA1c reduction with FreeStyle Libre flash glucose monitoring (FLARE-NL 5). J Clin Transl Endocrinol. 2020 Dec;22:100237. doi:10.1016/j.jcte.2020.100237.
14. นิภา กะมะรี. ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568; 6(2): 231-42.
15. Canoy D, Nazarzadeh M, Copland E, Bidel Z, Rao S, Li Y, Rahimi K. How much lowering of blood pressure is required to prevent cardiovascular disease in patients with and without previous cardiovascular disease? Curr Cardiol Rep. 2022;24(7):851-860. doi:10.1007/s11886-022-01706-4.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

วรารัตน์ เหล่าสูง[*], วารุณี มีหลาย[a], เบญจพรรณ ขวัญยืน[***]**

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบรุนแรงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญการลดความเสี่ยงและการจัดการโรคในระดับชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการป้องกันแบบปฐมภูมิการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยใช้รูปแบบการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (Integrative review) ตามแนวคิดของ Whittemore และ Knafl ดำเนินการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล PubMed/MEDLINE, CINAHLและThaiJO ระหว่างปี ค.ศ. 2014-2024 ภายใต้กรอบ PICOS และแนวทาง PRISMA Flow 2020

ผลการศึกษาจากการสืบค้นงานวิจัย 17,869 ฉบับ และคัดกรองตามเกณฑ์จนเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ 25 ฉบับ พบว่าโปรแกรมส่วนใหญ่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและใช้เทคโนโลยีสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการจัดการตนเอง ดำเนินการโดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มพูนความรู้ ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ และทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุดีขึ้น สรุปได้ว่าโปรแกรมการลดความเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีประสิทธิผลในการลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะโปรแกรมที่บูรณาการการจัดการตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสุขภาพเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิและพยาบาลนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุกในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; โรคหลอดเลือดสมอง; โปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

[*] อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ จังหวัดระยอง

[a] Corresponding author: วารุณี มีหลาย Email: warunee@bnc.ac.th

รับบทความ: 17 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 22 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 23 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 6 ส.ค. 69

Effectiveness of Community-Based Stroke Risk Reduction Programs for Older Adults with Chronic Non-Communicable Diseases: An Integrative Review

Wararat Laosung[*], Warunee Meelai[**] [a], Benjaphan Khwanyuen[***]

Abstract

Stroke is a severe global public health problem, particularly among older adults with non-communicable diseases (NCDs) who represent a major risk group. Risk reduction and disease management at the community level are therefore essential for primary prevention. This study aimed to review and synthesize empirical evidence regarding the effectiveness of stroke risk reduction programs among older adults with NCDs in the community. An integrative review was conducted based on the framework of Whittemore and Knafl. Research articles published between 2014 and 2024 were systematically searched from PubMed/MEDLINE, CINAHL, and ThaiJO databases using the PICOS framework and following the PRISMA Flow 2020 guidelines.

From an initial search of 17,869 articles, 25 studies met the inclusion criteria for analysis. The results revealed that most programs focused on health behavior modification and the utilization of health technology, applying the concepts of self-efficacy, empowerment, and self-management. These programs were primarily implemented by registered nurses and public health personnel. The findings demonstrated that the programs effectively reduced risk factors, enhanced knowledge, improved health behaviors, and resulted in better clinical outcomes among older adults. In conclusion, community-based stroke risk reduction programs are highly effective in mitigating key risk factors, especially those that integrate self-management with health technology for continuous monitoring. These findings support primary care settings and nurses in adopting such models for proactive stroke prevention in the community.

Keywords: Older adults; Noncommunicable diseases; Primary prevention; Community-based intervention

---

[*] Lecturer, Community Health Nursing Department, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[**] Lecturer, Pediatric and Adolescent Nursing Department, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[***] Registered Nurse, Professional Level, Khlong Pa Mai Subdistrict Health Promoting Hospital, Rayong Province

[a] Corresponding author: Warunee Meelai Email: warunee@bnc.ac.th

Received: Mar. 17, 26; Revised: Mar. 22, 26; Accepted: Mar. 23, 26; Published Online: Aug. 6, 26

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และเป็นสาเหตุความพิการอันดับต้นของโลกในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 15 ล้านคนและเสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคนในขณะที่อีกกว่า 5 ล้านคนต้องเผชิญความพิการถาวร[1] นอกจากนี้มีรายงานว่าภาระโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมสูงถึง 101 ล้านคน และคิดเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) มากกว่า 143 ล้านปี[2] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญเร่งด่วนในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าความเสี่ยงในการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในทุก ๆ 10 ปีหลังจากอายุ 55 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดการณ์ว่าจะสูงถึง 2.1 พันล้านคนภายในปีค.ศ. 2050 [3] สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[4] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำมาสู่ความท้าทายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับประเทศ ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีความเชื่อมโยงกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 4–6 เท่า ขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.5–3 เท่า[5,6] และผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[7] สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 250,000 คนต่อปี โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 60.9 โรคเบาหวานร้อยละ 27.2 และภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 49.4[8] โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสะสมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงเฉลี่ยกว่า 100,000 บาทต่อราย ในระยะเฉียบพลัน และยังมีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูระยะยาวที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย[9] ซึ่งสร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพของประเทศ

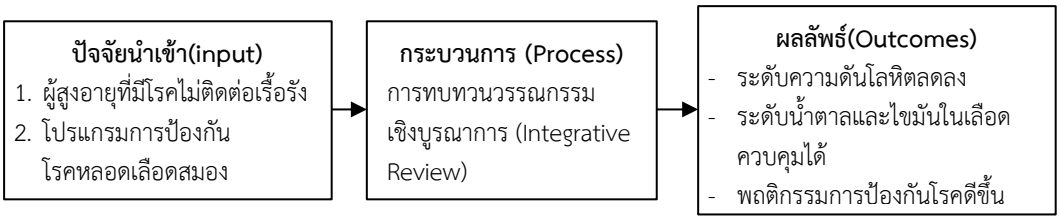
แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 ด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้แต่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังมีระดับการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญยิ่ง

ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางหรือโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและระบบ Tele-health รวมถึงโปรแกรมที่ผสมผสานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน[10] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกันอย่างมากทั้งในด้านองค์ประกอบของโปรแกรม ระยะเวลาการดำเนินการ กลุ่มเป้าหมาย และตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ใช้ประเมิน ทำให้ยังขาดการสังเคราะห์ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าโปรแกรมรูปแบบใดมีประสิทธิผลสูงสุด

สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (Integrative Review) เป็นวิธีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากดำเนินการตามระเบียบวิธีและประเมินผลที่เป็นมาตรฐาน ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ สามารถเลือกใช้โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุข และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สอดคล้องกับบริบทการส่งเสริมให้การพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ระบบแนวคิดแบบ Input-Process-Outcomes ร่วมกับกรอบการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการเพื่อสังเคราะห์ โปรแกรมการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนโดยมีรายละเอียด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ประสิทธิผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

คำถามการวิจัย

แนวทางหรือโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบใดมีประสิทธิผลสูงสุดในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลต่อตัวชี้วัดสุขภาพอย่างไร

ตารางที่ 1 กรอบคำถามวิจัยตามหลัก PICOS

PICOS	องค์ประกอบ	รายละเอียด
P (Population)	ประชากร	ผู้สูงอายุ (อายุ ≥60 ปี) ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/ไขมันในเลือดสูง)
I (Intervention)	โปรแกรม/กิจกรรม	โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (การให้ความรู้/การปรับพฤติกรรม/การควบคุมปัจจัยเสี่ยง/การออกกำลังกาย/การติดตามเยี่ยม/การใช้เทคโนโลยี)
C (Comparison)	การเปรียบเทียบ	การดูแลตามปกติ (Usual care) หรือกลุ่มควบคุม
O (Outcomes)	ผลลัพธ์	ความดันโลหิต, ระดับน้ำตาล/HbA1c, ระดับไขมัน, พฤติกรรมสุขภาพ, ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง
S (Study design)	รูปแบบการศึกษา	Randomized Controlled Trials (RCTs), Quasi-experimental studies

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย งานวิจัยนี้เป็นประเภทการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ Integrative Review ดำเนินการตามแนวทาง PRISMA Flow 2020

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) งานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุ อายุ ≥60 ปี ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชนิด
2) มีการใช้โปรแกรม/รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีองค์ประกอบชัดเจน
3) รูปแบบการศึกษาเป็น RCT หรือ Quasi-experimental
4) ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2014–2024
5) ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย ภาษาอังกฤษ
6) มีการรายงานผลลัพธ์ที่วัดได้เชิงปริมาณ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) งานวิจัยที่เน้นผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว (Secondary prevention เท่านั้น)
2) บทความปริทัศน์ (Review articles), บทบรรณาธิการ, รายงานผู้ป่วย
3) งานวิจัยที่ขาดกลุ่มเปรียบเทียบ
4) วิทยานิพนธ์ที่ไม่ผ่านการตีพิมพ์ในวารสาร

แหล่งค้นหาข้อมูล ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed/MEDLINE, CINAHL (EBSCO) เป็นฐานข้อมูลหลักสำหรับวรรณกรรมทางการพยาบาลและสาธารณสุข และ Thai Journals Online (ThaiJO) วารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย

คำสำคัญในการค้นหา

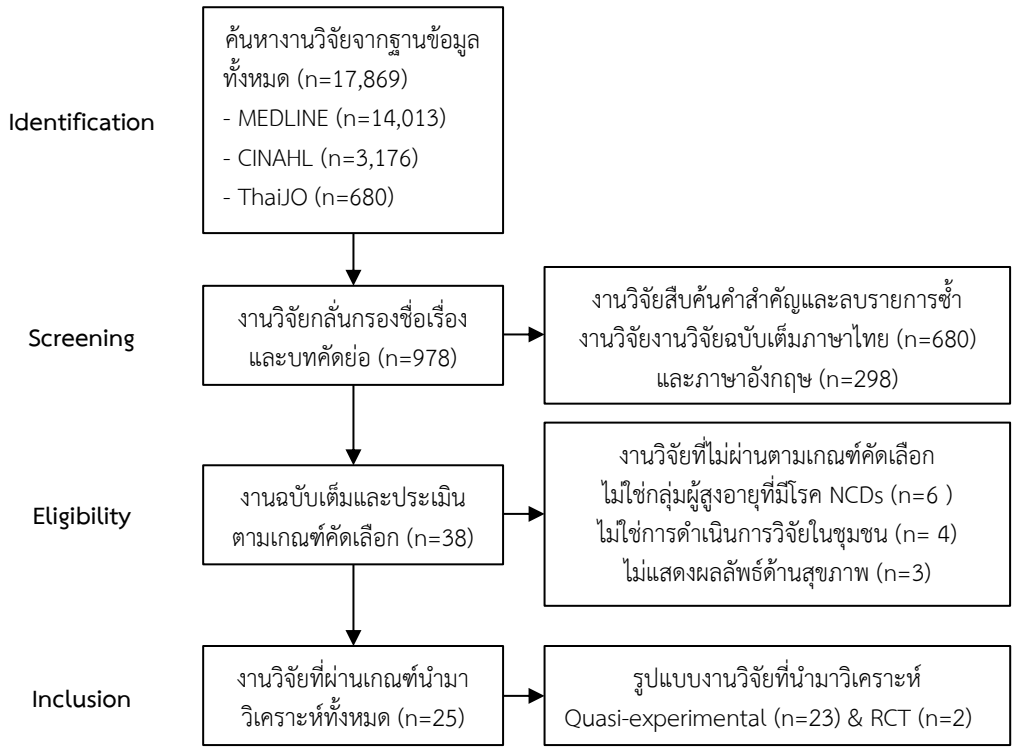
ภาษาไทย ("การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง" OR "การป้องกันอัมพฤกษ์อัมพาต")
AND (“ผู้สูงอายุ” OR “ผู้สูงวัย” OR “วัยสูงอายุ” OR “วัยชรา”)
AND (“โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” OR “กลุ่มโรค NCDs” OR “โรคความดันโลหิตสูง” OR “โรคเบาหวาน”)
AND (“โปรแกรม” OR “กิจกรรมการพยาบาล” OR “การให้สุขศึกษา” OR “การส่งเสริมสุขภาพ”)

ภาษาอังกฤษ (“stroke prevention” OR “cerebrovascular prevention”)
AND (“older adults” OR “elderly” OR “aging” OR “aged” OR “geriatric”)
AND (“non-communicable disease” OR “hypertension” OR “diabetes mellitus”)
AND (“program” OR “nursing intervention” OR “education” OR “health promotion”)

กระบวนการคัดเลือกงานวิจัย ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอนตาม PRISMA Flow Diagram:

1) **Identification-**ค้นหาจากฐานข้อมูลและลบรายการซ้ำ
2) **Screening**-กลั่นกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกัน
3) **Eligibility**-อ่านฉบับเต็มและประเมินตามเกณฑ์คัดเลือก
4) **Inclusion**-รวบรวมงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

กรณีที่ผู้วิจัยทั้งสองไม่ตรงกัน ใช้การหารือและผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตัดสิน (Third reviewer) ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอนการคัดเบือกบทความ PRISMA Flow Diagram ดังภาพที่ 2 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 PRISMA Flow Diagram แสดงขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิจัย

จากภาพที่ 2 PRISMA Flow Diagram แสดงขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิจัยสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 17,869 เรื่อง หลังคัดกรองลบรายการซ้ำและกลั่นกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ เหลืองานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 38 ฉบับ เมื่อประเมินตามเกณฑ์การคัดเลือก พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 25 ฉบับ

การประเมินคุณภาพงานวิจัย

1) RCTs ใช้ Cochrane Risk of Bias Tool 2 (RoB 2)

2) Quasi-experimental ใช้ Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist ประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การสุ่มตัวอย่าง, การปกปิดข้อมูล, การตกหาย, การรายงานผลลัพธ์ และความลำเอียง

การสกัดข้อมูล ใช้แบบฟอร์มสกัดข้อมูลมาตรฐาน ที่มีเนื้อหาครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของการศึกษา (ผู้วิจัย, ปี, ประเทศ, รูปแบบการศึกษา, ผลการศึกษา, ระดับคุณภาพ, งานวิจัย)

2) ลักษณะประชากร (อายุ, เพศ, ชนิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)

3) รายละเอียดโปรแกรม (องค์ประกอบ, ระยะเวลา, ผู้ให้บริการ, ช่องทาง)

4) ผลลัพธ์ที่วัด และสถิติที่รายงาน

การสังเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้ Narrative Synthesis เป็นหลักในการสังเคราะห์เชิงคุณภาพจัดกลุ่มตามโปรแกรมและผลลัพธ์ หากงานวิจัยมีความเป็นเอกพันธ์เพียงพอ (I^2<50%) จะพิจารณาทำ Meta-analysis โดยใช้ Random-effects model

2) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการศึกษาด้วย Subgroup analysis และ Sensitivity analysis

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หมายถึง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง รูปแบบ/กิจกรรมที่มีแผนงานและองค์ประกอบชัดเจน มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ด้าน ผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้างและระยะเวลากำหนด

ประสิทธิผลของโปรแกรม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกของตัวชี้วัดสุขภาพอย่างน้อย 1 รายการเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาครอบคลุมโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองปฐมภูมิ (Primary prevention) ในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่านั้น ไม่รวมโปรแกรมฟื้นฟูหลังเกิดโรค ขอบเขตด้านระยะเวลาเป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2014–2024 ขอบเขตด้านภาษางานวิจัยเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

การพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย/รหัสโครงการ BNC REC 05/2569 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมเป็นการศึกษาเชิงประจักษ์จำนวน 25 ฉบับ มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (n=25)

ลำดับ	ชื่อเรื่องวิจัย	ผู้วิจัย	ประเทศ	ปีที่แต่ง	รูปแบบการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รายละเอียด intervention	ผลการศึกษา	คุณภาพงานวิจัยตามJBI[11]
1	ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจฯ	วรรณิศา และคณะ	ไทย	2560	กึ่งทดลอง	40	โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (8 สัปดาห์)	พฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ2 (สูง)
2	ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองฯ	ชื่นชม สมพล และคณะ	ไทย	2560	กึ่งทดลอง	64	ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (6 สัปดาห์)	พฤติกรรมและการควบคุมความดันดีขึ้น	ระดับ 2 สูง
3	ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพฯ	พิชชานันท์ เลิศวิวัฒน์พงศ์ และคณะ	ไทย	2560	กึ่งทดลอง	97	Health Literacy & Self-management	ความรอบรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ 2 (สูง)
4	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคุมน้ำหนัก	สตรีรัตน์ ธาดาพิพัฒน์ และคณะ	ไทย	2560	กึ่งทดลอง	70	Self-efficacy & Dietary control	BMI และความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน	ระดับ 2 (สูง)
5	ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง	ตฤณชาติ รัตนนามและคณะ	ไทย	2560	กึ่งทดลอง	34	Arm-stick exercise (รำไม้พลอง)	ค่า SBP และ DBP ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ 2 (สูง)
6	ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวฯ	วรารัตน์ เหล่าสูง และคณะ	ไทย	2562	กึ่งทดลอง	60	โปรแกรมการประยุกต์ HBM ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว (8 สัปดาห์)	คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ 2 (สูง)
7	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองฯ	วัชระ แสนโหน่ง	ไทย	2563	กึ่งทดลอง	34	Self-efficacy & Social support	พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและ BP ลดลง	ระดับ 2 (สูง)
8	การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคผ่านแอปฯ "ฉันชนะ"	พลัฏฐ์ ยิ้มแสง และคณะ	ไทย	2563	กึ่งทดลอง	76	นวัตกรรม Mobile Application	กลุ่มที่ใช้แอปฯ มีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มปกติ	ระดับ 2 (สูง)

ตารางที่ 2 (ต่อ) งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (n=25)

ลำดับ	ชื่อเรื่องวิจัย	ผู้วิจัย	ประเทศ	ปีที่แต่ง	รูปแบบการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รายละเอียด intervention	ผลการศึกษา	คุณภาพงานวิจัยตามJBI[11]
9	ผลของโปรแกรมการรำไทยทรงดำประยุกต์ต่อความดัน	นริสา วงศ์พนากุล และคณะ	ไทย	2563	กึ่งทดลอง	58	Modified Thai-Song-Dam Dance	ความดันลดลงและสมรรถภาพกายดีขึ้น	ระดับ 2 (สูง)
10	ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมโดยส่วนร่วมของครอบครัว	รัตนาภรณ์ อาษาและคณะ	ไทย	2564	กึ่งทดลอง	52	HBM & Family support	การมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันฯ	ระดับ 2 (สูง)
11	การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค (สบช. โมเดล)	สุภาวดี นามแสง และคณะ	ไทย	2564	กึ่งทดลอง	68	SPraboroma rajchanok Model	ทุกตัวชี้วัดในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ 2 (สูง)
12	ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	สุปราณี พลอยปรีชา และคณะ	ไทย	2564	กึ่งทดลอง	60	Health Literacy program	ความรอบรู้เพิ่มขึ้นช่วยให้คุมความดันได้ดี	ระดับ 2 (สูง)
13	Effect of self-management program on stroke risk	อังคณา พิกุล และคณะ	ไทย	2565	RCT	60	Self-management program	มีความเสี่ยงโรคลดลงมากกว่ากลุ่มปกติ	ระดับ 1 (สูงสุด)
14	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม	วิภาภรณ์ และคณะ	ไทย	2565	กึ่งทดลอง	64	Self-efficacy & Social support	พฤติกรรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ 2 (สูง)
15	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส	ทิตาวดี ชัยมงคล และคณะ	ไทย	2565	กึ่งทดลอง	66	3E 2S Model ((8 สัปดาห์)	พฤติกรรมดีขึ้นชัดเจนหลังเข้าร่วมโปรแกรม	ระดับ 2 (สูง)
16	ผลของโปรแกรมการรับรู้ความรุนแรงต่อพฤติกรรม	วิชยา พรมสมบัติ และคณะ	ไทย	2565	กึ่งทดลอง	52	Health Belief Model (HBM)	การรับรู้และพฤติกรรมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ 2 (สูง)

ตารางที่ 2 (ต่อ) งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (n=25)

ลำดับ	ชื่อเรื่องวิจัย	ผู้วิจัย	ประเทศ	ปีที่แต่ง	รูปแบบการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รายละเอียด intervention	ผลการศึกษา	คุณภาพงานวิจัยตามJBI[11]
17	การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	พิมพ์นิภา กันชัยและคณะ	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	60	Community-based intervention	ความตระหนักรู้ในชุมชนเพิ่มขึ้น	ระดับ 2 (สูง)
18	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่าน Tele-monitoring	ณีรนุช รื่นฤทธิ์และคณะ	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	30	Self-management & Tele-monitoring	ระบบติดตามทางไกลช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ดี	ระดับ 1 (สูงสุด)
19	ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในผู้สูงอายุ	วรางคณา วสุรัตน์	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	60	Health Literacy program	พฤติกรรมป้องกันสัมพันธ์กับความรอบรู้	ระดับ 2 (สูง)
20	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ	วัชรี วงศ์น้อย	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	250	Integrated care model (การดูแลแบบบูรณาการ)	สามารถคุมความดันและลดอุบัติการณ์ได้	ระดับ 2 (สูง)
21	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ	จุฬารัตน์ ขยันควร	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	50	Self-efficacy & Exercise	การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความดัน	ระดับ 2 (สูง)
22	ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค	ธิรดา ยมมาและคณะ	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	56	Protection Motivation Theory	กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ระดับ 2 (สูง)
23	ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยเน้นครอบครัว	หทัยชนก หอมหวนและคณะ	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	60	Family-centered care	พฤติกรรมดีขึ้นจากแรงสนับสนุนของครอบครัว	ระดับ 2 (สูง)

ตารางที่ 2 (ต่อ) งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (n=25)

ลำดับ	ชื่อเรื่องวิจัย	ผู้วิจัย	ประเทศ	ปีที่แต่ง	รูปแบบการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รายละเอียด intervention	ผลการศึกษา	คุณภาพงานวิจัยตามJBI[11]
24	ผลของโปรแกรมการจัดการวิถีชีวิตแบบสหปัจจัยต่อระดับไขมันและความดันโลหิต	วรวุฒิ นามศิริ และคณะ	ไทย	2566	กึ่งทดลอง	64	Multimodal lifestyle modification (อาหาร/ออกกำลังกาย/อารมณ์)	ผลลัพธ์ทางคลินิก (BMI/BP/LDL) ดีขึ้น	ระดับ 2 (สูง)
25	Effects of mobile health intervention in China	Yuting et al.	จีน	2566	RCT	134	Mobile health (mHealth) App	เพิ่มวินัยในการกินยาและลดความดันได้ดี	ระดับ 1 (สูงสุด)

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 25 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2566 (ค.ศ. 2011-2023) ลักษณะทั่วไปงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) จำนวน 23 เรื่อง และการทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) จำนวน 2 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในบริบทประเทศไทย จำนวน 24 เรื่อง และต่างประเทศ 1 เรื่อง โดยศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง รูปแบบโปรแกรมที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความหลากหลาย โดยสามารถจำแนกตามฐานทฤษฎีได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ เช่น ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)[12] การจัดการตนเอง (Self-management)[13] แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[14] และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) 2) การนำกลุ่มนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้ เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน (mHealth)[15] ระบบติดตามทางไกล (Tele-monitoring) และระบบสารสนเทศผ่านเว็บ 3) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น การออกกำลังกายด้วยไม้พลองและการรำพื้นบ้านประยุกต์[16] และ 4) การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้พบผลลัพธ์เชิงประจักษ์และผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[17] นอกจากนี้ในงานวิจัยที่มีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าสามารถลดระดับความดันโลหิต (SBP/DBP) ดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับไขมันในเลือด ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ[18,19]

การสังเคราะห์ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย ประสิทธิผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน สามารถสังเคราะห์เป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1. การเพิ่มสมรรถนะและการจัดการตนเองผ่านฐานทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์

งานวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด โดยใช้ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)[12] การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการจัดการตนเอง (Self- management)[13] ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การใช้เทคนิคต่างๆมาประยุกต์ใช้ เช่น การฝึกทักษะ ,การใช้แบบอย่างที่สำเร็จ และการกระตุ้นด้วยการสื่อสารช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[14] ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การลดอุปสรรคและเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าสู่พฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง

2. การยกระดับการดูแลด้วยนวัตกรรมดิจิทัลและการติดตามทางไกล

ในยุคเปลี่ยนผ่านสู่เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้ Mobile Application และระบบ Tele-monitoring ช่วยเติมเต็มการดูแลสุขภาพแบบเดิม โดยการใช้นวัตกรรมเหล่านี้ให้ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและเป็นตัวที่คอยแจ้งเตือนการรับประทานยา การบันทึกค่าความดันโลหิตแบบ Real-time และการให้ข้อมูลสุขภาพที่สั้นกระชับเข้าถึงง่ายผลการสังเคราะห์พบว่าเทคโนโลยีช่วยลดความรู้สึกความเข้าใจไม่ตรงกันผู้ป่วยและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าการดูแลตามปกติสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว[15]

3. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกายประยุกต์ และการใช้กิจกรรมที่เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น รำไม้พลอง หรือ รำไทยทรงดำ ที่นำมาประยุกต์ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกาย[16,17] นอกจากนั้นการรวมกลุ่มช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแรงสนับสนุนจากเพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมทั้งครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดอาหารและเตือนเรื่องยา ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคไม่ได้เป็นภาระของผู้ป่วยเพียงลำพัง[18] แต่กลายเป็นวิถีปฏิบัติของครอบครัวและชุมชน ซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

4. การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และผลลัพธ์ทางคลินิกงานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เห็นผลชัดเจนเป็นรูปธรรม[19] ผลการสังเคราะห์พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าระดับความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องร่วมกับค่าดัชนีมวลกายและระดับไขมัน LDL ที่ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้

คือปัจจัยหลักในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปโปรแกรมการลดความเสี่ยงและการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองปฐมภูมิ โดยเฉพาะในด้านการปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองและโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีสุขภาพมีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่สม่ำเสมอและมีประสิทธิผลสูงในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ขณะที่โปรแกรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

บทสรุปงานวิจัย

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมเชิงบูรณาการจากงานวิจัย 25 เรื่อง พบว่ารูปแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ โดยเปลี่ยนจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ไปสู่การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์เชิงลึก โดยเฉพาะทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรค และลดตัวชี้วัดความเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษางานวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของนวัตกรรมดิจิทัล (Digital Health) และการสื่อสารทางไกล ซึ่งเข้ามามีบทบาทช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะเวลา และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องได้ อย่างไรก็ตามในบริบทของสังคมไทย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมถึงการใช้กิจกรรมทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ยังคงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยสร้างความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในชุมชนที่บูรณาการการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ากับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบริบทในเชิงปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชนควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ความรู้จากการบรรยายแบบเดิม เป็นการใช้สื่อที่มีปฏิสัมพันธ์ และเน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน
2. พยาบาลผู้ปฏิบัติในระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเปลี่ยนรูปแบบการให้คำแนะนำจากความรู้พื้นฐานเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ในชีวิตประจำวัน
3. หน่วยบริการปฐมภูมิควรสนับสนุนการนำเทคโนยีสุขภาพ (Digital Health Integration) มาใช้ในการให้ความรู้ กำกับ ติดตามผลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการผลักดันนโยบายป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นการดูแลโดยยึดชุมชนเป็นฐาน โดยการสนับสนุนงบประมาณนวัตกรรมท้องถิ่น เช่น โปรแกรมออกกำลังกายประยุกต์ร่วมกับวัฒนธรรม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการใช้โปรแกรมป้องกันเหล่านี้เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมบูรณาการที่ผสมผนานเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล (m Health/Tele-health) ร่วมกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และติดตามผลระยะยาวไม่น้อยกว่า 12 เดือน
2. ควรดำเนินการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Stroke [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 2022 Jan;17(1):18-29. doi: 10.1177/17474930211065917. Erratum in: Int J Stroke. 2022 Apr;17(4):478. doi: 10.1177/17474930221080343.
3. United Nations. World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2022.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์; 2566.
5. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet. 2016 Aug 20;388(10046):761-75. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2. Epub 2016 Jul 16.
6. Kaur R, Kaur M, Singh J. Endothelial dysfunction and inflammation in different stages of diabetes: a systemic review. Diabetes Metab Syndr. 2018;12(6):1093-102.
7. Amarenco P, Labreuche J. Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. Lancet Neurol. 2009 May;8(5):453-63. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70058-4.
8. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถิติการใช้บริการและการจ่ายชดเชยค่าบริการโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ; 2565.
10. Krishnamurthi RV, Ikeda T, Feigin VL. Global, Regional and Country-Specific Burden of Ischaemic Stroke, Intracerebral Haemorrhage and Subarachnoid Haemorrhage: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. Neuroepidemiology. 2020;54(2):171-179. doi: 10.1159/000506396.
11. สตรีรัตน์ ธาดาพิพัฒน์, นภาพร วาณิชย์กุล, กรรณิการ์ ชูเกียรติศิริ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารเกื้อการุณย์. 2560;24(1):24-38.
12. วัชระ แสนโหน่ง. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563;1(3):203-20.
13. วรารัตน์ เหล่าสูง, วรรณรัตน์ ลาวัง, พรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2562;12(4):32-45.
14. พลัฏฐ์ วัฒนา, นภาเพ็ญ จันทขัมมา, พรรณี ปานเทวัญ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันฉันชนะเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุโขทัย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2565;14(1):92-104.
15. ตฤณชาติ รัตนนาม, วราภรณ์ บุญสภา. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลองต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2560;40(4):10-21.
16. นริสา วงศ์พนากุล, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัชรา กิ่งแก้ว, รัตน์ศิริ ทาโต. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายรำไทยทรงดำประยุกต์ต่อความดันโลหิตและสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;15(1):1-14.
17. รัตนาภรณ์ อาษา, พิชสุดา เดชบุญ, ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(2):45-56.
18. พิชชานันท์ เลิศวิวัฒน์พงศ์, นันทวัน สุวรรณรูป, สุรินธร กลัมพากร. ผลของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561;32(1):115-32.
19. วรรณิศา จีนสมุทร, พรรณวดี พานิชสุข, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2560;33(1):11-22.

ปัจจัยทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ของมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด ในโรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล[*] [a], พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นการวิจัยย้อนหลังแบบ Unmatched case control study ในมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 186 ราย ที่คลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาหลังคลอดทารกน้ำหนักน้อย 62 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบหลังคลอดทารกน้ำหนักปกติ 124 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีค่า CVI เท่ากับ 1 และแบบประเมินความเครียด ST5 มีค่าสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติถดถอยโลจิสติคแบบ 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ (OR_{adj}3.76, p<0.001) ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (OR_{adj}2.98, p=0.010) และสุขภาพทารกผิดปกติ (OR_{adj}6.27, p<0.001) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้ร้อยละ 23.0 (R^2=0.230, p<0.001)

สรุป การฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ และสุขภาพทารกผิดปกติ เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้บริการฝากครรภ์ การเฝ้าระวังความผิดปกติทารกในครรภ์ และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย; มารดาหลังคลอด; หญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
[**] สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
[a] Corresponding author: สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล E-mail: soianu@kku.ac.th
รับบทความ: 7 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 22 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 23 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ส.ค. 69

Predictive Factors of Low Birth Weight Infants among Mothers with Full-Term Pregnancies at Chum Phae Hospital, Khon Kaen

Soiy Anusornteerakul[*], Pongsak Junngam[**]

Abstract

The study aimed to study the predictive factors of low birth weight (LBW) infants among mothers with full-term pregnancies at Chum Phae Hospital. The retrospective, unmatched case-control study was conducted in 186 postpartum mothers with full-term pregnancies at 48-72 hours after delivery at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province. The study group that gave birth to LBW infants consisted of 62 mothers, and 124 mothers was a comparative group who gave birth to normal weight infants. The instruments used were a general information questionnaire with a CVI value of 1 and a ST5 stress assessment with a Cronbach's alpha coefficient of 0.74. The data were analyzed using chi-square statistics and 2-group logistic regression.

The results found that the factors significantly predicted the birth of LBW infants were first antenatal care later than 12 weeks (OR_{adj}=3.76, p<0.001), pregnancy unpreparedness (OR_{adj}=2.98, p=0.010), and abnormal infant health (OR_{adj}=6.27, p<0.001), which could explain 23.0 percent of the variance in birth of LBW infants (R^2=0.230, p<0.001).

In conclusion, late first antenatal care, unprepared for pregnancy, and abnormal infant health were factors that predicted the birth of LBW infants. This research can be used as preliminary data for providing antenatal care services, monitoring for fetal abnormalities, and caring for pregnant women who are unprepared for pregnancy.

Keywords: Low birth weight infant; Postpartum mothers; Full-term pregnancies

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Rachathani University, Udon Thani Campus
[**] Obstetrician and Gynecologist, Chumphae Hospital, Khon Kaen Province
[a] Corresponding author: Soiy Anusornteerakul E-mail: soianu@kku.ac.th
Received: Mar. 7, 26; Revised: Mar. 22, 26; Accepted: Mar. 23, 26; Published Online: Aug. 7, 26

บทนำ

การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight: LBW) ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้มาก ทารก LBW มักมีพัฒนาการของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เต็มที่โดยเฉพาะปอด มีการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome: RDS) หอบเหนื่อยจนถึงหัวใจล้มเหลว บางรายมีความพิการทางสมอง (Kernicterus) ขาดเลือดไปเลี้ยงลำไส้เล็ก การดูดนมไม่ดี เกลือแร่ต่ำ จอประสาทตาผิดปกติ (Retinopathy of prematurity) อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้อวัยวะทำงานผิดปกติและอาจเสียชีวิตได้[1] ในระยะยาวส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสติปัญญา และโรคเรื้อรัง[1] ทารก LBW มักต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) และมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความทุกข์ วิตกกังวล ไม่สามารถเลี้ยงดูทารกได้ตามปกติ เกิดความเครียด[1,2] และเมื่อกลับบ้านการเลี้ยงดูทารก LBW จะยากลำบากกว่าทารกปกติ[1] ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจึงเป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารก องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (LBW) ไว้คือน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยไม่คำนึงถึงอายุตั้งครรภ์[3] ทารกที่มีน้ำหนักน้อยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติ (≥2500 กรัม) เกือบ 30 เท่า น้ำหนักแรกเกิดน้อยจึงถือเป็นตัวทำนายการเสียชีวิตของทารกที่สำคัญที่สุด[3,4] องค์การอนามัยโลก กำหนดนโยบายให้ลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิด LBW ลงร้อยละ 30 ภายในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งหมายถึงการลดจำนวนทารก LBW ลงร้อยละ 3 ต่อปี[3,4] และการที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ได้ ขั้นตอนแรกคือการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและกำหนดปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารก LBW[4] โดยมีนโยบายเน้นย้ำการดูแลในระยะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย[5]

การคลอดทารก LBW และการดำเนินงานการป้องกันการคลอดทารก LBW ในภาพรวมทุกเขตของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2566 พบอัตราร้อยละ 9.52, 9.87, 9.91 และ 9.74 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ. 2563-2567 พบอัตราทารก LBW ร้อยละ 9.81, 10.42, 9.91, 10.27 และ 10.57 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นตามลำดับและสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ และในปี พ.ศ. 2566 พบอัตราตายของทารก LBW 10.27 : 1000 ราย[6] ส่วนจังหวัดขอนแก่นซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ. 2565 พบอัตรา LBW ร้อยละ 12.99 ซึ่งสูงเกินเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 7 และกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมายอัตราการคลอดทารก LBW ไม่เกินร้อยละ 7[6] และมีอัตราสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563-2566 พบอัตราทารก LBW ร้อยละ 8.18, 8.31, 9.79 และ 9.28 ตามลำดับ[7] ที่ยังสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 7 และกระทรวงสาธารณสุข[6]

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารก LBW ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำที่สำคัญคือ การคลอดก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ และมีปัจจัยบางอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของการคลอดทารก LBW ได้แก่ มารดาวัยรุ่น มารดาอายุมาก ทุพโภชนาการ โลหิตจาง[4,5,8] การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์ ติดยาเสพติด[1] มีประวัติคลอดทารก LBW มาก่อน ความรุนแรงขณะตั้งครรภ์[8] ลักษณะการทำงาน ความผิดปกติของทารกในครรภ์ และลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานะของครอบครัวและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์[8] ความยากจน[4] การศึกษาของมารดา[1,2,8] ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (pre-BMI) น้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์[2,4,5] น้ำเดินก่อนกำหนด ฝากครรภ์ไม่ครบ

ตามเกณฑ์คุณภาพ ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า[2,4] อาชีพ จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีประวัติบาดเจ็บทางร่างกายขณะตั้งครรภ์[1,2,4] คลอดบุตรหลายครั้ง[2] โรคติดเชื้อ มดลูกและรกผิดปกติ เนื้องอกที่มดลูก[8] และทารกเพศหญิง[2]

จะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดทารก LBW ที่ผ่านมามีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด ปัจจัยด้านทารก ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์ทีละปัจจัยและยังขาดการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว ความเครียด ซึ่งมีผลต่อการหดรัดตัวผิดปกติของมดลูก ทำให้เลือดไปยังมดลูกและรกน้อยลง ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนน้อย ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า และทารกแรกเกิด LBW[9] นอกจากนั้น ปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างอาจสามารถร่วมทำนายภาวะ LBW ได้แม่นยำขึ้น ทางการแพทย์จึงมีความพยายามในการนำ Risk scoring system มาใช้ โดยนำปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มาให้คะแนน เพื่อใช้ทำนายการคลอดทารก LBW แต่พบว่ายังไม่มี Risk scoring system ใดที่มีประสิทธิภาพดีในการทำนายการคลอดทารก LBW โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ครบกำหนดได้ จึงไม่เป็นที่นิยมใช้[10] อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ทำให้เกิดทารก LBW ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ครบกำหนดยังคงเป็นที่ถกเถียงกัน การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญต่อการลดจำนวนทารก LBW[4] การศึกษาที่ผ่านมาดำเนินการในแต่ละพื้นที่เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของ LBW เพื่อใช้ประโยชน์ในแต่ละพื้นที่ อาจไม่สามารถทำนาย LBW ในพื้นที่อื่น ๆ ได้[11]

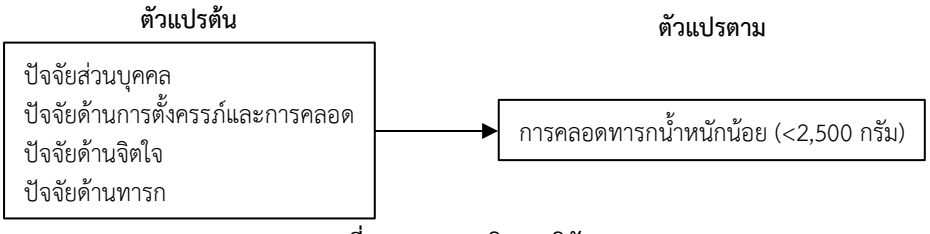
จากสถานการณ์ความชุกของทารก LBW ในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่นที่สูงขึ้นตามลำดับ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดทารก LBW ของมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดในโรงพยาบาลชุมแพ ที่มีนโยบายป้องกันการคลอดทารก LBW และการเตรียมความพร้อมของระบบบริการให้เป็นรูปธรรม การศึกษาปัจจัยทำนายทารก LBW จากการทบทวนวรรณกรรม และครอบคลุมถึงปัจจัยทางด้านจิตใจร่วมด้วยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในพื้นที่โรงพยาบาลชุมแพ และเป็นแนวทางในการจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันการคลอดทารก LBW ของโรงพยาบาล และเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดทารก Low Birth Weight ของมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนดในโรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาแบบ Unmatched case control study เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากผลการคลอดทารก LBW ไปหาปัจจัยเสี่ยงจากการทบทวนวรรณกรรม[1,2,4,5,8] ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านทารก โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบคือการคลอดทารกน้ำหนักปกติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยย้อนหลังแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Case-control study) แบบ Unmatched case-control เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด 48-72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่แผนกผู้ป่วยในสูตินรีเวช โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด ที่คลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ทุกราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power3.1.9.7 ใน Test family เลือก Z-test สถิติทดสอบเลือก Logistic regression อำนาจการวิเคราะห์เลือก A Priori: Compute required sample size, given alpha, power and effect size พารามิเตอร์ที่เลือก Two tails, Odds ratio ใช้จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิด LBW พบว่าประวัติการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดทารก LBW (OR=8.07)[2] สมมติฐานทางเลือกกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ค่า R^2 ใช้จากการศึกษางานวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.20[12] Distribution เลือก Binomial ได้จำนวนกลุ่มศึกษาที่เป็นมารดาคลอดทารก LBW 62 ราย ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเปรียบเทียบเป็นมารดาคลอดทารกน้ำหนักปกติแบบ Unmatched case-control จำนวน 124 รายเป็น 2 เท่าของกลุ่มศึกษา (2:1)[13] รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 186 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด ($37\text{-}41^{+6/7}$ สัปดาห์) ที่คลอดในโรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าใจภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ อยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาด้วย (สมุดสีชมพู) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ คลอดก่อนกำหนด ($24\text{-}36^{+6/7}$ สัปดาห์) ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เป็นโรคซึมเศร้าที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา มีปัญหาสายตาและการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเครียด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลด้านอายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ pre-BMI อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 3) ข้อมูลด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดขณะตั้งครรภ์ ความรุนแรงในครอบครัว และ 4) ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ เพศ สุขภาพทารก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ST5 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[14] ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ประเมินย้อนหลัง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาด้วยตนเอง มีคำถาม 5 ข้อ มีมาตร

ประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0-3 คือ แทบไม่มีอาการ (0 คะแนน) มีอาการบางครั้ง (1 คแนน) มีอาการบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และมีอาการประจำ (3 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ เครียดน้อย/ไม่มีอาการ 0-4 คะแนน เครียดปานกลาง 5-7 คะแนน และเครียดสูง 8-15 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ไม่มีความเครียด 0-4 คะแนน และมีความเครียด 5-15 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ส่วนแบบประเมิน ST5 เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำไปหาความเชื่อมั่นอีกครั้งในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมแพ และได้รับการรับรองลำดับที่ 2/2566 เลขที่ HE 661002 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและให้ความมั่นใจว่าหากผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ จะไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและทำลายข้อมูลทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาและทางวิชาการเท่านั้น ในกรณีที่มารดาหลังคลอดมีอายุน้อยกว่า 18 ปี จะได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจสอบแฟ้มประวัติทางการแพทย์ (Medical chart) ของมารดาหลังคลอดทุกคนที่อยู่ในช่วงหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ และการคลอดจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)[14] และ Medical chart ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน ST5 มารดาหลังคลอดเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไปพร้อมกันตามเกณฑ์คุณสมบัติจนครบตามจำนวนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ด้วยสถิติวิเคราะห์เชิงเดี่ยวทีละตัวแปร (Univariate analysis) โดยกำหนดตัวแปรเป็น 2 กลุ่มทั้งตัวแปรตามและตัวแปรต้นด้วยสถิติไคสแควร์
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติคแบบสองกลุ่ม (Binary logistic regression) ด้วยวิธี Forward method กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีตัวแปรตาม คือ การคลอดทารก LBW โดยกำหนดตัวแปรทุกตัวเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) คือ การคลอดทารก LBW=1 การคลอดทารกน้ำหนักปกติ=0 ส่วนตัวแปรต้นกำหนดเป็นตัวแปรหุ่น เช่นเดียวกัน โดยกำหนดมีปัจจัยเสี่ยง =1 ไม่มีปัจจัยเสี่ยง=0

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษามีอายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 12.9 อายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 24.2 pre-BMI <18.5 กก/ม^2 ร้อยละ 24.2 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ <40 กิโลกรัมร้อยละ 6.5 อาชีพใช้แรงงานร้อยละ 54.8 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายร้อยละ 25.8 แยกกันอยู่หรือหย่าร้างร้อยละ 12.9 เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 50.0 ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบต่างคนต่างอยู่หรือมีการทะเลาะกันร้อยละ 19.4 รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 56.5 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก >12 สัปดาห์ร้อยละ 67.7 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 72.6 จำนวนการตั้งครรภ์ 3-4 ครั้งร้อยละ 37.1 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 6.5 เคยผ่านการแท้งร้อยละ 30.6 เคยคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 37.1 ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ร้อยละ 19.4 มีความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 12.9 มีความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 12.9 ทารกเพศชายร้อยละ 45.2 สุขภาพทารกผิดปกติร้อยละ 30.6 (ตารางที่ 1)

กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 9.7 อายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 21.0 pre-BMI <18.5 กก/ม^2 ร้อยละ 9.7 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ <40 กิโลกรัมร้อยละ 2.4 อาชีพใช้แรงงานร้อยละ 61.3 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายร้อยละ 36.5 แยกกันอยู่หรือหย่าร้างร้อยละ 10.5 เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 47.6 ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบต่างคนต่างอยู่หรือมีการทะเลาะกันร้อยละ 12.9 รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 60.5 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก >12 สัปดาห์ร้อยละ 59.7 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 67.7 จำนวนการตั้งครรภ์ 3-4 ครั้งร้อยละ 29.0 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 12.1 เคยผ่านการแท้งร้อยละ 13.7 เคยคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 18.5 ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ร้อยละ 33.9 มีความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 16.9 มีความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 15.3 ทารกเพศชายร้อยละ 49.2 สุขภาพทารกผิดปกติร้อยละ 10.5 (ตารางที่ 1)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการคลอดทารก LBW

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการคลอดทารก LBW พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารก LBW อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ pre-BMI (OR=2.98, p=0.006) ปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด คือ การฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (OR=3.11, p<0.001) มีประวัติการแท้ง (OR=27.8, p=0.006) มีประวัติคลอดก่อนกำหนด (OR=2.59, p=0.006) และไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ (OR=2.13, p=0.040) ปัจจัยด้านทารก คือ สุขภาพทารกแรกเกิดผิดปกติ (OR=3.77, p<0.001) ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารก LBW (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการคลอดทารก LBW ของมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด โรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (n=186)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=62)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=124)	การวิเคราะห์ทีละตัวแปร	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล				
อายุน้อย				
< 20 ปี	8 (12.9)	12 (9.7)	0.72 (0.28-1.87)	
≥ 20 ปี	54 (87.1)	112 (90.3)	1	0.616
อายุมาก				
< 35 ปี	47 (75.8)	98 79.0)	1	
≥ 35 ปี	15 (24.2)	26 (21.0)	0.83 (0.40-1.71)	0.617
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (pre-BMI)				
≥ 18.5 กก/ม^2	47 (75.8)	112 (90.3)	1	
< 18.5 กก/ม^2	15 (24.2)	12 (9.7)	2.98 (1.30-6.85)	0.006**
น้ำหนักตัว				
< 40 กก	4 (6.5)	3 (2.4)	0.36 (0.08-1.66)	
≥ 40 กก	58 (93.5)	121(97.6)	1	0.173
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน/ไม่ได้ใช้แรงงาน	28 (45.2)	48 (38.7)	1	
อาชีพที่ใช้แรงงาน	34 (54.8)	76 (61.3)	1.30 (0.70-2.42)	0.339
การศึกษา				
มัธยมปลายขึ้นไป	46 (74.2)	79 (63.5)	1	
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	16 (25.8)	45 (36.5)	0.61 (0.31-1.20)	0.151
สถานภาพสมรส				
คู่อยู่กับสามี	54 (87.1)	111 (89.5)	1	
แยกกันอยู่/หย่า	8 (12.9)	13 (10.5)	0.79 (0.31-2.02)	0.623
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวขยาย	31 (50.0)	65 (52.4)	1	
ครอบครัวเดี่ยว	31 (50.0)	59 (47.6)	0.91 (0.49-1.67)	0.756
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
รักใคร่กันดี	50 (80.6)	108 (87.1)	1	
ทะเลาะกัน ต่างคนต่างอยู่	12 (19.4)	16 (12.9)	0.62 (0.27-1.40)	0.246

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการคลอดทารก LBW ของมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด โรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (n=186)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=62)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=124)	การวิเคราะห์ทีละตัวแปร	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและมีเก็บ	27 (43.5)	49 (39.5)	1	
เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ	35 (56.5)	75 (60.5)	1.18 (0.64-2.19)	0.598
ปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด				
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก				
<12 สัปดาห์	20 (32.3)	50 (40.3)	1	
≥12 สัปดาห์	42 (67.7)	74 (59.7)	3.11 (1.63-5.91)	<0.001***
ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ (≥8 ครั้ง)				
ครบตามเกณฑ์	17 (27.4)	40 (32.3)	1	
ไม่ครบตามเกณฑ์	45 (72.6)	84 (67.7)	1.62 (0.86-3.03)	0.131
จำนวนการตั้งครรภ์				
1-2 ครั้ง	39 (62.9)	88 (71.0)	1	
3-4 ครั้ง	23 (37.1)	36 (29.0)	0.69 (0.36-1.32)	0.265
ภาะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์				
ไม่มี	58 (93.5)	109 (87.9)	1	
มี	4 (6.5)	15 (12.1)	0.50 (0.16-1.58)	0.231
ประวัติการแท้ง				
ไม่มี	43 (69.4)	107 (86.3)	1	
มี	19 (30.6)	17 (13.7)	2.78 (1.32-5.85)	0.006**
ประวัติการคลอดก่อนกำหนด				
ไม่มี	39 (62.9)	101 (81.5)	1	
มี	23 (37.1)	23 (18.5)	2.59 (1.3-5.14)	0.006**
ความพร้อมในการตั้งครรภ์				
ไม่มีความพร้อม	12 (19.4)	42 (33.9)	2.13 (1.03-4.44)	0.040*
มีความพร้อม	50 (80.6)	82 (66.1)	1	
ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์				
ไม่มี	54 (87.1)	103 (83.1)	1	
มี	8 (12.9)	21 (16.9)	0.73 (0.57-3.31)	0.475

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการคลอดทารก LBW ของมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด โรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (n=186)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=62)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=124)	การวิเคราะห์ทีละตัวแปร	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
ความรุนแรงในครอบครัว				
ไม่มีความรุนแรง	54 (87.1)	105 (84.7)	1	
ถูกกระทำความรุนแรง	8 (12.9)	19 (15.3)	1.22 (0.50-2.97)	0.659
ปัจจัยด้านทารก				
เพศทารก				
ชาย	28 (45.2)	61 (49.2)	1	
หญิง	34 (54.8)	63 (50.8)	0.85 (0.46-1.57)	0.641
สุขภาพทารก				
ปกติ	43 (69.4)	111 (89.5)	1	
ผิดปกติ	19 (30.6)	13 (10.5)	3.77 (1.71-8.30)	<0.001***

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01; ***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติคแบบสองกลุ่ม (Binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายการคลอดทารก LBW ผู้วิจัยพิจารณาจากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารก LBW ที่มีค่า p<0.05 มีทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ pre-BMI การฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ความพร้อมในการตั้งครรภ์ และสุขภาพทารก (ตารางที่ 1) นำเข้าวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติคพบว่ามี 3 ปัจจัยที่ร่วมทำนายการคลอดทารก LBW ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า (OR_{adj}3.76, p<0.001) ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (OR_{adj}2.98, p=0.010) และสุขภาพทารกผิดปกติ (OR_{adj}6.27, p<0.001) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคลอดทารก LBW ได้ร้อยละ 23.0 (R^2 0.230, p<0.001) ปัจจัยที่สามารถทำนายการคลอดทารก LBW ได้มากที่สุดคือ สุขภาพทารกผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารก LBW 6.27 เท่าของทารกสุขภาพปกติ (ตาราง 2)

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติคปัจจัยทำนายการคลอดทารก LBW ของมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด ในโรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น

ปัจจัยทำนาย	B	SE	X^2 test	p-value	OR_{adj}	95% CI
ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์	1.324	0.358	13.660	<0.001	3.76	1.86-7.60
ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์	1.093	0.424	6.634	0.010	2.98	1.30-6.85
สุขภาพทารกผิดปกติ	1.835	0.468	15.357	<0.001	6.27	2.50-15.69
ค่าคงที่ (constant)	-1.679	0.504	11.116	<0.001	0.186	

Nagelkerke R^2 0.230, p<0.001

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการคลอดทารก LBW ของมารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด มี 3 ปัจจัย คือ ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ และสุขภาพทารกผิดปกติ อธิบายได้ ดังนี้

การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (OR_{adj}3.76, p<0.001) ถือเป็นการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน มารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารก LBW 3.76 เท่าของการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีความสำคัญ เพราะเป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงของมารดาด้านร่างกายและจิตใจที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้เร็ว การฝากครรภ์เร็วและต่อเนื่องจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับทารกในครรภ์ เพราะหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงและได้รับการดูแลตามระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ในแต่ละครั้งของการนัดตรวจจะกำหนดบริการพื้นฐานที่จำเป็น มีการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ให้คำแนะนำ และเฝ้าระวังปัญหาระหว่างตั้งครรภ์ ติดตามน้ำหนักของมารดาที่ควรจะเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด การฝากครรภ์เร็วในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การเสริมธาตุเหล็ก โฟเลต และการป้องกันภาวะโลหิตจาง หากหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้า การดูแลด้านโภชนาการอาจเริ่มช้า ทำให้ทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้การเจริญเติบโตในครรภ์ลดลงและเพิ่มโอกาสเกิด LBW ได้[15] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 10 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย[16] และการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 พบว่าการฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับการคลอดทารก LBW[2]

ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (OR_{adj}2.98, p=0.010) มารดาที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารก LBW 2.98 เท่าของมารดาที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ มารดาที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มักเริ่มฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่งผลให้การประเมินสุขภาพและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ช้า ทำให้การตั้งครรภ์ไม่มีคุณภาพ[15] ขาดการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ ไม่ได้รับวิตามินเสริมก่อนคลอด (Prenatal vitamins) สูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ทารกได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตช้าในครรภ์และเพิ่มความเสี่ยงต่อ LBW ได้[15] สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศบังกลาเทศ พบว่ามารดาที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาที่ตั้งใจตั้งครรภ์ถึง 3.18 เท่า [17] นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้นประมาณ 1.36 เมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ที่ตั้งใจ[18]

สุขภาพทารก (OR_{adj}6.27, p<0.001) พบว่ามารดาที่มีทารกในครรภ์ผิดปกติมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารก LBW 6.27 เท่า ของมารดาที่มีทารกในครรภ์ปกติ ความผิดปกติของทารกในครรภ์หลายชนิดมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตของทารก เช่น ความผิดปกติของโครโมโซม ความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด หรือความผิดปกติของระบบประสาทและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาจทำให้การพัฒนาของอวัยวะและ

การเผาผลาญพลังงานของทารกผิดปกติ ส่งผลให้การเจริญเติบโตในครรภ์ลดลงและเกิดภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age/SGA) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด LBW รวมถึงทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดมักสัมพันธ์กับความผิดปกติของรกหรือการไหลเวียนเลือดระหว่างมารดาและทารก เช่น ภาวะรกทำงานไม่สมบูรณ์ (placental insufficiency) ส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ จึงเกิดการเจริญเติบโตช้าในครรภ์และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย[19] นอกจากนั้น ความผิดปกติของทารกในครรภ์บางชนิดอาจส่งผลต่อการกลืนหรือการเคลื่อนไหวของทารก เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อ ทำให้การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ลดลง รวมทั้งอาจสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมหรือความผิดปกติของการสร้างเนื้อเยื่อและอวัยวะ ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มน้ำหนักของทารกในครรภ์[19] สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่าความพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อย ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกน้ำหนักน้อยและการเจริญเติบโตช้าในครรภ์สูงกว่าทารกปกติอย่างมีนัยสำคัญ[20]

สรุป

ปัจจัยที่สามารถทำนายการคลอดทารก LBW ได้แก่ สุขภาพทารกผิดปกติ การฝากครรภ์ครั้งแรกช้าและไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ส่วน pre-BMI ประวัติการแท้ง และประวัติคลอดก่อนกำหนด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารก LBW แม้จะไม่สามารถเข้าร่วมทำนายการคลอดทารก LBW ดังนั้น การป้องกันการคลอดทารก LBW จึงควรเริ่มตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรกด้วยการซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ครอบคลุมทั้ง 6 ปัจจัย ประเมินความพร้อมในการตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์และการประเมินความผิดปกติของทารกในครรภ์ เพื่อเฝ้าระวังและให้คำปรึกษาตามปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของมารดาแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตั้งแต่รับรู้ว่าตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อจะได้คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดทารก LBW และให้การป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
2. ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อคลอดทารก LBW ควรติดตามและวางแผนดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดโอกาสการคลอดทารก LBW และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า และไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการคลอดทารก LBW เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอบคุณหัวหน้าแผนกผู้ป่วยสูตินรีเวชที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุภัทรวดี ภูมิพื้น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลบึงกาฬ. รายงานวิจัย. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2565 .
2. ระจิตร ชาครียวณิชย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563;34(3):1-17.
3. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. Khazaei Z, Bagheri MM, Goodarzi E, Moayed L, Abadi NE, Bechashk SM, Mohseni S, Safizadeh M, Behseresht M, Naghibzadeh-Tahami A. Risk Factors Associated with Low Birth Weight Among Infants: A Nested Case-Control Study in Southeastern Iran. Int J Prev Med. 2021 Nov 30;12:159. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_300_20.
5. Seid S, Wondafrash B, Gali N, Ali A, Mohammed B, Kedir S. Determinants of low birth weight among newborns delivered in Silte Zone Public Health Facilities, Southern Ethiopia: a case-control study. Res Rep Neonatol 2022;12:19-29.
6. งานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยระดับเขตสุขภาพ. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 2558 พฤษภาคม 29]. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr/index?year=2022
7. ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมแพ. ทะเบียนการคลอดปี พ.ศ. 2563-2566. โรงพยาบาลชุมแพ: ขอนแก่น; 2567.
8. Ratnam S. Maternal risk factors associated with term low birth weight infants: a case-control study. Ann Community Med Public Health 2021;1(1): Article 1003.
9. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alder KR., Olshansky EF. Maternity & Women's Health Care. 12th ed. St. Louis: Missouri; 2020.
10. ราชวิทยาลัยสตูนรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศ ไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2567.
11. Shaheen R, Roy M, Anny A, Shova NY, Hema T. Prevalence of low birth weight in urban Dhaka and its association with maternal age and socioeconomic status. Dr. Sulaiman Al Habib Medical J 2020;2(4):162–67. doi.org/10.2991/dsahmj.k.200905.001
12. Polit DF, Hungler PB. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 1999.
13. Schlesselman JJ. Case control studies: design, control, analysis. New York: Oxford University; 1982.

14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
15. Nagatani S, Horiuchi S, Takahashi K, Matsuura M, Ounchit K, Yamaoka K. Risk of low birthweight associated with the timing and frequency of antenatal care visits in Lao PDR: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Feb 17;23(1):119. doi: 10.1186/s12884-023-05442-7.
16. Puthussery S, Tseng P, Li L. Risk of low birthweight and late antenatal care initiation in an ethnically diverse maternal cohort. Eur J Public Health. 2023 Oct 24;33(Suppl 2):ckad160.934. doi: 10.1093/eurpub/ckad160.934.
17. Rahman M, Nasrin SO, Rahman M, Rahman A, Mostofa G, Jesmin SS, Buchanan F. Maternal pregnancy intention and its association with low birthweight and pregnancy complications in Bangladesh: findings from a hospital-based study. Int Health. 2019 Nov 13;11(6):447-454. doi: 10.1093/inthealth/ihz010.
18. Hall JA, Benton L, Copas A, Stephenson J. Pregnancy Intention and Pregnancy Outcome: Systematic Review and Meta-Analysis. Matern Child Health J. 2017 Mar;21(3):670-704. doi: 10.1007/s10995-016-2237-0.
19. World Health Organization. Congenital anomalies**.** Geneva: WHO; 2023.
20. Adam H, Ghenimi N, Minsart AF, Narchi H, Al Awar S, Al Hajeri OM, Elbarazi I, Al-Rifai RH, Ahmed LA. Impact of major congenital anomalies on preterm birth and low birth weight. Sci Rep. 2025 Jul 10;15(1):24872. doi: 10.1038/s41598-025-10020-2.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

ไพลิน อำไพ[*a], จีระเดช อินทเจริญศานต์[**], สุจิตรา ทรงยินดี[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 187 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 121 คน ร้อยละ 64.7 และเป็นเพศชาย 66 คน ร้อยละ 35.3 มีอายุ 46 ปีขึ้นไป 78 คน ร้อยละ 41.7 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเหมาะสม 162 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 ไม่เหมาะสม 25 คน ร้อยละ 13.4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่เหมาะสม 141 คน ร้อยละ 75.4 พฤติกรรมเหมาะสม 46 คน ร้อยละ 24.6

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน คณะ และตำแหน่งทางวิชาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว โดยมีการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ; การดูแลสุขภาพตนเอง; บุคลากร; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

[*] อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
[a] Corresponding author: ไพลิน อำไพ Email: pailin@srru.ac.th
รับบทความ: 27 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 20 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 23 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 24 พ.ค. 69

Factors Associated with Self-Care Behavior among Personnel at an Institution in Surin Province

Phailin Amphai[*], Jeeradach Intajarurnsan[**], Sujittar Songyindee[**]

Abstract

This descriptive research aimed to examine factors associated with self-care health behaviors among personnel at a higher education institution in Surin province. Samples consisted of 187 participants. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations. Inferential statistics used to analyze factors related to self-care health behaviors was chi-square tests.

Results showed that the samples comprised of 121 females (64.7%) and 66 males (35.3%), with 78 individuals (41.7%) aged 46 years and older. Among the total samples, 162 individuals (86.6%) demonstrated appropriate level of health literacy, while 25 individuals (13.4%) had inappropriate level of health literacy. Concerning self-care health behaviors, 141 individuals (75.4%) exhibited inappropriate health behaviors, while 46 individuals (24.6%) demonstrated appropriate health behaviors.

In investigating factors associated with self-care behaviors among personnel in a higher education institution in Surin province, there was a significant association between gender and self-care behaviors ($p<0.05$). In the contrary, age, marital status, educational level, monthly income, faculty, and academic positions showed no significant association with self-care behaviors. This study provides valuable insights for developing interventions aimed at reducing risk behaviors and preventing diseases in the long-term diseases, thereby promoting appropriate self-care health behaviors.

Keywords: Health behaviors; Self-care; Personnel; Related factors

[*] Lecturer, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University
[**] Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University
[a] Corresponding author: Phailin Amphai Email: pailin@srru.ac.th
Received: Feb. 27, 26; Revised: Mar. 20, 26; Accepted: Mar. 23, 26; Published Online: May 24, 26

บทนำ

การมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ของประชากรวัยทำงาน ย่อมทำให้การพัฒนาประเทศมีความมั่นคง ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรหลักในการสร้างผลผลิต และต้องดูแลกลุ่มประชากรวัยอื่น ๆ ของประเทศ การมีสุขภาพดีจึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ให้มีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ[1] ดังนั้นสถานะสุขภาพของประชากรวัยทำงานสามารถบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจข้อมูลภาวะการทำงานของประชากร ในช่วงไตรมาสที่ 1 ปี พ.ศ. 2568 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานหรือผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 59.36 ล้านคน เป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงาน 40.09 ล้านคน (ร้อยละ 67.53) และเป็นผู้อยู่นอกกำลังแรงงาน 19.28 ล้านคน (ร้อยละ 32.47) โดยผู้อยู่ ในกำลังแรงงาน 40.09 ล้านคน ประกอบด้วยผู้มีงานทำ 39.38 ล้านคน (ร้อยละ 98.25) และผู้ว่างงาน 0.36 ล้านคน[2]

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะในความเป็นจริงการดูแลรักษาความเจ็บป่วยหรือดูแลสุขภาพให้แข็งแรงขึ้นอยู่กับตัวประชาชนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น การจะพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลหรือประชาชนให้ประสบผลสำเร็จ จะต้องส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ[3] และในการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมของบุคคลมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจึงมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับบุคคล ตลอดระยะของภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย[4] ในปัจจุบันพบว่า ปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพในระดับบุคคล และมีผลต่อประสิทธิภาพของการทำงาน คือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-communicable diseases (NCDs) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอน ความเครียด หรือแม้กระทั่งสุขภาพช่องปาก โดยสาเหตุเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มวัยทำงานมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรุนแรงขึ้น โดยอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก 481.4, 541.0 และ 579.8 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ 1,102.4, 1,113.9 และ 1,189.34 ต่อแสนประชากร จากปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 ตามลำดับ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมตามความเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอน การดูแลสุขภาพช่องปาก และความเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ[5]

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ทำผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากสถานศึกษาแห่งนี้มีบุคลากร ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งที่ทำงานและการดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงอาจก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งถ้าภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลกระทบทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ นอกจากนั้นด้วยเวลาที่จำกัดในแต่ละวันหรือเนื่องจากความเหน็ดเหนื่อยในภาระกิจการงาน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อคลายความเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในสภาวะ

ปัจจุบัน โดยการแก้ปัญหาสาธารณสุขและการพัฒนาสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องใช้กระบวนการทางสุขศึกษาอันเป็นกระบวนการทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ[6] จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ ให้มีพฤติกรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีสุขภาพที่ดีต่อไปเพราะคนที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีจะมีแนวโน้มในการเจ็บป่วยลดลงซึ่งสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงจะมีพลังในการใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

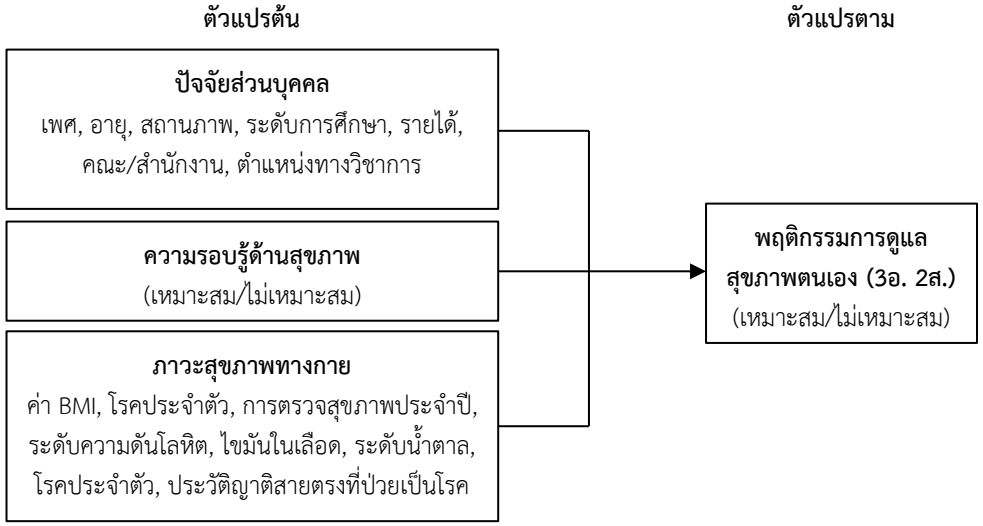
1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์
2. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์
3. ศึกษาภาวะสุขภาพทางกายของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์
4. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
3. ภาวะสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ แสดงกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2568 โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 350 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 187 คนซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยด้วยการใช้สูตรของ Taro Yamane[7] กำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ ยินยอมให้ข้อมูลและสามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ขอถอนตัวจากโครงการวิจัย และมีโรคประจำตัวที่รุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนวัยทำงานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.74 และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพก่อนนำไปใช้ในการศึกษา

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ผู้วิจัยชี้แจงการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กรณีพบแบบสอบไม่สมบูรณ์ให้ตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม จำนวน 187 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ คณะ/สำนักงาน ตำแหน่งทางวิชาการจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ค่า BMI โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี ความดันโลหิต ไขมันในเลือด ระดับน้ำตาล โรคประจำตัว ประวัติญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรค จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นคำถามแบบถูกผิด จำนวน 16 ข้อ[8] โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 20 ข้อ ตามหลัก 3 อ. 2 ส [8]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการหา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ หนังสือเลขที่ใบรับรอง HE 672065 วันที่ 6 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ในการถอนตัวจากโครงการ การรักษาความลับของข้อมูลในการนำเสนอผลวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.7 และเพศชาย ร้อยละ 35.3 ส่วนใหญ่อายุ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.7 รองลงมาอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 31.6 และ 41-45 ปี ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.4 รองลงมามีสถานภาพโสด ร้อยละ 39.6 และอื่น ๆ ร้อยละ 1.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 66.8 รองลงมาคือปริญญาเอก ร้อยละ 33.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 40,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 78.6 รองลงมามีรายได้ 30,001-40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 15.0 และน้อยกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 6.4 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 25.7 รองลงมาคือคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 21.5 และคณะวิทยาการจัดการ ร้อยละ 15.5 ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์ ร้อยละ 64.7 รองลงมาคือผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยละ35.7 เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ น้ำหนักส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 45.1 รองลงมาคือท้วมและโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 20.1 และ โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 7.6 ส่วนใหญ่เส้นรอบเอวปกติ ร้อยละ 65.2 รองลงมาอ้วนลงพุง ร้อยละ 34.8 ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพ ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 17.6 และ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10.2 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูง ร้อยละ 45.9 รองลงมามีระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 42.9 และมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่ไขมันในเลือดปกติ ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือไม่ทราบระดับไขมันในเลือด ร้อยละ 24.6 และระดับไขมันในเลือดปานกลาง ร้อยละ3.7 ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 74.3 รองลงมา ไม่ทราบระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 21.4 และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 3.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.2 รองลงมา มีโรคประจำตัว ร้อยละ 19.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (n=187)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหมาะสม (10-13 คะแนน)	162	86.6
ไม่เหมาะสม (<10 คะแนน)	25	13.4
		$\bar{x}$=15.18, SD=1.40, Min=9, Max=16

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับเหมาะสมจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 รองลงมาไม่เหมาะสม จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (n=187)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหมาะสม (60-79 คะแนน)	46	24.6
ไม่เหมาะสม (<60 คะแนน)	141	75.4
		$\bar{x}$=54.82, SD=0.40, Min=57, Max=91

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีไม่เหมาะสม จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4 รองลงมาเหมาะสม จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์		χ^2	p-value
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
เพศ			0.08	0.05
ชาย	42 (63.6)	24 (36.4)		
หญิง	99 (81.8)	22 (18.2)		
อายุ (ปี)			0.91	0.86
น้อยกว่า 40	40 (67.8)	19 (32.2)		
41-45	36 (72.0)	14 (28.0)		
46 ขึ้นไป	65 (83.3)	13 (16.7)		
สถานภาพ			0.55	0.58
โสด/หย่าร้าง	54 (73.0)	20 (27.0)		
สมรส	86 (77.5)	25 (22.5)		
ระดับการศึกษา			0.65	0.72
ปริญญาโท	93 (74.4)	32 (25.6)		
ปริญญาเอก	48 (77.4)	14 (22.6)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.30	0.30
น้อยกว่า 30,000	7 (58.3	5 (41.7)		
30,001-40,000	23 (85.2)	4 (14.8)		
40,001 ขึ้นไป	110 (74.8)	37 (25.2)		

ตารางที่ 3 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์		χ^2	p-value
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
คณะ			0.12	0.18
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	39 (83.0)	8 (17.0)		
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	37 (77.1)	11 (22.9)		
คณะครุศาสตร์	14 (51.9)	13 (48.1)		
คณะวิทยาการจัดการ	23 (79.3)	6 (20.7)		
คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	22 (88.0)	3 (12.0)		
คณะเกษตรและอุตสาหกรรมเกษตร	6 (54.5)	5 (45.5)		
ตำแหน่งทางวิชาการ			0.93	0.54
อาจารย์	91 (75.2)	30 (24.8)		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	50 (75.8)	16 (24.2)		

จากตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และคณะ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		χ^2	p-value
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
ไม่เหมาะสม	2	1	0.31	0.49
เหมาะสม	147	37		

จากตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อธิบายได้ว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ คือ เพศ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทีนุชา ทันวงศ์[9] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจเป็นเพราะว่า บทบาททางสังคมความตระหนักในด้านสุขภาพ รวมทั้งประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันออกไป ทำให้เพศมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน คณะ และตำแหน่งทางวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌามิศญา ตรีวัย[10] ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานะภาพ ตำแหน่ง จำนวนสมาชิกในครอบครัวรายได้ต่อเดือน ความสามารถในการซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา มีรายได้มากหรือรายได้น้อยแต่ละบุคคลอาจมีอุปนิสัย ทัศนคติ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันออกไป และปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลมากกว่าระดับรายได้ อาจเป็นเพราะความรู้และทัศนคติด้านสุขภาพของแต่ละคนไม่เท่ากันและสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน และความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ แต่ละบุคคลสามารถเลือกวิธีและระดับการดูแลสุขภาพได้ตามความสนใจ ความเชื่อรวมทั้งประสบการณ์ส่วนตัวอีกด้วย

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจำนวน 162 คน (ร้อยละ 86.6) รองลงมามีความรอบรู้ในระดับที่ไม่เหมาะสม จำนวน 25 คน (ร้อยละ 13.4) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุคนธ์ธิกา นพเก้า และคณะ[11] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิถีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพในระดับมาก ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี จะทำให้มีแนวโน้ม ในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวที่ดีด้วย เพราะความรู้เป็นปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้น ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่ไม่เหมาะสม จำนวน 141 คน (ร้อยละ 75.4) รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเหมาะสม จำนวน 46 คน (ร้อยละ 24.6) ซึ่งไม่สอดคล้องกับพฤกษา มะหลัด และคณะ[12] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.50 อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่มีไม่เหมาะสม อาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมบางอย่างที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานไม่สมดุล การละเลยการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ความวิตกกังวล การทำงานหนักหรือมีภาระหลายด้านอาจทำให้บุคลากรละเลยการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรมีความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับเหมาะสม แต่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่มีไม่เหมาะสม อาจเกิดจากความรู้ ความเข้าใจ หรือทัศนคติที่ไม่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสภาพแวดล้อม ครอบครัว เพื่อน และสังคม ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และเวลา ส่งผลให้ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีประโยชน์ หรือดูแลสุขภาพตนเองได้เต็มที่ ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น และข้อมูลจากงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในแนวทางในการออกแบบกิจกรรมช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว โดยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม

ขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถทราบถึงปัญหาเชิงลึกในการดูแลสุขภาพตนเองของในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. กองเศรษฐกิจการแรงงาน. สถานการณ์ด้านแรงงานไตรมาส 1/2568 (มกราคม-มีนาคม 2568) [อินเตอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 6]. เข้าถึงได้จาก: https://warning.mol.go.th/uploadFile/pdf/pdf-2025-06-19-1750302214.pdf
3. ทัศนา บุญทอง. แนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน. สารสภาการพยาบาล. กรุงเทพฯ: กรุงสยามการพิมพ์; 2534.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ประจำปีงบประมาณ 2568 [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มกราคม 29]. เข้าถึงได้จาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568S/IDC37/OPDC2568_IDC3-7_06.pdf
5. กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล. เอกสารการสอนชุดวิชามโนมติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2536.

6. สุดกัญญา พัทวี. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์. นครสวรรค์: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
7. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMSO. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี; 2549.
8. อังศินันท์ อินทรกำแหง. การพัฒนาเครื่องมือและแนวทางการประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี และพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มนักเรียนอายุ 7-14 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
9. ทีนุชา ทันวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2565;5(2):28-43.
10. ณามิศญา ตรีวัย. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 29]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc11.anamai.moph.go.th/th/owc-64/download/?did=209642&id=83699&reload=
11. สุคนธ์ธิกา นพเก้า, ภูดิท เตชาติวัฒน์, ปัทมา สุพรรณกุล, ศันศนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิถีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี. 2560;11(2):1-10.
12. พฤกษา มะหลัด, วรกร วิชัยโย, ธันวา ใจเที่ยง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(3):147-56.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาบ้า โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ ชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ธันวา บัวมหะกุล*[a], รัชดาภรณ์ บัวมหะกุล**

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางรูปแบบใหม่ ที่บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx model) ดำเนินการในชุมชนกองขยะหนองแขม ระหว่างพฤศจิกายน 2567 ถึง พฤศจิกายน 2568 โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางแบบเดิม ผ่านการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และญาติหรือผู้นำชุมชน รวม 60 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากระยะที่ 1 เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบใหม่ให้สอดคล้องกับบริบท และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบใหม่ ไปใช้กับอาสาสมัครผู้ป่วย 23 คน ประเมินผลก่อนและหลังบำบัด 16 สัปดาห์ และติดตามผลต่อเนื่องอีก 8 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความเครียดและวัดคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบเดิมมีจุดเด่นด้านการบำบัดแบบองค์รวมที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม แต่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร การจัดการข้อมูล และบริบทวัฒนธรรม เมื่อนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ พบว่าหลังการบำบัด 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการติดตามที่ 8 สัปดาห์แสดงให้เห็นว่าสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังคงดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงที่ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบใหม่นี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาได้อย่างยั่งยืน โดยพบอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 86.96

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง; ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า; TTM CBTx model

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองกัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
** นายแพทย์ชำนาญการ กองกัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
[a] Corresponding author: ธันวา บัวมหะกุล Email: thanwathaiwar@gmail.com
รับบทความ: 7 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 23 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 23 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 4 มิ.ย. 69

Development of a Community-Based Rehabilitation Model for Methamphetamine Addicts Using Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine at Nong Khaem Landfill Community, Nong Khaem District, Bangkok

Thanwa Buamahakul[*a], Ratchadaphon Buamahakul [**]

Abstract

This research aimed to study, develop, and evaluate a new community-based treatment and rehabilitation model for methamphetamine addicts that integrates Thai traditional and alternative medicine (TTM CBTx model) in Nong Khaem garbage dump community between November 2024 and November 2025. The study was divided into three phases. Phase 1 evaluated the existing community-based treatment model through focus group discussions and in-depth interviews with four stakeholder groups: administrators, practitioners, patients, and relatives or community leaders; totaling 60 participants. The data were analyzed using content analyses. Phase 2 involved a participatory workshop with the samples from Phase 1 to utilize the findings in developing a new model tailored to the local context. Phase 3, a quasi-experimental study, applied the new model to 23 volunteered patients. Outcomes were assessed before and after a 16-week treatment, along with an 8-weeks follow-up, using stress and quality of life assessment tools.

The results revealed that the previous model's strengths included a holistic therapeutic approach with active family and community involvement; however, it faced limitations regarding personnel, data management, and cultural contexts. After implementing the new model, it was found that following the 16-week treatment, patients experienced a significant decrease in stress and an improvement in quality of life. Furthermore, the 8-week follow-up demonstrated that the patients' mental health and quality of life continued to improve or remained stable. This reflects that the new model can effectively assist patients in achieving sustainable abstinence, highlighting a high non-relapse rate of 86.96%.

Keywords: Community-based treatment (CBTx); Methamphetamine addicts, TTM CBTx model

บทนำ

[*] Medical Physician, Senior Professional Level

[**] Medical Physician, Professional Level.

Division of Medical Cannabis, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

[a] Corresponding author: Thanwa Buamahakul Email: thanwathaiwar@gmail.com

Received: Mar. 7, 26; Revised: Mar. 23, 26; Accepted: Mar. 23, 26; Published Online: Jun. 4, 26

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตการณ์ที่ยืดเยื้อและทวีความรุนแรงขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก ส่งผลกระทบเชิงลบอย่างมหาศาลต่อทั้งตัวบุคคลและสังคมโดยรวม ไม่ว่าจะเป็นการล่มสลายของสถาบันครอบครัว การตกงาน ความรุนแรงในบ้าน โดยเฉพาะการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ซึ่งสะท้อนถึงจำนวนปีที่ประชากรต้องสูญเสียไปจากความทุพพลภาพหรือการตายก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โลกขององค์การสหประชาชาติ[1] ที่ระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกสูงถึง 246 ล้านคน ในจำนวนนี้ยาบ้า (Methamphetamine) ถือเป็นหนึ่งในยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดสูง โดยเฉพาะในทวีปเอเชียซึ่งมีผู้เสพถึง 2 ใน 3 ของผู้เสพยาบ้าทั้งหมด 26 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากอุปทาน (Supply) การผลิตนอกประเทศที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับกลยุทธ์การค้าที่ทำให้ยาเสพติดมีราคาถูกลง ส่งผลให้เกิดผู้เสพรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก สะท้อนจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 ที่มีผู้เข้ารับการบำบัดสูงถึง 120,915 คน[2] โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยาบ้า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน (เช่น FAST model) และผู้ป่วยนอก (เช่น Matrix model) แม้จะมีข้อดีในบางแง่มุม แต่ก็ยังมีข้อจำกัด ทั้งในแง่ของการต้องค้างคืนที่โรงพยาบาล หรือการเสียเวลาเดินทาง อีกทั้งยังไม่เพียงพอต่อการรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (เพิ่มขึ้น 26% ในรอบสิบปี)[3] ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยจึงได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการแก้ไขปัญหา โดยการออกประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งยึดหลัก “ผู้เสพคือผู้ป่วย” และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรม[4] นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน ปัญหาที่สำคัญที่สุดซึ่งรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเดิมยังไม่สามารถแก้ไขได้อย่างยั่งยืน คือการกลับไปเสพซ้ำแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางกายดีขึ้นแล้วก็ตาม นี่จึงเป็นช่องว่างที่ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเดิมอาจยังไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาด้านความคิดและพฤติกรรมในระยะยาว[5]

ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหานี้ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มอบหมายให้ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เข้ามามีบทบาทในการพัฒนานวัตกรรมการบำบัด การนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[6] มาประยุกต์ใช้นั้น มีรากฐานจากการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีศักยภาพในการอุดช่องโหว่ของการบำบัดแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในภาคเหนือ[7] ที่พบว่าสถานบริการสาธารณสุขและชุมชนหลายแห่งได้นำรูปแบบการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นต้นแบบในการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการใช้ยาสมุนไพรเพื่อถอนพิษยา การอบและประคบสมุนไพร ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจด้วยการทำสมาธิบำบัด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทั้งวงจรของร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกจากการศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร[8] ซึ่งติดตามประเมินผลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าอาการถอนยาแอมเฟตามีนของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงหลังใช้ยา ข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่า การบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบชุมชน เป็นนวัตกรรมที่มีความเหมาะสม ปลอดภัย ในการพัฒนาต่อยอด

ในการนี้ ผู้วิจัยได้เลือก "ชุมชนกองขยะหนองแขม" เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นชุมชนต้นแบบ ที่มีความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหายาเสพติด และผู้ป่วยในชุมชนยินดีเปิดเผยตัวตนเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์การแพทย์แผนไทยฯ ได้ลงพื้นที่บำบัดในชุมชนนี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2566 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น สามารถลดปริมาณยาและควบคุมอาการอยากยาได้ แต่ยังคงไม่สามารถเลิกขาดได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของชุมชนและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดย มีชุมชนเป็นศูนย์กลางที่ผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้มีประสิทธิผลและความยั่งยืนยิ่งขึ้นต่อไป[9]

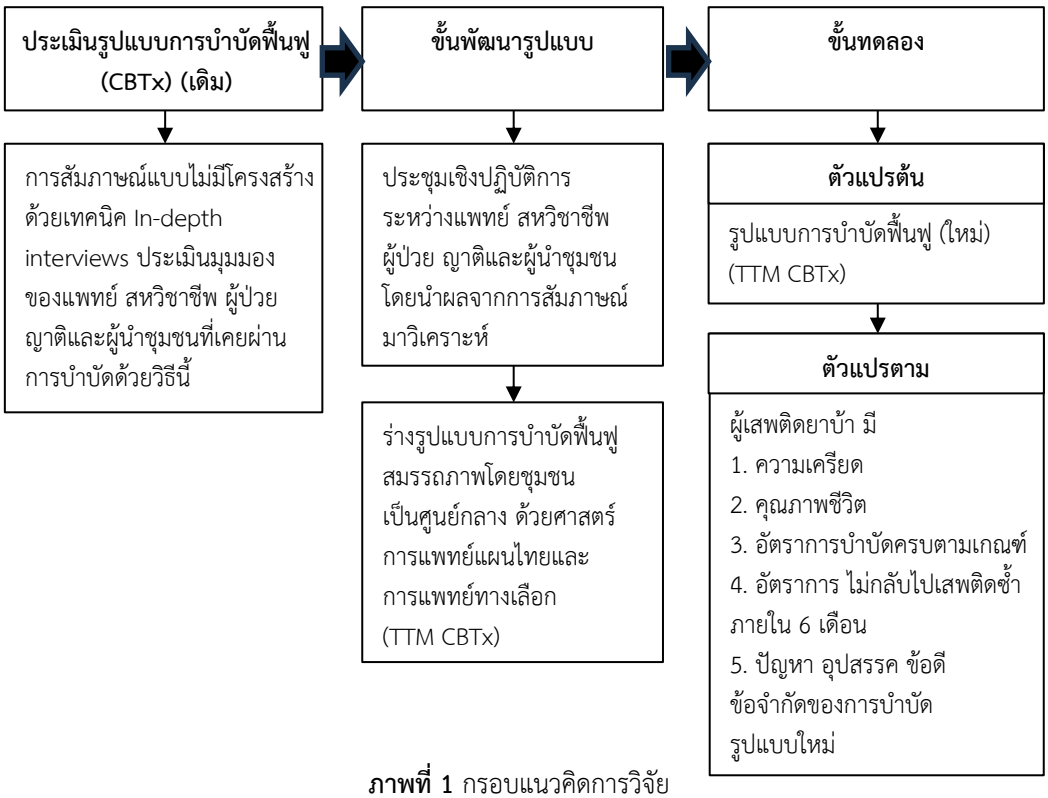
วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ในระยะที่ 1 และ 2)

2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ในระยะที่ 3)

สมมุติฐานการวิจัย การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่พัฒนาขึ้นใหม่จะสามารถบำบัดผู้ป่วยเสพติดยาบ้าได้ดีกว่าแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญเพื่อใช้เป็นตัวตั้งต้นในการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้:

1. **แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง:** อ้างอิงตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564[4] ที่มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดหลัก "ผู้เสพคือผู้ป่วย" เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกยาอย่างยั่งยืน
2. **แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและศาสตร์การแพทย์แผนไทย:** อ้างอิงตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข[10] ในการใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุเจ้าเรือน และตำรับยาสมุนไพรเพื่อการถอนพิษ
3. **แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการแพทย์ทางเลือก:** ประยุกต์ใช้คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของกรมสุขภาพจิต[3] บูรณาการเข้ากับแนวคิดสมาธิบำบัด (SKT) ของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[11] และธรรมะบำบัด ที่พบว่าการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับสมาธิบำบัด สามารถลดอาการอยากยาและบรรเทาอาการทางจิตเวชได้ นำมาใช้เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ จัดการความเครียด และสร้างทักษะป้องกันการเสพซ้ำ
4. **แนวคิดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:** อ้างอิงตามทฤษฎีกระบวนการมีส่วนร่วมของ Dr. William E. Smith[12] ซึ่งเป็นเครื่องมือการจัดประชุมที่มุ่งเน้นการดึงศักยภาพและมุมมองเชิงบวก (Appreciation) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ออกมาใช้ออกแบบและพัฒนารูปแบบโปรแกรม (Influence and control) ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนกองขยะหนองแขมอย่างแท้จริง

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะที่มีความต่อเนื่องกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ณ ชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร

ระยะที่ 1: การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

ในระยะแรกของการวิจัย มุ่งเน้นการประเมินสถานการณ์และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ชุมชนกองขยะหนองแขม เพื่อทำความเข้าใจจุดแข็ง จุดอ่อน และความต้องการในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งได้ขอความยินยอมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 4 กลุ่มสำคัญ ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์และการแพทย์แผนไทย 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึงแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ 3) กลุ่มผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และ 4) กลุ่มญาติและผู้นำชุมชน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและรอบด้าน

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่มีประสบการณ์ตรงและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถสะท้อนบริบท ปัญหา และความต้องการที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ได้อย่างรอบด้าน โดยแบ่งตามกลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นแพทย์และผู้บริหารทางการแพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ในการกำกับดูแลงานบำบัดยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้อง
2. กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 9 คน แบ่งเป็นแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 5 คน และทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข) ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 4 คน
3. กลุ่มผู้ป่วยเสพติด จำนวน 23 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน หรืออยู่ในระยะติดตามการรักษา
4. กลุ่มญาติและผู้นำชุมชน จำนวน 24 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชนและญาติของผู้ป่วย (ครอบครัวละ 1 คน) ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อายุ 20 ปีขึ้นไป

ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จากทุกกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะต่อไป

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

ในระยะที่สอง เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 เป็นฐาน ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปและประเด็นความต้องการที่ค้นพบ มาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการระดมสมองผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะนี้ คือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียชุดเดิมจากระยะที่ 1 เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องทางความคิดและการมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มตามเดิม และจัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมองในการพัฒนากิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีความจำเพาะและสอดคล้องกับบริบทจริงของผู้ป่วยเสพติดในชุมชน

หลังจากได้ข้อสรุปในภาพรวม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาเป็น "ร่างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ" (Draft Model) จากนั้นจึงนำร่างรูปแบบฯ ดังกล่าวไปนำเสนอและจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอีกครั้ง เพื่อประเมินตรวจสอบความสอดคล้องความถูกต้อง และความเหมาะสมในทางปฏิบัติ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจริง กระบวนการนี้เปิดโอกาสให้มีการวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบฯ ซ้ำ จนกระทั่งได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในผู้เสพติดยาบ้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งโปรแกรมการบำบัด TTM CBTx Model ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 16 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120-180 นาที) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่เป็นรูปธรรม ได้แก่

1. การประเมินและบำบัดด้วยยาสมุนไพร ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และรับยาสมุนไพรตามอาการทุกสัปดาห์ เช่น ตำรับยาเม็ดฟู่อดยาบ้า (ประกอบด้วย เถาวัลย์เปรียง กัญชา กระท่อม) เพื่อควบคุมอาการอยากยา น้ำมันกัญชา (เมตตาโอสถ/การุณย์โอสถ) เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดความอยากยา รวมถึงยาปรับธาตุและรักษาตามอาการ

2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBTx) ดำเนินการต่อเนื่อง 16 หัวข้อหลักตามลำดับความพร้อมของผู้ป่วย เริ่มจากการสร้างแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1-3) การจัดการอารมณ์และความอยากยา (สัปดาห์ที่ 4-8) ทักษะการปฏิเสธและการป้องกันการเสพซ้ำ (สัปดาห์ที่ 9-15) ไปจนถึงการวางแผนชีวิต (สัปดาห์ที่ 16)

3. การแพทย์แผนไทยและทางเลือกบำบัด (TTM & alternative activities) เป็นกิจกรรมเสริมที่จัดสลับหมุนเวียนกันไป ประกอบด้วย การวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน, สมาธิบำบัด (SKT) และธรรมะบำบัด หัตถการนวดและประคบสมุนไพร (ทุก 4 สัปดาห์) กิจกรรมครอบครัวบำบัด “รสสุคนธ์” โภชนาการ และอาชีวบำบัด (สัปดาห์ที่ 15)

ก่อนจะนำรูปแบบที่พัฒนาได้นี้ไปถ่ายทอดให้กับแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินงานในระยะต่อไป

ระยะที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบฯ (Phase 3: Implementation Phase)

ระยะที่สาม คือการนำรูปแบบ TTM CBTx Model ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 มาทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว การวิจัยในระยะนี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองในรูปแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ คือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนกองขยะหนองแขม ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 23 คน ทั้งนี้ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนจำกัดด้วยบริบทของพื้นที่ แต่ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับสถิติ Paired t-test (Two dependent groups) ด้วยโปรแกรม G*Power โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect size, d) ที่ 0.8 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน ให้ค่าอำนาจการทดสอบจริง (Actual power) สูงถึง 0.955 หรือ 95.58% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานทั่วไปที่ยอมรับได้ (0.80) จึงเป็นการยืนยันว่าขนาดตัวอย่างดังกล่าวมีความเพียงพอในทางสถิติที่จะทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดนี้ได้

กระบวนการทดลองใช้รูปแบบ TTM CBTx Model มีระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ (ประมาณ 4 เดือน) และหลังจากจบการบำบัดแล้ว ผู้วิจัยยังคงมีระยะเวลาการติดตามอาสาสมัครต่ออีก 8 สัปดาห์ (ประมาณ 2 เดือน) เพื่อประเมินผลในระยะยาว รวมระยะเวลาในการติดตามผลทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ (6 เดือน) โดยผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการติดตามผลกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิดทุกสัปดาห์ ตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับการบำบัดจนกระทั่งสิ้นสุดระยะเวลาการติดตามผล

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้แบ่งเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ (CBTx) เดิม

ในระยะนี้มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือ 3 ส่วนหลัก ซึ่งดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ แพทย์ และผู้บริหารทางการแพทย์แผนไทย เป็นการสัมภาษณ์เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบ CBTx, นิยาม จุดเด่นที่ทำให้สำเร็จ และข้อจำกัดที่ทำให้ล้มเหลว
2. ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (แพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ) เป็นการใช้ชุดคำถามที่ออกแบบมาเพื่อเจาะลึกประเด็นปัญหา (จุดเด่นและโอกาสพัฒนา) และแนวทางที่คาดหวังในอนาคต (สิ่งที่ควรปรับปรุงและสิ่งที่ควรเติมเต็ม)
3. ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มญาติ ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยเสพติด เป็นการใช้แบบสอบถามแบบเปิด (ไม่มีโครงสร้าง) เน้นการสอบถามประสบการณ์ การรับรู้ บทบาทในการสนับสนุน การปรับตัวของครอบครัว และปัญหาอุปสรรคที่พบ

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ (TTM CBTx Model)

ในระยะนี้ใช้การประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Appreciation Influence Control (AIC) เป็นเครื่องมือหลัก เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการประชุมกลุ่ม โดยมีกระบวนการดังนี้

1. อภิปราย (90 นาที): ให้ข้อมูลย้อนกลับ (ข้อดี/ข้อจำกัดของ CBTx เดิม) แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. สนทนากลุ่มย่อย (120 นาที): แบ่งผู้เข้าร่วมเป็น 4 กลุ่ม (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน สหวิชาชีพ ผู้ป่วย/ผู้นำชุมชน) เพื่อระดมสมองในหัวข้อ “ฝันเห็นการใช้ CBTx ในอนาคต”
3. สรุปและนำเสนอ (150 นาที): แต่ละกลุ่มนำเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงในรูปแบบการบำบัด

ระยะที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบฯ (TTM CBTx Model)

ในระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง) ตลอดระยะเวลา 24 สัปดาห์ (บำบัด 16 สัปดาห์, ติดตามผล 8 สัปดาห์) โดยผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม 5 ส่วน:

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ 12 ข้อ (เช่น เพศ อายุ การศึกษา ประวัติการใช้ยาเสพติด ข้อมูลครอบครัว)

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความเครียด เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ (0-3) โดยการประเมิน 2 ครั้ง (ก่อนรับการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด)[13]

ส่วนที่ 3: แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ข้อมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (1-5) โดยมี 3 ข้อที่เป็นคำถามเชิงลบและต้องกลับคะแนน (ข้อ 2, 9, 11) มีการประเมิน 2 ครั้ง (ก่อนรับการบำบัด และสิ้นสุดการบำบัด)[14]

ส่วนที่ 4: แบบบันทึกอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ใช้วิธีการคำนวณคือ (จำนวนผู้ป่วยที่บำบัดครบเกณฑ์ / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) x 100

ส่วนที่ 5: แบบติดตามผลการบำบัด (การไม่กลับไปเสพซ้ำ) โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีการติดตามหลังการบำบัด (ติดตามจนครบ 24 สัปดาห์) ใช้วิธีการคำนวณคือ (จำนวนผู้ป่วยที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ [ผลปัสสาวะเป็นลบ] / จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายตามเกณฑ์) x 100

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย และผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและการประเมินหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาของ (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในระยะที่ 3 โดยผู้วิจัยนำข้อมูลในระยะที่ 1 กับ 2 มาปรับปรุง (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จากนั้นนำ (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย และผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ และนำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (IOC) คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficients)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ผู้วิจัยจึงแบ่งการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อคำถามที่ได้จากการระดมสมอง และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใช้การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 ทดลองใช้(ร่าง)รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้าโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยติดยาเสพติด) ด้วยการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง ระยะเวลาทดลองรูปแบบคือ 16 สัปดาห์ หลังจบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ มีระยะเวลาการติดตามผลต่ออีก 8 สัปดาห์ จนครบ 24 สัปดาห์ (6 เดือน)

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการเสพติดได้แก่ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุที่เริ่มเสพติดเป็นประจำ ระยะเวลาที่เสพติดต่อเนื่อง ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ
3. เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งก่อนและหลังครบการบำบัด ดังนี้

3.1. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ก่อน หากพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) จะใช้สถิติ Paired t-test แต่หากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (Non-normal distribution) จะใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3.2. ศึกษาอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าและผลการบำบัดเมื่อผู้ป่วยบำบัดครบตามเกณฑ์

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รหัสโครงการ T002/68 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2568 เพื่อพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครซึ่งก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การปกปิดข้อมูล การทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี รวมถึงประโยชน์และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจากผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ (CBTx) เดิม ผลการประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ในระยะที่ 1 ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน พบว่าโมเดลนี้มีจุดเด่นสำคัญ 4 คือ การมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง การบำบัดแบบองค์รวม การมีส่วนร่วม และความยั่งยืน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง นำผลจากระยะที่ 1 มาระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สังเคราะห์ และตรวจสอบ จนได้ “TTM CBTx Model” ฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้าโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพติดยาบ้ากลุ่มสีเขียวที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 23 คน โดยวัดผลก่อน-หลังเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผลการศึกษาในระยะที่ 3 แบ่งเป็น 3 ส่วน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=23)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	16	69.57
	หญิง	7	30.43
อายุ (ปี)	20-30	10	43.48
	31-40	8	34.78
	41-50	4	17.39
	51-60	1	4.35
	อายุเฉลี่ย 31.65 ± 7.50 ปี, Min=20 ปี, Max=51 ปี		
สถานภาพสมรส	คู่	6	26.09
	โสด	12	52.17
	หย่าร้าง	5	21.74
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	3	13.04
	มัธยมศึกษา	11	47.83
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	9	39.13
อาชีพ	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	5	21.74
	รับจ้าง	12	52.17
	ว่างงาน	6	26.09
ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย	บิดา/มารดา	11	47.83
	สามี/ภรรยา	8	34.78
	เพื่อน/อยู่คนเดียว	4	17.39
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	14	60.87
	เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	9	39.13

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเสพติด ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (69.57%) ในช่วงวัยทำงาน 20–40 ปี (86.95%) โดยมีอายุเฉลี่ย 31.65 ปี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและคุณภาพชีวิตก่อน-หลังการบำบัดและเมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์ (n=23)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ ± SD)	หลังการทดลอง ($\bar{x}$ ± SD)	p_1	ติดตาม 8 สัปดาห์ ($\bar{x}$ ± SD)	p_2
คะแนนเฉลี่ยความเครียด	26.50 ± 4.25	16.25 ± 3.10	<0.001*	15.80 ± 2.95	0.803
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	65.40 ± 9.50	98.10 ± 10.20	<0.001*	101.50 ± 9.80	0.407

หมายเหตุ p_1 จาก paired t-test=เปรียบเทียบก่อน–หลังการทดลอง;
p2 จาก paired t-test=เปรียบเทียบหลังการทดลอง–ติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯที่มีต่อผู้ป่วยในเรื่องความเครียดและคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนบำบัดกับหลังบำบัด (p<001) แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.803) และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อน-หลังการบำบัดตลอด 16 สัปดาห์ (n=23) พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนบำบัดกับหลังบำบัด (p<0.001) แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในช่วงติดตามผล 8 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.407) เมื่อเทียบกับหลังการบำบัดทันที

ตารางที่ 3 อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและผลการตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของผู้ป่วยเสพติดเมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์ (n=23)

กลุ่ม	อัตราการบำบัด		ผลการตรวจปัสสาวะ (ติดตาม 8 สัปดาห์)	
	ครบเกณฑ์	ไม่ครบเกณฑ์	ผลลบ	ผลบวก
ผู้ป่วยที่ศึกษา	21	2	20	3

การศึกษาอัตราการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของผู้ป่วยเสพติด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดครบ 16 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 91.30 และอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 86.96 ภายใน 8 สัปดาห์หลังการรักษา

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เริ่มต้นจากการประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx Model) ในระยะที่ 1 ซึ่งพบจุดเด่น 3 ประการหลัก ได้แก่ การมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง การบำบัดแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวนพิศ เคหาบาล[15] ที่ชี้ว่า CBTx "ชุมชนล้อมรักษ์" สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล[16] ที่กล่าวว่า CBTx ยังคงประสบปัญหาเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะความไม่พร้อมของบุคลากรในด้านทักษะและความเข้าใจ

ดังนั้น ในระยะที่ 2 จึงได้พัฒนารูปแบบใหม่ "TTM CBTx Model" โดยนำผลจากระยะที่ 1 มาแก้ไขข้อจำกัด และบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เข้าไปเป็นหลักในการบำบัดแบบองค์รวมตลอด 16 สัปดาห์ผ่านกิจกรรม เช่น การใช้ยาสมุนไพร หัตถการนวดประคบ และสมาธิบำบัด เพื่อแก้ไขจุดอ่อนเดิม ที่ไม่ครอบคลุมปัญหาทางกายและจิตใจ ในด้านการจัดการข้อมูล รูปแบบใหม่ได้กำหนดการติดตามผลเชิงรุกต่อเนื่องอีก 8 สัปดาห์ (รวม 24 สัปดาห์) และใช้เครื่องมือวัดผลมาตรฐาน (แบบประเมินความเครียด, WHOQOL) เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ ยังมีการบูรณาการทางสังคมและวัฒนธรรมให้เหมาะกับบริบทชุมชนกองขยะหนองแขม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (กิจกรรมรสสุคนธ์) และการสร้างทักษะอาชีพ (อาชีวบำบัด) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชรีย์ ทองเจิม[17] ที่ระบุว่าการใช้ศักยภาพท้องถิ่นและระบบติดตามจะช่วยให้รูปแบบ CBTx มีประสิทธิผลในการลดการเสพซ้ำ การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาใช้ร่วมกับการบำบัดแล้วได้ผลดี ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีระ ศรีโยธี[18] ที่พบว่าการแพทย์แผนไทยร่วมกับสมาธิบำบัดสามารถลดอาการอยากยาและอาการทางจิตได้

ในระยะที่ 3 ได้ทดลองใช้และประเมินผล TTM CBTx Model พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่บำบัดครบและไม่เสพซ้ำ โดยมีคะแนนความเครียดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผลยังคงดีเมื่อติดตามผล 8 สัปดาห์ ข้อดีที่พบคือ เป็นการบำบัดแบบองค์รวมที่ผู้ป่วยยอมรับว่ารักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปพร้อมกัน, การสร้างความยั่งยืนผ่านอาชีวบำบัด, การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยมีที่ยืนในสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชโลธร อัญชลีสหกร[19] และการตอบโจทย์วัฒนธรรมที่ช่วยลดการตีตรา

อย่างไรก็ตามแม้รูปแบบใหม่จะมีประสิทธิผล แต่ยังพบข้อจำกัดหลังการทดลองใช้ ได้แก่ ความไม่สะดวกในการทำกิจกรรมบางอย่างที่บ้านในชุมชนแออัด, ปัญหาตลาดอาชีพที่ไม่ยั่งยืน, และการที่ญาติบางส่วนยังไม่เชื่อถือในศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และที่สำคัญที่สุดคือการขาดความต่อเนื่องของงบประมาณและทรัพยากรหลังสิ้นสุดโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนา ภัทรพักตร์[20] ที่ประเมินโครงการ CBTx ในอำเภอปากเกร็ด

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) 3 ระยะ เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยยาบ้า (CBTx) โดยบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในชุมชนกองขยะหนองแขม ระยะที่ 1 (ประเมิน) พบว่ารูปแบบ CBTx เดิมมีจุดเด่น 4 ด้าน (การมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง องค์รวม การมีส่วนร่วม และความยั่งยืน) แต่ก็มีข้อจำกัด 3 ประการ คือ ด้านบุคลากร การจัดการข้อมูล และบริบทวัฒนธรรม ระยะที่ 2 (พัฒนา) ได้นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบใหม่ “TTM CBTx Model” ผ่านการระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระยะที่ 3 (ทดลอง) นำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 23 คน ผลพบว่าหลังการบำบัด 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อติดตามผลต่ออีก 8 สัปดาห์ (รวม 24 สัปดาห์) พบอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 86.96

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่มที่ใช้ TTM CBTx Model กับกลุ่มที่ใช้ CBTx รูปแบบมาตรฐาน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่เพิ่มเข้ามา และอาจจะขยายขนาดและพื้นที่ศึกษา เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น และศึกษาในชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถสรุปผลและอ้างอิงผลลัพธ์ได้กว้างขวางขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบ TTM CBTx Model สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติและปรับรูปแบบการให้บริการได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสถานบริการสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพสามารถนำกระบวนการบำบัดแบบองค์รวม 16 สัปดาห์ และการติดตามผลเชิงรุก 8 สัปดาห์ไปปรับใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ควบคู่กับการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้แพทย์แผนไทยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างไร้รอยต่อ ในระดับบริหารควรพิจารณาบูรณาการรูปแบบนี้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนทรัพยากร นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานควรจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นแก่ญาติและชุมชนเกี่ยวกับความปลอดภัยของศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตลอดจนประสานความร่วมมือกับศูนย์ฝึกอาชีพเพื่อสร้างเครือข่ายตลาดแรงงานรองรับผู้ผ่านการบำบัด ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาความไม่ยั่งยืนของการทำอาชีวบำบัด และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oncb.go.th/
3. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
4. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้/ผู้เสพติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด; 2564.
5. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. ไหมไทย ศรีแก้ว, ณัฐติญา นกแก้ว, จุฑามาศ ศุภพันธ์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, นงลักษณ์ เอี่ยมปี. การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ภูมิปัญญาไทย: กรณีศึกษาวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(2):234-42.
7. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มีนาคม 23]. เข้าถึงได้จาก: https://archive.lib.cmu.ac.th/part/N/2548/nsh500102_48_abs.pdf

8. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2566.
9. ชมพูนุท พบสุข. กลไกความสำเร็จของกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น. 2566;7(2):1-15.
10. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
11. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ (SKT). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
12. Smith WE. The AIC Model: Appreciation, Influence, Control. Washington DC: World Bank; 1991.
13. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง. 2540;13(3):1-20.
14. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิไลวรรณ พรไตรรัตน์, พิมพ์มาศ ตาปัญญา, วิไลภรณ์ ปัญญา, ปริทรรศ ศิลปกิจ. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
15. ชวนพิศ เคหาบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเสพสารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(2):274-287.
16. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2566;1(1):1-14.
17. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(2):17-30.
18. ธีระ ศรีโยธี. ประสิทธิผลและความปลอดภัยในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.
19. ชโลธร อัญชลีสหกร. กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาสารภีโมเดล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
20. พัฒนา ภัทรพักตร์. การประเมินโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารรัฐกิจ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2567.

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล: หลักฐานเชิงประจักษ์จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

สมจิตร วงศ์หอม, พย.ม.[*], สุดารัตน์ พุฒพิมพ์, พย.ม.[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาล จำนวน 230 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 51.7 และพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r=0.650) ด้านการเรียน (r=0.396) ด้านประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ (r=0.389) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (r=0.368) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (r=0.366) ด้านการใช้สมาร์ทโฟน (r=0.290) และด้านครอบครัว (r=0.282) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ (β=0.452) ด้านการเรียน (β=0.276) ด้านความเครียด (β=0.204) และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (β=−0.162) สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 39.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกัน และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; นักศึกษาพยาบาล; ความเครียด; ไซเบอร์บูลลี่; การศึกษาปัจจัยทำนาย

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

[a] Corresponding author: สุดารัตน์ พุฒพิมพ์ Email: sudarat.pu@western.ac.th

รับบทความ: 17 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 23 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 24 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 10 ส.ค. 69

Predictors of Depression in Nursing Students: Empirical evidence from a private educational institution

Somjid Wonghom, M.N.S.[*], Sudarat Putpim, M.N.S.[*a]

Abstract

This survey research aimed to investigate predictive factors of depression among nursing students in a private educational institution. Samples consisted of 230 nursing students. Research instrument was a questionnaire assessing factors influencing depression. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and multiple regression analyses.

Results revealed that most of the nursing students had a very low level of depression (51.7%). Depression was positively correlated with stress (r=0.650). Significant correlations were found between depression and academic factors (r=0.396), experiences of bullying and cyberbullying (r=0.389), social and environmental factors (r=0.368), interpersonal relationships (r=0.366), smartphone use (r=0.290), and family factors (r=0.282) at p=0.05. Furthermore, the factors including experiences of bullying and cyberbullying (β=0.452), academic factors (β=0.276), stress (β=0.204), and social and environmental factors (β=−0.162) all could significantly predict about 39.0% of the variance in depression among nursing students at 0.05 significance level. The findings can be used as baseline information for developing guidelines to promote mental health, as well as to effectively prevent, and reduce risk factors for depression among nursing students.

Keywords: Depression; Nursing students; Stress; Cyberbullying; Predictive factor study

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus
[a] Corresponding author: Sudarat Putpim E-mail: sudarat.pu@western.ac.th
Received: Mar. 17, 26; Revised: Mar. 23, 26; Accepted: Mar. 24, 26; Published Online: Aug. 10, 26

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพจิตของประเทศไทยอยู่ในสภาวะที่น่าเป็นห่วง โดยมีรายงานว่าคนไทยประมาณ 13.4 ล้านคน เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช อีกทั้ง อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อปีสุขภาวะของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–29 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงหลายปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ กลุ่มเยาวชนอายุ 18–24 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญของชีวิต ทั้งด้านการศึกษาและการปรับตัวทางสังคม ถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้าและความเครียด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ คุณภาพชีวิต และการพัฒนาศักยภาพในระยะยาว[1]

นักศึกษาพยาบาลมีภารกิจด้านการฝึกอบรมด้านสุขภาพ ได้แก่ การเรียนการสอนที่เข้มข้น การประเมินทักษะที่ต้องอาศัยความแม่นยำสูง การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และการสูญเสีย รวมถึงความคาดหวังต่อบทบาทวิชาชีพและความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งล้วนเป็นแหล่งกำเนิดความเครียดทั้งด้านวิชาการและด้านคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ หลักฐานจากวรรณกรรมในหลายประเทศสะท้อนว่าภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าพบได้ค่อนข้างบ่อยในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล และมีแนวโน้มสัมพันธ์กับภาระการเรียน การฝึกปฏิบัติ และปัจจัยด้านการปรับตัวในสภาพแวดล้อมการฝึก[2] จากการศึกษานักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออก พบว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 32 โดยเมื่อจำแนกระดับความรุนแรง พบว่าเป็น ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 18 และเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 14 สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีภาระปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและการดูแลอย่างเป็นระบบ[3] โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต อายุ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล[4]

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากสถานการณ์จริงเป็นฐานในการวิเคราะห์เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิต การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจ ตลอดจนการพัฒนาสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อความผาสุกของนักศึกษา อันจะนำไปสู่การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งด้านวิชาการ สมรรถนะวิชาชีพ และสุขภาวะทางจิตใจอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

คำถามการวิจัย

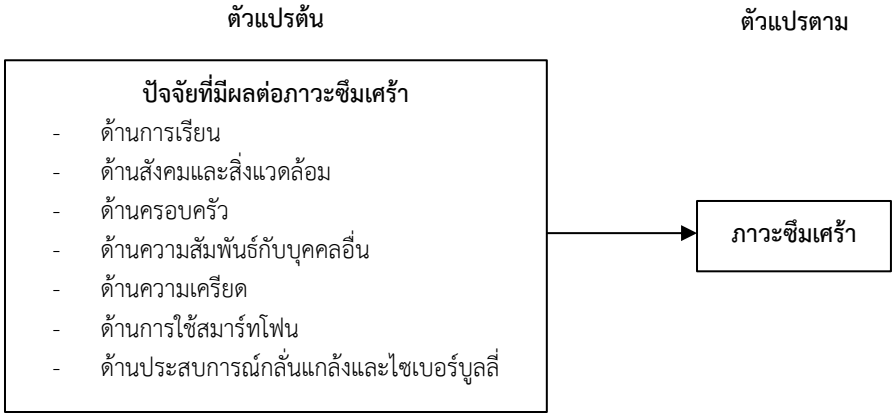
1. ความชุกภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านครอบครัว ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านความเครียด ด้านการใช้สมาร์ทโฟน ด้านประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดโดยดัดแปลงจากงานวิจัยของ จิริสุดา สินธุศิริ และคณะ ซึ่งครอบคลุมปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านครอบครัว ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความเครียด[5] ร่วมกับแนวคิดจาก Wu et al. ซึ่งเน้นปัจจัยด้านการใช้สมาร์ทโฟน และประสบการณ์การกลั่นแกล้งรวมถึงการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า[6] ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม รวมถึงการออกแบบการวิจัยในครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากร คือนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 576 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 1- 4 ซึ่งกำลังเรียนอยู่ในปีการศึกษา 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สูตรคำนวณ

ขนาดตัวอย่างของเครจซีและมอร์แกน[7] และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ผู้วิจัยเลือกการสุ่มแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะตามข้อตกลง และจุดมุ่งหมายของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและเป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาแล้วประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 87 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ เกรดเฉลี่ย โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 2 แบบสอบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ[5] โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็นปัจจัยด้านการเรียน ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านครอบครัว และด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แปรผลโดยใช้แนวคิดของเบสท์ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ตอนที่ 3 แบบสอบความเครียด จำนวน 5 ข้อ ซึ่งได้นำแบบวัดความเครียดกรมจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[8] เป็นแบบให้เลือกตอบตามระดับ คะแนน 4 ระดับ (Rating scale) ดังนี้ เป็นน้อยมาก หรือแทบไม่มี เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำ แปลผลโดยใช้แนวคิดของเบสท์ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ตอนที่ 4 แบบสอบการใช้สมาร์ทโฟน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลโดยใช้แนวคิดของเบสท์ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ตอนที่ 5 แบบสอบประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้ บ่อยมาก/เกือบทุกสัปดาห์ บ่อยครั้งบางครั้ง เคยบ้างแต่ไม่บ่อย ไม่เคยเลย แปลผล โดยใช้แนวคิดของเบสท์ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ตอนที่ 6 แบบสอบภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ของมาโนช หล่อตระกูล[9] วัดโดยแบบประเมินทดสอบภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ดังนี้ ไม่เลย 0 คะแนน มีบางวัน 1 คะแนน ค่อนข้างบ่อย 2 คะแนน มีเกือบทุกวัน 3 คะแนน ช่วงคะแนนระหว่าง 9-27 คะแนน <7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง ≥19 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการใช้สมาร์ทโฟน แบบสอบถามประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหาได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ระหว่าง 0.70-1.00
2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนิสิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาตรวจสอบความถูกต้อง

ของแบบสอบถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยครอนบาคแอลฟา (Cronbach' s alpha coefficient) แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ความเครียด การใช้สมาร์ทโฟน ประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ ภาวะซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80, 0.88, 0.93, 0.95 และ 0.88 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568-0145 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย การยอมรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ภายหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว
3. ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาด้วย สถิติทดสอบ Multiple regression ด้วยวิธี stepwise โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 230 ฉบับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.1 โดยมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.51-3.00 มากที่สุด (ร้อยละ 83.9) รองลงมาคือ 3.51-4.00 (ร้อยละ 9.1) และ 1.51-2.50 (ร้อยละ 7.0) ตามลำดับ ด้านอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-22 ปี (ร้อยละ 50.9) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 19-23 ปี ร้อยละ 48.3 และอายุระหว่าง 24-25 ปี (ร้อยละ 0.9) ด้านรายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,500-5,000 บาท (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 46.1) และ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 3.5) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ

ร้อยละ 61.3 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 100

ระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ (51.7) รองลงมามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 31.3) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.0) ตามลำดับ ขณะที่นิสิตส่วนน้อยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (ร้อยละ 3.9) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล จากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง (n=230 คน)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยมาก	119	51.7
ระดับน้อย	72	31.3
ระดับปานกลาง	30	13.0
ระดับรุนแรง	9	3.9

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r=0.650) ในระดับค่อนข้างสูง และมีความสัมพันธ์กับด้านการเรียน (r=0.396), ด้านประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ (r=0.389), ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (r=0.368), ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (r=0.366), ด้านการใช้สมาร์ทโฟน (r=0.290) และด้านครอบครัว (r=0.282) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง (n=230 คน)

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ภาวะซึมเศร้า	1	0.396**	0.368**	0.282**	0.366**	0.650**	0.290**	0.389**
2. ด้านการเรียน		1	0.667	0.672	0.683	0.624	0.343	0.115
3. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม			1	0.648	0.708	0.496	0.211	0.203
4. ด้านครอบครัว				1	0.751	0.456	0.250	0.108
5. ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น					1	0.506	0.277	0.204
6. ด้านความเครียด						1	0.340	0.290
7. ด้านการใช้สมาร์ทโฟน							1	0.476
8. ด้านประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่								1

**มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ด้านประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ ด้านการเรียน ด้านความเครียด และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้ร้อยละ 39.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานพบว่า ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (β=0.452, p<0.01) รองลงมาคือ ด้านการเรียน (β=0.276, p<0.05) และด้านความเครียด (β=0.204, p<0.05) ตามลำดับ ขณะที่ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ในทิศทางเชิงลบกับภาวะซึมเศร้า (β=−0.162, p<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล (n=230 คน)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ด้านประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่	0.567	0.098	0.452	5.816	0.000**
ด้านการเรียน	0.386	0.113	0.276	3.405	0.001**
ด้านความเครียด	0.595	0.223	0.204	2.665	0.009**
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	-0.228	0.115	-0.162	-1.987	0.049**

Constant=0.26, R=0.62, R^2=0.39, Adjusted R^2=0.37, F=19.29; * p<0.05; **p<0.001

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมากร้อยละ 51.7 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 31.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.0 และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ และมีเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้นักศึกษาพยาบาลจะต้องเผชิญกับภาระการเรียนและการฝึกปฏิบัติที่ค่อนข้างเข้มข้น แต่ยังสามารถปรับตัวต่อแรงกดดันได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การคงอยู่ของภาวะซึมเศร้าในบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ที่ชี้ว่านักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มเผชิญความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตจากภาระงานทางวิชาการ การฝึกภาคปฏิบัติ และการปรับตัวต่อบทบาทวิชาชีพ[10]

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาเอกชน แห่งหนึ่ง ได้แก่ ด้านประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ ด้านการเรียน ด้านความเครียด ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านประสบการณ์กลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่ ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งและไซเบอร์บูลลี่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การถูกกลั่นแกล้งไม่ว่าจะเกิดขึ้นในชีวิตจริงหรือผ่านสื่อสังคมออนไลน์ สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษา ซึ่งนำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งทางออนไลน์มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] และยังสอดคล้อง

กับการศึกษาที่รายงานว่า การเผชิญกับไซเบอร์บูลลี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นและนักศึกษา โดยเฉพาะการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกโดดเดี่ยว[12]

ด้านการเรียน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการเรียนสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มีความเข้มข้นทั้งด้านเนื้อหาทางวิชาการ การสอบ และการฝึกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้นักศึกษารู้สึกกดดันและเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ภาระงานทางการเรียนและความคาดหวังทางวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล[2] นอกจากนี้ การศึกษาที่รายงานว่า ภาระทางวิชาการที่สูงและความกดดันจากการฝึกปฏิบัติทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล[13]

ด้านความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน เช่น ภาระการเรียน การฝึกปฏิบัติทางคลินิก และความคาดหวังจากตนเองและสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดสะสมและส่งผลต่อสุขภาพจิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ความเครียดในนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ[10] และยังสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลไทย[14]

ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน อาจารย์ และครอบครัว รวมถึงบรรยากาศในการเรียนรู้และการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา หากนักศึกษาขาดการสนับสนุนทางสังคมหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่กดดัน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่า[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเครียดในนักศึกษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือแก่นักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างทันท่วงที
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมลดความเครียด การให้คำปรึกษา และการเสริมสร้างทักษะการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาหลายแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) ภาวะหมดไฟในการเรียน (Burnout) หรือประสบการณ์เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2568: เกิดน้อยกู้ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2568.
2. Sonmez Y, Akdemir M, Meydanlioglu A, Aktekin MR. Psychological Distress, Depression, and Anxiety in Nursing Students: A Longitudinal Study. Healthcare (Basel). 2023 Feb 21;11(5):636. doi: 10.3390/healthcare11050636.
3. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, ภาคิณี เดชชัยยศ. การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;29(1):87-99.
4. กมลนัทธ์ คล่องดี, สุรชัย เฉนียง. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):148-57.
5. จิริสุดา สินธุศิริ, ปทิตตา สงวนสุข, นริศรา ชัยเชียงพิณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):207-15.
6. Wu W, Chen Y, Shi X, Lv H, Bai R, Guo Z, Yu L, Liu Y, Liu J, Chen Y, Zeng Y. The Mobile Phone Addiction and Depression Among High School Students: The Roles of Cyberbullying Victimization, Perpetration, and Gender. Front Psychol. 2022 Apr 27;13:845355. doi: 10.3389/fpsyg.2022.845355.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต. [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office/SPST20.pdf
9. มาโนช หล่อตระกูล. แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire: PHQ-9). [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/depression_risk
10. Zheng YX, Jiao JR, Hao WN. Stress levels of nursing students: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2022 Sep 9;101(36):e30547. doi: 10.1097/MD.0000000000030547.
11. Zhu C, Huang S, Evans R, Zhang W. Cyberbullying among adolescents and students and its association with depression. BMC Public Health. 2021;21:1124.
12. Kowalski RM, Limber SP, McCord A. A developmental approach to cyberbullying: prevalence and protective factors. Aggress Violent Behav. 2022;64:101667.

13. Visier-Alfonso ME, Sarabia-Cobo CM, Cobo-Cuenca AI, Nieto-López M, López-Honrubia R, Bartolomé-Gutiérrez R, Alconero-Camarero AR, González-López JR. Stress, mental health, and protective factors in nursing students: an observational study. Nurse Educ Today. 2024;139:106258.
14. สุหทัย โตสังวาลย์, ทยาวีร์ จันทรวิวัฒน์. ความเครียด ภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566;37(3):92-113.
15. Ross R, Zeller R, Srisaeng P, Yimmee S, Somchid S, Sawatphanit W. Depression, stress, emotional support, and self-esteem among baccalaureate nursing students in Thailand. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2005;2:Article25. doi: 10.2202/1548-923x.1165.

ผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจเลิกสารเสพติดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี

นฤมล สุ่นศักดิ์สวัสดิ์, พย.ม.[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะร่วมกับการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือประเมินคือแบบวัด SOCRATES ฉบับภาษาไทย โปรแกรมการบำบัดใช้เวลา 60-90 นาทีต่อครั้ง จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวม 16 สัปดาห์ และมีการติดตามผล 3 สัปดาห์หลังการบำบัดหลังการบำบัด 1 ครั้ง

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ภายหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และในระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดมีประสิทธิผลในการเสริมแรงจูงใจและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกใช้สารเสพติดในระบบผู้ป่วยนอกได้อย่างเหมาะสมและเป็นระบบ

คำสำคัญ: การบำบัดทางการพยาบาล; ศิลปะบำบัด; การเน้นหาทางออก; แรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี
[a] Corresponding author: นฤมล สุ่นศักดิ์สวัสดิ์ Email: naruemol.sunsak@gmail.com
รับบทความ: 10 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 24 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 25 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 13 ส.ค. 69

The Effect of Nursing Therapy with Art Therapy and Solution Focused Therapy on the Motivation to Quit Drugs among Drug Addicts Receiving Outpatient Treatment at Wat Yansangwararam Hospital, Chonburi Province

Narumon Sunsaksawat, M.N.S.[*a]

Abstract

This research aimed to study effects of art therapy combined with solution-focused therapy on motivation to quit substance use among drug users receiving outpatient treatment at Wat Yansangwararam Hospital, Chonburi Province. Samples of 30 people were selected based on specified criteria, divided into experimental and a control groups, with 15 people in each group. Assessment tool was the Thai version of the SOCRATES scale. The therapy program lasted 60-90 minutes per session, with a total of 8 sessions every other week, totaling 16 weeks, and a follow-up 3 weeks after the final therapy session.

Research findings indicated that, before the experiment, there was no significant difference in motivation to quit substance use between the experimental and the control groups ($p>0.05$). Immediately after experiment, the experimental group had significantly higher motivation to quit substance use compared to the control group ($p<0.05$). In the 3-month follow-up period, the experimental group continued to have significantly higher motivation to quit substance use as compared to the control group ($p<0.01$). The results demonstrated that the therapy was effective in enhancing motivation and supporting behavioral change. It can be used to develop nursing models and practices to promote substance cessation in outpatient settings appropriately and systematically.

Keywords: Nursing therapy; Art therapy; Solution-focused approach; Motivation for substance cessation

[*] Registered Nurse, Professional Level Wat Yansangwararam Hospital, Chonburi Province
[a] Corresponding author: Narumon Sunsaksawat Email: naruemol.sunsak@gmail.com
Received: Mar. 10, 26; Revised: Mar. 24, 26; Accepted: Mar. 25, 26; Published Online: Aug. 13, 26

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมักยังคงอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมที่มีปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปใช้สารซ้ำ ส่งผลให้เกิดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) สูง และเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาอย่างยั่งยืน ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลิกสารเสพติดคือ “แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม” ซึ่งเป็นกลไกภายในที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจ ลด ละ และเลิกการใช้สารเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การใช้ยาเสพติดยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศมากกว่า 45,000 ราย ในจำนวนนี้มีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน 2,626 ราย ส่วนใหญ่เป็นชาย ปี 2561 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรง จำนวน 267 ราย ทั้งนี้จากรายงานพบว่า ผู้ที่ก่อเหตุรุนแรงเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน 104 คน ในปี 2562 พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ใน 1 ปี จำนวน 1.4 ล้านคน เป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง จำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 577 คน นอกจากนี้ ยังพบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า[1]

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ยาเสพติดยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญของสังคมไทย สำนักปราบปรามยาเสพติดรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีการจับกุมผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด จำนวน 165,524 คดี และในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนคดีลดลงเหลือ 130,543 คดี แม้ว่าจำนวนคดีจะมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณาจากปริมาณของกลางที่ตรวจยึดได้ เช่น ยาบ้า เฮโรอีน โคเคน และกัญชาแห้ง พบว่าสามารถตรวจยึดได้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2564 ยังมีผู้ต้องหาคดียาเสพติดจำนวน 132,675 คน โดยเป็นผู้ต้องหาที่กระทำความผิดซ้ำจำนวน 6,034 คน[2] ในด้านสถานการณ์ผู้ต้องขัง กรมราชทัณฑ์รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ต้องราชทัณฑ์ในคดีตามพระราชบัญญัติยาเสพติดทั่วประเทศจำนวน 206,361 คน คิดเป็นร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั้งหมดในประเทศ สะท้อนให้เห็นว่าคดียาเสพติดยังคงเป็นหนึ่งในประเภทคดีที่มีจำนวนผู้ต้องหามากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีประเภทอื่น[3] ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 ได้กำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ และเป็นหนึ่งในห้านโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างเป็นระบบ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาลให้มีการพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดภายใต้ทิศทางนโยบายยาเสพติดโลก และการเปลี่ยนแปลงในระดับสากลไปสู่การใช้หลักการสาธารณสุขและสิทธิมนุษย์ชน เน้นการดูแลสุขภาพและสังคม เป็นแนวทาง

ในการลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติด ปรับมุมมองผู้เสพติดยาเสพติด คือ “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการรักษาภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้”[4] ประกอบกับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในระบบต่างๆ ให้กับกระทรวงสาธารณสุข และได้กำหนดรูปแบบการบำบัดยาเสพติด 2 รูปแบบ คือ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบควบคุมตัว ใช้ในกรณีที่เห็นว่าผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถที่จะควบคุมตนเองให้เข้ารับการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่องได้ มีแนวโน้มหลบหนีหรือสร้างความเดือนร้อนให้กับคนรอบข้างและชุมชนที่ตนเองพักอาศัยอยู่ ซึ่งผู้รับผิดชอบดำเนินการประกอบด้วย กองทัพบก กองทัพเรือ กองบัญชาการทหารสูงสุด กรมการปกครอง กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไม่ควบคุมตัว ใช้ในกรณีที่เห็นว่า ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดยังสามารถควบคุมตนเองให้เข้ารับการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่องได้ ไม่สร้างความเดือนร้อนให้กับคนรอบข้างและชุมชนที่ตนเองพักอาศัย มีการงานเป็นกิจจะลักษณะ มีภาระรับผิดชอบ รูปแบบการฟื้นฟูฯ เป็นแบบผู้ป่วยนอกดำเนินการโดยสถานบริการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง และศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร ในกรณีที่เป็นผู้ติดสารเสพติดซึ่งอยู่ในความดูแลของสำนักงานคุมประพฤติในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีคลินิกบำบัดยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาได้นำรูปแบบการบำบัดรักษาตามรูปแบบ Neuro Behavioral Model ซึ่งคิดค้นและพัฒนาโดย University of California, Los Angeles เป็นกระบวนการตามแบบ Cognitive behavioral mode ซึ่งใช้เวลา 16 ปี ในการพัฒนาแนวทาง วิธีการบำบัดรักษา ภายใต้ชื่อโครงการ The Matrix Intensive Outpatient Program (IOP) หรือ Matrix Program เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอกถูกนำเข้ามาใช้ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2543[5] Matrix Program เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับรักษาผู้ติดสารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า โคเคน มีระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกันเป็นเวลา 16 สัปดาห์ มีการศึกษาประสิทธิผลของการนำ Modified Matrix Program มาใช้ในการบำบัดรักษา พบว่า ประสิทธิ์ผลและปัญหาการใช้ Matrix Program[6] และยังพบว่าการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบ Matrix program ใน 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จะนัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งไม่ได้ตรงตามแนวทางการบำบัดตามมาตรฐาน Matrix program ที่ต้องนัดมาสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และจากการเยี่ยมสำรวจงานยาเสพติดพบว่าตามโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ นัดผู้ป่วยมาเข้ากลุ่ม Matrix program สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดด้วย Modified Matrix Program มีการเสพซ้ำของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการบำบัดยังมีปริมาณที่ค่อนข้างสูง[7] และยังมีปัญหาด้านความพร้อมและความเหมาะสมของสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ให้ความรู้ โดยเฉพาะสื่อ VDO ที่ทันสมัย ซึ่งมีผลทำให้ผลลัพธ์ความสำเร็จจากการติดตามผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย[8] นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถหยุดการใช้ยาเสพติดได้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ แรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาเสพติด ซึ่งแรงจูงใจของผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดจนครบโปรแกรมและเกิดประสิทธิ์ผลของการบำบัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะร่วมกับการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบมุ่งหาทางออก (Solution-Focused Brief Therapy: SFBT) ซึ่งเน้นการมองอนาคต

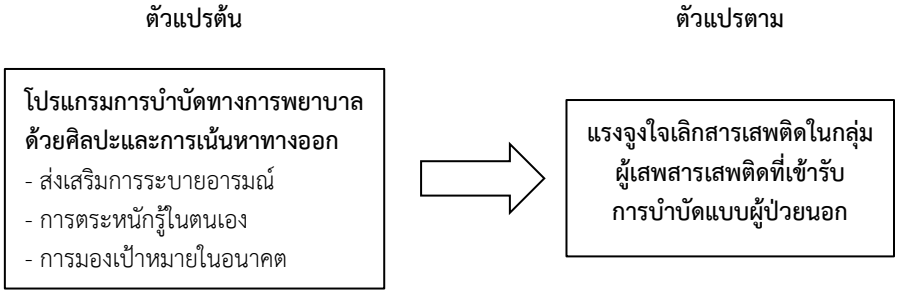
การตั้งเป้าหมาย และการค้นหาศักยภาพของตนเอง มากกว่าการมุ่งเน้นปัญหาในอดีต[9] ร่วมกับการใช้ศิลปะบำบัด (Art therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ ลดความเครียด และพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น[10,11] แนวทางดังกล่าวมีความเหมาะสมในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและการแก้ไขปัญหาของผู้ติดสารเสพติด ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจเลิกสารเสพติดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด แบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอากรอบแนวคิดการดูแลผู้เสพสารเสพติดแบบองค์รวม ซึ่งมองว่าปัญหาการใช้ การติด และการเสพสารเสพติดเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้น “แรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด” ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัด โดยอิงทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen[12] และ Fishbein[13] ที่อธิบายว่าความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากความเชื่อ เจตคติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ร่วมกับปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมการบำบัดที่ใช้เป็นตัวแปรต้น คือ การบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะร่วมกับการเน้นหาทางออก (SFBT)[14] ซึ่งช่วยส่งเสริมการระบายอารมณ์ การตระหนักรู้ในตนเอง และการมองเป้าหมายในอนาคต ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดความลังเลและเพิ่มการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการวัดระดับแรงจูงใจในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง

และระยะติดตามผล 3 เดือน (Two groups pretest-posttest and follow up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจเลิกสารเสพติดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด ในโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติด้วย Modified matrix program

ประชากร ประชากรเป้าหมายคือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่เข้ารับบริการในช่วง เดือนมีนาคม ถึง ธันวาคมปี 2568 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้เข้ารับบริการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ อายุ ≥18 ปี ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ มีคะแนน V.2 ระหว่าง 4–26 คะแนน ไม่มีอาการถอนพิษยาหรืออาการทางจิตที่รบกวนการทำกลุ่ม สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออกและการยุติการเข้าร่วมเพื่อความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามแนวคิด Effect size และแนวทางของ Polit & Hungler[15] โดยใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียตัวอย่างระหว่างการวิจัย การจัดกลุ่มใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก โดยเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง และเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อลดอคติและให้กลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะครอบครัว รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ปัญหาสุขภาพที่เป็นประจำ สถานที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) V.2[16] พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข ใช้จำแนกระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด แบบประเมินครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ความถี่ในการใช้ ความอยากใช้สาร ผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย และการเงิน ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การได้รับคำตักเตือนจากผู้อื่น และความพยายามลดหรือเลิกใช้สาร โดยใช้มาตรระดับ 0-5 (0=ไม่เคย) ซึ่งคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนความรุนแรงที่มากขึ้น และนำไปใช้ในการคัดเลือกและจัดระดับผู้เข้าร่วมการบำบัดอย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Socrates-8A) ปรับปรุงจากแบบสอบถาม SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) ฉบับแปลภาษาไทย โดย ผศ.พญ.รัศมน กัลยาศิริ และ นพ.อรรถพงษ์ ฉัตรดอน โดยแบบสอบถาม SOCRATES มีคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถาม 3 ด้าน คือ ด้านการรู้ตนเอง 7 ข้อ ด้านความลังเล 4 ข้อ และด้านการลงมือทำ 8 ข้อ โดยแบ่งระดับแรงจูงใจเป็น 1-5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง และสูงมาก โดยค่า Cronbach's alpha ของ SOCRATES ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.792[17]

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดด้วยศิลปะร่วมกับการเน้นหาทางออก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบมุ่งหาทางออก (Solution-Focused Brief Therapy:

SFBT) ของ Steve de Shazer และ Insoo Kim Berg[18] โดยเน้นการค้นหาศักยภาพของบุคคล การมองเป้าหมายในอนาคต และการเสริมพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหา ผสมผสานกับศิลปะบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดสำรวจประสบการณ์การใช้สารเสพติด ความรู้สึกต่อตนเอง และกำหนดเป้าหมายชีวิตอย่างมีความหมาย โปรแกรมดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม ใช้เวลา ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ และมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 สัปดาห์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความเหมาะสม มีความเที่ยงตรง และมีความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ที่ใช้ยาเสพติดและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) V.2[16] แบบวัดแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด SOCRATES ฉบับภาษาไทย และโปรแกรมการบำบัดด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออก ได้รับการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดยาเสพติด และการให้คำปรึกษา จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้มีความเหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิดการวิจัย

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบวัดแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด SOCRATES ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.792 แสดงให้เห็นว่าแบบวัดมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและสามารถนำมาใช้ในการประเมินแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างเหมาะสม

3. คุณภาพของโปรแกรมการบำบัด ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของรูปแบบ และความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้าน SFBT และศิลปะบำบัด 1 ท่าน และพยาบาลด้านการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด 2 ท่านผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโปรแกรมทั้งด้านเนื้อหา ลำดับกิจกรรม ระยะเวลา และภาษา จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเข้าใจ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการในเดือน เมษายน 2568-สิงหาคม 2568 ภายหลังได้ความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะของตัวแปรและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะครอบครัว รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ปัญหาสุขภาพที่เป็นประจำ และสถานที่อยู่อาศัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด คะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ประเมินด้วยแบบวัด SOCRATES ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งรายด้าน ได้แก่ ด้านการรู้ตนเอง ด้านความลังเล และด้านการลงมือทำ รวมถึงคะแนนรวม

3. การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง การเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เหมาะสมตามลักษณะข้อมูล เช่น การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) หรือสถิติไม่อาศัยพารามิเตอร์เมื่อข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

4. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อพิจารณาความแตกต่างของผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย CBO Rec 2568/006 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70) มีอายุอยู่ในช่วง 21-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 70) รองลงมาคืออายุ 15-20 ปี (ร้อยละ 26.7) และอายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 3.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 53.3) และประถมศึกษา (ร้อยละ 33.3) โดยมีอาชีพหลักเป็นแรงงานรับจ้าง (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือว่างงาน (ร้อยละ 33.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเสพสารเสพติด 6-10 ปี และ 11-15 ปี ในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 33.3) ลักษณะการอยู่อาศัยมักอยู่กับแฟนหรือคู่สมรส (ร้อยละ 40) ยาเสพติดชนิดแรกที่เริ่มใช้มากที่สุดคือยาบ้า (ร้อยละ 36.7) ขณะที่ยาเสพติดที่ใช้ในปัจจุบันพบมากที่สุดคือไอซ์ (ร้อยละ 30) รูปแบบการเสพส่วนใหญ่เป็นการเสพแบบเดี่ยว (ร้อยละ 73.3) และเมื่อจำแนกประเภทผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้เสพ (ร้อยละ 63.3) สำหรับประวัติการบำบัด พบว่าส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งที่ 1 (ร้อยละ 43.3) และครั้งที่ 2 (ร้อยละ 36.7) โดยใช้มาตราบำบัดตามกฎหมายมากที่สุดคือมาตรา 114 (ร้อยละ 56.7)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	9	70.0
ชาย	21	30.0
อายุ		
อายุ 15-20 ปี	8	26.7
อายุ 21-60 ปี	21	70.0
อายุ ≥ 61 ปี	1	3.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	33.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	53.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	6.7
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.3
ปริญญาตรี	1	3.3
อาชีพ		
แรงงานรับจ้าง	17	56.7
ว่างงาน	10	3.3
ค้าขาย	3	10.0
ระยะเวลาการเสพสารเสพติด		
6-10 ปี	15	50.0
11-15 ปี	15	50.0
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับแฟน/คู่สมรส	12	40.0
อยู่คนเดียว	9	30.0
อยู่กับบิดามารดา	7	23.3
อื่น ๆ	2	6.7
ยาเสพติดชนิดแรกที่เริ่มใช้		
ยาบ้า	11	36.7
ไอซ์	9	30.0
กัญชา	7	23.3
อื่น ๆ	3	10.0
ยาเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน		
ไอซ์	9	30.0
ยาบ้า	8	26.7
เคตามีน	6	20.0
อื่น ๆ	7	23.3

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบการเสพ		
เสพแบบเดี่ยว	22	73.3
เสพหลายชนิด	8	26.7
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ใช้	3	10.0
ผู้เสพ	19	63.3
ผู้ติด	8	26.7
ประวัติการบำบัด		
ครั้งที่ 1	13	43.3
ครั้งที่ 2	11	36.7
≥ 3 ครั้ง	6	20.0
มาตราการบำบัด		
มาตรา 114	17	56.7
มาตรา 113	9	30.0
มาตรา 56	4	13.3

2. คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจ ก่อน การเข้าร่วมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจเลิกสารเสพติดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติด

ผลการวิจัยพบว่า ด้านการรู้ตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรู้ตนเองก่อนการทดลองเท่ากับ 14.40 (SD=4.17) หลังการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นเป็น 21.93 (SD=5.21) และเพิ่มขึ้นเป็น 22.93 (SD=4.43) ในระยะติดตามผล 3 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 15.67 (SD=3.03) หลังการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นเป็น 21.46 (SD=3.79) และลดลงเหลือ 19.53 (SD=4.45) ในระยะติดตามผล 3 เดือน ด้านความลังเล ผลการวิจัยด้านความลังเลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 7.40 (SD=2.16) หลังการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นเป็น 12.73 (SD=3.49) และลดลงเล็กน้อยเป็น 12.40 (SD=2.61) ในระยะติดตามผล 3 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 13.33 (SD=4.01) หลังการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นเป็น 19.73 (SD=4.47) และลดลงเป็น 12.00 (SD=2.56) ในระยะติดตามผล 3 เดือน ด้านการลงมือทำ ผลการวิจัยด้านการลงมือทำพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 14.93 (SD=3.15) หลังการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นเป็น 25.33 (SD=5.12) และเพิ่มขึ้นเป็น 26.33 (SD=4.79) ในระยะติดตามผล 3 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 7.47 (SD=2.35) หลังการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นเป็น 11.20 (SD=2.14) และเพิ่มขึ้นเป็น 22.06 (SD=3.21) ในระยะติดตามผล 3 เดือน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจ ก่อน การเข้าร่วมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกต่อแรงจูงใจเลิกสารเสพติดในกลุ่มผู้เสพสารเสพติด (n=30)

ระยะเวลา	ด้านการรู้ตนเอง		ความลังเล		ด้านการลงมือทำ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ก่อนทดลอง	14.40 (4.17)	15.67 (3.03)	7.40 (2.16)	13.33 (4.01)	14.93 (3.15)	7.47 (2.35)
หลังทดลองทันที	21.93(5.21)	21.46 (3.79)	12.73 (3.49)	19.73 (4.47)	25.33 (5.12)	11.20 (2.14)
ระยะติดตามผล 3 เดือน	22.93 (4.43)	19.53 (4.45)	12.40 (2.61)	12.00 (2.56)	26.33 (4.79)	22.06 (3.21)

3. การเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา

ผลการวิจัยพบว่า จากการเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดเท่ากับ 14.93 คะแนน (SD=3.15) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.67 คะแนน (SD=3.04) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-0.65, p=0.522) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดก่อนการทดลองใกล้เคียงกัน

ภายหลังการทดลองทันที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดเท่ากับ 25.33 คะแนน (SD=5.12) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.47 คะแนน (SD=3.70) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.37, p=0.026) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดเท่ากับ 26.33 คะแนน (SD=4.79) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.07 คะแนน (SD=3.22) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.86, p=0.008) โดยกลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน

ช่วงเวลา	กลุ่ม	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	14.93	3.15	-0.65	0.522
	กลุ่มควบคุม	15.67	3.04		
หลังการทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	25.33	5.12	2.37	0.026*
	กลุ่มควบคุม	21.47	3.70		
ระยะติดตามผล 3 เดือน	กลุ่มทดลอง	26.33	4.79	2.86	0.008*
	กลุ่มควบคุม	22.07	3.22		

*p<0.5

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดเท่ากับ 14.93 คะแนน (SD=3.15) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.67 คะแนน (SD=3.04) และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.522) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดใกล้เคียงกันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมของการจัดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมได้อย่างน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น 25.33 คะแนน (SD=5.12) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.47 คะแนน (SD=3.70) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.026) นอกจากนี้ ในระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจสูงขึ้นเป็น 26.33 คะแนน (SD=4.79) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.07 คะแนน (SD=3.22) และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.008) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดมีผลต่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดทั้งในระยะสั้นและระยะต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยรายด้านของแรงจูงใจ พบว่าด้านการรู้ตนเองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.40 คะแนน (SD=4.17) ก่อนการทดลอง เป็น 21.93 คะแนน (SD=5.21) หลังการทดลองทันที และเพิ่มขึ้นเป็น 22.93 คะแนน (SD=4.43) ในระยะติดตามผล 3 เดือน สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมศิลปะบำบัดสามารถช่วยให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดได้สำรวจความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น ขณะเดียวกันด้านความลังเลของกลุ่มทดลองก็มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.40 คะแนน (SD=2.16) ก่อนการทดลอง เป็น 12.73 คะแนน (SD=3.49) หลังการทดลองทันที และยังคงอยู่ในระดับสูงในระยะติดตามผล 3 เดือน ซึ่งสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความชัดเจนในการตัดสินใจและลดความลังเลในการเลิกใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ด้านการลงมือทำยังพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 14.93 คะแนน (SD=3.15) ก่อนการทดลอง เป็น 25.33 คะแนน (SD=5.12) หลังการทดลองทันที และเพิ่มขึ้นเป็น 26.33 คะแนน (SD=4.79) ในระยะติดตามผล 3 เดือน แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะนำความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติจริงในการเลิกใช้สารเสพติด

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้โดยใช้แนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska & DiClemente[18] ซึ่งอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน ได้แก่ การตระหนักรู้ถึงปัญหา (Consciousness raising) การลดความลังเลหรือความขัดแย้งภายใน (Decisional balance) และการลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (action) โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะและการเน้นหาทางออกที่ใช้ในการศึกษานี้ช่วยส่งเสริมกระบวนการดังกล่าว โดยกิจกรรมศิลปะช่วยกระตุ้นการตระหนักรู้ในตนเอง ขณะที่การสนทนาแบบเน้นหาทางออกช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นเป้าหมายและแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ศิลปะบำบัดยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และประสบการณ์ชีวิตได้อย่างปลอดภัย โดยไม่จำเป็นต้องใช้การสื่อสารด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว กระบวนการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง และช่วยให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดสามารถสะท้อนความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเองได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holt & Kaiser[19] ที่พบว่าการใช้ศิลปะบำบัดในผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดช่วยให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดสามารถสำรวจประสบการณ์ชีวิต ความรู้สึก และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเองและเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะเดียวกัน แนวคิดการบำบัดแบบเน้นหาทางออก (Solution-Focused Brief Therapy) มุ่งเน้นการค้นหาศักยภาพ จุดแข็ง และประสบการณ์ความสำเร็จของผู้รับบริการ มากกว่าการมุ่งเน้นปัญหาในอดีต โดยกระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาและกำหนดเป้าหมายในอนาคต ส่งผลให้เกิดความหวังและความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติด เช่น การศึกษาของ Miller & Rollnick[14] ที่พบว่าแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational approach) สามารถช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดเกิดความตระหนักรู้ในปัญหา เห็นคุณค่าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีความพร้อมในการเลิกใช้สารเสพติดมากขึ้น

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะร่วมกับการเน้นหาทางออกเป็นแนวทางการพยาบาลเชิงจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยสามารถช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ลดความลังเล และส่งเสริมการลงมือปฏิบัติในการเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะติดตามผล ซึ่งแนวทางดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในสถานบริการสุขภาพหรือในชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโอกาสการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพสามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะร่วมกับการเน้นหาทางออกไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. หน่วยงานด้านการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดสามารถพัฒนากิจกรรมการบำบัดเชิงจิตสังคมที่ใช้ศิลปะเป็นสื่อในการสะท้อนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ลดความลังเล และเสริมสร้างความพร้อมในการเลิกใช้สารเสพติด
3. การจัดกิจกรรมบำบัดควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลหลังการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและลดโอกาสการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยอาจบูรณาการกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับการให้คำปรึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว และกิจกรรมฟื้นฟูทางสังคม

4. สถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงานด้านการบำบัดรักษาสามารถนำแนวทางการบำบัดนี้ไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้เสพสารเสพติด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลด้านจิตสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะร่วมกับการเน้นหาทางออกในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และในบริบทของสถานบริการสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวมากกว่า 3 เดือน เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

3. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกใช้สารเสพติด เช่น ความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) การสนับสนุนทางสังคม หรือคุณภาพชีวิต เพื่อให้เข้าใจผลของโปรแกรมการบำบัดในมิติที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ควรพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยบูรณาการกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือชุมชนร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. กรมราชทัณฑ์. รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม; 2566.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2564.
4. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. ประภาสี คัยนันท์. การประยุกต์ใช้ Matrix program ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(4):678-89.
6. สวัสดิ์ อุ่นใจ, และคณะ. ประสิทธิผลของการดำเนินงาน Matrix program ในการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(5):850-9.
7. นริศรา งามขจรวิวัฒน์, สุนทรพจน์ ชูช่วย, สุพิศพร แก้วชื่น. ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดด้วยโปรแกรม modified Matrix program. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(2):123-34.
8. กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.

9. De Shazer S, Dolan Y. More than miracles: the state of the art of solution-focused brief therapy. New York: Routledge; 2007.
10. พนิดา ทัพทวี, วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์, เพ็ญนภา กุลนภาดล. ผลของการให้คำปรึกษาแบบมุ่งหาทางออกต่อความเข้มแข็งภายในตนเองของเยาวชนที่ติดสารเสพติด. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2567;19(1):86-100.
11. Siriratrekha S. Art therapy: theory and practice in psychiatric rehabilitation. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2007.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process 1991;50(2):179-211.
13. Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: the reasoned action approach. New York: Psychology Press; 2010.
14. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
15. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1995.
16. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและส่งต่อผู้ที่ใช้ยาเสพติดและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) Version 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
17. กัลยาศิริ รัศมน, ฉัตรดอน อรรถพงษ์. การพัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด SOCRATES ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
18. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51(3):390-5.
19. Holt E, Kaiser DH. The first step series: art therapy for early substance abuse treatment. Arts Psychother 2009;36(4):245-50.

ประสิทธิผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง

กันธิมา เผือกเจริญ[*], วรรณฤดี เพชรพิชัย[*], ภานิชา พงศ์นราทร[*], จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์[*], รักษ์วริน วรรณศิลป์[*], อาริษา ศรีราช[**], ศุภกร หีบทอง[***], วิไลวรรณ ไขกะวิง[***], เพ็ญศิริ จันทร์แอ[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย ยาพอกสมุนไพร แบบสอบถามผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford Knee Score ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจะได้รับการพอกยาสมุนไพรบริเวณเข่า วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสถิติด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างในส่วนของค่าคะแนนระดับความเจ็บปวด ค่าคะแนนระดับของความรุนแรงของข้อเข่า

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 65-69 ปี ร้อยละ 46.8 กลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.25 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอาการปวดจากอิริยาบถจากการทำงาน ร้อยละ 62.50 ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของข้อเข่า เท่ากับ 6.72 คะแนน และหลังการทดลองครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเจ็บปวดของข้อเข่า เท่ากับ 0.91 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของข้อเข่าลดลง เท่ากับ 5.81 คะแนน ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford Knee Score เท่ากับ 12.03 คะแนน งานวิจัยนี้ยังสามารถบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ และเพื่อเป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมได้อีกด้วย

คำสำคัญ : ยาพอกสมุนไพร; โรคข้อเข่าเสื่อม; ความเจ็บปวด; ผู้สูงอายุ

[*] สาขาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
[**] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง จังหวัดสกลนคร
[***] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย
[a] Corresponding author: เพ็ญศิริ จันทร์แอ Email: pigky1506@outlook.co.th
รับบทความ: 11 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 25 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 26 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 13 ส.ค. 69

The Effectiveness of Herbal Poultice for Pain Relief in the Elderly Osteoarthritis at Ban Champa Dong Subdistrict Health Promoting Hospital

Guntima Phueakchroey[*], Wanruedi Phatpichai[*], Panicha Pongnaratorn[*], Juthathip Sirisin[*], Rakwarinn Wannasin[*], Arrisa Srirat[**], Supakorn Heebthong[***], Wilaiwan Khaikawing[***], Pensiri Chan-ae[*a]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effectiveness of herbal poultice for knee pain relief in elderly knee osteoarthritis at Champa Dong sub-district health promoting hospital, which was. Subjects consisted of 32 elderly people. Data collection instruments included herbal poultice, pain score questionnaires and Oxford Knee Score. The subjects who met the inclusion criteria received the application of herbal poultice at knees. Data were analyzed using percentages, averages, standard deviations, and Paired Sample t-test, comparing pain scores and Oxford knee scores between before and after the treatments.

Results showed that most samples were females (75%) with most age group of 65-69 years (46.8%). The experiment group was mostly agriculturist (81.25%). Most of behaviors that caused pain was from working postures (62.50%). Before the first treatment, the average score of knee osteoarthritis pain was 6.72 while after the third treatment, the average score of knee osteoarthritis pain was 0.91. The comparison of the Oxford Knee Score was 12.03 score. This research shows the knee pain relief in elderly with knee osteoarthritis and suggests that this is one option to treat pain from osteoarthritis of the knee.

Keywords: Herbal poultice; Knee osteoarthritis; Pain; Elderly

[*] Thai Traditional Medicine, Faculty of Rajamangala university of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus
[**] Ban Champa Dong Subdistrict Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province
[***] Thai Traditional and Alternative Medicine Group, Pakchom Hospital, Loei Province
[a] Corresponding author: Pensiri Chan-ae Email: pigky1506@outlook.co.th
Received: Mar. 11, 26; Revised: Mar. 25, 26; Accepted: Mar. 26, 26; Published Online: Aug. 13, 26

บทนำ

ในปัจจุบันสังคมผู้สูงอายุถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั่วโลกซึ่งในประเทศไทยพบผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว[1] โดยเฉพาะทางด้านโครงสร้างของกล้ามเนื้อ และข้อต่อ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อมมักมีสาเหตุมาจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนใต้ข้อเข่าทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างของข้อต่อ เช่น การสึกหรอ การแตก การหลุดลอกของผิวกระดูกอ่อนใต้ข้อเข่า และการทำงานของข้อต่อที่ฝืด แข็ง[2] ในปี 2564 ประเทศไทยพบสถิติผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้อมากกว่า 6 ล้านคนโดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่าเนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่และต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง อีกทั้งยังเป็นอวัยวะที่ต้องเคลื่อนไหวใช้งานหนักจึงทำให้เกิดการเสื่อมได้ง่าย โดยเฉพาะในคนที่มีน้ำหนักตัวเกิน ส่วนในผู้สูงอายุนั้นเป็นการเสื่อมที่เป็นไปตามอายุที่มากขึ้น[3] โรคข้อเข่าเสื่อมพบมากในวัยกลางคนและผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสำคัญที่ส่งผลต่อความเสื่อมของข้อเข่าโดยพบว่าเมื่ออายุ 40 ปีถือว่าเริ่มมีข้อเสื่อม ซึ่งมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อของร่างกาย น้ำหนักตัวที่เกิน มีความสัมพันธ์อย่างมากทำให้เข่าเสื่อม การใช้งาน ท่าทาง กิจกรรมที่มีแรงกดต่อข้อเข่ามาก อาการของโรคข้อเข่าเสื่อมเริ่มจากปวดเป็นๆ หายๆ เมื่อได้พักการใช้เข่าอาการปวดก็จะทุเลา และจะปวดมากขึ้นเมื่อมีการใช้งานข้อนั้นมาก[4]

ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความใกล้เคียงกับโรคลมจับโปงแห้งเข่าซึ่งนิยามของโรคลมจับโปงแห้งเข่า คือ โรคที่มีอาการปวดบวมแดงที่อาจจะพบเพียงเล็กน้อย มีสภาวะข้อเข่าผิดรูป เข่าโก่ง งอเข่าไม่ได้องศา มีเสียงกรอบแกรบในเข่าขณะเดิน อาจปวดมากเวลาเปลี่ยนอิริยาบถหรือขึ้นลงบันได สาเหตุของโรคเกิดจากความเสื่อมของข้อเข่าตามวัย ทำให้น้ำหล่อเลี้ยงในข้อเข่า (ลสิกา) แห้งไปและมีมูลเหตุการเกิดโรค ได้แก่ การใช้งานหนักเกินกำลัง การอยู่ในอิริยาบถที่ผิด เช่น การนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน การไม่ควบคุมน้ำหนัก และการรับประทานอาหารที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด เช่น หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของหมักดอง ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการข้ออักเสบ โดยมีการดูแลรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดรักษา ประคบสมุนไพร และมีการพอกยาบริเวณเข่าร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยท่าฤษีดัดตน[5] ในการบรรเทาอาการปวดของโรคลมจับโปงแห้งเข่าได้มีการศึกษาว่าสามารถบรรเทาอาการปวดเข่าได้ด้วยการใช้ยาพอกสมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อนซึ่งเมื่อได้รับการพอกเข่าระดับความสามารถในการใช้งานข้อเข่าเพิ่มขึ้น ระดับความปวดลดลงหลังการใช้ยาพอก[6] และพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้งเข่าได้รับการพอกยาสมุนไพรบริเวณเข่าทำให้ระดับอาการปวดเข่าของผู้ป่วยลดลงค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเข่าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[7]

คลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร มีการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการปวดเข่าโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยโดยพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมถือเป็นหนึ่งในหลายๆ โรคที่ตรวจพบในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 68, 72 และ 86 รายตามลำดับ ซึ่งจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของโรคข้อเข่าเสื่อมมีอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการทำงาน ขาดการออกกำลังกาย รวมไปถึงความเสื่อมของร่างกาย

ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทั้งในเรื่องการดูแลและการรักษา โดยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง มีการดูแลรักษาบรรเทาอาการผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าด้วยการใช้ยาพอกสมุนไพร ซึ่งในตำรับยาพอกสมุนไพรประกอบไปด้วย อาทิ ดองดึง มีสารที่ชื่อว่าโคลชิซีน (Colchicine) ออกฤทธิ์ต้านการอักเสบ[8] เหง้าไพล มีมีฤทธิ์ต้านการอักเสบที่แยกได้จากเหง้าไพลซึ่งเป็นสารฟีนิลบิวตานอยด์มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและบรรเทาปวด[9] บอระเพ็ด อุดมไปด้วยสารเคมีในกลุ่ม อัลคาลอยด์ ไดเทอร์ปีนอยด์ สารในกลุ่มเอมีน สารฟีโนลิก ไกลโคไซด์ ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ[10] และในการใช้ยาพอกสมุนไพรได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานของการแพ้ยาพอกสมุนไพรนั้น พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและมีการใช้ยาพอกสมุนไพรไม่พบการแพ้ยาพอกดังกล่าว แต่เนื่องด้วยยังขาดการเก็บข้อมูลด้านประสิทธิภาพของการรักษา

ดังนั้นจากปัญหาสภาพดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างมาก จึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพการรักษา และนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ประกอบการบูรณาการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้ยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในคลินิกการแพทย์แผนไทยทั้งก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ระดับความเจ็บปวดของข้อเข่า

2) ระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford knee score

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว (One group pretest-posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง ได้รับการวินิจฉัยทางหัตถเวชกรรมไทยโดยแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคลมจับโปงแห้งเข่า ระหว่างเดือน สิงหาคม 2567-มีนาคม 2568 จำนวน 27 คน ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนด Effect size=0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง[11] Alpha=0.05 และค่า Power=0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ทั้งนี้เนื่องจากเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการออกจากโครงการวิจัยและเพื่อเป็นประโยชน์กับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเพิ่มขึ้น 20% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า-เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

โดยเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้งเข่าเมื่อได้รับการประเมินหากพบอาการ 2 ข้อขึ้นไป ด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ[12] จะได้รับการเข้าร่วมโครงการทันทีโดยมีเกณฑ์การคัดกรอง ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจประเมินทางหัตถเวชกรรมไทย ได้แก่

- คลำข้อเข่าไม่พบข้ออุ่นโดยการใช้หลังมือ
- เมื่อมีการขยับ เดิน งอเหยียด มีเสียงในข้อเข่าชัดเจน
- ผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้ง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคลมจับโปงแห้งเข่าโดยใช้วิธีการทางหัตถเวชกรรมไทย[13]

2) เมื่อกดรอบกระดูกข้อเข่ามีความเจ็บ

3) มีระดับความปวดตั้งแต่ ระดับ 1-3

4) มีค่าองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่จำกัด หมายถึง ได้รับการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในท่างอโดยการให้กลุ่มตัวอย่างนอนคว่ำ ท่า Knee flexion ROM จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างงอเข่า และดูองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่เครื่องมือวัดองศา[14]

5) เป็นเพศชายและเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 60-75 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพบว่าข้อเข่ามีปัญหามากที่สุด[3]

6) เข้าใจภาษาไทย อ่านออก สามารถเขียนได้ และสื่อสารได้รู้เรื่อง

7) มีอาการปวดบริเวณข้อเข่าทั้งสองข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่ง

8) ไม่ได้อยู่ในช่วงที่รับประทานยาแก้ปวด และไม่ได้รับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs ยาต้านการอักเสบมาแล้วอย่างน้อย 2 วัน[15] รวมไปถึงยากลุ่ม Opioids อาทิ Tramadol, Oxycodone และกลุ่มยาสมุนไพรที่บรรเทาอาการปวด อาทิ ยาเถาวัลย์เปรียง ยาสหัสธารา และยาสารสกัดขมิ้นชัน

9) ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคกระดูกพรุน โรคผิวหนัง โรคมะเร็ง โรคติดต่อ (เช่น วัณโรคที่อยู่ในช่วงระยะแพร่เชื้อ กลากเกลื้อน หรือโรคอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการแพร่เชื้อ) โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคกระดูกข้อต่อหลวม มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (เช่น โรคทางระบบประสาท) โรคพาร์กินสัน โรคกระดูกบาง โดยมีเอกสารประวัติการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน

2) ได้รับการผ่าตัดที่บริเวณเข่า ฉีดยาเข้าข้อเข่า กระดูกแตกหัก ปริ ร้าว

3) ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาสมุนไพรหรือมีการแพ้ยาสมุนไพรในขณะเข้าร่วม

4) ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงของการรักษาอื่นๆ (เช่น การรักษาโดยแพทย์แผนจีน การประคบเย็น การรักษาโดยนักกายภาพบำบัด การอบสมุนไพร)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ยาพอกสมุนไพรเป็นตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ประกอบไปด้วย หัวดองดึง ในปริมาณ 25 กรัม เหง้าไพล ผงบอระเพ็ด ในปริมาณอย่างละ 12 กรัม แป้งข้าวจ้าว 125 กรัม เกลือ 5 กรัม พิมเสน 6 กรัม การบรู 25 กรัม และเมนทอล 12 กรัม โดยใช้สมุนไพรในรูปแบบบดละเอียดเป็นผงยาจากนั้นผสมน้ำปูนใสนวดตัวยาผสม

ให้เป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งยาพอกสมุนไพรผสมใหม่ทุกครั้งไม่ใช้ซ้ำรับซื้อจากร้านสมุนไพรไทเฮา (อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังในการเข้าร่วมโครงการประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลในส่วนของเพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกาย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่า เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นปวด แบบประเมินความเจ็บปวดรูปแบบ Visual Rating Scales: VRS อ้างใน รัตนาภรณ์ มานะนัตถ์ โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford knee score

แบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford knee score โดยประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2557 มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 คำตอบ มีลำดับค่าคะแนน 0-4 คะแนน โดยค่าคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด และค่าคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลยหรือเป็นปกติ โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีตั้งแต่ 0-48 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของงานวิจัยที่ได้สร้างขึ้นในส่วนของข้อมูลทั่วไป ไปตรวจสอบโดยใช้วิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของงานวิจัยกับแบบสอบถาม (Index of item objective congruence: IOC)[16] การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่างตั้งแต่ 0.67-1.00

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งระยะดำเนินการ ออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นก่อนการทดลอง

1.1) คณะผู้วิจัยเตรียมวัตถุดิบสมุนไพรที่จะใช้ในการทำชุดยาพอกเข่าสมุนไพร จำนวน 32 ชุด และเตรียมเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวดข้อเข่า และแบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford knee score

1.2) สำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่คัดไว้ตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 32 คน

1.3) ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยต้องมีพยานเป็นผู้ลงนามหรือเป็นญาติที่ดูแลหลักเป็นผู้ลงนาม

1.4) ผู้วิจัยอธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยซักประวัติเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford knee score และวัดระดับอาการปวดข้อเข่า ก่อนทำการพอกยาสมุนไพร

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1) กลุ่มตัวอย่างจะได้ทำการพอกยาสมุนไพรบริเวณ ด้วยตำรับยาพอกสมุนไพรที่ใช้ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ประกอบไปด้วย หัวดองดึง ในปริมาณ 25 กรัม เหง้าไพล ผงบอระเพ็ด ในปริมาณอย่างละ 12 กรัม แป้งข้าวจ้าว 125 กรัม เกลือ 5 กรัม พิมเสน 6 กรัม การบรู 25 กรัม และเมนทอล 12 กรัม โดยใช้สมุนไพรในรูปแบบบดละเอียดเป็นผงยาจากนั้นผสมน้ำปูนใสนวดตัวยาผสมให้เป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งยาพอกสมุนไพรผสมใหม่ทุกครั้งไม่ใช้ซ้ำและเป็นการพอกแบบผสมคนต่อคน ปริมาณ 222 กรัม

2.2) นำยาพอกสมุนไพรพอกบริเวณรอบ ๆ ข้อเข่าที่มีอาการปวด

2.3) ทำการพอกยาจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30 แบบวันเว้นวัน จันทร์ พุธ ศุกร์[17] เมื่อสมุนไพรที่พอกแห้งแกะออกและเช็ดทำความสะอาด

1. ขั้นหลังการทดลอง

3.1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงของการทดลองโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลักตามลำดับการพอกยาโดยในระยะเริ่มต้นก่อนการพอกยาครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บบันทึกข้อมูลระดับความปวดและระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford knee score จากนั้นในระหว่างกระบวนการพอกยาครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องโดยเก็บบันทึกข้อมูลระดับความปวดทั้งในช่วงก่อน และช่วงหลังการพอกยาทุกครั้ง และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการพอกยาครั้งที่ 3 ผู้วิจัยจะทำการเก็บบันทึกข้อมูลระดับความปวด และระดับความรุนแรงของข้อเข่า Oxford Knee Score

3.2) เก็บรวบรวมข้อมูลนำไปวิเคราะห์ แปลผล และสรุป ซึ่งเปรียบเทียบผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพอกยาสมุนไพรครั้งที่ 1 และหลังการพอกยาสมุนไพรครั้งที่ 3

ทั้งนี้ ตลอดการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลจากแพทย์แผนไทยอย่างใกล้ชิดในทุกขั้นตอนประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics version 27 และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนาในการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ผลของการประเมินคะแนนระดับความเจ็บปวดของข้อเข่า และผลการประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่าด้วย Oxford Knee Score ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร โดยดำเนินการให้การรับรองพิจารณาจริยธรรมแบบเต็มรูปแบบ รหัสโครงการ HEC-04-68-037 วันที่รับรอง 21 ตุลาคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงขั้นตอน กระบวนการวิจัย ตลอดขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับขู่เข็ญใดๆ อีกทั้งผลการวิจัยที่ได้ผู้วิจัยจะนำเสนอในรูปแบบภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 และเพศชาย ร้อยละ 25 ตามลำดับ มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 65-69 ปี ร้อยละ 46.8 กลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.25 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอาการปวดจากอิริยาบถจากการทำงาน ร้อยละ 62.50 ระยะเวลาอาการปวดข้อเข่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาอาการปวดมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.88 ระยะเวลาอาการปวด 1-6 เดือน ร้อยละ 21.88 ระยะเวลาอาการปวดมากกว่า 7 เดือน-1 ปี ร้อยละ 6.25 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พบว่า ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 6.72$\pm$1.57 คะแนน หลังการทดลองครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 0.91$\pm$0.59 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดหลังการทดลองมีค่าระดับความเจ็บปวดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 5.81 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มการทดลองของค่าเฉลี่ยระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 3

ระดับความปวด	n	$\bar{x}$	SD	Mean Difference	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลองครั้งที่ 1	32	6.72	1.57			
หลังการทดลองครั้งที่ 3	32	0.91	0.59	5.81	25.18	$p<0.0000^*$

p-value<0.05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 24.91$\pm$2.48 คะแนน หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 36.94$\pm$3.11 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองมีค่าระดับความรุนแรงลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 12.03 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความความรุนแรง	n	$\bar{x}$	SD	Mean Difference	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	32	24.91	2.48			
				12.03	21.63	p<0.0000*
หลังการทดลอง	32	36.94	3.11			

p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประสิทธิผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรสามารถบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง ดังนั้นงานวิจัยเรื่องนี้เป็นไปตามสมมติฐานหลักในการวิจัย

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าเท่ากับ 2.69 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงกว่าก่อนการทดลอง โดยผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของข้อเข่า เท่ากับ 5.81 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยการใช้ยาพอกสมุนไพรในรูปแบบตำรับที่มีส่วนประกอบ ได้แก่ หัวดองดึง เหง้าไพล ผงบอระเพ็ด แป้งข้าวจ้าว เกลือ พิมเสน การบูร และเมนทอล ซึ่งส่วนผสมของยาพอกเข่าสมุนไพร ล้วนเป็นสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทาอาการปวดโดยตามหลักทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย โดยการพอกยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมช่วยกระตุ้นธาตุลมกระจายลมในข้อเข่าไม่ให้มีการอั้นของลม ธาตุน้ำให้เกิดการไหลเวียนได้ดีขึ้นผ่านการอาศัยลมเป็นตัวกระจายให้ไหลเวียนลดความหนืด และไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของเข่า ไปยังอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และอวัยวะโดยรอบเกิดการคลายตัวลดการหดเกร็ง อาการปวดบริเวณเข่าลดลงโดยยาพอกสมุนไพรที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรฤทธิ์ร้อน เช่น ไพล พริกไทยดำ ดีปลี และอื่นๆ สามารถลดระดับความปวดของเข่าดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)[6] และตำรับยาที่มีส่วนประกอบของยาพอกสมุนไพรเช่นเดียวกันกับการศึกษานี้ซึ่งพบว่าการพอกยาสมุนไพรสูตรร้อนร่วมกับการทำท่ากายบริหารฤาษีดัดตนนั้นสามารถลดอาการปวดและลดระดับความรุนแรงของอาการเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.0001)[18] อีกทั้งตำรับยาพอกที่ประกอบไปด้วยผงผักเสี้ยนผี ผงไพล และการบูร สามารถลดระดับความปวดของข้อเข่าลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)[19]

การเปรียบเทียบค่าร้อยละของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ก่อนและหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลต่างของค่าเฉลี่ย

ระดับของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 12.03 คะแนน โดยอาการของข้อฝืด ข้อยึด นั้นเกิดจากอาการปวดของข้อเข่าส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถลดลง และมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่น้อยลง ซึ่งภายหลังการใช้ยาพอกสมุนไพรสามารถบรรเทาอาการปวดข้อเข่าได้ และสามารถช่วยลดอาการของข้อฝืด ข้อยึด รวมไปถึงสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการใช้งานของข้อที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วย Modified WOMAC (Western Ontario and McMaster University) พบว่า ยาพอกสมุนไพรที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรฤทธิ์ร้อนสามารถลดระดับความปวด อาการข้อฝืด เวลาในการลุกเดิน และยังพบว่าเพิ่มระดับความสามารถในการใช้งานของเข่าดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)[6] อีกทั้งยังพบว่าการใช้ยาพอกที่ประกอบด้วยสมุนไพรกลุ่มฤทธิ์ร้อน อาทิ ไพล ขมิ้นชัน ดีปลี ช้าพลู สะค้าน นั้นสามารถลดระดับความปวดของเข่าได้ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของค่า Oxford Knee Score มีค่าระดับคะแนนหลังการทดลองที่สูงระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[20]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่เพียงเป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวดด้วยการใช้ยาพอกสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แต่สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้แก่เขตพื้นที่ใกล้เคียงรวมไปถึงเป็นการบูรณาการแนวทางการรักษาบรรเทาอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลของการศึกษาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น กลุ่มที่ทำหัตถการอื่นๆ เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวิจัยต่อไปอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. อณิษฐา หาญภักดีนิยม. นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. วารสารพุทธอาเซียนศึกษา. 2563;5(1):55-70.
2. ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):969-85.
3. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2568 สิงหาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.slideshare.net/slideshow/cpg-osteoarthritis-or-osteoarthrosis-2554/33893854
4. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคข้อเข่าเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 สิงหาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/rama_hospital/th/services/knowledge/05272020-1112
5. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. บรรเทาอาการเข่าเสื่อมด้วยการพอกยาสมุนไพร. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/oa/

6. ปิยะพล พูลสุข, สุชาดา ทรงผาสุข, เมริษา จันทา, เนตรยา นิ่มพิทักษ์พงศ์, กิตรวี จิรรัตน์สถิต. ประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2560;18(1):104-11.
7. ศิริพร แย้มมูล, เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, อิศรา ศิรมณีรัตน์. ประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยตำรับสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคจับโปงแห้งเข่า โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2561;1(1):16-27.
8. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ดองดึง. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phar.ubu.ac.th/herb-DetailPhargarden/43
9. ชลิต พงศ์ศุภสมิทธิ์, เบญจวรรณ สมบูรณ์, สุภักตร์ ปัญญา และนงลักษ์ ชูพันธ์. ผลผลิตระหว่างหัวพันธุ์ที่แตกต่างกันของไพล (รายงานผลการวิจัย, มหาวิทยาลัยแม่โจ้). [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://librae.mju.ac.th/goverment/20111119104834_librae/File20130417121416_22776.pdf
10. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. บอระเพ็ด. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phar.ubu.ac.th/herb-DetailThaicrudedrug/76
11. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัท ณจันตา ครีเอชั่น จำกัด; 2564
13. ศุภกร หีบทอง, ปาณฐภรณ์ บุญขวาง, ภานิชา พงศ์นราทร, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์, เพ็ญศิริ จันทร์แอ. ประสิทธิผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามคัมภีร์เวชศึกษาเพื่อลดอาการปวดของโรคลมจับโปงแห้งเข่า โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;6(3):140-51.
14. Pereiralow L, Rwkabayiza S, Lécureux E, Jolles B.M. The knee smartphone-application goniometer is a more reliable tool than the standard goniometer in acute orthopaedic settings. Physiotherapy Journal. 2015;101(1):401-03.
15. Thomas L, David A, Victoria F, William S. Foye's Principles of Medicinal Chemistry. [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 3]. Available from: https://uoqqueensmcf.com/wpcontent/uploads/2020/BA%20Modules//Pharmacy/Year%20II%20(semester%202)/Medicinal%20Chemistry%20I/Reference%20books/Thomas%20Lemke_%20David%20A.%20Williams%20-%20Foye's%20Principles%20of%20Medicinal%20Chemistry-Lippincott%20Williams%20&%20Wilkins%20(2012).pdf
16. ปิยาภรณ์ พงษ์เกิดลาภ. ประสิทธิผลการรักษาอาการปวดข้อเข่าโดยใช้การนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการประคบและพอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าหรือข้อเข่าเสื่อม อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2565;5(2):32-46.

17. อุมาพร เคนศิลา, อนันต์ศักดิ์ จันทรศรี. ผลของยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(4):13-21.
18. วีรวัฒน์ ตันติบริรักษ์, ธัญญาวดี มูลรัตน์, ษิรวิภัคจ์ ธัญกัญจณธรณ์. ประสิทธิผลการบรรเทาอาการปวดของยาพอกสมุนไพรร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน 4 ท่า สำหรับผู้ป่วยปวดข้อเข่าหรือข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(4):636-644.
19. สุธินันท์ วิจิตร, ซากีมะห์ สะมาแล, ชวนชม ขุนเอียด, วิชชาดา สิมลา, ตั้ม บุญรอด, ศิริรัตน์ ศรีรักษา. ประสิทธิผลของยาพอกเข่าตำรับหลวงปู่ศุขวัดปากคลองมะขามเฒ่าต่อการบรรเทาอาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้งเข่า. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2565;8(1):47-62.
20. สุนิสา อินทะเสย์, ภานิชา พงศ์นราทร, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์, อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม, เพ็ญศิริ จันทร์แอ. ประสิทธิผลการใช้สไลม์พอกเข่าเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2568;18(2):62-72

ผลของการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติต่อความกลัว ความเจ็บปวด และประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น[*], รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์[a], ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย[**], ปาริชาติ สำราญบัว[***], สุนิสา กองทอง[***]**

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566-เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบหลังได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 33 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคอลดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.55 ต่อ 7.06 คะแนน ($p<0.05$) ถึงแม้คะแนนการรับรู้ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในระยะคลอดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 6.14 ต่อ 5.19 ($p<0.05$) และพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ย 77.82 ต่อ 102.21 ($p<0.05$) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: การคลอดธรรมชาติ; การส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ; การดูแลในระยะคลอด

[*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
[**] อาจารย์ประจำหลักสูตร กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานห้องคลอด โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร
[a] Corresponding author: รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์ rungtawinaom@gmail.com
รับบทความ: 21 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 25 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 26 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 13 ส.ค. 69

The Effects of Childbirth Preparation and Intrapartum Care for Promoting Natural Birth on Fear, Pain, and Childbirth Experience among Women Giving Birth at Yasothon Hospital, Yasothon Province

Sureepron Sripoun[*], Rungtawin Samphan[a], Lumphong Sriwongchai[**], Parichat Samranbua[***], Sunisa Kongthong[***]**

Abstract

This research is a quasi-experimental study conducted with term pregnant women who gave birth at Yasothon Hospital between March 2023 and February 2024. It is a comparative study between the group receiving childbirth preparation and nursing care to promote natural childbirth and control group. The sample size consists of 66 participants, divided into two groups of 33 each. The samples were selected through purposive sampling based on the criteria for the sample group.

The findings showed that the group receiving childbirth preparation and intrapartum care aimed at promoting natural childbirth demonstrated a significantly better ability to cope with labor pain compared to the control group, with mean scores of 5.55 and 7.06, respectively ($p<0.05$). Although the experimental group reported a higher mean perceived pain score during labor than the control group (6.14 vs. 5.19, $p<0.05$), they were better able to cope and pain management. In addition, women who received childbirth preparation and supportive care for natural childbirth exhibited significantly lower levels of fear of childbirth compared to the control group, with mean scores of 77.82 and 102.21, respectively ($p<0.05$). These findings suggest that the experimental group had a more positive perception of the childbirth experience than the control group.

Keywords: Natural childbirth; Natural childbirth promotion; Intrapartum care

[*] Assistant Professor, Division of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

[**] Lecturer, Division of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

[***] Registered Nurse, Senior Professional Level, Labor Room Unit, Yasothon Hospital

[a] Corresponding author: Rungtawin Samphan Email: rungtawinaom@gmail.com

Received: Feb. 21, 26; Revised: Mar. 25, 26; Accepted: Mar. 26, 26; Published Online: Aug. 13, 26

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของมารดา ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติในการผลักดันทารกออกมาจากครรภ์มารดา แต่การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการคลอดนี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูกเกิดขึ้นและความเจ็บปวดนี้จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูกที่มากขึ้นในแต่ละระยะของการคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เกิดความกลัวต่อการคลอด ไม่ว่าจะเป็นกลัวความเจ็บปวดในระยะรอคลอด กลัวการฉีกขาดของฝีเย็บ ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดวงจรความกลัว ความเครียดความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Syndrome) ส่งผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกมีการหลั่งสาร Catecholamines เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายของผู้คลอดมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นมีภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) เกิดภาวะ Respiratory alkalosis การไหลเวียนเลือดบริเวณมดลูกและรกลดลง ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่มีประสิทธิภาพเป็นสาเหตุของการคลอดยาวนาน ทำให้ทารกในครรภ์เผชิญกับการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอเป็นระยะเวลานาน เกิดภาวะเลือดเป็นกรด และภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ (Fetal distress)[1] ซึ่งความกลัวการคลอดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในระยะคลอดนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดเองทางช่องคลอด[2] ถึงแม้ว่าการผ่าตัดคลอดมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยจากอันตรายในระยะคลอดโดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ซึ่งเมื่อปล่อยให้ดำเนินการคลอดไปตามปกติอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์[3] อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการที่เพิ่มความเสี่ยงให้กับมารดาและทารกได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การสูญเสียเลือดจำนวนมาก ภาวะ Pulmonary embolism การบาดเจ็บขององระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (Thromboembolism) ภาวะลำไส้กลืนกัน (Paralytic ileus) ส่วนทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอด (Birth asphyxia) ภาวะหายใจเร็วแรกคลอด (Transient tachypnea) และการบาดเจ็บจากการคลอด (Birth injuries) โดยเฉพาะการบาดเจ็บของศีรษะ[3,4]

การให้ความรู้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวหรือการปรับบทบาทสู่การเป็นมารดา รวมทั้งการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยเฉพาะการคลอดทางช่องคลอดตามกลไกการคลอดธรรมชาติ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการให้ความรู้หรือการเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอดธรรมชาติเพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่จำเป็น[5] โดยรูปแบบการเตรียมคลอดนี้ควรครอบคลุมการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด วิธีการปฏิบัติตนเองในระยะคลอด การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด รูปแบบการเตรียมคลอดมีหลายแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการเตรียมคลอดธรรมชาติแนวคิดของ Dick-Read ที่เชื่อว่าการให้ความรู้ในเรื่องของกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด การพัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องต่อการคลอด โดยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดช่วยให้ผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น แสดงว่าความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นสิ่งที่ผู้คลอดพัฒนาขึ้นจากการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีทักษะการดูแลสุขภาพตนเองทำให้สามารถปฏิบัติ

ตนในการควบคุมตนเองให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่ยืนยันผลของการใช้วิธีการเตรียมคลอดสามารถช่วยลดความกลัวต่อการคลอด ช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม และยังช่วยเสริมสร้างการรับรู้หรือประสบการณ์ต่อการคลอดที่ดีได้[6] ดังนั้นทีมวิจัยจึงต้องการพัฒนาการเตรียมคลอดและการดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระคลอดได้และมีประสบการณ์ต่อการคลอดที่ดี โดยใช้แนวคิดการเตรียมคลอดของ Dick-Read และแนวทางการดูแลแบบ Active birth ในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดธรรมชาติในการออกแบบกิจกรรมการเตรียมคลอดและการดูแลในระยะคลอด เพื่อให้ได้แนวทางการเตรียมคลอดและการดูแลในระยะคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยโสธร และเป็นการพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดธรรมชาติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยและพื้นที่วิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในผู้คลอดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างเดือนมีนาคม 2023-เดือนกุมภาพันธ์ 2024 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบหลังได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 23 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือหญิงตั้งครรภ์และมาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธร ในระยะ 1 ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2,218 คน กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระกัน (Independent t-test) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน[7] ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน กำหนดเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 23 คน

การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเข้าแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้า ดังนี้ มีอายุระหว่าง 18-35 ปี อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ ณ วันที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งแรก และคลอดเมื่ออายุครรภ์ 37^{+0} สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ปากมดลูกเปิดขยายน้อยกว่า 7 เซนติเมตรเมื่อรับไว้ในห้องคลอด เมื่อสิ้นสุดการคลอดเป็นการคลอดเองทางช่องคลอด สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวทางการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดเตรียมคลอดของ Dick-Read แนวคิดการดูแลในระยะคลอดแบบ active birth ของ Balaskas (อ้างถึงใน วรรณี เดียวอิศเรศ)[6] ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน และนำมาออกแบบกิจกรรมการเตรียมคลอดวิถีธรรมชาติ กิจกรรมประกอบด้วย

1. การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเกี่ยวกับกระบวนการคลอดในช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์จำนวน 1 ครั้ง หัวข้อการให้ความรู้ ได้แก่ กลไกการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีระในระยะคลอด ประโยชน์ของการคลอดธรรมชาติ และการฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและการจัดการความปวดในระยะคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวและท่าทางในระยะคลอด การหายใจ และการนวด รวมทั้งการเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด

2. แนวทางการดูแลในระยะคลอดสำหรับพยาบาลห้องคลอดตั้งแต่ระยะที่ 1-2 ของการคลอด การดูแลในระยะที่ 1 ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีการจัดท่า และเทคนิคการหายใจและผู้ดูแลนวดเพื่อบรรเทาปวดในระยะคลอด และการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอดใช้วิธีการเบ่งคลอดตามธรรมชาติ ไม่จำกัดท่าในการคลอด ให้เบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดและผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง เบ่งแต่ละครั้งให้กลั้นเบ่งใช้เวลา 6-10 วินาที และให้มีผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลาตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอดจนกระทั่งทารกคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องเป็นเซ็นติเมตร ตั้งแต่ 0-10 เซนติเมตร เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความเจ็บปวด[8]

2. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด (Labour pain coping behavior observation) ของ Sturrock ฉบับแปลภาษาไทยโดยเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออกของผู้คลอด มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านการตอบสนองด้วยคำพูด ด้านแสดงออกทางใบหน้า ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย แบบสังเกตมีระดับคะแนนจาก 0-2 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

3. แบบสอบถามประสบการณ์การคลอดใช้แบบประเมินของ Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire [W-DEQ] แบบ B เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นสำหรับการประเมินความกลัวการคลอดของผู้คลอดในระยะหลังคลอด ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 33 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบมีระดับคะแนน 6 ระดับ จาก 1 ถึง 6 คะแนน มีคำถามด้านลบจำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะกลับคะแนนจาก 6 ถึง 1 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 198 คะแนน ถ้ามีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 85 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีความกลัวการคลอดในระดับที่รุนแรง หรือมีความกลัวการคลอดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมการเตรียมคลอด แผนการสอน สื่อการสอน และแนวทางการดูแลในระยะคลอด นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index-CVI) ประกอบด้วยอาจารย์ด้านการพยาบาลมารดาทารก จำนวน 2 ท่าน สูติแพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลในระยะคลอด 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86

สำหรับแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด ฉบับภาษาไทยของ ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.80 และแบบสอบถามประสบการณ์การคลอดฉบับ

แปลภาษาไทยของ นันทพร แสนศิริพันธ์ และได้แปลกลับ (Back translation) และตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87[7] ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือทั้งสองไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 ราย ทำการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดและแบบสอบถามประสบการณ์การคลอดเท่ากับ 0.65 และ 0.60 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกอคติของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดของโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มทดลองจัดให้เข้ากลุ่มเตรียมคลอดพร้อมผู้ดูแล จำนวน 1 ครั้งๆ ละ 5-8 คู่ พร้อมให้คู่มือการปฏิบัติตัวในระยะคลอดสำหรับทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดได้รับการดูแลตามกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ ได้แก่ การจัดท่า การนวดเพื่อบรรเทาปวด การใช้เทคนิคหายใจ การส่งเสริมการได้รับพลังงานและสารน้ำอย่างเพียงพอ การให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยให้มีผู้ดูแลได้จนสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอด การประเมินความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดทำการประเมิน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในขณะปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร ครั้งที่ 2 ขณะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และครั้งที่ 3 เมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ทั้งสองกลุ่มได้รับแบบสอบถามความกลัวและประสบการณ์การคลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ 031/2566 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 และมีการชี้แจงข้อมูลการวิจัยแก่อาสาสมัครเพื่อขอความยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลต่อบริการที่จะได้รับตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ One way ANOVA และ Chi-square test วิเคราะห์การแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนความปวดในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความกลัวและประสบการณ์การคลอดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความกลัวและประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 33 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 24.27±3.85 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 97 อยู่ด้วยกัน มีเพียงร้อยละ 3 ที่มีการหย่าร้างและอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

38.64±0.81 สัปดาห์ และส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 42.4 สำหรับข้อมูลของกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 26.06±6.74 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 38.23±0.67 สัปดาห์ สถานภาพสมรสร้อยละ 100 อยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 48.5 ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป พบว่าอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=66)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=33)	กลุ่มทดลอง (n=33)	p-value
อายุ [$\bar{x}$ (SD)]	24.27 (3.85)	26.06 (6.74)	0.352[a]
อายุครรภ์ [$\bar{x}$ (SD)]	38.61 (0.81)	38.23 (0.67)	0.921[a]
สถานภาพสมรส [n (%)]			-
อยู่ด้วยกัน	32 (97.0)	33 (100)	
หย่าร้าง	1 (3.0)		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ [n (%)]			
ครรภ์แรก	14 (42.4)	16 (48.5)	0.238[b]
ครรภ์ที่ 2	11 (33.3)	14 (42.4)	
ครรภ์ที่ 3	6(18.2)	1 (3.0)	
ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	2 (6.1)	1 (3.0)	
ผู้ดูแลหลัก [n (%)]			0.772[b]
สามี	26 (78.8)	25 (75.8)	
มารดา	7 (21.2)	7 (21.2)	
ย่า/ยาย	-	1 (3.0)	
ระดับการศึกษา [n (%)]			0.168[b]
ประถมศึกษา	1 (3.0)	1 (3.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (12.1)	10 (30.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12 (36.4)	15 (45.5)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	16 (48.5)	6 (18.2)	
ปริญญาตรี	-	1 (3.0)	
อาชีพ [n (%)]			0.608[b]
นักเรียน/นักศึกษา	4 (12.2)	1 (3.0)	
เกษตรกร	4 (12.2)	-	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	2 (6.1)	4 (12.2)	
รับจ้างทั่วไป	17 (51.5)	25 (75.8)	
พนักงานบริษัท	5 (15.2)	-	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (3.0)	3 (9.1)	
รายได้ต่อเดือน [$\bar{x}$ (SD)]	15727.27 (8997.47)	10121.21 (3772.90)	0.468[b]

[a] one way ANOVA, [b] Chi-Square test

ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยในระคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (6.14 vs 5.19 คะแนน) เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าที (t-test) (n=66)

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	95% CI of mean difference	p-value
กลุ่มควบคุม	33	5.19	1.55	-3.21	44.47	-1.54 ถึง -0.35	0.002
กลุ่มทดลอง	33	6.14	0.69				

*p<0.05

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคอลดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.06 ต่อ 5.55 คะแนน ($p<0.05$) และเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ย 77.82 ต่อ 102.21 ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าที (t-test) (n=66)

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	95% CI of mean difference	p-value
กลุ่มควบคุม	33	5.55	1.04	-7.028	54.52	-1.94 ถึง -1.08	0.000*
กลุ่มทดลอง	33	7.06	0.68				

*p-value<0.05

ความกลัวและประสบการณ์การคลอด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีความกลัวต่อการคลอดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (77.82±7.71 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความกลัวต่อการคลอดอยู่ในระดับสูง (102.21±4.78 คะแนน) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวและประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าที (t-test) (n=66)

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	95% CI of mean difference	p-value
กลุ่มควบคุม	33	102.21	4.78	16.36	64	21.42 ถึง 27.37	0.000*
กลุ่มทดลอง	33	77.82	7.11				

*p-value<0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคอลดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.06 ต่อ 5.55 คะแนน (p<0.05) ถึงแม้คะแนนการรับรู้ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในระยะคลอดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 6.14 ต่อ 5.19 (p<0.05) ซึ่งขัดแย้งกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการที่ผู้คลอดได้รับการเตรียมคลอดมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด[7,9,10] แสดงว่าการรับรู้ต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดไม่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเองและเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งการที่ผู้คลอดจะสามารถควบคุมตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่ดี เกิดจากการที่ผู้คลอดได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง ร่วมกับมีการฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการความปวดในระคลอดจนเกิดความมั่นใจ การเตรียมคลอดทำให้ความกลัวต่อการคลอดลดลงจึงสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี สอดคล้องกับรายงานการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ[11,12] ที่พบว่าการที่ผู้คลอดได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกควบคุมตนเอง และมีการเตรียมตัวก่อนคลอด เช่น การเตรียมด้านร่างกาย การฝึกจัดการความปวด ฝึกวิธีการควบคุมการหายใจ เป็นต้น ช่วยให้ผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น แสดงว่าความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นสิ่งที่ผู้คลอดพัฒนาขึ้นจากการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีทักษะการดูแลสุขภาพตนเองทำให้สามารถปฏิบัติตนในการควบคุมตนเองให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม[13] ถึงแม้ว่าจะรับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้นแต่ความกลัวต่อการคลอดลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการเตรียมคลอดธรรมชาติแนวคิดของ Dick-Read ที่เชื่อว่าการให้ความรู้ในเรื่องของกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด การพัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องต่อการคลอด โดยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบ Active birth ของ Balaskas เพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี[11,14]

นอกจากนี้รายงานการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ย 77.82 ต่อ 102.21 (p<0.05) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่าการเตรียมคลอดและการดูแลแบบ Active birth เพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอดของผู้คลอดได้ ทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดธรรมชาติ[12,14,15] สนับสนุนว่าการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผน

ตามแนวคิดของ Dick-Read ที่มุ่งเน้นการเตรียมให้ผู้คลอดปราศจากความกลัว เพื่อตัดวงจรความกลัว-ความเครียด-และความเจ็บปวด โดยใช้วิธีการให้ความรู้ คำแนะนำต่อสตรีตั้งครรภ์ และใช้เทคนิคการผ่อนคลายในระยะคลอดด้วยเทคนิคการหายใจ และการจัดท่าต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับแต่ละระยะการคลอด ช่วยลดความกลัวต่อการคลอดของผู้คลอดได้[13] ร่วมกับการดูแลแบบ active birth ของ Balaskas เพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ซึ่งเน้นการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้คลอดในการตัดสินใจและจัดการสุขภาพตนเอง ดังนั้นการเตรียมคลอดและการดูแลแบบส่งเสริมพลังอำนาจของผู้คลอดในระยะคลอดช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี[7,10,11,14]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ และแผนกห้องคลอดควรมีการนำรูปแบบการเตรียมคลอดและการดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดธรรมชาติไปใช้ในการเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอด และควรมีการเพิ่มเติมจำนวนครั้งในการเตรียมคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนความรู้และทักษะปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการคลอด
2. ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถบูรณาการรูปแบบการเตรียมคลอดและการดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดธรรมชาติเข้ากับการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดและการดูแลในระยะคลอดในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลและสนับสนุนการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวมทั้งการศึกษาวิจัยรูปแบบการเตรียมคลอดที่เหมาะสมในแต่ละบริบทพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lowdermilk DL, Cashion K, Perry SE, Alden KR, Olshansky E. Maternity and women's health care. 13th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2024.
2. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, บุญมี ภูด่านงัว. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):62-79.
3. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal child nursing care*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2014.
4. Ricci SS, Kyle K, Carman S. Maternity and pediatric nursing. 3rd ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2024.
5. World Health Organization. WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization; 2018.

6. วรรณี เดียวอิศเรศ, พิมาลา เล้าประจง. การเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดวิถีธรรมชาติ: แนวคิดและแนวทางการปฏิบัติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;26(4):90-8.
7. นภาภรณ์ เพิ่มทรัพย์, วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, วรรณี เดียวอิศเรศ. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความกลัวการคลอด พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือแห่งหนึ่ง. วารสารแพทย์นาวี. 2560;44(2):55-7
8. นงลักษณ์ คำสวัสดิ์. เครื่องมือประเมินความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;6(2):21-31.
9. ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;30(3):115-27.
10. เยาวรัตน์ ดุสิตกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(3):31-9.
11. Nooied B, Chunuan S, Phumdoung S. Effectiveness of a nurse-led program to enhance self-efficacy of pregnant adolescents and reduce their fear of childbirth: A randomized controlled trial. Pac Rim Int J Nurs Res. 2023; 27(1):4-18.
12. Kuo TC, Au HK, Chen SR, Chipojola R, Lee GT, Lee PH, et al. Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial. Midwifery. 2022; 113 :103438. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103438
13. Korn L, Koren G, Yaakov A, Madar G, Blau A. Evaluating the effectiveness of childbirth preparation courses on women's self-efficacy among ultra-Orthodox Jewish religious women in Israel. Healthcare (Basel). 2021;9(7):818. https://doi.org/10.3390/healthcare9070818
14. เบญจวรรณ คล้ายทับทิม. แนวทางการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(1):111-9.
15. Mousavi SR, Amiri-Farahani L, Haghani S, Pezaro S. Comparing the effect of childbirth preparation courses delivered both in-person and via social media on pregnancy experience, fear of childbirth, birth preference and mode of birth in pregnant Iranian women: A quasi-experimental study. PLoS One. 2022; 17(8):e0272613. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272613.

การพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร

นันทิยา ปรีชาเสถียร[*a], วงศ์วิศว์ หมื่นเทพ[**], ชัชวาล วงค์สารี[***]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์ทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร 2) พัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัย และ 3) ทดลองใช้นวัตกรรมดังกล่าว ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรสำนักงานเขต ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนุบาล ครูพี่เลี้ยง และเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าสถิติ t

ผลการวิจัย พบว่า 1) ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนและโรงเรียนอนุบาลมีการนำนวัตกรรมมาใช้อย่างหลากหลาย ทั้งในด้านประเภท รูปแบบ และระดับความเข้มข้นของการใช้งาน โดยนวัตกรรมมุ่งส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองและสังคม ผ่านการเล่นและกิจกรรม 2) นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ การพัฒนาสุขภาพ การพัฒนาอารมณ์และปฏิสัมพันธ์ การพัฒนาด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะการนำตนเองและการควบคุมตนเอง การพัฒนาการคิดแบบเติบโตและการคิดสร้างสรรค์ การพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรม และการเติบโตเป็นพลเมืองที่ดี ผลการประเมินคุณภาพนวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.31, SD=0.14) โดยมีนวัตกรรมการจัดอบรม ได้แก่ การเล่านิทานและการเล่นของเล่นประกอบการส่งเสริมทุนมนุษย์ทั้ง 7 มิติ และ 3) หลังการทดลอง เด็กปฐมวัยมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์; เด็กปฐมวัย; ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

[*] นักศึกษา ปร.ด.การพัฒนาธุรกิจและทุนมนุษย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ วิทยาเขตรังสิต
[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ วิทยาเขตรังสิต
[***] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ วิทยาเขตสะพานใหม่
[a] Corresponding author: นันทิยา ปรีชาเสถียร Email: nuntiya.pr@northbkk.ac.th
รับบทความ: 21 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 31 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 31 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 ส.ค. 69

Development of Innovation to Promote Elderly Childhood Human Capital in Preschool Child Development Center in Bangkok Metropolis

Nuntiya Preechastein[*a], Wongwit Muenthep[**], Chutchavarn Wongsaree[***]

Abstract

This study had three objectives: 1) to examine the state of human capital among early childhood children in preschool development centers in Bangkok; 2) to develop innovations promoting human capital for early childhood children; and 3) to pilot the developed innovations. A mixed-methods research design was employed, utilizing interviews, focus groups, and assessment forms. The sample consisted of district office personnel, school directors, kindergarten teachers, childcare teachers, and early childhood children in preschool development centers. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, standard deviation, and t-test.

The findings revealed that: 1) preschool development centers and kindergartens adopted innovations in diverse ways, varying in type, format, and intensity of implementation. The innovations targeted five developmental domains: gross motor skills, fine motor skills and cognition, language comprehension, language expression, and self-help and social skills, delivered through play-based activities. 2) The human capital promotion innovation for early childhood children encompassed seven dimensions: health development, emotional development and interaction, educational development, self-direction and self-regulation skills, growth mindset and creative thinking, moral and ethical development, and active citizenship. The overall quality assessment of the innovation was rated at a high level ($\bar{X}$ =4.31, SD=0.14). The training innovation included storytelling and toy-based play to promote all seven dimensions of human capital. 3) Following the intervention, early childhood children's mean scores were significantly higher than pre-intervention scores at the 0.05 level of statistical significance.

Keywords: Human capital promotion innovation; Early childhood; Child development centers

[*] Ph.D. Candidate, Business Development and Human Capital, Faculty of Liberal Arts, North Bangkok University
[**] Assistant Professor, Faculty of Liberal Arts, North Bangkok University
[***] Instructor, Faculty of Nursing, North Bangkok University
[a] Corresponding author: Nuntiya Prechastein Email: nuntiya.pr@northbkk.ac.th
Received: Mar. 21, 26; Revised: Mar. 31, 26; Accepted: Mar. 31, 26; Published Online: Aug. 14, 26

บทนำ

พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 ตราขึ้นโดยมีเหตุผลความจำเป็นเพื่อให้เด็กเล็กซึ่งเป็นเด็กปฐมวัยได้รับการคุ้มครอง ดูแล และมีพัฒนาการที่ดีรอบด้านอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ทั่วถึง และเสมอภาค ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติไว้ เพื่อให้เติบโตเป็นพลเมืองที่ดีและมีคุณภาพ โดยสามารถสรุปใจความสำคัญและวัตถุประสงค์หลัก 6 ประการ ได้แก่ 1) ดูแลมารดาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อให้บุตรในครรภ์มีสุขภาวะและพัฒนาการที่ดี 2) คุ้มครองความปลอดภัย ให้เด็กปฐมวัยรอดพ้นจากการล่วงละเมิดในทุกทาง 3) ส่งเสริมพัฒนาการรอบด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ให้สมวัย เพื่อเป็นฐานการเรียนรู้ตลอดชีวิต 4) สร้างคุณลักษณะและอุปนิสัยที่ดี มีคุณธรรม วินัย ใฝ่รู้ มีความคิดสร้างสรรค์ และซึมซับวัฒนธรรมที่หลากหลาย 5) บ่มเพาะเจตคติและการอยู่ร่วมกัน ให้เคารพคุณค่าของผู้อื่น มีจิตวิญญาณการอยู่ร่วมกันอย่างเสมอภาค และมีจิตสำนึกความเป็นพลเมือง 6) พัฒนาผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการพัฒนาเด็กปฐมวัย[1]

ปัจจุบันสถานการณ์ด้านทุนมนุษย์ในประเทศไทยเผชิญกับปัญหาหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของเด็กปฐมวัย[2] ซึ่งเด็กปฐมวัย คือ วัยแรกเกิดถึง 6 ปี ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของมนุษย์ ประเทศที่พัฒนาแล้วทุ่มทุนสร้างทุนมนุษย์ในวัยนี้เพื่อให้เด็กปฐมวัยเกิดทุนทางปัญญา ทุนทางสังคมและทุนทางอารมณ์[3] จากการศึกษานำร่องด้วยการสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 5 คน และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมจากเด็กปฐมวัย 20 คนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 3 แห่ง ในเขตสายไหม ณ วันที่ 10-12 พฤศจิกายน 2568 พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการรอบด้าน การพัฒนาเด็กปฐมวัยในไทยยังมีความเหลื่อมล้ำสูงระหว่างพื้นที่เมืองที่มีเศรษฐานะดีกับผู้ปกครองที่ทำงานรับจ้าง ซึ่งมีเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน เด็กในครอบครัวยากจนมักได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่น้อยกว่า โดยเฉพาะในด้านภาษาและสติปัญญา ศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียนอนุบาลหลายแห่งยังเน้นการสอนแบบท่องจำและการเตรียมความพร้อมทางวิชาการมากเกินไป ขาดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการเล่นและการสำรวจตามธรรมชาติของเด็ก ปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็ก ทั้งการขาดสารอาหารและภาวะอ้วนลงพุง ยังพบในอัตราที่สูง ส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายและสมอง การประเมินและติดตามพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบยังไม่ทั่วถึง ทำให้เด็กที่มีความล่าช้าทางพัฒนาการหลายรายไม่ได้รับการตรวจพบและช่วยเหลือตั้งแต่เนิ่น ๆ นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะทางอารมณ์และสังคมของเด็กยังไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร ทำให้เด็กบางส่วนมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

การสร้างคุณลักษณะและอุปนิสัยที่ดี ต้องปลูกฝังคุณธรรมและวินัยในเด็กปฐมวัยบ่อยครั้งเน้นไปที่การเชื่อฟังและการทำตามคำสั่งมากกว่าการพัฒนาการคิดเชิงจริยธรรมและความรับผิดชอบในตนเอง การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และความอยากรู้อยากเห็นยังไม่เป็นส่วนหลักของหลักสูตรในหลายแห่ง เนื่องจากการเน้นไปที่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการเตรียมตัวสอบเข้าประถมศึกษา ความหลากหลายทางวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์และชุมชนท้องถิ่น ยังไม่ได้รับการนำเสนอและส่งเสริมในหลักสูตรปฐมวัยอย่างเพียงพอ เด็กบางกลุ่มจึงขาดโอกาสในการเรียนรู้และซาบซึ้งในความหลากหลายทางวัฒนธรรม นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลในเด็กเล็กที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยขาดการควบคุมที่เหมาะสม อาจส่งผลเสียต่อการพัฒนาทักษะทางสังคม สมาธิ และความอดทน ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญที่เด็กควรได้รับการพัฒนาในวัยนี้ การบ่มเพาะเจตคติและการอยู่ร่วมกัน สังคมไทย

ยังมีความเหลื่อมล้ำและการแบ่งแยกทางสังคมในหลายมิติ ซึ่งสะท้อนในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย เด็กจากครอบครัวที่มีฐานะแตกต่างกันมักเข้าเรียนในสถานศึกษาที่แยกจากกัน มีโอกาสน้อยในการมีปฏิสัมพันธ์และเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันกับเด็กที่มาจากพื้นเพที่หลากหลาย การศึกษาแบบแข่งขันและเน้นผลสัมฤทธิ์ส่วนบุคคลมากเกินไปอาจลดโอกาสในการพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เด็กที่มีความแตกต่างทางร่างกาย ความสามารถ หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรม บางครั้งเผชิญกับการตีตราหรือการกีดกันจากเพื่อนและแม้กระทั่งจากผู้ใหญ่ การปลูกฝังจิตสำนึกความเป็นพลเมืองและความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่นยังไม่เป็นส่วนสำคัญของการศึกษาปฐมวัยในหลายแห่ง นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมทางสังคมที่เด็กได้รับจากสื่อและผู้ใหญ่รอบตัวบางครั้งสะท้อนความขัดแย้ง การแบ่งฝ่าย และการไม่เคารพในความคิดเห็นที่แตกต่าง ซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาเจตคติและพฤติกรรมของเด็กในทางลบ

ผู้วิจัยจึงตั้งใจสร้างโมเดลต้นแบบการพัฒนาทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัยในลักษณะนวัตกรรมการส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพัฒนาการของเด็ก Jean Piaget เสนอว่าพัฒนาการทางความคิดของเด็กเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้นในช่วงวัยต่าง ๆ เด็กจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาผ่านการทดลองและประสบการณ์จริง และ Erik Erikson ยังเสริมว่าวัยเด็กเป็นช่วงที่สำคัญในการพัฒนาด้านอารมณ์และสังคม การสร้างความเชื่อมั่นในตัวเองและการยอมรับในตนเองผ่านการเรียนรู้และความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลสำคัญต่อการเติบโตเป็นพลเมืองที่ดี ทฤษฎีของ Lev Vygotsky & Howard Gardner[4] เน้นไปที่การเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์และการส่งเสริมศักยภาพจากผู้อื่น Vygotsky[5] นำเสนอ “Zone of Proximal Development” ซึ่งเป็นเขตที่เด็กสามารถพัฒนาได้หากได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีประสบการณ์ ส่วน Gardner[6] เสนอว่ามนุษย์มีศักยภาพหลากหลายด้านซึ่งเรียกว่า “Multiple Intelligences” การสนับสนุนทักษะเหล่านี้ทำให้เด็กสามารถพัฒนาได้อย่างเต็มที่ในด้านต่างๆ ทฤษฎีการพัฒนาสังคม Albert Bandura[7] เสนอว่าการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและเลียนแบบเป็นวิธีการสำคัญที่เด็กใช้ในการพัฒนาทักษะสังคม โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าเด็กสามารถเรียนรู้พฤติกรรมที่ดีได้จากตัวอย่างที่ดี ซึ่งมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อสังคม ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ David Kolb[8] ที่เน้นการออกแบบการเรียนรู้ที่ต้องการเน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ และการสร้างประสบการณ์ตรงให้กับผู้เรียน ช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of knowledge) ประเทศไทยต้องการพัฒนาทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัย เพื่อให้การพัฒนาทุนมนุษย์ในเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจากที่กล่าวมา วิจัยเชิงนวัตกรรมที่ศึกษาในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานครค้นพบน้อยมาก ขาดการบูรณาการองค์ความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริง ยังไม่พบงานวิจัย การศึกษาการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผสานตัวแปรที่ยังไม่มีใครศึกษามาออกแบบนวัตกรรมที่มุ่งส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัย ผลการวิจัยจะเป็นความรู้พื้นฐานที่เป็นต้นแบบนวัตกรรมใหม่ที่จะใช้ขยายผลในการพัฒนาทุนมนุษย์ในเด็กช่วย 3-6 ปี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร

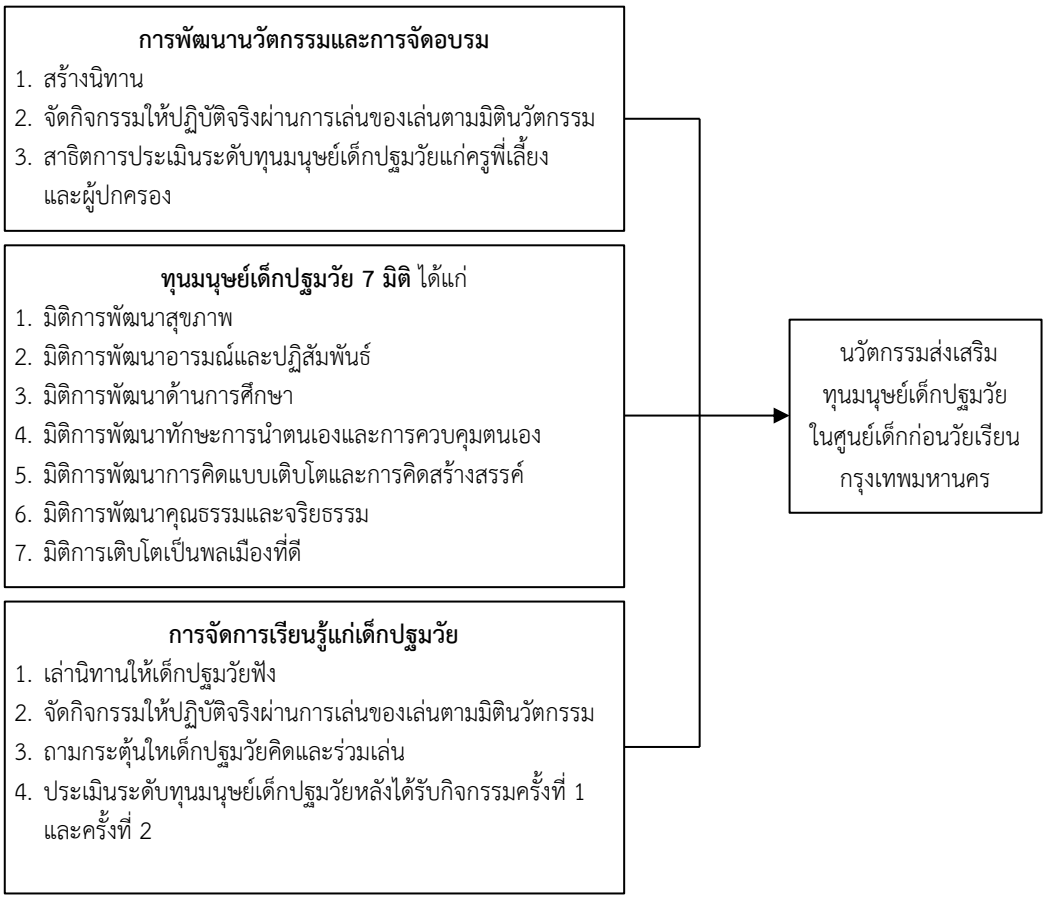
2. เพื่อการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร

3. เพื่อทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้มุ่งเน้นการบูรณาการองค์ประกอบ 3 ส่วนสำคัญเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการพัฒนานวัตกรรมและการจัดอบรมเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองผ่านการสร้างนิทานและกิจกรรมปฏิบัติจริง ควบคู่ไปกับการกำหนดทิศทางการพัฒนาทุนมนุษย์ให้ครอบคลุมทั้ง 7 มิติ อาทิ ด้านสุขภาพ อารมณ์ การนำตนเอง ความคิดสร้างสรรค์ และคุณธรรมจริยธรรม[1,2] จากนั้นจึงนำไปสู่ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่เน้นการเล่านิทานและการเล่นตามมิตินวัตกรรม พร้อมทั้งมีการประเมินผลระดับทุนมนุษย์อย่างต่อเนื่องในครั้งที่ 1 และ 2 เพื่อติดตามความก้าวหน้า ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยในเขตกรุงเทพมหานครเติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพและมีทักษะที่พร้อมต่ออนาคตอย่างยั่งยืน[1-13]

ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร ศึกษาสภาพการณ์การส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร จากการศึกษาวิเคราะห์ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี วารสาร รายงานการวิจัยสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยบุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ครูพี่เลี้ยงในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนในเขตสายไหม กรุงเทพมานคร จำนวน 3 แห่งๆ ละ 4 คน รวม 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ประเด็นข้อคำถามหลักและคำถามล้วงลึกการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากวรรณกรรม เพื่อให้มั่นใจว่าแบบสัมภาษณ์สามารถเก็บข้อมูลที่มีความสำคัญและมีความตรงในการวัดประเด็นที่ศึกษา พร้อมปรับแก้ภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น และปรับเทคนิคการสัมภาษณ์ การใช้คำที่เหมาะสมกับบริบท 2. เครื่องบันทึกเทป การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ LA04/2568 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยปกป้องและเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมในการวิจัย โดยเน้นความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว การเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ที่จะใช้เป็นสถานที่วิจัย โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ถึงสำนักงานเขต เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะเข้าพบผู้บริหารศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นดำเนินการโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในวันที่ 18 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์เชิงหัวข้อและการตรวจสอบแบบสามเส้า ผู้วิจัยได้นำการวิเคราะห์เชิงหัวข้อ (Thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun and Clarke[9] และ Naeem et al.[10] มาใช้เพื่อระบุประเด็นสำคัญและให้ความหมายที่ชัดเจนในทุกมิติ

ระยะที่ 2 การพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร

2.1 สร้างรูปแบบองค์ประกอบนวัตกรรมในการส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร จากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยบุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 10 คน ได้แก่ คือ ตัวแทนผู้อำนวยการเขต 3 เขต คือ เขตสายไหม เขตดอนเมือง และเขตบางเขน จำนวน 3 คน นักพัฒนาสังคมผู้รับผิดชอบดูแลศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สำนักงานเขตสายไหม จำนวน 1 คน ประธานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และครูพี่เลี้ยง เขตสายไหม 3 ศูนย์ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนรวมใจสามัคคี ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนวัดลุ่มเจริญศรัทธา และศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนพูนทรัพย์ จำนวน 3 คน ผู้ปกครองศูนย์ละ 1 คน จำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ประเด็นข้อคำถามหลักและคำถามล้วงลึกการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากวรรณกรรม เครื่องบันทึกเทป คำถามหลัก คือ การนำใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยปัจจุบันมีอะไรบ้าง ปัญหาและอุปสรรคในการใช้

นวัตกรรมและมีความต้องการนวัตกรรมใหม่ในมิติไหนบ้าง การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ LA04/2568 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2568 ส่งหนังสือขออนุญาตพร้อมเนื้อหารูปแบบนวัตกรรม แบบประเมินนวัตกรรมแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน ทางจดหมายลงทะเบียนผ่านไปรษณีย์ไทย หลังได้แบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยได้บรรณาธิกรข้อมูล ปรับปรุงเนื้อหานวัตกรรมและข้อคำถามการประเมินนวัตกรรม

2.2 ประเมินประสิทธิภาพรูปแบบนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพชุดนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยและประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรม ซึ่งการประเมินคุณภาพของนวัตกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้พัฒนาและผู้ใช้มีความมั่นใจว่านวัตกรรมนั้นสามารถนำไปใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพในเชิงการพัฒนา ทั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ตรงในการพัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินจำนวน 7 คน ประเมินมิติด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม ความถูกต้อง และด้านความเป็นประโยชน์ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการส่งแบบประเมินไปยังผู้ทรงคุณวุฒิ รวมจำนวนทั้งสิ้น 7 คน ซึ่งมีคุณสมบัติในการกำหนดนโยบายและปฏิบัติพัฒนาสุขภาวะในเด็กปฐมวัย โดยได้จัดทำหนังสือถึงหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลผ่านแบบประเมิน โดยวิธีการจัดส่งแบ่งเป็นสามช่องทาง ได้แก่ การส่งทางไปรษณีย์ ส่งผ่านอีเมล และส่งที่สถานที่ปฏิบัติงาน การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยข้อมูลดังกล่าวนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบนวัตกรรมให้มีความสมบูรณ์และตอบสนองต่อวัตถุประสงค์การใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมาย เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุ 3-6 ปี จำนวน 30 คน การทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร ที่สร้างขึ้นว่าส่งผลต่อการปฏิบัติได้จริงหรือไม่ โดยนำไปใช้ปฏิบัติจริงกับเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-6 ปี บิดามารดาเซ็นยินยอมให้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรับสมัคร คัดกรอง และคัดเลือกจนได้ครบจำนวน 30 คน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) ดำเนินโปรแกรมนวัตกรรม และเก็บข้อมูลหลังทดลอง (Posttest) ตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จับสลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย ซึ่งผู้วิจัยวางแผนจัดกิจกรรมสำหรับนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย รวมจำนวน 4 สัปดาห์ ระหว่าง 24 พฤศจิกายน 2568 ถึง 23 ธันวาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 7 คนประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการพัฒนาทางสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวนข้อ 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เน้นการประเมินทักษะทางสังคมและความร่วมมือของเด็ก 2) แบบประเมินการพัฒนาด้านอารมณ์และปฏิสัมพันธ์เด็กปฐมวัย จำนวนข้อ 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เน้นประเมินความสามารถในการวิเคราะห์และ

เหตุผลที่แสดงออกผ่านการใช้อารมณ์ตามสถานการณ์ 3) แบบประเมินการพัฒนาด้านการศึกษาเด็กปฐมวัย จำนวนข้อ 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เน้นการประเมินทักษะการเรียนรู้ในสถานการณ์กลุ่ม 4) แบบประเมินการนำตนเองและสังคมเด็กปฐมวัย จำนวนข้อ 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เน้นการประเมินพฤติกรรมเชิงบวกภาวะผู้นำ ภาวะผู้ตามและการเข้าใจคุณธรรม 5) แบบประเมินการพัฒนาด้านการคิดแบบเติบโตและสร้างสรรค์เด็กปฐมวัย จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เน้นการประเมินพฤติกรรมการร่วมมือและความใส่ใจเชิงสร้างสรรค์ต่อสถานการณ์ 6) แบบประเมินการกล้าที่จะทำดีเด็กปฐมวัย จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 7) แบบประเมินการเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีเด็กปฐมวัย จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

เกณฑ์การประเมิน: ใช้ระดับคะแนน 1-5 (1=เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด 2=เห็นด้วยระดับน้อย 3=เห็นด้วยระดับปานกลาง 4=เห็นด้วยระดับมาก 5=เห็นด้วยระดับมากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ประเมิน และความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของนวัตกรรมที่ได้รับการพัฒนา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความสอดคล้องในระดับผู้ทรงคุณวุฒิ (Content validity index: CVI) 7 คน เสนอค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาทั้ง 7 มิติ เท่ากับ 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ยอมรับ การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ LA10/2568 ลงวันที่ 8 กันยายน 2568 ผู้วิจัยปกป้องและเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมในการวิจัย โดยเน้นความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว และการให้ข้อมูลอย่างเป็นธรรม โดยยึดปฏิบัติตามความในพระราชบัญญัติการวิจัยในมนุษย์ พ.ศ. 2552 เป็นสำคัญ

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ที่จะใช้เป็นสถานที่วิจัย โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ถึงสำนักงานเขต เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนเกณฑ์แห่งหนึ่งในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและให้ผู้ปกครองสมัครใจลงลงนามยินยอมสำหรับให้บุตรของตนเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นค่อยดำเนินการตามแผนการวิจัย พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของตัวอย่างวิจัย เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิ์ของตัวอย่างวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์ ผลข้างเคียง และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยได้ซักถามข้อสงสัย รวมถึงชี้แจงให้ทราบว่าไม่จำเป็นต้องเข้าร่วม โครงการวิจัยทุกคนการวิจัยนี้ไม่มีผลต่อการดูแลและการศึกษาของเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD), Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนนวัตกรรมก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เกณฑ์การประเมินนวัตกรรมและทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย โดยลักษณะของแบบสอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ[9] โดยใช้วิธีการของลิเคิร์ท (Likert) ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามแนวคิดวิธีการแบ่งตามอัตราภาคชั้นกำหนดเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการใช้นวัตกรรมพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของชาติในระยะยาว โดยเฉพาะในยุคที่สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่มีอัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้การพัฒนาศักยภาพของเด็กแต่ละคนให้เต็มที่กลายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งขึ้น นวัตกรรมทางการศึกษาปฐมวัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพการพัฒนาเด็กให้สอดคล้องกับหลักวิชาการและตอบสนองต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย ประการแรก ความจำเป็นในการใช้นวัตกรรมเกิดจากความต้องการที่จะพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมดุลและครบถ้วนในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตในระยะต่อไป ความจำเป็นในการใช้นวัตกรรมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวและสังคมไทยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กปฐมวัย ในปัจจุบัน ครอบครัวไทยจำนวนมากเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวที่พ่อแม่ทำงานนอกบ้านทั้งคู่ ทำให้เด็กต้องอยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กหรือสถานรับเลี้ยงเด็กเป็นเวลานาน การใช้นวัตกรรมเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพและความรู้ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเพียงพอ แม้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียนอนุบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่คุณภาพของครูและผู้ดูแลเด็กยังคงเป็นประเด็นท้าทาย หลายแห่งมีครูและผู้ดูแลที่ขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและวิธีการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับวัยปฐมวัย นวัตกรรมที่ออกแบบมาอย่างดีสามารถทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนและเสริมศักยภาพให้กับครูและผู้ดูแล นวัตกรรมที่ต้องการ ได้แก่ นวัตกรรมการพัฒนาสุขภาพ พัฒนาการศึกษา พัฒนาความคิดแบบเติบโตและความคิดสร้างสรรค์ พัฒนาการเป็นพลเมืองที่ดี เป็นต้น

2. นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์ หมายถึง สิ่งประดิษฐ์ กระบวนการ หรือขั้นตอนที่มีแนวคิดใหม่และประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน การดำเนินงานมีกรอบแนวปฏิบัติจากหน่วยงานต้นสังกัดควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมเพิ่มเติมในระดับศูนย์เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท คุณลักษณะสำคัญของนวัตกรรม ได้แก่ ความปลอดภัย ความทนทาน และความสามารถในการกระตุ้นความสนใจและการมีส่วนร่วมของเด็กมุ่งส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างรอบด้าน โดยเน้นการเรียนรู้ผ่านการเล่นและการกระตุ้นกระบวนการคิดอย่างต่อเนื่อง

2.1 นวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร 7 มิติ

มิติที่ 1: โครงสร้างพื้นฐานและสุขภาพ หัวใจ: สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกายที่เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุด มิติที่ 2: ฐานครอบครัวปิกนิกสุขสันต์ (การแบ่งปันและทีมเวิร์ก) กิจกรรม: จำลองสวนสาธารณะ ฝึกเป็น “พ่อแม่-ลูก-เพื่อน” เป้าหมาย: เรียนรู้การแบ่งปันทรัพยากรที่มีจำกัด (เช่น ขนมชิ้นเดียว) และการทำงานร่วมกันเพื่อเป้าหมายเดียว มิติที่ 3: ป่วนครัวคุณแม่ (การฟังและปฏิบัติ

ตามคำสั่ง) กิจกรรม: สวมบทบาท “เชฟและผู้ช่วยเชฟ” สั่งงานจากง่ายไปสู่ความซับซ้อน (3 ขั้นตอน) เป้าหมาย: ฝึกสมาธิ การฟังอย่างตั้งใจ และทักษะการลำดับขั้นตอน (Executive functions) มิติที่ 4: ช่วยเพื่อนที่กำลังลำบาก (การนำตนเองและเห็นอกเห็นใจ) กิจกรรม: แก้ไขสถานการณ์สมมติ (เช่น ตุ๊กตาตกจากที่สูง) โดยครูเป็นเพียงผู้เฝ้ามอง เป้าหมาย: ฝึกการสังเกตความต้องการของผู้อื่น และสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง มิติที่ 5: ป้อมปราการของฉันพังแล้ว! (Growth Mindset & ความคิดสร้างสรรค์) กิจกรรม: สร้างป้อมจากบล็อกไม้ เมื่อพังลงครูจะให้กำลังใจและชวนวิเคราะห์สาเหตุ เป้าหมาย: เปลี่ยนความล้มเหลวเป็นบทเรียน (Resilience) และกล้าคิดนอกกรอบในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ มิติที่ 6: กล่องความดีที่หายไป (จิตอาสาและน้ำใจ) กิจกรรม: สวมบทบาท “นักสำรวจ” ช่วยคุณลุงยามหาความดีผ่านการเก็บของเล่น/ดูแลพื้นที่ เป้าหมาย: เชื่อมโยงการทำความดีเข้ากับความสุขทางใจ (Intrinsic motivation) โดยไม่ต้องมีคำสั่ง มิติที่ 7: ช่วยกันสร้างสวนสาธารณะของเรา (ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม) กิจกรรม: สมาชิกชุมชนตัวน้อยช่วยกันสร้างพื้นที่จำลองและดูแลรักษาความสะอาด เป้าหมาย: สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของการเป็นพลเมืองที่ดี

โดยสรุป ทั้ง 7 มิติของการพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยมีความเชื่อมโยงและส่งเสริมกันอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากรากฐานที่จำเป็นที่สุด คือ สุขภาพ แล้วค่อยๆ สร้างขึ้นไปสู่ทักษะและคุณลักษณะที่ซับซ้อนมากขึ้น จนกระทั่งบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุด คือ การเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม การพัฒนาในแต่ละมิติไม่เพียงแต่เป็นเป้าหมายในตัวเอง แต่ยังเป็นพื้นฐานและเงื่อนไขสำคัญสำหรับการพัฒนาในมิติถัดไป ทำให้การพัฒนาทุนมนุษย์เป็นกระบวนการองค์รวมที่ต้องได้รับการส่งเสริมอย่างครบถ้วนและสมดุลในทุกมิติ

2.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวม

ตารางที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวม (n=7 คน)

มิตินวัตกรรม	ก่อนทดลอง		
	ρ	μ	ระดับ
1. ด้านความเป็นไปได้	4.23	0.87	มาก
2. ด้านความเหมาะสม	4.14	0.91	มาก
3. ด้านความถูกต้อง	4.43	0.77	มาก
4. ด้านความเป็นประโยชน์	4.43	0.82	มาก
รวม	**4.31**	**0.14**	**มาก**

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ρ=4.31, μ=0.14) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านความถูกต้องและด้านความเป็นประโยชน์มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ρ=4.43, μ=0.77 และ ρ=4.43, μ=0.82 ตามลำดับ) รองลงมา คือ ด้านความเป็นไปได้ (ρ=4.23, μ=0.87) น้อยที่สุด คือ ด้านความเหมาะสม (ρ=4.14, μ=0.91)

3. ผลการนำใช้วัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) อายุเฉลี่ย 4.36 ปี ช่วงอายุ 3 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 26.67) เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 86.66 มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 93.33 พัฒนาการห้าด้านสมส่วน ร้อยละ 100.00 สุขภาพดีมากที่สุด (ร้อยละ 100.00)

3.2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนเฉลี่ยของทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบประสิทธิผล วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนเฉลี่ยของทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม (n=30 คน)

มิตินวัตกรรม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. พัฒนาทางสุขภาพเด็กปฐมวัย	3.50	0.07	มาก	4.80	0.05	มากที่สุด
2. พัฒนาด้านอารมณ์และปฏิสัมพันธ์เด็กปฐมวัย	3.56	0.06	มาก	4.62	0.09	มากที่สุด
3. พัฒนาด้านการศึกษาเด็กปฐมวัย	3.50	0.08	มาก	4.68	0.18	มากที่สุด
4. การนำตนเองและสังคมเด็กปฐมวัย	3.44	0.06	ปานกลาง	4.66	0.09	มากที่สุด
5. พัฒนาด้านการคิดแบบเติบโตและสร้างสรรค์เด็กปฐมวัย	3.50	0.05	มาก	4.61	0.07	มากที่สุด
6. การกล้าที่จะทำดีเด็กปฐมวัย	3.40	0.07	ปานกลาง	4.66	0.07	มากที่สุด
7. การเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีเด็กปฐมวัย	3.68	0.07	มาก	4.72	0.17	มากที่สุด
รวม	**3.45**	**0.18**	**ปานกลาง**	**4.68**	**0.13**	**มากที่สุด**

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนเฉลี่ยของทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม พบว่า ก่อนการทดลองนวัตกรรมภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=3.45, SD=0.18) โดยการเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีเด็กปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$=3.68, SD=0.07) รองลงมาคือพัฒนาด้านอารมณ์และปฏิสัมพันธ์เด็กปฐมวัย ($\bar{x}$=3.56, SD=0.06) หลังการทดลองนวัตกรรมภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.68, SD=0.13) โดยพัฒนาทางสุขภาพเด็กปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$=4.80, SD=0.05) รองลงมาคือการเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีเด็กปฐมวัย ($\bar{x}$=4.72, SD=0.17)

3.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับของคะแนนเฉลี่ยของทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับของคะแนนเฉลี่ยของทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม (n=30)

รายการ	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลองนวัตกรรม	30	3.45	0.18	0.34	0.00*
หลังทดลองนวัตกรรม	30	4.68	0.13		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับของคะแนนเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม พบว่า หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยทุนมนุษย์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สภาพปัญหาและความต้องการใช้นวัตกรรมพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของชาติในระยะยาว โดยเฉพาะในยุคที่สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่มีอัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้การพัฒนาศักยภาพของเด็กแต่ละคนให้เต็มที่กลายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งขึ้น นวัตกรรมทางการศึกษาปฐมวัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพการพัฒนาเด็กให้สอดคล้องกับหลักวิชาการและตอบสนองต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย ประการแรก ความจำเป็นในการใช้นวัตกรรมเกิดจากความต้องการที่จะพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมดุลและครบถ้วนในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตในระยะต่อไป ความจำเป็นในการใช้นวัตกรรมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวและสังคมไทยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กปฐมวัย ในปัจจุบัน ครอบครัวไทยจำนวนมากเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวที่พ่อแม่ทำงานนอกบ้านทั้งคู่ ทำให้เด็กต้องอยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กหรือสถานรับเลี้ยงเด็กเป็นเวลานาน การใช้นวัตกรรมเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพและความรู้ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเพียงพอ แม้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียนอนุบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับที่พบว่าก่อนการทดลองนวัตกรรมเด็กปฐมวัยจะมีประสบการณ์เฉพาะด้านค่อนข้างต่ำ หลังการพัฒนานวัตกรรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านชุดกิจกรรมการเล่นละครและบทบาทสมมติ เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนขนาดเล็ก[12] หลังการเข้าร่วมนวัตกรรม พบว่า เด็กปฐมวัยมีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และมีทักษะการบริหารจัดการสูงขึ้น

ประเมินคุณภาพนวัตกรรมส่งเสริมทุนมนุษย์สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ρ=4.31, μ=0.14) อาจเป็นเพราะผู้วิจัยสร้างนวัตกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของเด็กปฐมวัยและมีวรรณกรรมยืนยันที่สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามตามทฤษฎีการเสริมต่อการเรียนรู้[4] การกำหนดเขตที่เด็กสามารถพัฒนาได้หากได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีประสบการณ์[5] ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[7] และการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ[8]

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนเฉลี่ยของทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม พบว่า ก่อนการทดลองนวัตกรรมภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\overline{x}$=3.45, SD=0.18) หลังการทดลองนวัตกรรมภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.68, SD=0.13) การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับของคะแนนเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม พบว่า หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยทุนมนุษย์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า นวัตกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากความต้องการของศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร มีประโยชน์ในการพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยทั้ง 7 มิติ ดังนั้นก่อนการทดลองนวัตกรรมเด็กปฐมวัยยังไม่เกิดประสบการณ์คะแนนประเมินก่อนการทดลองนวัตกรรมจึงต่ำกว่าหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษา ผลการจัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองที่มีต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของเด็กปฐมวัยของโรงเรียนในสังกัดเทศ บาลเมืองสิงหนคร จังหวัดสงขลา[11] ที่พบว่าคพแนนประเมินหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้พัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยทั้ง 7 มิติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นยังสนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562[1]

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการศึกษาปฐมวัย ทั้งในระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ควรกำหนดนโยบายการพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยที่ครอบคลุมพัฒนาการอย่างรอบด้าน ทั้งในมิติด้านสุขภาพ อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา โดยอาศัยความเข้าใจเชิงองค์รวมว่าการลงทุนพัฒนาเด็กในช่วงวัยนี้ส่งผลกระทบเชิงบวกในระยะยาวทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขและการศึกษาปฐมวัยควรนำนวัตกรรมและแนวปฏิบัติที่ผ่านการพัฒนาและทดสอบจากการวิจัยนี้ไปบูรณาการในกระบวนการทำงานของครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและสถานศึกษาอย่างเป็นระบบ

3. ข้อเสนอแนะทางวิชาการ

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนควรพัฒนาระบบการอบรมครูและผู้ดูแลเด็กอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยบูรณาการองค์ความรู้เชิงลึกด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยและนวัตกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อยกระดับคุณภาพบุคลากรให้สามารถพัฒนาทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติให้เป็นโมเดลเชิงทฤษฎี และดำเนินการตรวจสอบความตรงของโมเดลด้วยการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง เพื่อยืนยันความถูกต้องและคุณภาพของโมเดลที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562. เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก ประกาศวันที่ 30 เมษายน 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มีนาคม 20] เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0005.PDF

2. ราชกิจจานุเบกษา.แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง ประกาศวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มีนาคม 20] เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/the-national-economic-and-social-development-plan/the-thirteenth-plan-2023-2027/
3. ปิยะณัฐ หมื่นวงศ์, อรรถพล ทองสง, มณฑา จำปาเหลือง. ทุนมนุษย์: ทุนแห่งความสำเร็จ. วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร. 2568;8(2):498-509.
4. ชัยวัฒน์ บวรวัฒนเศรษฐ์. ยุทธศาสตร์การจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีการเสริมต่อการเรียนรู้. วารสารวิชาการแพรวากาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2559;3(2):154-79.
5. Rigopouli K, Kotsifakos D, Psaromiligkos Y. Vygotsky's Creativity Options and Ideas in 21st-Century Technology-Enhanced Learning Design. Education Sciences. 2025; 15(2):257. doi: 10.3390/educsci15020257
6. Harb H, El Hajj M, Alyasin A, Nasser R. Multiple Intelligences Theory and Educational Implications: A critical review. TEM Journal.2025;14(3):2557-69.
7. Bandura A. Self-efficacy. In Ramachaudran VS (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. Reprinted in Friedman H (Ed.), Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press; 1998.
8. Wijnen-Meijer M, Brandhuber T, Schneider A, Berberat PO. Implementing Kolb´s Experiential Learning Cycle by Linking Real Experience, Case-Based Discussion and Simulation. J Med Educ Curric Dev. 2022 May 12;9:23821205221091511. doi: 10.1177/23821205221091511.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology.2006;3(2):77-101.
10. Naeem M, Ozuem W, Howell K, Ranfagni S. A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. International Journal of Qualitative Methods.2023; 22. doi: 10.1177/16094069231205789.
11. Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research [Internet]. 2017 [cited: 2026 Mar 2]. Available from: https://doi.org/10.1891/9780826170620
12. สุชานาฏ ไชยวรรณะ, วไลพร เมฆไตรรัตน์. การพัฒนานวัตกรรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านชุดกิจกรรมการเล่นละครและบทบาทสมมติ เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนขนาดเล็ก. วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ. 2565; 12(2):122-41.
13. รมณียา ณ สงขลา, กันตวรรณ มีสมสาร, ปุริมปรัชญ์ คณิณพศุตย์. ผลการจัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองที่มีต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของเด็กปฐมวัยของโรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารสหวิทยาการนวัตกรรมปริทรรศน์. 2567;7(6):44-56.

บทความวิชาการ

การพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติกับมุมมองด้านการส่งเสริมสุขภาพเวลล์เนส แนวโน้มใหม่ในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

นันทิยา ปรีชาเสถียร*[a], วงศ์วิศว์ หมื่นเทพ, ชัชวาล วงค์สารี*****

บทคัดย่อ

การพัฒนาทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัย (2-6 ปี) เป็นรากฐานสำคัญของความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย บทความนี้วิเคราะห์การส่งเสริมสุขภาพเวลล์เนส (Health wellness) และทุนมนุษย์ โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบผสมผสานและการวิเคราะห์เอกสารนโยบาย การศึกษาคัดเลือกงานวิจัยที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิและเผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย การส่งเสริมเวลล์เนส และการสร้างเสริมทุนมนุษย์ในบริบทของประเทศไทยหรือต่างประเทศที่มีโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมคล้ายกัน ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic content analysis) และการสังเคราะห์แบบพรรณนาวิเคราะห์ (Narrative synthesis) เพื่อถอดบทเรียนและสร้างข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา พบว่า ประเทศไทยเผชิญความท้าทายด้านความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในครอบครัวรายได้น้อยและพื้นที่ห่างไกล ภาวะทุพโภชนาการในเด็กร้อยละ 18.6 (ครอบครัวรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน) และเด็กในเขตเมืองร้อยละ 24.3 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เด็กปฐมวัยร้อยละ 12.4 มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงพฤติกรรมการใช้เวลากับหน้าจอสูงถึงเฉลี่ย 4.2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเกินคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกถึง 4 เท่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมโภชนาการ สุขภาพจิต ทักษะสมอง และความเท่าเทียมด้านสุขภาพผ่านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเฝ้าระวังพัฒนาการ แนวคิดทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติควรได้รับการบูรณาการในนโยบาย การอบรมครูและผู้ดูแลเด็ก การส่งเสริมบทบาทครอบครัว การพัฒนาเครื่องมือประเมิน และการใช้เทคโนโลยีอย่างรู้เท่าทัน

คำสำคัญ: ทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย; สุขภาพเวลล์เนส; การพัฒนาเด็กปฐมวัย; นโยบายสาธารณะ

* นักศึกษา ปร.ด. การพัฒนาธุรกิจและทุนมนุษย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ วิทยาเขตรังสิต
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ วิทยาเขตรังสิต
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ วิทยาเขตสะพานใหม่
[a] Corresponding author: นันทิยา ปรีชาเสถียร Email: nuntiya.pr@northbkk.ac.th
รับบทความ: 21 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 31 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 31 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 ส.ค. 69

Review Article

7-Dimensional Early Childhood Human Capital Development and Health Wellness Promotion Perspectives New Trends in Thailand: An Integrative Literature Review

Nuntiya Preechastein[*a], Wongwit Muenthep[**], Chutchavarn Wongsaree[***]

Abstract

Human capital development in early childhood (ages 2–6) is a critical foundation for Thailand's economic and social strength. This article analyzes health and wellness promotion and human capital development using a mixed-method literature review and policy document analysis of peer-reviewed studies published between 2020-2024 in Thailand and comparable contexts. Data were examined through thematic content analysis and narrative synthesis to derive key lessons and policy recommendations.

Findings indicate persistent inequalities in access to health services, especially among low-income families and those in remote areas. Malnutrition affects 18.6% of children in low-income households, while 24.3 percent of urban children are overweight or obese; 12.4 percent of preschoolers have behavioral or emotional problems, and average daily screen time reaches 4.2 hours, exceeding WHO recommendations. Nurses play a key role in promoting nutrition, mental health, cognitive development, and health equity, while the seven-dimension early childhood human capital framework should be integrated into policy, training, family engagement, assessment tools, technology literacy, and community participation.

Keywords: Early childhood human capital; Health wellness; Early childhood development; Public policy

[*] Ph.D. Candidate, Business Development and Human Capital, Faculty of Liberal Arts, North Bangkok University
[**] Assistant Professor, Faculty of Liberal Arts, North Bangkok University
[***] Instructor, Faculty of Nursing, North Bangkok University
[a] Corresponding author: Nuntiya Prechastein Email: nuntiya.pr@northbkk.ac.th
Received: Mar. 21, 26; Revised: Mar. 31, 26; Accepted: Mar. 31, 26; Published Online: Aug. 14, 26

บทนำ

การพัฒนาทุนมนุษย์ในช่วงปฐมวัยถือเป็นการลงทุนที่สำคัญที่สุดของประเทศเนื่องจากเป็นช่วงที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสมองและการสร้างรากฐานการเรียนรู้ตลอดชีวิต[1] ในบริบทโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วการเตรียมเด็กให้มีความพร้อมสำหรับการดำรงชีวิตในศตวรรษที่โดยเฉพาะทักษะด้านดิจิทัลและการแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์จำเป็นต้องมีการบูรณาการระหว่างการส่งเสริมสุขภาวะแบบองค์รวมกับการพัฒนาทุนมนุษย์อย่างเป็นระบบ ประเทศไทยในฐานะประเทศที่กำลังพัฒนา ต้องเผชิญกับความท้าทายจากโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ การลงทุนในทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง[2] ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีเด็กอายุ 2–6 ปีจำนวน 2.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของประชากรทั้งหมด แต่การเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการอย่างครบถ้วน ยังมีความเหลื่อมล้ำ สูงตามภูมิภาคและสถานะทางเศรษฐกิจ

แนวคิดเวลล์เนสในเด็กปฐมวัยไม่เพียงแต่หมายถึงการปราศจากโรคเท่านั้น แต่รวมถึงสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่สมบูรณ์[3] ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี ระบบนิเวศการพัฒนาเด็กของ Bronfenbrenner[4] ที่เน้นความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยระดับต่างๆ ตั้งแต่ครอบครัวจนถึงนโยบายสาธารณะ การสร้างเสริมเวลล์เนสในเด็กปฐมวัยต้องบูรณาการ การดูแลสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ซึ่งในบริบทไทยยังคงพบความท้าทายด้าน การทำงาน แบบแยกส่วนระหว่างหน่วยงาน มิติการพัฒนาทุนมนุษย์ ยุคใหม่ ได้ขยายจากทักษะพื้นฐานสู่ทักษะ ศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะการคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ และการทำงานร่วมกัน[5] ซึ่งสำหรับเด็กปฐมวัยควรพัฒนาผ่านการเล่นที่มีคุณภาพ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ข้อมูลจากกระทรวงศึกษาธิการ[6] ชี้ว่าอัตราการเข้าเรียนระดับปฐมวัยของเด็กไทยอายุ 3-5 ปีอยู่ที่ร้อยละ 87.3 แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพการศึกษาระหว่างเขตเมืองและชนบท

แนวคิดทุนมนุษย์และการพัฒนาเด็กปฐมวัย

ทฤษฎีทุนมนุษย์ของ Gary Becker[7] และการประยุกต์ใช้โดย Heckman[8] ว่าการลงทุนในเด็กปฐมวัย (0-6 ปี) ให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจสูงสุด เนื่องจากเป็นช่วง "หน้าต่างทองคำ" (Golden window) ของการพัฒนาสมอง โดยงานวิจัยชิ้นสำคัญพบว่าการลงทุน 1 ดอลลาร์ ในโครงการพัฒนาเด็กปฐมวัยคุณภาพสูง สามารถสร้างผลตอบแทน 7-10 ดอลลาร์ ผ่านการลดต้นทุนทางสังคมและ เพิ่มผลิตภาพของแรงงาน[9] ใน บริบทไทย ข้อมูลจากสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[10] ประเมินว่าการพัฒนาทุนมนุษย์ช่วงนี้สามารเพิ่ม ผลิตภาพแรงงานได้ ร้อยละ 15-20 และช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาได้อย่างไรก็ตามเด็กไทย เผชิญความท้าทายจาก Digital disruption และโครงสร้างครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลง งานวิจัยของ วีระชาติ กิเลนทอง[11] ชี้ว่าเด็กที่ได้รับพัฒนาการแบบองค์รวมตั้งแต่ 2-3 ปี มีคะแนนความพร้อมเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 23.5 ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ WHO[5] เรื่องการสร้างเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต

การบูรณาการแนวคิดทุนมนุษย์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ จากการศึกษาของ สุธีรา วงษ์ทอง และคณะ[12] ในงานวิจัยเรื่อง การประเมินระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยไทยในยุคประเทศไทย 4.0 พบว่า ระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยของไทยยังขาดกลไกการประสานงาน ที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ส่งผลให้การดำเนินงานมีความซ้ำซ้อนและขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่าการประเมินผลการพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยของไทยในปัจจุบันยังขาดเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและสามารถติดตามผลในระยะยาวได้อย่างชัดเจนโดยเฉพาะในด้านการพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 และความสามารถทางอารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในวัยผู้ใหญ่ การบูรณาการ แนวคิดทุนมนุษย์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ การศึกษาดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่าการประเมินผลการพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัยของไทยในปัจจุบันยังขาดเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและสามารถติดตามผลในระยะยาวได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 และความ สามารถทางอารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในวัยผู้ใหญ่ ในบริบทภูมิภาค รายงานล่าสุดของ UNICEF Southeast Asia[13] ระบุว่าประเทศไทยมีการลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยร้อยละ 0.8 หรือประมาณ 1.368 ล้านบาท/ปี ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลางเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค แต่ยังต่ำกว่าสิงคโปร์ ที่ทุ่มการลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยร้อยละ 1.5 และมาเลเซียร้อยละ 1.2 ของ GDP อีกทั้งงบประมาณสนับสนุนด้านอื่นที่ส่งเสริมคุณภาพมนุษย์และการเข้าถึงบริการของรัฐที่มีคุณภาพ

แนวคิดเวลล์เนสในเด็กปฐมวัยได้พัฒนาจากการมองสุขภาพเชิงลบ (Absence of disease) ที่มีแต่การชะลอความเสื่อมโทรมของสุขภาพที่เบี่ยงเบน มาสู่การมองสุขภาวะเชิงบวก (Positive health) ที่เน้นความ เป็นอยู่ที่ดีในทุกมิติ ของชีวิต Dunn[14] ได้นิยามเวลล์เนสว่า เป็นสถานะของสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสติปัญญา ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาอย่างสมดุลและต่อเนื่อง สำหรับเด็กปฐมวัย การส่งเสริมเวลล์เนส จะมีผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อการพัฒนาสมองและการสร้างรากฐานสุขภาพ ที่แข็งแรง ตลอดชีวิต งานวิจัยด้านประสาทวิทยาล่าสุด ชี้ให้เห็นว่าสมองของเด็กในช่วงอายุ 2-6 ปี มีการสร้างเซลล์ประสาท ใหม่ (Neurogenesis) และการสร้างเครือข่ายเส้นใยประสาท (Synaptogenesis) ในอัตราสูงสุดการได้รับ การกระตุ้นที่เหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจจะช่วยเสริมสร้างการพัฒนาสมองให้เกิดขึ้นอย่างเต็มศักยภาพ[15] โดยเฉพาะในส่วนของสมองบริเวณกลีบหน้า ผากส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ที่เกี่ยวข้องกับทักษะการคิดเชิง บริหาร (Executive functions) ในบริบทของประเทศไทย การส่งเสริมเวลล์เนสเด็กปฐมวัยยังคงเผชิญกับความ ท้าทายหลายด้าน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[16] รายงานข้อมูลที่น่ากังวลว่าเด็กไทยอายุ 2-6 ปี ร้อยละ 18.6 มีภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ขณะเดียวกันก็พบปัญหาสุขภาพที่สวนทางกับรายได้ คือ เด็กในเขตเมืองร้อยละ 24.3 มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรม การบริโภคอาหารพลังงานสูงและการขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ สำหรับด้านสุขภาพจิต พบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ 12.4 มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ ความเครียดในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว และการขาดเวลาคุณภาพจากผู้ปกครอง การศึกษาของประภาพร สุขสมบูรณ์และคณะ[17] ยังพบปรากฏการณ์ใหม่ที่น่ากังวล คือ การใช้เวลากับหน้าจอของเด็กอายุ 3-6 ปีเพิ่มสูงถึงเฉลี่ย 4.2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเกินกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกถึง 4 เท่า และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการหลายด้าน

การพัฒนาแนวทางส่งเสริมเวลล์เนสเด็กปฐมวัยในประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างมิติทางกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม โดยงานวิจัยของวราภรณ์ ใจดีและคณะ[18]

เสนอกรอบแนวทาง 7 มิติ ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ซึ่งการนำไปปฏิบัติต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ทั้งในแง่ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภาษา และสภาพเศรษฐกิจสังคม จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานที่ได้ผลดีมักเกิดจาก ความร่วมมือ ระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน[19] อย่างไรก็ตามการขยายผลยังคงเผชิญ อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเข้าใจ เชิงลึก เกี่ยวกับแนวคิดเวลล์เนส ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และระบบการติดตามประเมินผลที่ยังไม่เป็นมาตรฐาน[20] ดังนั้น การพัฒนาระบบ สนับสนุนทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติจึงเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จ ของนโยบายส่งเสริมเวลล์เนสเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

นโยบายและการปฏิบัติด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีรากฐานมาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่วางแนวคิดการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลาง และได้ขยายผลสู่ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ประชาชน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ[21] ระบุว่าการลงทุนด้านเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.2 ของงบประมาณการศึกษาต่อปี แต่ยังคงต่ำกว่ามาตรฐานสากล แผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การสร้างโอกาสและความเสมอภาค 2) การพัฒนาคุณภาพการดูแล 3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และ 4) การพัฒนาระบบข้อมูลซึ่งกระทรวงศึกษาธิการ (22) รายงานว่าสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการเป็นร้อยละ 89.7 โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเทคโนโลยีดิจิทัล อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงเผชิญความท้าทายในด้านการจัดสรรทรัพยากรและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความท้าทายสำคัญของการนำนโยบายด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยไปปฏิบัติในประเทศไทย คือ ความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบททั้งในแง่การเข้าถึงบริการและคุณภาพการพัฒนา ดังการศึกษาของ สิริพร ความเจริญ และคณะ[23] ที่พบว่าเด็กในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีโอกาสเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพสูง กว่าเด็กในพื้นที่ชนบทถึง 3.2 เท่า โดยเฉพาะ 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ 2) การเข้าถึงกิจกรรมศิลปะและดนตรี และ 3) การได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาการเด็ก นอกจากนี้ ระบบประเมินคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังมีข้อจำกัดในการวัดผลลัพธ์ด้านเวลล์เนส และทักษะศตวรรษที่ 21 อย่างครอบคลุม ส่งผลให้การดำเนินงานบางส่วนไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ขณะเดียวกัน แม้จะมีการพัฒนาหลักสูตรบูรณาการเวลล์เนสในสถานศึกษาเอกชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.5 ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา[24] แต่บริการเหล่านี้ยังกระจุกตัวในพื้นที่เมือง และมีค่าใช้จ่ายสูงทำให้เด็กจากครอบครัวที่มีรายได้น้อยขาดโอกาสในการเข้าถึงการบูรณาการ ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยยังคงเป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญ

แม้ว่าจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ มีคณะอนุกรรมการในระดับจังหวัดและท้องถิ่นขึ้นมาเพื่อกำกับดูแลและขับเคลื่อนงานด้านนี้โดยเฉพาะ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า การทำงานร่วมกันระ หว่างหน่วยงานยังขาดประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากความแตกต่างด้านวัตถุประสงค์ วิธีการทำงาน และระบบ งบประมาณของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนร่วมและการให้บริการอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีบทบาทชัดเจน จากสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ในการเป็น

กลไก สนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัย ของประเทศแต่ระบบการประสานงานระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านข้อมูล ซึ่ง “การขาดระบบข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกัน” ส่งผลให้การติดตามพัฒนาการของเด็กแต่ละคนทำได้ไม่ต่อเนื่องและทำให้การให้บริการขาดความครอบคลุมกับความต้องการเฉพาะของเด็กแต่ละกลุ่ม เช่น เด็กที่มีความ ต้องการพิเศษ หรือเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่เผชิญความเสี่ยง ทาง สังคม[25] ในทำนองเดียวกันมีรายงานวิจัยที่ได้ศึกษารูปแบบความร่วมมือของหน่วยงานรัฐในพื้นที่นำร่องภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบว่าความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ความซ้ำซ้อนของภารกิจระหว่างส่งผลให้เกิดความล่าช้าและการใช้งบประมาณ ที่ไม่มีประสิทธิภาพ เขาเสนอว่า ต้องมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลเด็กระดับชาติที่เชื่อมโยงถึงระดับท้องถิ่น เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ วางแผน และติดตามผลอย่างต่อเนื่องหน่วยงาน

การบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยยังคงเป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญ แม้ว่าจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและคณะอนุกรรมการในระดับจังหวัดและท้องถิ่นขึ้นมาเพื่อกำกับดูแลและขับเคลื่อนงานด้านนี้โดยเฉพาะ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า “การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานยังขาดประสิทธิภาพ” ทั้งนี้เนื่องมาจากความแตกต่างด้านวัตถุประสงค์ วิธีการทำงาน และระบบงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนร่วมและการให้บริการอย่างต่อเนื่อง[25] ชี้ให้เห็นว่า แม้จะมีบทบาทชัดเจนจากสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาในการเป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศ แต่ระบบการประสานงานระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านข้อมูล ซึ่ง “การขาดระบบข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกัน” ส่งผลให้การติดตามพัฒนาการของเด็กแต่ละคนทำได้อย่างไม่ต่อเนื่อง[26] และทำให้การให้บริการขาดความครอบคลุมกับความต้องการเฉพาะของเด็กแต่ละกลุ่ม เช่น เด็กที่มีความต้องการพิเศษหรือเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่เผชิญความเสี่ยงทางสังคม ในทำนองเดียวกัน มีศึกษารูปแบบความร่วมมือของหน่วยงานรัฐในพื้นที่นำร่อง พบว่า ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่และความซ้ำซ้อนของภารกิจระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและการใช้งบประมาณที่ไม่มีประสิทธิภาพ เขาเสนอว่า ต้องมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลเด็กระดับชาติที่เชื่อมโยงถึงระดับท้องถิ่น เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ วางแผนติดตามผลอย่างต่อเนื่อง[27,28]

การพัฒนาแนวคิดทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติ

แนวคิด “ทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติ” สะท้อนให้เห็นถึงการบูรณาการองค์ความรู้จากหลากหลายสาขาวิชา ทั้งด้านพัฒนาการเด็ก จิตวิทยา การศึกษา และนโยบายสาธารณะ โดยมีจุดประสงค์เพื่อจัดหมวดหมู่ศักยภาพของเด็กตั้งแต่วัยต้นให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและเศรษฐกิจในอนาคตของไทย นันทิยา ปรีชาเสถียร อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กป่วยวิกฤต ขณะศึกษาปริญญาเอกสาขาการพัฒนาธุรกิจและทุนมนุษย์ มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาทุนมนุษย์ของเด็กไทย จึงสังเคราะห์เชิงเปรียบเทียบกับคุณลักษณะพลเมืองที่มีผลิตภาพสร้างผลิตภาพที่สูงของประเทศที่พัฒนาแล้ว ผลการสังเคราะห์วรรณกรรมได้ตกผลึกความคิดพร้อมการจัดวางลำดับของทั้ง 7 มิตินั้นตั้งอยู่บนแนวคิด “พัฒนาแบบเสริมพลังกัน” (Synergistic development) ซึ่งหมายถึงว่า การพัฒนาในมิติหนึ่งสามารถส่งผล

เกื้อหนุนต่อมิติอื่นได้ เช่น สุขภาพกายที่ดีส่งผลต่อสมาธิ ความสามารถในการเข้าสังคม[29] ซึ่งสอดคล้องกับการคิดวิเคราะห์และงานวิจัยของ ณัฐณิชา มณีพฤกษ์ และอินทิรา พรหมพันธุ์[30] เสริมว่า แนวคิดทุนมนุษย์ปฐมวัยมีความสำคัญต่อการวางฐานพัฒนาเศรษฐกิจของชาติอย่างยั่งยืน โดยการจัดประสบการณ์ที่เอื้อต่อการพัฒนามิติต่างๆ ควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่มีความสร้างสรรค์และบูรณาการระหว่างมิติทั้งทางกาย ใจ สังคม และสติปัญญา เช่น การใช้กิจกรรมศิลปะปั้นเพื่อพัฒนาทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็ก พร้อมส่งเสริม EQ และจินตนาการ เช่นเดียวกับแนวคิด Executive Functions ต้องเริ่มต้นจากการควบคุมตนเองก่อนนำไปสู่การคิดสร้างสรรค์และความรับผิดชอบทางสังคม ข้อมูลหลักฐานในประเทศไทย[31] ยังชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับภาษาและสังคม โดยระบุว่า เด็กที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีจะมีการเข้าสังคมและพัฒนาภาษาที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ลักคณา เสนอนฤทธิ์ และคณะ[32] ได้กล่าวถึงความจำเป็นในการเชื่อมโยงแนวคิดทุนมนุษย์กับนโยบายการศึกษาของรัฐ เพื่อให้การวางแผนในระดับชาติสามารถออกแบบหลักสูตรและกิจกรรมที่ตอบสนอง 7 มิติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และครอบครัว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์วรรณกรรมแบบเชิงคุณภาพแบบผสมผสาน (Mixed-method qualitative research) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic literature review) เพื่อสังเคราะห์แนวโน้มและประเด็นสำคัญด้านทุนมนุษย์และการพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับนโยบายและภาคปฏิบัติ[25] นอกจากนี้ยังใช้การวิเคราะห์เอกสารนโยบาย (Policy document analysis) เพื่อระบุทิศทางและแนวโน้มของการวางแผนพัฒนาเด็กในระดับชาติ ซึ่งรวมถึงเอกสารจากกระทรวงศึกษาธิการ สภาพัฒน์ และหน่วยงานระดับสากลอย่างยูนิเซฟ[26] การสังเคราะห์ข้อมูล งานวิจัยใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารที่เข้มงวด โดยเลือกเฉพาะงานวิจัยที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-reviewed) และเผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย การส่งเสริมเวลล์เนส (Wellness promotion) และการสร้างเสริมทุนมนุษย์ในบริบทของประเทศไทยหรือต่างประเทศที่มีโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมคล้ายกัน เช่น สิงคโปร์ เวียดนาม และเกาหลีใต้[27] ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองดังกล่าวถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic content analysis) เพื่อจำแนกประเด็นหลักด้านทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย และใช้การสังเคราะห์แบบพรรณนาวิเคราะห์ (Narrative synthesis) เพื่อถอดบทเรียนและสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย[28]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเอกสารครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการศึกษาและดำเนินการวิเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์บูรณาการอย่างเป็นระบบ (Initiative review) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบของ Holly, Salmond & Saimbert[28] ดังนี้

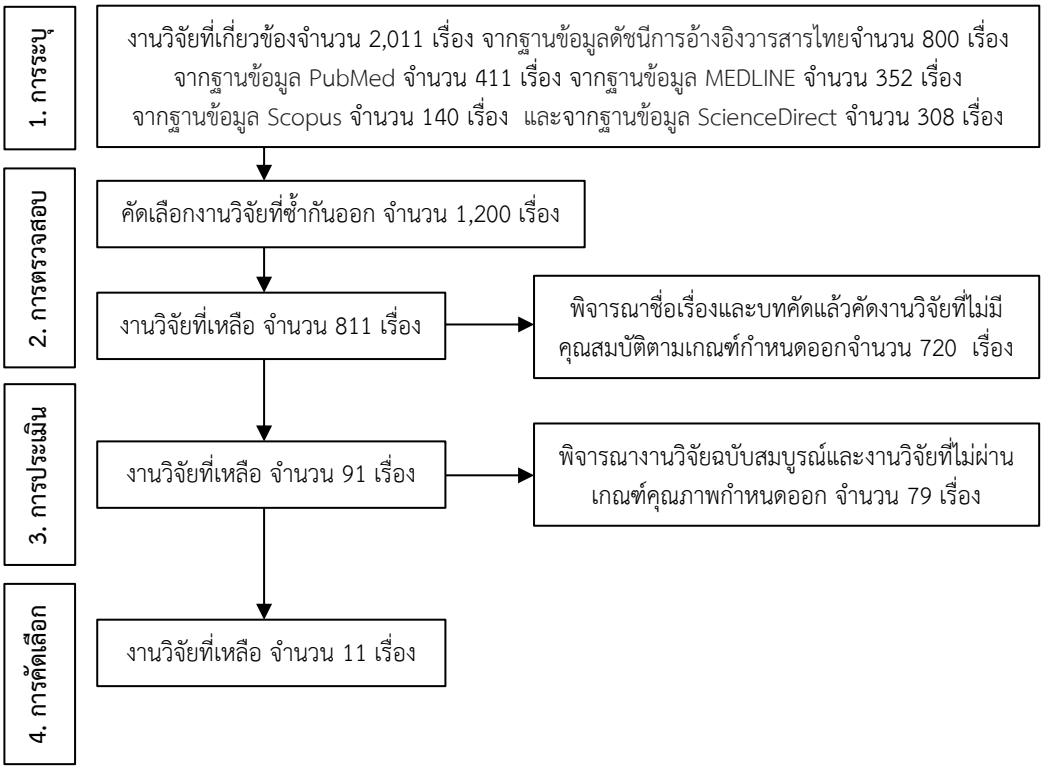
1. ระบุขอบเขตการสืบค้น คณะผู้วิจัยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ที่เชื่อถือได้ 6 ฐานข้อมูล ได้แก่ ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai journal citation index center: TCI), PubMed, MEDLINE, ProQuest, Scopus, และ ScienceDirect ใช้คำสำคัญในการสืบค้นในดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยด้วยคำว่า “การส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติ”, “เด็กปฐมวัย”, “การส่งเสริมสุขภาพเวลล์เนส” และใช้คำสำคัญ

ในการสืบค้นในฐานข้อมูลนานาชาติด้วยคำว่า “7-Dimensional Early Childhood Human Capital Development” “Health Wellness Promotion”

2. กำหนดการคัดเลือกวรรณกรรม (Literature selection) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidences) ที่เป็นประชากรและตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้เป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full report) บทความวิจัย (Research article) ประยุกต์ใช้ PICOD-T เป็นกรอบในการคัดเลือกวรรณกรรมหรือเป็น ***เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)*** ดังนี้ P (population): เป็นเด็กปฐมวัยอายุตั้งแต่ 3-6 ปี ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และยังเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มกับเพื่อนได้ โดยงานวิจัยต้องอยู่ในช่วงปี ค.ศ. 2020-2024 เป็นต้นมา I (Intervention or area of interest): เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติ และการส่งเสริมสุขภาพเวลล์เนสเด็กปฐมวัย ที่มีการประยุกต์ทฤษฎีหรือแนวคิดด้านสุขภาพในการออกแบบการวิจัย C (Comparison or context): งานวิจัยต้องศึกษาในเด็กปฐมวัย O (outcome of interest): เป็นผล (Effects) หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมการวิจัย D (Designed): เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาในผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจหรือบทความวิชาการโดยมีการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายในโปรแกรม ระบุเวลา ระบุขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและการวัดผลลัพธ์อย่างชัดเจน T(Time): ช่วงเวลาของการเผยแพร่งานวิจัยที่สืบค้นมาวิเคราะห์ความรู้ครั้งนี้ต้องไม่เกิน 10 ปี หรือใช้งานวิจัยที่เผยแพร่ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม 2567 เท่านั้น และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นงานวิจัยที่เผยแพร่เฉพาะบทคัดย่อ ใช้วิธีการส่งเสริมทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติ ที่ไม่ระบุแนวคิดหรือทฤษฎีประกอบ การศึกษาที่ใช้รูปแบบพรรณนา เป็นงานวิจัยที่ไม่มีการจัดกระทำ และบทความวิชาการ หนังสือ ตำราและใช้ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์ (ขั้นตอนคัดเลือกงานวิจัยตามภาพที่ 1)

3. ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019) 7 ระดับ เรียงจากคุณภาพมากหรือระดับ 1 ไปคุณภาพน้อยหรือระดับ 7 ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ระดับ 1-3 เท่านั้น และใช้เกณฑ์ในการประเมินงานวิจัยที่สอดคล้องกับการมุ่งนำไปใช้ประโยชน์ (Polit & Beck, 2017) ใน 3 ปัจจัย คือ 1) งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2) อธิบายความหมายเชิงศาสตร์ (Scientific merit) ที่บ่งชี้ว่าพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นบ่งชี้ความน่าเชื่อถือของพยาบาลในการทำบทบาทการส่งเสริมทุนมนุษย์ 7 มิติในเด็กปฐมวัย และ 3) แนวโน้มของความรู้สามารถนำไปประยุกต์ส่งเสริมส่งเสริมทุนมนุษย์ 7 มิติในเด็กปฐมวัย ไทยได้

4. การวิเคราะห์/สกัดข้อมูล (Data extraction) เป็นนการอานทำความเข่าใจกับชุดข้อมูลเหลานั้นแล้วนำข่อมูลมาบันทึกลงในตารางทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review table) ประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย ปที่ตีพิมพ ชื่อเรื่อง แหล่งตีพิมพ วัตถุประสงค ประชากรที่ศึกษา ระเบียบวิธีวิจัย ระดับงานวิจัย /หลักฐานเชิง ประจักษ ผลการวิจัย และข่อเสนอแนะในการ นำไปใช่ประโยชนตอไป เป็นวิธีลดข้อมูลใหเหลือเฉพาะสาระสำคัญ (Data reduction) แลวนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้



ภาพที่ 1 ขั้นตอนคัดเลือกงานวิจัยด้านแนวคิดทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติ

5. การสังเคราะห์ข้อมูล (Data synthesis) เป็นการอ่านเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบองคประกอบของแต่ละชิ้นงาน เรียบเรียงเป็นข้อความที่มีความเป็นนามธรรมมากขึ้นโดยลำดับทบทวน/ตรวจสอบ/สอบทานระหว่างคณะผู้ศึกษาจำนวน 3 คน เพื่อความเชื่อมั่นในการเลือกสรรเฉพาะเนื้อความที่มีสาระ (Content massage) การตีความ/แปลความ และการประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ไปพร้อมกัน จากนั้นจึงเรียบเรียงใหม่เป็นขอสรุป (Conclusion)

อนึ่ง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสารแบบ Initiative review ไม่ได้กระทำโดยตรงกับบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีชีวิตและไม่ได้ละเมิดข้อบัญญัติและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเป็นวิจัยที่ใช้รายงานวิจัยจากบทความวิจัยที่ถูกตีพิมพ์ไว้แล้ว จึงได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Exemption) ตามคู่มือวิธีดำเนินการมาตรฐานงานจริยธรรมการวิจัย

ผลการศึกษา

จากรายงานเอกสารที่ค้นพบ 11 รายการ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการวิจัยและสถิติที่เกี่ยวข้องระหว่างปี 2563-2567 ทั้งหมดระบุถึงทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัยและวิธีการส่งเสริมทุนมนุษย์ในเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 100) เอกสารที่พบเป็นของประเทศไทย 2 รายการ

บทสรุป ทุนมนุษย์ 7 มิติสำหรับเด็กปฐมวัยไทยคือกรอบแนวคิดแบบองค์รวมที่เน้นการพัฒนาเด็กอย่างสมดุลทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา โดยครอบคลุม 1) สุขภาพ 2) อารมณ์และปฏิสัมพันธ์

3) การศึกษา 4) การนำตนเองและสังคม 5) การคิดสร้างสรรค์ 6) คุณธรรม และ 7) ความเป็นพลเมืองดี มิติเหล่านี้มีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกันอย่างเป็นพลวัต เช่น การมีสุขภาพดีเอื้อต่อการเรียนรู้และการเข้าสังคม ขณะที่การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และคุณธรรมช่วยหล่อหลอมบุคลิกภาพและการอยู่ร่วมกันในสังคม แนวคิดนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงพัฒนาการเด็กและแนวคิด Executive functions ที่เน้นการควบคุมตนเองเป็นฐานของการเรียนรู้ขั้นสูง จึงเหมาะสมอย่างยิ่งในการใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทยอย่างยั่งยืนในศตวรรษที่ 21

อภิปรายผลการศึกษา

1. ด้านการส่งเสริมเวลล์เนสเด็กปฐมวัยในประเทศไทย สถานการณ์ปัจจุบันของการส่งเสริมเวลล์เนส (Wellness) ในเด็กปฐมวัยของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กในช่วงวัยต้น ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาทุนมนุษย์อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการวิจัยและสถิติที่เกี่ยวข้องระหว่างปี 2563-2567 พบว่าประเทศไทยมีความก้าวหน้าในหลายมิติ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพกาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ครอบคลุมมากขึ้น[33] ในด้านสุขภาพกาย การดำเนินนโยบายโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย ส่งผลให้สถิติเชิงบวกปรากฏเด่นชัด เช่น อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุ 1–5 ปีลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 8.2 ต่อแสนประชากรในปี 2563 เหลือเพียง 6.4 ต่อแสนประชากรในปี 2567[16] ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพชุมชน และการทำงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพในระดับพื้นที่[34]

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายด้านโภชนาการยังคงดำรงอยู่ โดยเฉพาะในประเด็น “ความไม่สมดุลของโภชนาการ” พบว่าเด็กอายุ 2–6 ปี ร้อยละ 15.3 มีภาวะเตี้ยกว่าเกณฑ์ (Stunting) และร้อยละ 8.7 ผอมกว่าเกณฑ์ (Wasting) ในขณะที่เด็กในเขตเมืองกลับเผชิญกับภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 21.6 ซึ่งแสดงถึงความเหลื่อมล้ำที่ชัดเจนตามภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจสังคม[35] การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติยังชี้ให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยอายุ 3-6 ปี มีระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ยเพียง 2.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การใช้เวลาในกิจกรรมในร่ม และการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเมือง ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการกินและรูปแบบชีวิตที่เนือยนิ่ง (sedentary lifestyle)[33] งานวิจัยของ Chiaranai และ Chularee[36] ยังเน้นถึงความสำคัญของ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ เช่น การมีพื้นที่เล่นกลางแจ้งในชุมชน การเข้าถึงอาหารปลอดภัย และการส่งเสริมเวลล์เนสผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารสุขภาพแบบเข้าใจง่ายให้กับผู้ปกครอง

มิติของสุขภาพจิตและพัฒนาการทางสังคมในเด็กปฐมวัยยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของการพัฒนาอย่างรอบด้านในระยะเริ่มต้นของชีวิตเด็ก การมีสุขภาพจิตที่ดีจะส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการเรียนรู้ การปรับตัวทางสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งล้วนเป็นรากฐานของทุนมนุษย์ในอนาคต งานวิจัยหลายเรื่อง[11,18,30,31] ชี้ว่า เด็กไทยปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่มีความผูกพันและปฏิสัมพันธ์สูงจะมีพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมดีกว่าเด็กที่อยู่ในบริบทครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวที่ผู้ปกครองทำงานหนักและมีเวลาให้เด็กน้อยลง จากการศึกษาที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ MICS

ในปี 2565 พบว่า เด็กไทยอายุ 2–6 ปี ประมาณร้อยละ 14.8 มีคะแนนด้านพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะในด้านการควบคุมตนเอง ความสามารถในการเล่นกับผู้อื่น และการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับคุณภาพของสิ่งแวดล้อมทางครอบครัวและโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีความหมาย ในขณะเดียวกัน พฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและพัฒนาการทางสังคมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยเกี่ยวกับ เด็กไทยอายุ 2–3 ปี ร้อยละ 65.9 ใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตเป็นประจำ และในกลุ่มอายุ 4-6 ปี มากกว่าร้อยละ 85 ใช้อุปกรณ์ดังกล่าวเกิน 3 ชั่วโมงต่อวัน พฤติกรรมเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถด้านการมีสมาธิ การเล่นเชิงสังคม และการควบคุมอารมณ์

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย การพัฒนาทุนมนุษย์ในช่วงปฐมวัยเป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติของชีวิตเด็ก ทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาในช่วงเวลานี้ไม่ใช่สิ่งที่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลลัพธ์ของการบูรณาการระหว่างบริบทครอบครัว สถานะเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้อย่างลึกซึ้งเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบนโยบายและมาตรการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลจาก MICS ปี 2565 พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพัฒนาการเด็กในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านภาษา การคิด และทักษะสังคม โดยระบุว่าเด็กที่มีมารดาจบระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มมีคะแนนพัฒนาการทางสติปัญญาและอารมณ์สูงกว่าเด็กที่มารดาไม่ได้เรียนจบระดับมัธยมต้น[36]

ในประเด็นรายได้ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนว่า เด็กจากครอบครัวที่มีรายได้สูงมักมีโอกาสเข้าถึงบริการคุณภาพ เช่น โรงเรียนอนุบาลเอกชน การตรวจพัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือกิจกรรมเสริมพิเศษมากกว่าเด็กในครอบครัวรายได้น้อย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมเรียนและการพัฒนาศักยภาพ ยิ่งไปกว่านั้น ความมั่นคงของครอบครัวมีบทบาทอย่างยิ่งต่อพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์[37] ครอบครัวที่มีการเลี้ยงดูด้วยความเข้าใจ มีปฏิสัมพันธ์เชิงบวก และมีความผูกพันระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ส่งผลให้เด็กมีความมั่นใจและควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่า ประเด็นที่น่าสนใจคือ การมีผู้ดูแลที่ได้รับการอบรม มีผลต่อความพร้อมเรียนของเด็ก เด็กที่มีผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก มีแนวโน้มที่จะได้รับการกระตุ้นทางภาษาผ่านการอ่านนิทาน การเล่น และการพูดคุยมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้คะแนนความพร้อมเรียนสูงขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 17-19 จากกลุ่มควบคุม[38]

ข้อเสนอแนะ

บูรณาการนโยบายจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น ควรผลักดันให้แนวคิดทุนมนุษย์ 7 มิติถูกรับรองในระดับนโยบายของรัฐ เช่น นำไปบรรจุในยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กรมอนามัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนากิจกรรมและบริการอย่างสอดคล้อง ดังนี้

1. อบรมและพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลเด็ก ควรจัดหลักสูตรอบรมครูปฐมวัย พยาบาล และผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เข้าใจและสามารถใช้แนวคิด 7 มิติในการออกแบบกิจกรรมบูรณาการ เช่น กิจกรรมเล่นสร้างสรรค์ที่ฝึกทั้งร่างกาย อารมณ์ การคิด และคุณธรรมในเวลาเดียวกัน

2. ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ควรจัดเวิร์กชอปหรือกิจกรรมครอบครัวที่สนับสนุนให้ผู้ปกครองเข้าใจหลักการพัฒนาแบบองค์รวม และสามารถต่อยอดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน เช่น การเล่านิทาน ฝึกควบคุมอารมณ์ หรือเล่นเกมที่พัฒนาความจำและการคิดวิเคราะห์

3. พัฒนาเครื่องมือประเมิน 7 มิติ ควรพัฒนาเครื่องมือวัดพัฒนาการของเด็กที่สอดคล้องกับแต่ละมิติ เพื่อใช้ประเมิน ติดตาม และวางแผนการพัฒนาเฉพาะราย โดยเครื่องมือควรใช้งานง่าย เหมาะสมกับบริบทโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กในแต่ละพื้นที่

4. ใช้เทคโนโลยีอย่างรู้เท่าทัน ควรใช้สื่อดิจิทัลให้เป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ เช่น แอปพลิเคชันเล่านิทานหรือเกมฝึกสมองที่ช่วยพัฒนาการคิดอย่างสร้างสรรค์ พร้อมทั้งกำกับเวลาการใช้อย่างเหมาะสม โดยผู้ปกครองและครู

5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนควรเป็นภาคีในการจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมคุณธรรมท้องถิ่น การทำงานอาสา การปลูกฝังจิตสำนึกความเป็นพลเมือง โดยใช้ทุนวัฒนธรรมและเครือข่ายในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. National Statistical Office. Population Statistics Report 2024. Bangkok: National Statistical Office; 2024.
3. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline. Geneva Printed in Switzerland: WHO; 2022.1-80.
4. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. Starting strong V: Transitions from early childhood education and care to primary education. Paris: OECD Publishing; 2023.
6. กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานสถิติการศึกษาปฐมวัย 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2567.
7. Becker GS. Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education. Chicago: University of Chicago Press; 1964.
8. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. Science. 2006;312(5782):1900-2.
9. Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Savelyev PA, Yavitz A. The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program. J Public Econ. 2010;94(1-2):114-28.
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2567.

11. วีระชาติ กิเลนทอง.ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการศึกษาของเด็กปฐมวัย (School Readiness). วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย. 2563;2(1):93-120.
12. กัณตวรรณ มีสมสาร, กัญจนา ศิลปกิจยาน. การพัฒนาเด็กปฐมวัยในยุค 4.0. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2561;8(1):171-8.
13. United Nations Children's Fund. Early childhood development in Southeast Asia: Progress and challenges. Bangkok: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office; 2024.
14. Dunn HL. High-level wellness for man and society. Am J Public Health Nations Health. 1959;49(6):786-92.
15. National Institute of Mental Health. Early childhood brain development: From neurons to networks. Bethesda: NIMH; 2024.
16. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพเด็กปฐมวัย 2567. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2567.
17. Beatty C, Egan S. Screen Time in Early Childhood: A Review of Prevalence, Evidence and Guidelines. 2020;13(1):17-31.
18. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, บุษบา อรรถาวีร์. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5 ปี 2564. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(1):102-17.
19. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กปฐมวัยสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565.
20. United Nations Children's Fund Thailand. Situation analysis of early childhood development in Thailand. Bangkok: UNICEF Thailand; 2023.
21. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. รายงานการลงทุนด้านการศึกษาปฐมวัยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สกศ.; 2567.
22. กระทรวงศึกษาธิการ. แผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569). กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2567.
23. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน. สถานการณ์การศึกษาปฐมวัยเอกชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน; 2567.
24. Boonyasaquan S, Chantaros S, Phuengsamran D. Mixed-method approaches in early childhood research. Int J Qual Methods. 2023;22:78-92.
25. Chitkla S, Maneeprasert R, Wongkit M. Policy analysis for early childhood development in ASEAN. J Policy Anal. 2025;18(2):110-25.
26. Onkaew D, Silapacharanan S, Jongjaisuriya P. Comparative study of early childhood policies in Southeast Asia. Asian Educ Dev Stud. 2022;11(3):143-58.
27. Suwanwong P. Narrative synthesis in educational research. Educ Res Rev. 2021;16:65-79.

28. Holly C, Salmond SW, Saimbert M, editors. Comprehensive systematic review for advanced practice nursing. 3rd ed. New York, NY: Springer Publishing; 2022.
29. นันทิยา ปรีชาเสถียร. กรอบแนวคิดทุนมนุษย์เด็กปฐมวัย 7 มิติ ในบริบทการพัฒนาทุนมนุษย์ไทย. โครงร่างดุษฎีนิพนธ์, สาขาวิชาการพัฒนาธุรกิจและทุนมนุษย์, มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ; 2567.
30. ณัฐณิชา มณีพฤกษ์, อินทิรา พรมพันธุ์, พชร วงชัยวรรณ์, จิราพร พนมสวย. ชุดกิจกรรมการปั้นมันดาลา: กิจกรรมศิลปะเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจสำหรับเด็กปฐมวัย. วารสารวิจัยราชภัฏกรุงเก่า. 2567; 11(1):145-56.
31. จิราภรณ์ แสงพารา, สุพัฒนา ศักดิษฐินนท์, พูลสุข ศิริพูล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-3 ปี: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 2561; 26(2):137-47.
32. Cheng TC, Lo CC. Testing the Multiple Disadvantage Model of Health with Ethnic Asian Children: A Secondary Data Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(1):483. https://doi.org/10.3390/ijerph20010483
33. Horiuchi Y, Kusama K, Kanha S, Yoshiike N; FIDR research team. Urban-Rural Differences in Nutritional Status and Dietary Intakes of School-Aged Children in Cambodia. Nutrients. 2018 Dec 20;11(1):14. doi: 10.3390/nu11010014.
34. Kaufman J, Bagot KL, Williams T, Jos C, Danchin M. Exploring the lived experience of families with a COVID-19 positive child: The journey from a critical grounded theory approach. PLoS One. 2023 Mar 1;18(3):e0282481. doi: 10.1371/journal.pone.0282481.
35. Damrongplasit K, Komonpaisarn T. Early childhood development, family structure, and electronic device usage: Evidence from Thailand. Research Square.2022.
36. Topothai T, Phisanbut N, Topothai C. What factors are associated with early childhood development in Thailand? A cross-sectional analysis using the 2022 Multiple Indicator Cluster Survey. BMJ Paediatrics Open. 2024;8(1):e002373.
37. Pholphirul P. Early childhood education and child development outcomes in developing countries: Empirical evidence from Thailand. International Journal of Early Years Education, 2022;30(3):392-410.
38. Panngam N, Nuntaboot K. Mothers and children's rights and need for essential services accessibility in communities. Caring: Indonesian Journal of Nursing Science, 2020;2(1):1-9.

ผลของการใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

บัณฑิตา อุทโท[*], ประภาพรรณ สิงห์โตหิน[*], ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี[a]**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และ 2) ผลของนวัตกรรมและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม“บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย”ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติการคัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช่ในการทดลองคือ นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการพัฒนานวัตกรรม SMNC Step (Srimahasarakham Nursing College Step) ประกอบด้วยลูกบอลนุ่มสีฟ้าผสมกลิ่นลาเวนเดอร์ และ QR Code เพื่อฟังเพลงคลาสสิกระหว่างการบีบลูกบอล และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด SPST-20 (Suanprung stress test-20) และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 กลุ่มทดลองจะได้รับการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 วัน และกลุ่มควบคุมจะใช้วิธีการจัดการความเครียดในแบบของตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ผลการวิจัยพบว่านวัตกรรมมีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง โดยมีระดับความเครียดลดลง ($\bar{X}$=32.13, SD=3.22) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=42.06, SD=13.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และกลุ่มทดลองมีความพึงต่อการใช้นวัตกรรมทั้งในด้านความรู้สึกผ่อนคลาย ความสะดวกในการพกพา และความเหมาะสมของกลิ่นและเสียงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.48, SD=0.12)

คำสำคัญ: นวัตกรรม; ความเครียด; นักศึกษาพยาบาล

[*] นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[**] อาจารย์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[a] Corresponding author: ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี Email: pattarin@smnc.ac.th
รับบทความ: 1 เม.ย. 69; รับบทความแก้ไข: 20 เม.ย. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 21 เม.ย. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 27 มิ.ย. 69

Effects of the "Beeb Beeb –Gam Gam–Khayam Duft (Dub) Klai" Innovation on Stress Levels Among Third-Year Nursing Students at Srimahasarakham Nursing College

Bandita Utto[*], Prapaphan Singtohin[*], Pattarin Thamduangsri[a]**

Abstract

This quasi-experimental study with two-group, pre-test and post-test design aimed to 1) evaluate the efficacy of the "Beeb Beeb-Gam Gam-Khayam Duft (Dub) Klai" innovation on stress reduction and participants' satisfactions among the third-year nursing students at Srimahasarakham Nursing College. Samples of 32 participants were recruited using simple random sampling and assigned to either an experimental or a control group (16 samples per group). The experimental group utilized the "Beeb Beeb-Gam Gam-Khayam Duft (Dub) Klai" innovation-a sensory-integrated stress management tool developed based on the Srimahasarakham Nursing College Step (SMNC Step) framework for 10 consecutive days. This intervention was combined with lavender-scented tactile stimulation with classical music therapy accessed via a QR code. The control group engaged in routine stress management practices. Data were collected using the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) and a validated satisfaction questionnaire (Cronbach's alpha coefficient=0.92). The data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests. The results demonstrated a significant reduction in stress levels in the experimental group ($\bar{x}$=32.13, SD=3.22) as compared to the control group ($\bar{x}$=42.06, SD=13.90) at $p<0.05$. Participants reported a high level of satisfaction with the innovation's sensory components, portability, and relaxation efficacy ($\bar{x}$=4.48, SD=0.12). Consequently, the "Beeb Beeb-Gam Gam-Khayam Duft (Dub) Klai" innovation is an effective, user-friendly, and practical non-pharmacological intervention for stress reduction and mental health promotion in nursing students.

Keywords: Innovation; Stress; Nursing students

[*] Nursing Student, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute
[**] Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute
[a] Corresponding author: Pattarin Thamduangsri Email: pattarin@smnc.ac.th
Received: Apr. 1, 26; Revised: Mar. 20, 26; Accepted: Mar. 20, 26; Published Online: Jun. 27, 26

บทนำ

ความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลกและเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับความผิดปกติอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมที่รุนแรงขึ้น จากการสำรวจประชากรจาก 31 ประเทศทั่วโลกพบว่าความเครียดเป็นคำตอบที่พบบ่อยเป็นลำดับที่สาม รองจากโรคมะเร็งและปัญหาสุขภาพจิตอื่น โดยร้อยละ 31 กล่าวว่าความเครียดเป็นหนึ่งในปัญหาที่ใหญ่ที่สุดและใน ประเทศเปรู เกาหลีใต้ และไทย จัดเป็นประเทศที่มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด[1] สำหรับในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต มีผู้เข้ารับการประเมินสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมิน ST-5 พบว่ามีความเครียดระดับมากที่สุดร้อยละ 16.26 ระดับมาก ร้อยละ 9.77 ระดับปานกลางร้อยละ 19.22 และระดับน้อยร้อยละ 54.75 พบความเสี่ยงซึมเศร้า ถึงร้อยละ 29.32 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 17.42 พบวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีความเครียดสูงร้อยละ 24.83 ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงกว่าวัยอื่น[2] พบมากในกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยทำงานตอนต้น พบมากถึงร้อยละ 40 เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักมีเรื่องกดดันทั้งเรื่องของอนาคต งาน รายได้ และการใช้ชีวิตประจำวัน[3] และพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียด คือ ความไม่มั่นคงของรายได้ ปัญหาสุขภาพ[4] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นพบว่า ส่วนมากมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเครียดมากที่สุด คือ การปฏิรูปทางการศึกษา รองลงมาคือความคาดหวังของครอบครัว คุณภาพทางการศึกษา และภาระความรับผิดชอบต่องาน ความคาดหวัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความเข้มแข็งทางจิตใจ[5-9] จากปัญหาความเครียดที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของสังคมในปัจจุบันเป็นอย่างมาก โดยความเครียดจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายเมื่อมีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอะดรีนาลีน (Adrenaline) ออกมามากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็ว เกิดอาการนอนไม่หลับ ภาวะกรดไหลย้อน ประจำเดือนมาไม่ปกติ ทั้งนี้ความเครียดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่สูงขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ด้านจิตใจ ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน การทำงาน เกิดความวิตกกังวล จนกลายเป็นความกดดัน ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมโทรม อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา ด้านอารมณ์ทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง เนื่องจากมีอารมณ์ที่หงุดหงิด ฉุนเฉียว และด้านสังคมทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้[10]

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามเป็นสถาบันอุดมศึกษาด้านวิชาชีพพยาบาล ที่จัดการเรียนการสอนภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) โดยมีเป้าหมายในการพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะทางวิชาชีพ ทักษะปฏิบัติทางคลินิก ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และเจตคติที่เหมาะสมกับการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ มีการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เมื่อเรียนภาคทฤษฎีแล้วนักศึกษาจะต้องเข้ารับการฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพหลายระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ[11] จากการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติงานเหล่านี้ต้องอาศัยทั้งทักษะวิชาชีพ ความสามารถในการสื่อสาร การจัดการอารมณ์ รวมถึงการตัดสินใจภายใต้ความกดดัน ซึ่งถือเป็นภาระทางจิตใจที่อาจก่อให้เกิดภาวะความเครียดในนักศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

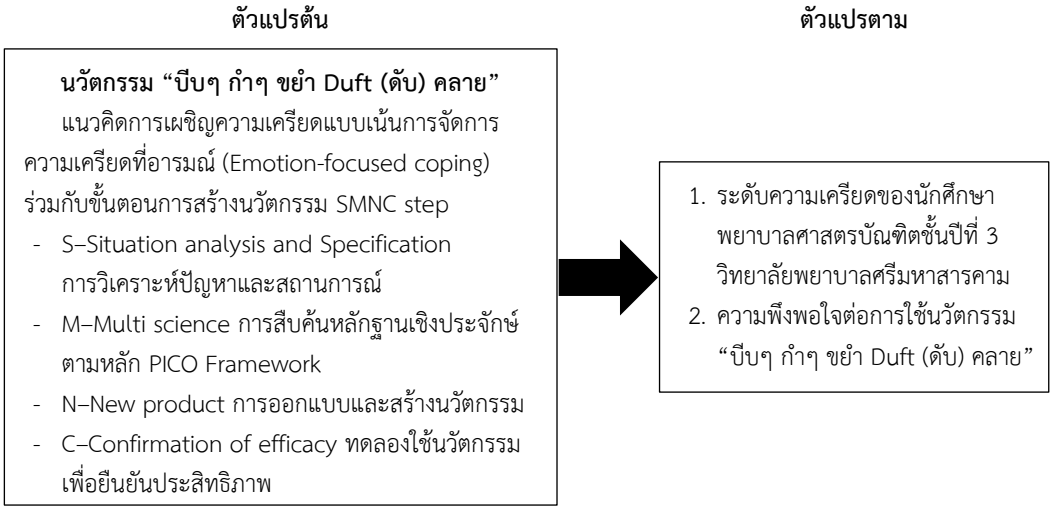
ในช่วงอายุ 18-22 ปี เป็นช่วงที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น บุคคลในวัยนี้ยังคงมีพัฒนาการทางอารมณ์ไม่สมบูรณ์เต็มที่ เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญจากวัยเรียนรู้ไปสู่วัยทำงาน การต้องเผชิญกับภาระทางวิชาการ การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และแรงกดดันทางสังคม อาจส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่น[8-9] นอกจากนี้ ยังพบว่าสาเหตุความเครียดเกิดจากการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย การปรับตัวเข้ากับการเรียนและหลักสูตรเฉพาะสาขา มีการเรียนในภาคทฤษฎีที่หนักและมีการฝึกปฏิบัติงานที่ต้องรับผิดชอบกับชีวิตของผู้รับบริการ ต้องค้นคว้าตำราเพื่อเตรียมแผนให้การพยาบาลผู้รับบริการตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จึงมีความกดดันเกิดขึ้นทำให้นักศึกษาพยาบาล ต้องมีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ต้องปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง การเรียนทางด้านวิชาชีพการพยาบาล จึงเป็นการเรียนที่เน้นหนักทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดได้ จากการสำรวจระดับความเครียดของกลุ่มกิจการนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามในปีการศึกษา 2568 ภาคเรียนที่ 1 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 98.39 ของนักศึกษาทั้งหมด รองลงมาคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 95.84 ถัดมาคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 พบว่ามีระดับความเครียดคิดเป็นร้อยละ 94.38 และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ซึ่งมีระดับความเครียดโดยรวมต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.35[11] จากผลการสำรวจนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มีระดับความเครียดโดยรวมในอัตราที่สูง (ร้อยละ 94.38) โดยมีสัดส่วนของผู้ที่มีความเครียดในระดับปานกลางสูงที่สุดเมื่อเทียบกับชั้นปีอื่น (ร้อยละ 66.25) นอกจากนี้เมื่อนำมาพิจารณาในบริบทของโครงสร้างหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาชั้นปีที่ 3 เป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญจากการเรียนรู้ทางทฤษฎีเข้าสู่การปฏิบัติจริง โดยต้องเผชิญกับสถานการณ์การพยาบาลในชีวิตจริง มีภาระงานทั้งด้านการเรียน การประเมินผล การปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ตลอดจนการฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพตามจำนวนรายวิชาที่มากกว่าและระยะเวลาที่นานกว่าทุกชั้นปี ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดเป็นอย่างมาก[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการลดหรือการผ่อนคลายความเครียดมีหลากหลายวิธี โดยวิธีที่นักศึกษาพยาบาลนำมาใช้มากที่สุด คือ การหายใจลึก ๆ การออกกำลังกาย การนวด การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การลดความตึงเครียดทางจิตใจ เช่น การสร้างอารมณ์ขัน การคิดในทางบวก การดูภาพยนตร์ การฟังเพลง การหัวเราะ การทำสมาธิ การใช้เทคนิคความเงียบ เพื่อหยุดความคิดของตัวเองในเรื่องที่ทำให้เครียด[6] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบวิธีการจัดการความเครียดที่น่าสนใจอีกเป็นจำนวนมาก โดยวิธีการที่ผู้วิจัยสนใจและเป็นวิธีการที่พบได้น้อยในการนำมาใช้กับนักศึกษาพยาบาล คือการใช้กลิ่นหอมอโรมา การใช้ดนตรีคลาสสิค และการสัมผัสความนุ่ม ในการจัดการความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการทั้งสามวิธีนี้มีผลต่อการลดของระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12-16] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนานวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ duft (ดับ) คลาย”ในการจัดการกับความเครียดโดยการบูรณาการทั้งสามวิธี เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่ใช้สำหรับการจัดการความเครียดในนักศึกษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และเพื่อการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมและนำมาปรับใช้ในการช่วย

ผ่อนคลายความเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา ให้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวกับการเรียนและการใช้ชีวิตในวิทยาลัยได้อย่างมีความสุขเพิ่มมากขึ้น

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของลาซารัสและโฟล์คแมน[17] ที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อกันและเกิดขึ้นตลอดเวลา โดยนำแนวคิดการเผชิญความเครียดแบบเน้นการจัดการความเครียดที่อารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นการจัดการผลกระทบของความเครียด ซึ่งประกอบด้วย การเปลี่ยนการรับรู้ (Cognitive reappraisal) การควบคุมอารมณ์ (Emotion regulation) การขอความสนับสนุนทางสังคม (Seeking social support) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ร่วมกับรูปแบบการพัฒนานวัตกรรม SMNC Step[18] ในการพัฒนานวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม“บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย”ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม“บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย”ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยับ Duft (ดับ) คลาย” มีระดับความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” มีระดับความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่านักศึกษาที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research with two-group, pre- and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมจำนวน 160 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของ สุกฤตา ตะการีย์ และคณะ[17] ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 16 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 16 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้การจับสลากเพื่อให้การเลือกเป็นไปอย่างเที่ยงตรงและลดอคติของผู้วิจัย โดยสุ่มเลือกนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ห้องที่ 1 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 16 คนเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง และอีก 16 คนเข้าร่วมในกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้ 1) มีระดับความเครียดมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนนขึ้นไป 2) ไม่มีความบกพร่องในการรับกลิ่น การมองเห็น และการได้ยินที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 3) ไม่มีประวัติแพ้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการทดลอง (Exclusion criteria) 1) ผู้เข้าร่วมขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป 2) ต้องการออกจากการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล อายุ เพศ ศึกษาชั้นปีที่กำลังศึกษา โรคประจำตัว รายได้ที่ได้รับต่อเดือน บุคคลที่ท่านไว้ใจในการปรึกษาเมื่อมีความเครียด

1.2 แบบประเมินความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) ของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้ทดสอบก่อน-หลังการใช้นวัตกรรม มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัด (Scale) วัดระดับความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ ระดับความเครียด 1=ไม่รู้สึกเครียด ระดับความเครียด 2=รู้สึกเครียดเล็กน้อย ระดับความเครียด 3=รู้สึกเครียดปานกลาง ระดับความเครียด 4=รู้สึกเครียดมาก ระดับความเครียด 5=รู้สึกเครียดมากที่สุด จากนั้นแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คือ แบ่งออกเป็นระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับดังนี้ คะแนน 0-23 มีความเครียดในระดับน้อย คะแนน 24-41 มีความเครียดในระดับปานกลาง คะแนน 42-61 มีความเครียดในระดับสูง คะแนน≥62 มีความเครียดในระดับรุนแรง

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้นวัตกรรมมี 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความผ่อนคลาย การคลายเครียด ความสะดวกในการใช้งาน ความนุ่มนวล การใช้งานต่อเนื่อง ความเหมาะสมของกลิ่น และความพึงพอใจโดยรวม โดยใช้การให้คะแนน 4 ระดับ (1 คะแนน น้อยที่สุดถึง 4 คะแนน มากที่สุด) หากผลการประเมินเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 80 จะถูกนำไปใช้ปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ประกอบด้วยลูกบอลทรงกลมกลิ่นลาเวนเดอร์และ QR Code เพลงคลาสสิคที่ผู้วิจัยสร้างเองจากปัญญาประดิษฐ์ โดยใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ก่อนนอนทุกวันเป็นระยะเวลา 10 วัน โดยปฏิบัติ ดังนี้

2.1) ใช้มือข้างที่ถนัดจับนวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ในระดับพอดีกับจมูกของผู้ทดลอง

2.2) บีบนวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ค้างไว้ 5 วินาทีแล้วค่อยคลายออก

2.3) ใช้ตัวนวัตกรรมร่วมกันกับการฟังเพลง โดยสแกน QR code ฟังเพลงร่วมกับการใช้นวัตกรรม

2.4) ทำขั้นตอนที่ 1-3 ซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลา 10 นาที/ครั้ง

ข้อควรระวังในการใช้นวัตกรรม

1. หากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีอาการแพ้ เช่น ระคายเคืองผิวหนัง เวียนศีรษะ หรือหายใจติดขัด ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหยุดใช้นวัตกรรมทันที และติดต่อผู้วิจัยเพื่อรับการส่งต่อและเข้าพบแพทย์อย่างทันท่วงที

2. ควรเก็บนวัตกรรมในบรรจุภัณฑ์ปิดสนิทที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมให้ และหลีกเลี่ยงการเก็บไว้ในที่มีแสงแดดจัดหรืออุณหภูมิสูง เพื่อคงคุณภาพของกลิ่นให้ใช้ได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันประสิทธิภาพของสารสกัดลดลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำตัวแบบของนวัตกรรม“บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม ผู้วิจัยได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการตรวจสอบและประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าค่า IOC อยู่ในช่วงระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี จากนั้นผู้วิจัยได้นำนวัตกรรมและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามาทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 16 คน เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงและมีความสม่ำเสมอของข้อคำถามอยู่ในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และระดับความเครียดของกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการทดลองใช้นวัตกรรม จะใช้วิธีการจัดการความเครียดในรูปแบบของตนเอง เมื่อครบระยะเวลา 10 วัน ผู้วิจัยจึงประเมินระดับความเครียดของกลุ่มควบคุมทันที

2. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) และชี้แจงวิธีการใช้นวัตกรรมให้กลุ่มทดลองได้ทราบและให้กลุ่มทดลองได้เริ่มใช้งานนวัตกรรมเป็นระยะเวลาติดต่อกัน 10 วัน หลังสิ้นสุดการใช้นวัตกรรมผู้วิจัยจึงประเมินระดับความเครียดและความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า Significance > 0.05 ยอมรับสมมติฐาน H_0 (ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการวิจัย และวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มเดียวกัน (Paired t-test) ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ IRB SNC 29 ให้ไว้ ณ วันที่ 29 กันยายน 2568 วันสิ้นสุดการอนุมัติ วันที่ 29 กันยายน 2569 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและการจัดการแก้ไข และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 ภาคทฤษฎี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 เพศชาย ร้อยละ 38.0 มีอายุระหว่าง 20-24 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100.0 เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.75-3.40 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่ในหอพักของวิทยาลัย ร้อยละ 100.0 ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย เพียงพอ ร้อยละ 75.0 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 25.0 และพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนใช้นวัตกรรม มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 31.0 ระดับสูง ร้อยละ 19.0 และระดับรุนแรง ร้อยละ 50.0 หลังการใช้นวัตกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 ระดับสูง ร้อยละ 25.0 และระดับรุนแรง ร้อยละ 19.0 จะเห็นได้ว่าหลังการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะความเครียดในระดับรุนแรงที่ลดลงจากร้อยละ 50.0 เหลือเพียงร้อยละ 19.0 เท่านั้น

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนใช้และหลังใช้นวัตกรรม

พบว่า ผลการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเครียดไม่แตกต่างกัน เมื่อทดลองใช้นวัตกรรม พบว่าหลังใช้นวัตกรรมกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และพบว่าหลังการใช้นวัตกรรมมีระดับความเครียดลดลงก่อนการใช้นวัตกรรมของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนใช้และหลังใช้นวัตกรรม (n=32)

คะแนนความเครียด	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนใช้นวัตกรรม					
กลุ่มควบคุม	16	48.19	9.47	0.095	0.157
กลุ่มทดลอง	16	48.63	15.77		
หลังใช้นวัตกรรม					
กลุ่มควบคุม	16	42.06	13.90	-2.785	0.013*
กลุ่มทดลอง	16	32.13	3.22		
ก่อนใช้-หลังใช้นวัตกรรม					
กลุ่มควบคุม	16	48.63	9.47	6.59	0.001*
กลุ่มทดลอง	16	32.13	3.22		

3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย”ของกลุ่มทดลอง

พบว่า ผลการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเครียดไม่แตกต่างกัน เมื่อทดลองใช้นวัตกรรมพบว่า หลังใช้นวัตกรรมกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และพบว่าหลังการใช้นวัตกรรมมีระดับความเครียดลดลงก่อนการใช้นวัตกรรมของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย”ของกลุ่มทดลอง (n=32)

การใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย”	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
กลิ่นของสารสกัดจากดอกลาเวนเดอร์ช่วยลดความเครียดได้จริง	4.13	0.65	มาก
ความสะดวกในการใช้งาน (ขนาด, พกพา, การใช้งานง่าย)	4.56	0.65	มากที่สุด
ความรู้สึกนุ่มนวลของลูกบอลทำให้รู้สึกผ่อนคลายเมื่อสัมผัส	4.63	0.65	มากที่สุด
การใช้นวัตกรรมร่วมกับการฟังเพลงช่วยเสริมผลคลายเครียด	4.38	0.91	มาก
การใช้งานต่อเนื่องมีผลต่อการลดระดับความเครียดโดยรวม	4.69	0.63	มาก
ความเหมาะสมของกลิ่น (ไม่ฉุนเกินไป, ไม่ระคายเคือง)	4.38	0.76	มาก
คู่มือการใช้งานละเอียดชัดเจน และเข้าใจง่าย	4.50	0.65	มาก
ภาพรวม	4.48	0.12	มาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการใช้นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” ต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม มีผลต่อการลดระดับความเครียดของนักศึกษาและมีความแตกต่างของระดับความเครียดในกลุ่มที่ใช้และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส[17] ที่กล่าวว่า

ความเครียดเกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อกันและเกิดขึ้นตลอดเวลา การเผชิญความเครียดแบบเน้นการจัดการความเครียดที่อารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นการจัดการผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้น เน้นการรับรู้อารมณ์ความเครียดและจัดการกับอารมณ์นั้น ผ่านการรับรู้ด้านการรับกลิ่น การสัมผัสและการได้ยิน การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่านวัตกรรม“บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” มีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกฤตา ตะการีย์ และคณะ[15] ศึกษาการใช้นวัตกรรมนุ่มนิ่มอโรมาคลายเครียด (ตุ๊กตานุ่มนิ่ม กลิ่นส้ม สีฟ้า หน้ายิ้ม) โดยการบีบหรือกำสามารถกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ให้เกิดความรู้สึกทางบวก เช่น ความสงบ ความผ่อนคลาย และสมาธิ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วณิชชา โตรักษา[19] ที่พบว่า สุคนธบำบัดสามารถช่วยลดความเครียดและสร้างความรู้สึกสบายใจ โทนสีเย็น และการบีบลูกบอลนิ่มสามารถช่วยกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและลดความเครียดได้ ส่งผลให้ผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจและรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นหลังการใช้นวัตกรรม รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yüksel & Güneş[20] ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ลูกบอลคลายเครียดต่อระดับความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiography) ในคลินิกศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดในประเทศตุรกี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้ลูกบอลคลายเครียดมีระดับความเจ็บปวดและระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการลดระดับความเครียดในนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างมาก เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของความเครียดทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมโดยฌพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในช่วงการฝึกปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย จากผลลัพธ์ที่ได้สามารถสรุปได้ว่า นวัตกรรม “บีบๆ กำๆ ขยำ Duft (ดับ) คลาย” เป็นทางเลือกที่มีคุณค่า มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริงในการช่วยจัดการกับความเครียดของนักศึกษา รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ในประชากรกลุ่มอื่นที่ต้องเผชิญกับภาวะกดดันหรือมีความเครียดสูง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ นักศึกษาสาขาอื่น หรือประชาชนทั่วไปในสังคมที่เผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยพยาบาลสามารถนำไปบูรณาการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตนักศึกษา เช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิต หรือกิจกรรมพัฒนานักศึกษา
2. คณาจารย์และอาจารย์ที่ปรึกษาสามารถใช้เป็นเครื่องมือเสริมในกระบวนการให้คำปรึกษาและการดูแลนักศึกษา เพื่อช่วยลดความเครียดจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติงาน
3. ควรเผยแพร่นวัตกรรมไปยังบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไปที่เผชิญภาวะกดดันเพื่อให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลในระยะยาว เพื่อติดตามความคงทนและประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมในการลดระดับความเครียดและความคงทนของผลลัพธ์
2. ควรพัฒนานวัตกรรมให้มีความหลากหลายของกลิ่นและสี เพื่อเปรียบเทียบผลต่อการลดระดับความเครียดและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มผู้ร่วมพัฒนานวัตกรรมในครั้งนี้ ที่มุ่งมั่นในการพัฒนานวัตกรรมให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย นางสาวบัณฑิตา อุทโท นางสาวนฤมล เข็มผัด นางสาวนัฐติญา ยิ้มกระจ่าง นางสาวนันทิกานต์ ธีระยุทธ์ นางสาวฆนพรภัคค์ สีมามาตย์ลาภิณ นายนิรุตต์ เกไธสง นางสาวเบญจพร โสดารัตน์ นางสาวปฐมาวตี มากสุวรรณ นางสาวปณัดฎา วรรณสิงห์ นางสาวปทุมวรรณ นวลเจริญ นางสาวปพิชญา วิเศษอุตร นางสาวปภาวรินทร์ มาตรา นางสาวประภาพรรณ สิงห์โตหิน และนางสาวปัญญาพร ศรีพระจันทร์ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 41 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และนางภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการพัฒนานวัตกรรมในครั้งนี้ และขอขอบคุณอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการทดลองตลอดระยะเวลาในการทดลองจนสิ้นสุดโครงการ ขอขอบพระคุณ มา ณ ที่นี่

เอกสารอ้างอิง

1. Ipsos. Ipsos Health Service Report: A 31-country Ipsos global advisor survey [Internet]. 2024 [cited 2025 JUN 26]. Available from: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-09/Ipsos-Health-Service-Report-2024-Global-Charts.pdf
2. GALLUP. State of the World's Emotional Health 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 JUN 26]. Available from: https://www.gallup.com/analytics/349280/state-of-worlds-emotional-health.aspx?ref=creativetalkconference.com
3. Smith MD, Wesselbaum D. Global evidence on the prevalence of and risk factors associated with stress. J Affect Disord. 2025 Apr 1;374:179-183. doi: 10.1016/j.jad.2025.01.053.
4. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิถุนายน 26]. เข้าถึงได้จาก: https://checkin.dmh.go.th/dashboards
5. สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ณิชการต์ ฝูงดี, ณัฐิดา ยานะรมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาไนย์, ตุลาภรณ์ บุญเชิญ, ทริกา จอดนอก, ทัตติยา สุริสาร, ธัญญาเรศ พ่อยันต์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาวะ. 2561;21(42):93-106.
6. พรเพ็ญ อารีกิจ, จีรวรรณ กลิ่นหอม. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของคนไทย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2562;25(2):15-26.
7. กัญญาวีณ์ โมกขาว, วรพนิต ศุกระแพทย์, วลัยนารี พรมลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(2):60-71.
8. World Health Organization. Stress [Internet]. 2025 [cited 2025 JUN 26]. Available from: https://www-who-int.translate.goog/news-room/questions-and-answers/item/stress?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=th&_x_tr_hl=th&_x_tr_pto=tc

9. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปณิธาน อัตลักษณ์ของบัณฑิต เอกลักษณ์และคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิถุนายน 26]. เข้าถึงได้จาก: http://www.smnc.ac.th/th/?page_id=1149
10. วิสุทธิ์ โนจิตต์, นภัสสร ยอดทองดี, วงเดือน เล็กสง่า, ปารวีร์ มั่นฟัก. ปัจจัยทำนายความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 2563;10(1):118-28.
11. สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560;9(1):81-92.
12. ธัญญลักษณ์ อุทาทอง, ดุษฎี ศรีธาตุ, พงศธร ทองกระสี, นำพน พิพัฒน์ไพบูลย์. ประสิทธิผลของการสูดดมน้ำมันหอมระเหยสมุนไพรพื้นบ้านที่มีผลต่อความจำและอารมณ์ในนักศึกษา. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565;20(1):29-40.
13. กรุณา เจริญนวรัตน์, พรรณรวี ชัยสิทธิ์, ธัญญา แซ่ตั้น, ณัชมิญ แม่นปืน. การศึกษาผลของบาล์มจากสารสกัดดอกมะลิต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิถุนายน 26]. เข้าถึงได้จาก: https://infocenter.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER4/DRAWER076/GENERAL/DATA0000/00000372.PDF
14. ธนพร อิสระทะ, ณฐวรท บุญรัตนา, ธีระพงศ์ คงเกื้อ, กชกร สุขจันทร์ อินทนูจิตร, ขวัญฤทัย อักษรวงศ์. เปรียบเทียบผลของน้ำมันหอมระเหยจำปากับลาเวนเดอร์ต่อระดับความวิตกกังวล ความเครียด ความรุนแรงของการนอนไม่หลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ตำบลท่าหิน อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2566;11(1):67-77.
15. สุกฤตา ตะการีย์, พิชาภรณ์ จันทนกุล, อรทิพา ส่องศิริ, ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม, ธัญญลักษณ์ ดีชาติธนากุล. ผลการใช้นวัตกรรมนุ่มนิ่มอโรมาคลายเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2566;24(46):69-82.
16. เบญจ์ ป้องกันภัย. ผลฉับพลันของการฟังดนตรีคลาสสิกที่มีต่อความเครียดในคนวัยทำงาน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
17. Lazarus RS, Folkman S, Editors. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Reprint. New York: Springer; 1984.
18. ดิษฐพล ใจซื่อ. แนวปฏิบัติในการสร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิถุนายน 26]. เข้าถึงได้จาก: http://202.129.54.84/smnc/research/web/files/user_1/menu34/แนวทางการเขียนรายงานการจัดการความรู้.pdf
19. วณิชชา โตรักษา. ผลของสุคนธบำบัดต่อความเครียดและกระบวนการรู้คิด [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2565.
20. Yüksel D, Güneş D. The Effect of Stress Ball on Anxiety and Pain Levels in Angiography: A Randomized Controlled Trial. Cardiovasc Ther. 2024 Aug 24;2024:5049092. doi: 10.1155/2024/5049092.

ความชุกของการเกิดอุบัติเหตุและผลกระทบต่อสุขภาพ ในกลุ่มผู้รับซื้อน้ำยางสด จังหวัดนครศรีธรรมราช

พิมพ์เพ็ญจันทร์ ปานอินทร์[*], พิมพ์เพียงจันทร์ ปานอินทร์[*], โสมศิริ เดชารัตน์[a]**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดอุบัติเหตุ รูปแบบของอุบัติเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงในกลุ่มผู้รับซื้อน้ำยางสด จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้รับซื้อน้ำยางสดจำนวน 60 แห่ง โดยมีผู้ให้ข้อมูลรวม 120 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.3 เคยเกิดอุบัติเหตุในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุ 1 ครั้ง (ร้อยละ 48.3) ประเภทอุบัติเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การลื่นล้มในลานเท (ร้อยละ 51.7) การยกของหนัก (ร้อยละ 44.8) และอุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 41.4) ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 44.8) สาเหตุหลักของอุบัติเหตุคือความประมาท (ร้อยละ 48.3) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.040$) โดยกลุ่มอายุน้อยมีความเสี่ยงสูงกว่า และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบทั้งกับการเกิดอุบัติเหตุ ($p=0.004$) และความรุนแรงของอุบัติเหตุ ($p=0.017$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีประสบการณ์น้อยมีแนวโน้มเกิดอุบัติเหตุและมีความรุนแรงสูงกว่า นอกจากนี้ การตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ดังนั้น ควรส่งเสริมมาตรการด้านความปลอดภัยในกลุ่มแรงงานอายุน้อยและผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย ผ่านกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิตการใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้อง และการกำกับติดตามการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงของอุบัติเหตุในการทำงาน

คำสำคัญ: อุบัติเหตุจากการทำงาน; ผู้รับซื้อน้ำยางสด; ความชุก; ความปลอดภัยในการทำงาน; อาชีวอนามัย

[*] นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดนครศรีธรรมราช
[**] รองศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำหลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
[a] Corresponding author: โสมศิริ เดชารัตน์ E-mail: somsiri@tsu.ac.th
รับบทความ: 21 เม.ย. 69; รับบทความแก้ไข: 15 พ.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 16 พ.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ส.ค. 69

Prevalence of Occupational Accidents and Health Impacts among Fresh Latex Purchasers in Nakhon Si Thammarat Province

Pimpenjun Pan-in[*], Pimpiengjun Pan-in[*], Somsiri Decharat[a]**

Abstract

This study aimed to investigate the prevalence and patterns of occupational accidents, as well as factors associated with accident occurrence and severity among fresh latex purchasers in Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. A cross-sectional study design was employed. Samples consisted of 60 fresh latex purchasing establishments, with a total of 120 participants selected through purposive sampling. Data were collected using a structured questionnaire with verified content validity and analyzed using descriptive statistics and chi-square tests. The results revealed that 48.3% of participants had experienced occupational accidents within the past 12 months. Most incidents occurred once (48.3%). The most common types of accidents included slips and falls in latex handling areas (51.7%), injuries from heavy lifting (44.8%), and road traffic accidents (41.4%). Most of the accidents were of mild severity (44.8%), and the primary cause was carelessness (48.3%). Statistical analysis indicated that age was significantly associated with accident occurrence ($p=0.040$), with younger workers being at higher risk. Work experience was significantly negatively associated with both accident occurrence ($p=0.004$) and accident severity ($p=0.017$), with less experienced workers being more likely to experience accidents and have more severe outcomes. Additionally, pre-operational inspection of equipment and vehicles was significantly associated with accident occurrence ($p<0.001$). Therefore, safety measures should be promoted among young workers and those with limited work experience through workshops, demonstrations of proper equipment use, and supervision of personal protective equipment (PPE) use to reduce the risk and severity of occupational accidents.

Keywords: Occupational accidents; Fresh latex purchasers; Prevalence; Workplace safety; Occupational health

---

[*] Grade 12 Student, Benjamarachutit School, Nakhon Si Thammarat

[**] Associate Professor, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

[a] Corresponding author: Somsiri Decharat E-mail: somsiri@tsu.ac.th

Received: Apr. 7, 26; Revised: May 15, 26; Accepted: May 16, 26; Published Online: Aug. 7, 26

บทนำ

อุตสาหกรรมยางพาราเป็นหนึ่งในภาคเศรษฐกิจหลักของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งเป็นแหล่งผลิตสำคัญของประเทศ กระบวนการผลิตครอบคลุมตั้งแต่การกรีดยาง การรวบรวม การขนส่ง และการรับซื้อน้ำยางสดเข้าสู่ระบบอุตสาหกรรม อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ประกอบการรับซื้อน้ำยางสดส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสูง เนื่องจากต้องปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่แน่นอน เช่น พื้นลานรับซื้อน้ำยางสดไม่ได้รับการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอหลังการใช้งาน ทำให้มีคราบยางและสิ่งปฏิกูลสะสม เป็นต้น และเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น ๆ เช่น การขนส่งของเหลว การใช้สารเคมี และการทำงานในพื้นที่เปียกลื่น เป็นต้น [1,2] จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่าสามารถจำแนกออกเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการขนส่ง ด้านสถานที่ทำงาน ด้านสารเคมี ด้านสรีรศาสตร์ และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะความเสี่ยงด้านการขนส่ง เช่น การรั่วไหลของน้ำยางที่ส่งผลให้ถนนลื่น อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุรุนแรงและอุบัติเหตุซ้ำซ้อน ขณะที่ความเสี่ยงในสถานที่ทำงาน เช่น การลื่นไถลในลานเทน้ำยาง เป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บทางกายภาพ นอกจากนี้ การใช้สารแอมโมเนียในการรักษาสภาพน้ำยางยังอาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและผิวหนัง หากไม่มีการจัดการที่เหมาะสม[3] กลุ่มผู้ประกอบการรับซื้อน้ำยางสดได้รับผลกระทางด้านการยศาสตร์ในขั้นตอนการยกถังน้ำยางที่มีน้ำหนักมากและการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมและมีท่าทางการทำงานที่ซ้ำ ๆ กัน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งพบได้บ่อยในแรงงานภาคเกษตรกรรม[4,5] ขณะที่ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมจากการรั่วไหลของน้ำยางและการปล่อยน้ำเสียยังส่งผลต่อระบบนิเวศและสุขภาพของชุมชนโดยรอบ งานวิจัยหลายชิ้นรายงานความชุกของการเกิดอุบัติเหตุในแรงงานภาคเกษตรอยู่ในระดับสูง และสัมพันธ์กับปัจจัยด้านพฤติกรรมความปลอดภัย เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนใช้งาน และประสบการณ์ในการโดยเฉพาะแรงงานที่มีประสบการณ์น้อยมีแนวโน้มเกิดอุบัติเหตุสูงกว่า[6,7,8]

อย่างไรก็ตาม ภาพรวมข้อมูลของกลุ่มผู้รับซื้อน้ำยางสดส่วนมากมีการรายงานเกี่ยวกับปัจจัยการตัดสินใจขายน้ำยางสด การบริหารจัดการความเสี่ยงจากราคาน้ำยางที่ผันผวน เป็นต้น ซึ่งมีข้อจำกัดของข้อมูลในด้านการเกิดอุบัติเหตุและผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้รับซื้อน้ำยาง ซึ่งกลุ่มอาชีพผู้รับซื้อน้ำยางสดมีลักษณะงานเฉพาะและมีความเสี่ยงหลายมิติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในพื้นที่ภาคใต้ยังมีข้อมูลและผลการศึกษาเชิงระบบที่จำกัดและยังไม่ครอบคลุมทั้ง ความชุกของอุบัติเหตุ รูปแบบการเกิดอุบัติเหตุ (ประเภท ความรุนแรง และสาเหตุ) และความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ช่องว่างขององค์ความรู้นี้ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินขนาดของปัญหาและกำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดอุบัติเหตุและผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้รับซื้อน้ำยางสด รวมถึงวิเคราะห์รูปแบบการเกิดอุบัติเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนามาตรการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เหมาะสม และลดความสูญเสียด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ประกอบการรับซื้อน้ำยางสด 60 แห่ง ที่ประกอบธุรกิจรับซื้อน้ำยางในพื้นที่อำเภอพิปูน และอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการรับซื้อน้ำยางสด 60 แห่ง ที่ประกอบธุรกิจรับซื้อน้ำยางในพื้นที่อำเภอพิปูนและอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ประกอบธุรกิจรับซื้อน้ำยางในพื้นที่อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีพาหนะบรรทุกน้ำยางสดประเภทรถยนต์ 4 ล้อ ไม่น้อยกว่า 1 คัน และ 3) ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ประกอบการที่ประกอบธุรกิจรับซื้อน้ำยางสดน้อยกว่า 1 ปี 2) ผู้ที่ไม่มีพาหนะบรรทุกน้ำยางสดประเภทรถยนต์ 4 ล้อ หรือไม่ได้ใช้พาหนะดังกล่าวในการปฏิบัติงานจริง และ 3) ผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล หรือถอนความยินยอมระหว่างการศึกษาและผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนผู้ประกอบธุรกิจรับซื้อน้ำยาง จำนวน 2 คน คือ 1) เจ้าของรถรับซื้อน้ำยาง จำนวน 60 คน และ 2) ลูกจ้างหรือผู้ช่วย จำนวน 60 คน รวมผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดอุบัติเหตุและผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้รับซื้อน้ำยางสด โดยแบบสอบถามพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัย ความปลอดภัยในการทำงาน และบริบทการทำงานของผู้ประกอบการรับซื้อน้ำยางสด มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบตรวจสอบรายการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน จำนวนพาหนะบรรทุกน้ำยาง ชั่วโมงการทำงาน และการใช้สารเคมี ตอนที่ 2 ข้อมูลลักษณะการทำงานที่ปลอดภัย ข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบตรวจสอบรายการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ใช้ทุกครั้ง บางครั้งและไม่ใช้ และแบบประเมินการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งาน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ตอนที่ 3 ข้อมูลความชุกของการเกิดอุบัติเหตุในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบตรวจสอบรายการ ครอบคลุมการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนครั้ง ประเภท ความรุนแรง และสาเหตุของอุบัติเหตุ ผู้ตอบคำถามสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

แบบสอบถามดังกล่าวใช้ระยะเวลาในการตอบประมาณ 10–15 นาที โดยก่อนนำไปใช้จริงได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่า IOC พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.85 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก และได้ทดลองใช้กับร้านรับซื้อน้ำยางที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

จำนวน 10 แห่งในพื้นที่ จังหวัดพัทลุง พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.94 สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติทั้งเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนาใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป เช่น เพศ อายุ และประสบการณ์การทำงาน กับการเกิดอุบัติเหตุ (เคย/ไม่เคย) และระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ นอกจากนี้ ยังได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานกับการเกิดอุบัติเหตุ โดยคำนวณอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพื่อแสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยทักษิณ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล หมายเลขโครงการ COA No.TSU 2025_163 REC No.0335 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัดตามหลักจริยธรรมการวิจัย เพื่อป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น โดยในระยะก่อนการวิจัย ได้ยื่นขออนุมัติโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เพื่อรับรองความเหมาะสมด้านจริยธรรมของแผนการศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดที่จำเป็นแก่ผู้เข้าร่วม ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เกิดผลกระทบ และได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรโดยสมัครใจ ในระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการเคารพสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วม หลีกเลี่ยงการบังคับหรือกดดัน และเตรียมแนวทางรองรับในกรณีที่ผู้เข้าร่วมเกิดความไม่สบายใจ อีกทั้งมีมาตรการรักษาความลับของข้อมูลอย่างรัดกุม โดยไม่เปิดเผยตัวตน ใช้รหัสแทนชื่อ และจัดเก็บข้อมูลในระบบที่ปลอดภัย ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย มีการกำหนดระยะเวลาในการเก็บรักษาและทำลายข้อมูลอย่างเหมาะสม พร้อมรายงานผลการศึกษาอย่างถูกต้อง โปร่งใส และไม่บิดเบือนข้อเท็จจริง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดช่องทางสำหรับผู้เข้าร่วมที่ประสงค์จะรับทราบผลการวิจัยอย่างเหมาะสมด้วย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้รับซื้อน้ำยางสด จำนวน 120 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 84 คน (ร้อยละ 70.0) และเพศหญิง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 30.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 42.6 ปี (SD=9.8) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 36-45 ปี จำนวน 46 คน (ร้อยละ 38.3) ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 58 คน (ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 34 คน (ร้อยละ 28.3) และระดับปวช./ปวส. จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.7) ขณะที่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.7)

สำหรับประสบการณ์ในการรับซื้อน้ำยาง พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 5-10 ปี จำนวน 52 คน (ร้อยละ 43.3) รองลงมาคือมากกว่า 10 ปี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 33.3) และน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 23.3) โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 8.7 ปี (SD=4.2) ในด้านจำนวนพาหนะบรรทุกน้ำยาง (รถยนต์ 4 ล้อ) พบว่าส่วนใหญ่มี 1 คัน จำนวน 68 คน (ร้อยละ 56.7) รองลงมามี 2 คัน จำนวน 36 คน (ร้อยละ 30.0) และมากกว่า 2 คัน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 13.3) เมื่อพิจารณาลักษณะงาน พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินงานทั้งรับซื้อและขนส่ง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 76.7) รองลงมาคือรับซื้ออย่างเดียว จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.7) และลักษณะงานอื่น ๆ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเฉลี่ยวันละ 8-10 ชั่วโมง จำนวน 54 คน (ร้อยละ 45.0) รองลงมาคือมากกว่า 10 ชั่วโมง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 31.7) และน้อยกว่า 8 ชั่วโมง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 23.3) โดยมีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงาน 9.6 ชั่วโมงต่อวัน (SD=2.1) ด้านการใช้สารเคมี พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมี เช่น แอมโมเนีย ร้อยละ 100 เพราะแอมโมเนียมีคุณสมบัติป้องกันน้ำยางบูดเน่า แข็งตัว และรักษาความเป็นเบส (pH สูง) ทำให้เสถียรภาพน้ำยางคงตัวเหมาะสม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้รับซื้อน้ำยางสด (n=120)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	70.0
หญิง	36	30.0
อายุ (ปี)		
≤ 35 ปี	28	23.3
36-45 ปี	46	38.3
> 45 ปี	46	38.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	34	28.3
มัธยมศึกษา	58	48.3
ปวช./ปวส.	20	16.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	6.7
ประสบการณ์ทำงาน		
< 5 ปี	28	23.3
5-10 ปี	52	43.3
> 10 ปี	40	33.3
จำนวนรถบรรทุก (4 ล้อ)		
1 คัน	68	56.7
2 คัน	36	30.0
≥ 3 คัน	16	13.3

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้รับซื้อน้ำยางสด (n=120)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะงาน		
รับซื้ออย่างเดียว	20	16.7
รับซื้อและขนส่ง	100	83.3
ชั่วโมงการทำงาน/วัน		
< 8 ชั่วโมง	28	23.3
8-10 ชั่วโมง	54	45.0
> 10 ชั่วโมง	38	31.7
การใช้สารเคมี (แอมโมเนีย)		
ใช้	120	100.0

ผลการสำรวจการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ตามประเภทและความถี่ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน พบว่า การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมีความแตกต่างกันในแต่ละประเภท โดยรองเท้าบูทกันลื่นเป็นอุปกรณ์ที่มีการใช้สม่ำเสมอมากที่สุด จำนวน 52 คน (ร้อยละ 43.3) รองลงมาคือถุงมือยาง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 38.3) ในขณะที่อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมี และชุดป้องกันสารเคมี มีการใช้สม่ำเสมอในสัดส่วนที่ต่ำ โดยมีผู้ใช้สม่ำเสมอเพียงร้อยละ 25.0 และ 15.0 ตามลำดับ และพบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ตามประเภทและความถี่ (n=120)

อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	ทุกครั้ง จำนวน (%)	บางครั้ง จำนวน (%)	ไม่ใช้ จำนวน (%)
รองเท้าบูทกันลื่น	52 (43.3)	26 (21.7)	42 (35.0)
ถุงมือยาง	46 (38.3)	26 (21.7)	48 (40.0)
หน้ากากป้องกันสารเคมี	30 (25.0)	26 (21.7)	64 (53.3)
แว่นตานิรภัย	18 (15.0)	16 (13.3)	86 (71.7)
ชุดป้องกันสารเคมี (เช่น ชุดคลุมยาง เป็นต้น)	18 (15.0)	4 (3.3)	98 (81.7)

ผลการศึกษาประเด็นการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน พบว่า การตรวจสอบอุปกรณ์และพาหนะก่อนใช้งานมีความแตกต่างกันในแต่ละรายการ โดยรายการที่มีการปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุดคือการตรวจสอบสภาพยางรถยนต์และระบบเบรก คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 46.7 ตามลำดับ ในขณะที่การตรวจสอบด้านความปลอดภัยเฉพาะ ได้แก่ วาล์วถังบรรทุกน้ำยาง และการรั่วซึมของถัง มีการปฏิบัติสม่ำเสมอในสัดส่วนที่ต่ำกว่า และยังพบว่าผู้ปฏิบัติงานจำนวนหนึ่งไม่เคยตรวจสอบในบางรายการ

ตารางที่ 3 การตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งาน จำแนกรายการและระดับการปฏิบัติ (n=120)

รายการตรวจสอบ	ปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน (%)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (%)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (%)
ตรวจสอบสภาพยางรถ (ดอกยาง/ลมยาง)	60 (50.0)	32 (26.7)	28 (23.3)
ตรวจสอบระบบเบรก	56 (46.7)	34 (28.3)	30 (25.0)
ตรวจสอบไฟสัญญาณ/ไฟเบรก	48 (40.0)	36 (30.0)	36 (30.0)
ตรวจสอบวาล์วถังบรรทุกน้ำยาง	42 (35.0)	30 (25.0)	48 (40.0)
ตรวจสอบการรั่วซึมของถังบรรทุก	38 (31.7)	34 (28.3)	48 (40.0)
ตรวจสอบการยึดตรึงถัง/ฝาปิด	44 (36.7)	30 (25.0)	46 (38.3)
ตรวจสอบอุปกรณ์ฉุกเฉิน (ทราย/วัสดุดูดซับ)	30 (25.0)	28 (23.3)	62 (51.7)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจสอบอุปกรณ์กับการเกิดอุบัติเหตุ

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยจำแนกระดับการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง พบว่า การเกิดอุบัติเหตุมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับของการตรวจสอบอย่างชัดเจน กลุ่มที่มีระดับการตรวจสอบต่ำมีการเกิดอุบัติเหตุสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และระดับสูงมีการเกิดอุบัติเหตุต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 20.0 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานกับการเกิดอุบัติเหตุ พบว่าระดับการตรวจสอบมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานกับการเกิดอุบัติเหตุ (n=120)

ระดับการตรวจสอบ	เกิดอุบัติเหตุ n (%)	ไม่เกิดอุบัติเหตุ n (%)	รวม n	OR (95% CI)	χ^2	df	p-value
ต่ำ (0-4 คะแนน)	24 (80.0)	6 (20.0)	30	16.00 (4.78-53.55)			
ปานกลาง (5-9 คะแนน)	28 (46.7)	32 (53.3)	60	3.50 (1.22-10.05)			
สูง (10-14 คะแนน)*	6 (20.0)	24 (80.0)	30	1.00 (Reference)			
รวม	**58 (48.3)**	**62 (51.7)**	**120**		**18.72**	**2**	**<0.001**

หมายเหตุ: กำหนดให้ระดับการตรวจสอบ “สูง” เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference group); วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Chi-square test; คำนวณ Odds Ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval)

ผลการศึกษาความชุก และรูปแบบของการเกิดอุบัติเหตุพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.3 เคยเกิดอุบัติเหตุในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุ 1 ครั้ง (ร้อยละ 48.3) และมีบางส่วนเกิดซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ประเภทอุบัติเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การลื่นล้มในลานเทซื้อขายน้ำยางสด (ร้อยละ 51.7) การยกของหนัก (ร้อยละ 44.8) และอุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 41.4) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 44.8) สำหรับสาเหตุหลักมาจากความประมาท (ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยและการขาดอุปกรณ์ป้องกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความชุก (Prevalence) และรูปแบบ (Pattern) ของการเกิดอุบัติเหตุในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (n=120)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความชุกของการเกิดอุบัติเหตุ		
เคยเกิดอุบัติเหตุ	58	48.3
ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ	62	51.7
รูปแบบการเกิดอุบัติเหตุ (เฉพาะผู้ที่เกิดอุบัติเหตุ n=58)		
จำนวนครั้งของอุบัติเหตุ		
1 ครั้ง	28	48.3
2 ครั้ง	20	34.5
≥ 3 ครั้ง	10	17.2
ประเภทอุบัติเหตุ*		
ลื่นล้มในลานเท	30	51.7
อุบัติเหตุทางถนน	24	41.4
บาดเจ็บจากการยกของหนัก	26	44.8
สัมผัสสารเคมี	18	31.0
ความรุนแรงของอุบัติเหตุ (เฉพาะผู้ที่เกิดอุบัติเหตุ n=58)		
เล็กน้อย	26	44.8
ปานกลาง	20	34.5
รุนแรง	12	20.7
สาเหตุของอุบัติเหตุ*		
ความประมาท	28	48.3
สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย	22	37.9
ขาดอุปกรณ์ป้องกัน	20	34.5
อุปกรณ์ชำรุด	16	27.6

หมายเหตุ: *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ร้อยละในส่วน “รูปแบบการเกิดอุบัติเหตุ” คำนวณจากกลุ่มที่เคยเกิดอุบัติเหตุ (n=58)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงของอุบัติเหตุ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ (p=0.077) และความรุนแรงของอุบัติเหตุ (p=0.294) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05 ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.040) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปีมีสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่า แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรง (p=0.137) สำหรับประสบการณ์การทำงานพบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งกับการเกิดอุบัติเหตุ (p=0.004) และความรุนแรงของอุบัติเหตุ (p=0.017) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05 โดยผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยมีแนวโน้มเกิดอุบัติเหตุและมีความรุนแรงสูงกว่า (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงของอุบัติเหตุ (n=120)

ตัวแปร	การเกิดอุบัติเหตุ		ความรุนแรง			χ^2 (Prev)	p-value	χ^2 (Severity)	p-value
	ไม่เคยเกิด n (%)	เคยเกิด n (%)	เล็กน้อย n	ปานกลาง n	รุนแรง n				
เพศ									
ชาย (n=84)	38 (45.2)	46 (54.8)	20	16	10	3.12	0.077	2.45	0.294
หญิง(n=34)	24 (66.7)	12 (33.3)	6	4	2				
อายุ									
≤35 ปี (n=28)	10 (35.7)	18 (64.3)	6	7	5	6.45	0.040*	3.98	0.137
>35 ปี (n=92)	52(56.52)	40 (43.48)	20	10	10				
ประสบการณ์ทำงาน									
≤10 ปี (n=80)	36 (45.0)	48(60.0)	22	15	11	10.82	0.004*	8.21	0.017*
>10 ปี (n=40)	19 (47.5)	21 (52.5)	10	6	5				

หมายเหตุ: χ^2 (Prev)=การทดสอบความสัมพันธ์กับ “การเกิดอุบัติเหตุ (เคย/ไม่เคย);
χ^2 (Severity)=การทดสอบความสัมพันธ์กับ “ระดับความรุนแรง” (เฉพาะผู้เกิดอุบัติเหตุ n=58); ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ยังไม่เหมาะสม จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ไม่สวมใส่อุปกรณ์ส่วนบุคคล เช่น รองเท้าบูท หรือการสวมใส่ถุงมือ เพราะไม่คล่องตัวในการทำงาน และมีความคุ้นชินกับการสัมผัสภาชนะต่างๆ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Ada et al.[9] ที่รายงานว่าพนักงานไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพราะไม่สะดวกหรือไม่ทราบถึงความเสี่ยงที่มองไม่เห็น เช่น สารเคมี เป็นต้น ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้น รายงานว่าความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล[10-12] ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานจำนวนหนึ่งไม่เคยตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานในแต่ละวัน ซึ่งสะท้อนถึงความบกพร่องด้านการจัดการความปลอดภัยก่อนการปฏิบัติงาน ส่วนหนึ่งให้เหตุผลว่าจะนำรถยนต์เข้าศูนย์บริการตามช่วงเวลาและมีความเชื่อมั่นความปลอดภัยตามรอบของการเข้ารับบริการ ไม่มีความจำเป็นในการตรวจสอบก่อนการใช้รถเพื่อรับซื้อน้ำยางในแต่ละวัน ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งานกับการเกิดอุบัติเหตุ ผลการศึกษาพบว่าระดับการตรวจสอบอุปกรณ์/รถก่อนใช้งาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ผลการศึกษาของ ธันยพร และคณะ[13] รายงานว่าการตรวจสภาพรถประจำวันก่อนเริ่มปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านยานพาหนะมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะสภาพยางรถยนต์ ซึ่งยางที่ฉีกขาดมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุแตกต่างจากยางที่อยู่ในสภาพสมบูรณ์ นอกจากนี้กระจกมองรถที่มีมุมมองจำกัดยังสัมพันธ์กับอัตราการเกิดอุบัติเหตุที่แตกต่างจากกระจกที่สามารถมองเห็นได้รอบด้าน รวมถึงระบบเบรกที่มีประสิทธิภาพดีย่อมมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุแตกต่างจากรถที่มีระบบเบรกชำรุด[14] ด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี มีสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุสูงที่สุด (ร้อยละ 71.4) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=10.82,

p=0.004) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยยังขาดทักษะ ความชำนาญ และความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งผลให้การประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ยังไม่ดีเท่าที่ควร ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยผู้ที่มีประสบการณ์น้อยมักมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงกว่า เนื่องจากยังไม่ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และอาจยังไม่ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยได้อย่างเคร่งครัด[15] นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าความคุ้นเคยกับงานและการฝึกอบรมที่เพียงพอสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16] ขณะที่ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=8.21, p=0.017) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยมีแนวโน้มเกิดอุบัติเหตุในระดับรุนแรงมากกว่า ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับทั้งอุบัติการณ์ของอุบัติเหตุและระดับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยมีความเสี่ยงสูงกว่า[17]

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในพื้นที่

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ประกอบการควรให้ความสำคัญกับการพัฒนามาตรการด้านความปลอดภัยในการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับลักษณะงาน รวมถึงจัดอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์น้อยซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ควรมีการกำหนดมาตรการตรวจสอบอุปกรณ์และพาหนะก่อนใช้งานอย่างเคร่งครัด เช่น การตรวจสอบสภาพยาง ระบบเบรก และถังบรรทุกน้ำยาง เพื่อลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุในสถานประกอบการ ในด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ควรปรับปรุงพื้นที่ลานเทน้ำยางให้มีความปลอดภัย ลดความลื่น เช่น การจัดการพื้นผิวให้เหมาะสม และมีระบบระบายน้ำที่ดี รวมทั้งควรมีมาตรการควบคุมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย และควรมีการติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนและพัฒนามาตรการป้องกันที่เหมาะสมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและนโยบาย

1) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในลักษณะเชิงวิเคราะห์ เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความสามารถในการอ้างอิงผล นอกจากนี้ ควรพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงและแบบประเมินด้านอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับซื้อน้ำยางสด ตลอดจนศึกษาประสิทธิผลของมาตรการป้องกัน เช่น การฝึกอบรม การส่งเสริมการใช้ PPE และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดมาตรการหรือแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการรับซื้อน้ำยางสดอย่างชัดเจน เช่น การกำหนดมาตรฐานการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การตรวจสอบสภาพรถและอุปกรณ์ก่อนใช้งาน และการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงการอบรมด้านความปลอดภัยอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ นอกจากนี้ ควรมีระบบเฝ้าระวังและรายงานอุบัติเหตุในระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการกำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. International Labour Organization (ILO). Safety and health in agriculture. Geneva: ILO; 2019. [cited 2026 April 5].Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/normativeinstrument/wcms_161135.pdf
2. World Health Organization (WHO). Occupational health: A manual for primary health care workers. Geneva: WHO; 2002. [cited 2026 April 5]. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/48964555-fed5-4f9f-8932-5b9bba7ab41b/content
3. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological Profile for Ammonia; Public Health Statement for Ammonia; Agency for Toxic Substances and Disease Registry: Atlanta, GA, USA, 2011. [cited 2026 April 5]. Available from: https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp126-c1-b.pdf
4. Poochada W, Chaiklieng S, Andajani S. Musculoskeletal disorders among agricultural workers of various cultivation activities in upper northeastern Thailand. Safety. 2022; 8(3):61. doi.org/10.3390/safety8030061
5. สุนิสา ชายเกลี้ยง, กวิสทรารินทร์ คะณะพันธ์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเสี่ยงต่อความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2563; 32(1):82-94.
6. Wongta A, Sawarng N, Tongchai P, Yana P, Hongsibsong S. Agricultural health and safety: evaluating farmers' knowledge, attitude, and safety behavior in Northern Thailand. Saf Health Work. 2024; 15(4):435–40.doi.org/10.1016/j.shaw.2024.09.005.
7. Maiyapakdee C, Norkaew S, Homkham N, Kaewdok T. Occupational prevalence of agricultural machinery-related injuries among rice farmers in Bang Rakam District, Phitsanulok Province, Thailand. Clin Epidemiol Glob Health. 2026;37: 102285. doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102285.
8. Zhang M, Kim R. Occupational health in agriculture: a re-emerging frontier in worker protection. Glob Health J. 2025; 9(2):65-71. doi.org/10.1016/j.glohj.2025.06.001
9. Rafindadi DA, Napiah M, Othman I, Alarifi H, Musa U, Muhammad M. Significant factors that influence the use and non-use of personal protective equipment (PPE) on construction sites–supervisors' perspective. Ain Shams Eng J. 2021; 13(3):101619. doi.org/10.1016/j.asej.2021.10.014.
10. Ada YR, Surono A, Supriyati S, Pribadi AP. Strategies to improve compliance with personal protective equipment use in the textile industry: a scoping. BMC Public Health. 2025; 12;25(1):1-18. doi: 10.1186/s12889-025-24037-9.2025;25:2743.

11. Seah YZ, Yap WY, Tan YW, Zhao Q, Ong LS. Factors influencing personal protective equipment (PPE) use among blue-collar workers: an accessible survey. BMC Public Health. 2025; 25:3187. doi.org/10.1186/s12889-025-24516-z
12. Sehsah R, El-Gilany AH, Ibrahim AM. Personal protective equipment (PPE) use and its relation to accidents among construction workers. Med Lav. 2020;111(4):285-95.doi: 10.23749/mdl.v111i4.9398
13. ธันยพร ฉายศรี, ชวเลข วณิชเวทิน, พิพัฒน์ สอนวงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของการขนส่งน้ำมันดิบ. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 7–8 ธันวาคม 2560; นครปฐม: ประเทศไทย.
14. อธิราช มณีภาค, บุญทัน ดอกไธสง, สอาด บรรเจิดฤทธิ์, บุญเรือง ศรีเหรัญ. การลดอุบัติเหตุทางถนนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุทธิปริทัศน์. 2558;29(91):209-19.
15. Ningrum D, Raven R, Malekpour S, Moallemi EA, Bryan BA. Transformative potential in sustainable development goals engagement: experience from local governance in Australia. Glob Environ Change. 2023; 80:102670. doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2023.102670.
16. B**ęś** P, Strzałkowski P. Analysis of the effectiveness of safety training methods. Sustainability. 2024;16(7):2732. doi.org/10.3390/su16072732.
17. Tuganishuri J, Yum SG, Adhikari MD, Oh TK. Analysis of the severity, cause, and effect of occupational accidents in South Korea. Sustainability. 2023; 15(20): 15058. doi.org/10.3390/su152015058

ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน[1], ศรีงามลักษณ์ ศรีปวริศร[2], สมจิต แดนสีแก้ว[3], จันทิมา หร่ายพิมาย[4], มนทกานติ ทองดี[4], ยุวันดา มีวันคำ[4], สุนิตา สุขี[4], นิศรา อาจฤทธิ์[4], จุฑาภรณ์ ปู่วงษ์[4], โสภิดา กุลจันทร์[4], เด่นดนัย ทองย้อย[4], มณัศจรรย์ โกสิลา[4], ณัฐธิดา ขันถม[4]

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 2) เปรียบเทียบความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรได้แก่ ประชาชนที่เข้ารับบริการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว จำนวน 4,444 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว จำนวน 354 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ 0.95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า 1) ระดับความต้องการรับบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านงานส่งเสริมสุขภาพ และด้านงานรักษาความสะอาด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านงานป้องกันและควบคุมโรค และด้านการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยมาก 2) เปรียบเทียบความต้องการรับบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าประชาชน ที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพต่างกัน มีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ส่วนประชาชน ที่มีเพศ เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบ t-test และรายได้ทำการวิเคราะห์ความ แปรปรวนทางเดียว มีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความต้องการรับบริการด้านสุขภาพ; ประชาชน; ผู้รับบริการ; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

[1] รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
[2] อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
[3] รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
[4] นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
[a] Corresponding author: ศรีงามลักษณ์ ศรีปวริศร Email: mam9pichayapa@gmail.com
รับบทความ: 7 มิ.ย. 69; รับบทความแก้ไข: 24 มิ.ย. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 25 มิ.ย. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 ส.ค. 69

Needs for Health Services in Health Promotion Hospital Na seaw Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province

Suwimolrat Robrujen[1], Sringamlak Sripawarisorn[2a], Somjit Daenseekaew[3], Chantima Hraiphimai[4], Monthakan Thongdee[4], Yuwanda Meevankham[4], Sunita Sukhee[4], Nisara Attharit[4], Chutaporn Puwong[4], Sophida Kulchan[4], Dendanai Thongyoi[4], Manatsajarn Kosila[4], Natthida Hanthom[4]

Abstract

This descriptive research aimed to 1) study the level of healthcare service needs of the population at Na Siew Sub-district Health Promotion Hospital, Mueang District, Chaiyaphum Province, 2) compare healthcare service needs of the population at Na Siew Sub-district Health Promotion Hospital, classified according to personal factors. Population consisted of 4,444 people receiving services at the Na Siew Sub-district Health Promotion Hospital. Samples were calculated from the population, yielding 354 people. Research instrument used in the study was a questionnaire on health service needs with a reliability coefficient of 0.95. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations. It was found that 1) the overall level of demand for healthcare services was at a high level. The areas of health promotion and sanitation had the highest average score. The areas of sanitation and environmental health, disease prevention and control, and medical treatment were at a high level; 2) in comparing the needs for healthcare services categorized by personal factors, it was found that people of different ages, marital statuses, educational levels, and occupations did not differ significantly in their needs for healthcare services. Differences in needs for health care services among different genders were tested with the t-test while incomes were analyzed using the one-way ANOVA. The study found that women had a significantly higher need for healthcare services than men, at a significance level of 0.05

Keywords: Needs for healthcare services; Population; Service recipient; Health-promoting hospital

[1] Associate Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
[2] Lecturer, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
[3] Associate Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Nakhonratchasima College
[4] Bachelor of Nursing Science Student, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
[a] Corresponding author: Sringamlak Sripawarisorn Email: mam9pichayapa@gmail.com
Received: Jun. 7, 26; Revised: Jun. 24, 26; Accepted: Jun. 25, 26; Published Online: Aug. 23, 26

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญมากและเป็นบริการสุขภาพในด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ที่ผ่านมาการปฏิรูประบบสุขภาพได้มีการประกาศพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมาเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล สามารถเข้าถึงบริการตามสิทธิพื้นฐานที่พึงมีตามรัฐธรรมนูญเพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิตประชาชนเป็นการลดความเหลื่อมล้ำ โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิมีเป้าหมายต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและมีสุขภาพดีแม้ในพื้นที่ห่างไกลและชนบทที่เข้าถึงระบบสาธารณสุขและโรงพยาบาลได้ยากรวมถึงประชาชนสังคมกลุ่มต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทประชาชนกลุ่มเปราะบางและกลุ่มด้อยโอกาส สามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมและเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสุขภาพตามเป้าหมาย“สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัย”[1]

นโยบายการปฏิรูปประเทศโดยรัฐบาลในด้านสาธารณสุขโดยเน้นเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันแนวโน้มการดูแลรักษาสุขภาพมุ่งเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงต้องเร่งพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมาตรฐานยิ่งขึ้นเพื่อลดการเข้ารับบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีค่าใช้จ่ายสูงประกอบกับมาตรา258 ช.(5) ระบุไว้ว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และเป็นที่มาของนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนา “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” (Primary Care Unit: PCU) เพื่อเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลประชาชน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม[2] โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 5 ตามมาตรา 55 (1) หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพโดยทั่วถึง ส่งเสริมและสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย[3] ได้บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูประบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมรวมทั้งแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางให้มีการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยเหตุนี้ จึงได้มีการประกาศพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562[3] ขึ้นเพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ โดยรัฐต้องกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ด้านการถ่ายโอนภารกิจกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมา การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ประสบความสำเร็จตามแผน โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2564 รวมทั้งสิ้น 84 แห่ง จากจำนวนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,787 แห่งทั่วประเทศ[4] โดยประชาชน

ที่อยู่ในบัญชีรายชื่อของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จะได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับการดูแลแบบองค์รวมทุกมิติ ตามกลุ่มวัย ดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามกลุ่มวัยทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพช่องปาก เพื่อการป้องกันโรคต่างๆ การคัดกรองโรค ปัญหาสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยง ตามกลุ่มวัย มีสมุดสุขภาพประจำตัว และมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อสร้างความรอบรู้ของตนเองและครอบครัว ด้านการป้องกันโรคและการควบคุมโรคประชาชนตามกลุ่มอายุในบัญชีรายชื่อของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จะได้รับการฉีดวัคซีน ตามมาตรฐาน การคัดกรองโรคต่างๆ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อควบคุม ตามปัญหาของตนเองและครอบครัว การได้รับประชาสัมพันธ์เมื่อเกิดโรคติดต่อที่ระบาด การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่อยู่ในบัญชีรายชื่อของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล กรณีพบความผิดปกติประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมถึงแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสุขภาพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย[5]

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เป็นหน่วยบริการในพื้นที่เขตอำเภอเมืองในการให้บริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งคำนึงถึงกระบวนการในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยจัดการบริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขทุกมิติ กลุ่มเป้าหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียวนำมาจัดทำแผนพัฒนาการดำเนินบริการสุขภาพและมีการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานทุกปี ในการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่าปัญหาการจัดบริการสุขภาพในชุมชนตามนโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีประชากรจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆปี มีที่อยู่อาศัยเพิ่มมากขึ้น มีผลกระทบตามมาจากการตรวจพบกลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 40 คือ เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด[6] ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 30 ยังมีความต้องการมีความรู้เพิ่มเติมสำหรับด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับวัคซีน รับภูมิคุ้มกันโรค การได้รับแจ้งข้อมูลการประชาสัมพันธ์ เมื่อเกิดโรคติดต่อและโรคระบาดอุบัติใหม่ ตลอดจนความรู้และแนวทางการรักษาความสะอาดควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรค การรักษาความสะอาด ประกอบด้วย การจัดการขยะมูลฝอย การป้องกันและควบคุมโรคในด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในเขตชุมชน ให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันให้ไม่มีพาหะการนำโรคติดเชื้อได้

จากความสำคัญดังกล่าวคณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัย เรื่องความต้องการการรับบริการสุขภาพของประชาชน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์[7] ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีการอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ โดยเสนอว่ามนุษย์มีความต้องการทางกายภาพ ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม ต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขเคารพสิทธิ์เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของประชาชนได้รับการดูแลตามความต้องการในด้านการบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาความสะอาด การป้องกัน และควบคุมโรค สุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพต่อไป

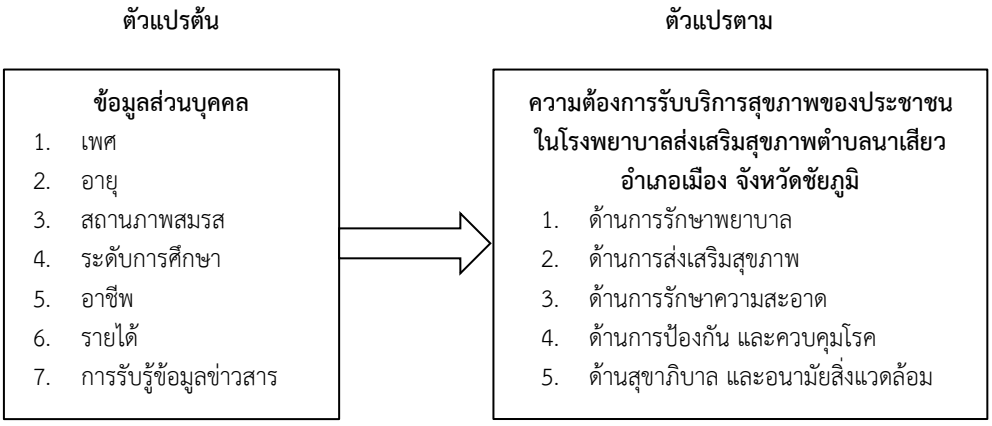
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

2. เปรียบเทียบความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ [7] (Maslow's Hierarchy of Needs) เป็นทฤษฎีที่มีการอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ โดยเสนอว่ามนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้น และประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการด้านสุขภาพ[8] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง กันยายน 2568 โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิรวมจำนวนทั้งสิ้น 4,444 คน[9] แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 2,122 คน เพศหญิง จำนวน 2,322 คน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan [10] โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 (หรือ 5%) สูตรที่ใช้คือ

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

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

x^2 = ค่า Chi-square ที่ df=1 (3.841 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

N = ขนาดของประชากร (= 4,444 คน)

p = สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา (0.5)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

เมื่อแทนค่าได้กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนอายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 354 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ประชาชนอายุ 18-59 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมในโครงงานวิจัย 2) ไม่มีความผิดปกติ การได้ยิน การพูด การมองเห็น สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) สามารถตอบคำถามแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายภูมิลำเนาไปที่อื่น 2) มีการเจ็บป่วยที่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และ 3) ไม่สามารถให้ความยินยอมต่อการตอบแบบสอบถามต่อเนื่องได้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการสุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แยกเพศตามหลักความน่าจะเป็นเพื่อให้มีข้อมูลที่ต้องตามหลักสถิติ จำนวนเพศมีประชากรแตกต่างกันให้มีการแบ่งเพศให้มีความชัดเจนและตรงตามหลักทฤษฎีทางวิจัย การเลือกผู้ตอบแบบสอบถามในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว โดยวิธีจับสลากจากจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ และ 7) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเกี่ยวกับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชน 5 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาความสะอาด ด้านการป้องกัน และควบคุมโรค ด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อสอบถามความต้องการด้านสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ดังนี้ ต้องการมากที่สุด=5 คะแนน ต้องการมาก=4 คะแนน ต้องการปานกลาง=3 คะแนน ต้องการน้อย=2 คะแนน และต้องการน้อยที่สุด=1 คะแนน ใช้เกณฑ์ของเบสท์[11] ได้ช่วงคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความต้องการรับบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ความต้องการรับบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ความต้องการรับบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความต้องการรับบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความต้องการรับบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชน จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยามศัพท์ และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชน 5 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านรักษาความสะอาด ด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านสุขาภิบาลอนามัยสิ่งแวดล้อม และตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามว่า ครอบคลุม วัตถุประสงค์หรือไม่ จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบ Content validity จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนักวิชาการสาธารณสุข

4. คำนวณค่า Index of item objective congruence (IOC) ได้เท่ากับ 1 และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[12] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติสำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ดังนี้:

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์โดยใช้การพรรณนาลักษณะของ ประชากรโดยใช้ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงแบมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) และ รายได้ ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ใบรับรอง HE 68-1-023 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2568 โดยก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนโครงการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิพบว่า ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.50; SD=0.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$=3.61; SD=0.46) ด้านงานส่งเสริมสุขภาพ และด้านงานรักษาความสะอาด มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($\bar{X}$=4.69, 4.66; SD=0.37) รองลงมาคือ ด้านงานป้องกันและควบคุมโรค ($\bar{X}$=4.67; SD=0.42) และด้านการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$=4.64; SD=0.39) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยรวมทุกด้าน (n=354)

	ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
1.	ด้านการรักษาพยาบาล	4.64	0.39	มาก
2.	ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	4.69	0.37	มากที่สุด
3.	ด้านการรักษาความสะอาด	4.66	0.37	มากที่สุด
4.	ด้านการป้องกัน และควบคุมโรค	4.67	0.42	มาก
5.	ด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.61	0.46	มาก
	รวม	**4.50**	**0.32**	**มาก**

2. เปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยประชาชนที่มีเพศต่างกัน พบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกันมีความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามเพศ (n=354)

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	Sig
ชาย	169	4.4920	0.34621	-0.715	0.018*
หญิง	185	4.5166	0.30158		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยประชาชนที่มีอายุต่างกัน พบว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกันมี ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว จำแนกตามอายุ (n=354)

อายุ	df	SS	MS	F	Sig.
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	4	5.392	1.348	1.674	0.177
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	350	82.927	0.238		
รวม	354	88.319			

4. เปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยประชาชนที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน พบว่า ประชาชนที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมี ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว จำแนกตามสถานภาพสมรส (n=354)

สถานภาพสมรส	df	SS	MS	F	Sig.
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	4	2.981	0.745	1.047	0.17
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	350	85.339	0.245		
รวม	354	88.319			

5. เปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมี ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว จำแนกตามการศึกษา (n=354)

ระดับการศึกษา	df	SS	MS	F	Sig.
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	6	2.414	0.402	1.625	0.139
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	347	85.905	0.248		
รวม	353	88.319			

6. เปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมี ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเสียว จำแนกตามอาชีพ (n=354)

ระดับการศึกษา	df	SS	MS	F	Sig.
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	6	6.375	1.062	1.499	0.139
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	350	81.944	0.236		
รวม	354	88.319			

7. เปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยประชาชนที่มีรายได้ต่างกัน พบว่า ประชาชน

ที่มีรายได้ต่างกัน มีความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบระดับความต้องการความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายได้ (n=354)

รายได้	df	SS	MS	F	Sig
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	4	1.580	0.395	5.890	<0.001
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	350	86.73	0.249		
รวม	354	88.319			

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความต้องการรับบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยวิลาวัลย์ เติมกลิ่นจันทร์ และคณะ[13] พบว่า ประชาชน ร้อยละ 10.6 มีการเดินทาง ที่สะดวกเป็นปัจจัยสำคัญในความต้องการใช้บริการสุขภาพ ประชาชนมีความต้องการใช้บริการสุขภาพในหน่วยบริการของรัฐจำนวนมาก กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับบริการสุขภาพ โดยด้านที่ต้องการมากที่สุด คือ ส่งเสริมสุขภาพ และด้านการรักษาความสะอาด เนื่องจากในปัจจุบันนี้ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐในการดูแลและจัดสวัสดิการต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มนี้ ในการใช้ชีวิต อย่างปกติสุข สำหรับสวัสดิการในสังคมทุกด้านนั้นนับว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของ Maslow สอดคล้องกับการศึกษาของ จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์ และคณะ[14 สมนึก สอนเนย และคณะ[15] พิชญาพร พีรพันธุ์ และประสพชัย พสุนนท์[16] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าแนวทางการบริการสุขภาพที่เหมาะสมภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งความพึงพอใจของประชาชนด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เพียงพอและเอื้อต่อการบริการ

2. เปรียบเทียบความต้องการรับบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าประชาชนที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพต่างกัน มีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนประชาชน ที่มีเพศ มีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความต้องการรับบริการด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชายนั้น เพราะเพศหญิงมีความต้องการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์การดูแลสุขภาพตามช่วงวัยตลอดจนให้ความสำคัญกับบริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมในการทำงานและการดูแลครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง การต่อสู้กับความท้าทายทางสุขภาพในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรี ชิตมณี[17] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึง

บริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง พบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานเพศหญิง และความต้องการรับบริการด้านสุขภาพประชาชนที่มี รายได้แตกต่างกันอาจเป็นเพราะระดับรายได้ส่งผลต่อความต้องการรับบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สมนึก สอนเนย และคณะ[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว ควรออกแบบชุดบริการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จำเพาะเจาะจงต่อกลุ่มเพศหญิงและกลุ่มผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยความต้องการรับบริการสุขภาพ ในกลุ่มประชาชนที่เป็นโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มารับบริการการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าตอบข้อมูลที่ครบถ้วนส่งผลให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข. การบริการสขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care). กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2563.
2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care). นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. ราชกิจจานุเบกษา 2562. พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก**.**
4. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. รายชื่อ รพ.สต. ให้อปท. จำนวน 84 แห่ง [อินเตอร์เน็ต]. 2566, 4 กรกฎาคม [เข้าถึงเมื่อ: 2568 กรกฎาคม 27]. เข้าถึงได้จาก: https://sites.google.com/site/primar ycarecluster2017/
5. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการตามหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว. รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว; 2567.
7. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological Review.1943*;* 50(4):370-96.

8. มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. คำจำกัดความของคำว่าการบริการสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 27] เข้าถึงได้จาก: https://saranukromthai.or.th/allactivity/7
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว. รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว พ.ศ. 2568. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว; 2568.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3):607-10.
11. Best JW. Research in education (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall; 1981.
12. Cronbach LJ. Essentials of psychological test (5th ed.). New York: Harper Collins;1970.
13. วิลาวัลย์ เติมกลิ่นจันทน์, ปัญญ์กรินทร์, ผดุงศิลป์ เพ็งชะอุ่ม. ภาวะสุขภาพและความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2567; 16(32):1-15.
14. จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์, ธนพร แย้มสุดา, มลฤดี เพ็ชร์ลมุล, บุญชรัสมิ์ ธันย์ธิติธนากุล, กันยารัตน์ เกียรติเมธา, ชุติมา จิรัฐิเกรียงไกร. การประเมินความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน: กรณีศึกษา ชมชนศาลเจาพ่อสมบุญและชุมชนรมคลอง ซอยพหลโยธน 54. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566; 16(2):130-44.
15. สมนึก สอนเนย, ธนกฤต โพธิ์ เงิน, วิมยา สุจริตธนารักษ์, ภมร ขันธหัตถ์, วุฒิเลิศ เทวกุล. ความต้องการรับบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางหลวง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565; 9(5):31-49.
16. พิชญาพรพร พีรพันธุ์, ประสพชัย พสุนนท์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนภายใต้บริบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์: การวิจัยผสานวิธี. วารสารการจัดการและการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2564; 8(1):123-35.
17. วัชรี ชิตมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566;1(3):137-49.

การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

มลฤดี จันธิดา[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ 2) พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ 3) เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทีมผ่าตัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ดำเนินการวิจัยในแผนกจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นจักษุแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ แบบสังเกตพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ บุคลากรทีมผ่าตัดมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยคะแนนความรู้เพิ่มจาก 71.52±5.65 เป็น 93.33±3.65 คะแนน ทัศนคติเพิ่มจาก 3.90±0.42 เป็น 4.42±0.17 คะแนน และการปฏิบัติเพิ่มจาก 73.98±4.10 เป็น 92.34±6.00 คะแนน ไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดพลาด ตลอดช่วงทดลองใช้รูปแบบ และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PDCA ร่วมกับมาตรการด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด ช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทีมผ่าตัด ลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการผ่าตัด และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการผ่าตัดและการพยาบาลในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยง; การผ่าตัดผิดพลาด; ความปลอดภัยในการผ่าตัด; PDCA; การผ่าตัดจักษุ

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
[a] Corresponding author: มลฤดี จันธิดา Email: monrudee1925@gmail.com
รับบทความ: 26 มิ.ย. 69; รับบทความแก้ไข: 17 ก.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 18 ก.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 ส.ค. 69

Development of a Risk Management Model to Prevent Surgical Errors in Ophthalmic Surgery at Phra Achan Fan Acharo Hospital

Monrudee Juntida[*a]

Abstract

The objectives of this research and development (R&D) study were to 1) investigate the situation and risk factors associated with surgical errors in ophthalmic surgery, 2) develop a risk management model to prevent surgical errors in ophthalmic surgery, 3) compare knowledge, attitudes, and practices (KAP) of surgical team personnel before and after implementation of the model, and (4) evaluate patient safety outcomes. The study was conducted in the Ophthalmology Department of Phra Achan Fan Acharo Hospital from January to September 2025. Participants consisted of 11 persons selected purposively, including ophthalmologists, nurse anesthetists, and registered nurses. Research instruments were a knowledge, attitude, and practice questionnaire, an observational checklist, a satisfaction questionnaire, in-depth interview guides, and focus group discussion guides. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired t-tests. Qualitative data were analyzed using thematic analysis. Statistical significance was set at $p<0.05$.

Results showed that, after the implementation of the model, the surgical team demonstrated significantly higher knowledge, attitude, and practice scores than before the implementation ($p<0.001$). The average knowledge scores increased from 71.52±5.65 to 93.33±3.65, while the average attitude score increased from 3.90±0.42 to 4.42 ± 0.17, and the average practice score increased from 73.98±4.10 to 92.34±6.00. No surgical errors were reported during the implementation period, and participant satisfaction with the developed model was at the highest level.

It can be concluded that the developed risk management model, integrating the PDCA cycle with surgical safety measures, effectively improved the knowledge, attitudes, and practices of surgical team personnel, reduced the risk of surgical errors, and enhanced patient safety. The model can be applied to improve the quality of perioperative nursing and surgical services in community hospitals.

Keywords: Risk management; Surgical errors; Safe surgery; PDCA; Ophthalmic surgery

---

[*] Registered Nurse, Professional Level, Perioperative and Nurse Anesthesia Unit, Nursing Division, Phra Achan Fan Acharo Hospital

[a] Corresponding author: Monrudee Juntida Email: monrudee1925@gmail.com

Received: Jun. 26, 26; Revised: Jul. 17, 26; Accepted: Jul. 18, 26; Published Online: Aug. 17, 26

บทนำ

นโยบายด้านสุขภาพในปัจจุบันมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการควบคู่กับการสร้างความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลทุกขั้นตอนยังคงมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้ ตั้งแต่การเข้าถึงบริการ การประเมินก่อนการรักษา การรักษาพยาบาล การดูแลเฉพาะทาง ตลอดจนการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะกระบวนการผ่าตัด ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ จึงมีโอกาสเกิดความผิดพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้สูง ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกต่างกำหนดเป้าหมายสำคัญในการลดอุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะเหตุการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และผิดอวัยวะเทียม ซึ่งถือเป็นอุบัติการณ์ร้ายแรงทางการแพทย์ (Sentinel events) ที่สามารถป้องกันได้หากมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ[1,2]

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และ The Joint Commission กำหนดให้ Verification, Surgical Site Marking, Time-out และ Surgical Safety Checklist เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ[1,2] นอกจากนี้ การศึกษาของ Zil-E-Ali et al.[3] ยังสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการผ่าตัดผิดตำแหน่งยังคงเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก และเป็นภาระสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ทั้งในด้านผลกระทบต่อผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย และความเชื่อมั่นต่อองค์กรที่ให้บริการสุขภาพ

ในระดับภูมิภาคเอเชียและประเทศกำลังพัฒนา ปัญหาความผิดพลาดในการผ่าตัดยังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การศึกษาของ Nguyen et al.[4] ในประเทศเวียดนาม พบว่าการปฏิบัติตาม Surgical safety checklist อย่างครบถ้วนยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา และความล้มเหลวของระบบการสื่อสารภายในทีมผ่าตัดเป็นสาเหตุสำคัญของความคลาดเคลื่อน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gul et al. ที่พบว่าการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน Surgical Safety Checklist อย่างครบถ้วน จะส่งผลต่อการเกิดความผิดพลาดในกระบวนการผ่าตัดโดยตรง[6]

สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย (Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand) โดยกำหนดให้ Safe surgery เป็นมาตรฐานสำคัญด้านความปลอดภัย เพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาลทุกระดับมีระบบป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการอย่างเป็นรูปธรรม[2] ทั้งนี้ โรงพยาบาลต่างๆ ได้นำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาความเสี่ยง ประเมินความรุนแรง วางมาตรการป้องกัน และควบคุมความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น[7,8] อย่างไรก็ตาม การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกยังคงเป็นเรื่องที่ซับซ้อน เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรหลายวิชาชีพ และมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านระบบการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) และให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยงานห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานสำคัญ

ที่ให้บริการระงับความรู้สึกและผ่าตัดแก่ผู้ป่วยทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน จากสถิติการให้บริการในช่วงปี พ.ศ. 2563-2567 จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดจักษุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด[9]

การผ่าตัดจักษุเป็นการผ่าตัดที่มีความละเอียดอ่อนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดพลาด เนื่องจากดวงตาเป็นอวัยวะคู่ มีการใช้เลนส์แก้วตาเทียมหลายชนิด หลายขนาด และมีการทำหัตถการหลายประเภทในวันเดียวกัน ประกอบกับในอดีตหน่วยงานยังไม่มีระบบการทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัดที่ชัดเจน มีการใช้สติกเกอร์ระบุตำแหน่งผ่าตัดเฉพาะบางกรณี ซึ่งพบปัญหาสติกเกอร์หลุด การปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง และการสื่อสารข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ และผิดอวัยวะเทียม

จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ของหน่วยงานในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 พบเหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) ในการผ่าตัดผิดข้างจำนวน 20 ราย เหตุการณ์เกือบใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดค่ากำลัง (Diopter) จำนวน 6 ราย และเหตุการณ์ใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดชนิดจำนวน 1 ราย[10] ผลการวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา (Root cause analysis) จากเหตุการณ์ความเสี่ยงดังกล่าว พบว่า การสอบทวนข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่ครบขั้นตอน การไม่มีระบบ Mark site ที่ชัดเจน การไม่กำหนดช่วง Time-out อย่างเป็นมาตรฐาน รวมทั้งการสื่อสารที่ไม่ครบถ้วนระหว่างทีมผ่าตัด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการผ่าตัด[1-2]

แนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) โดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA (Plan–Do–Check–Act) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากช่วยให้บุคลากรสามารถร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผนพัฒนา ทดลองใช้ ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[7-8] โดยเฉพาะในบริบทของห้องผ่าตัดที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และความร่วมมือของบุคลากรทุกระดับ การนำ PDCA มาประยุกต์ใช้ร่วมกับมาตรการด้านความปลอดภัย เช่น Verification, Mark Site, Time-out และ Surgical Safety Checklist จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัด

แม้จะมีแนวทางด้านความปลอดภัยและมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ในพื้นที่วิจัย พบว่ายังขาดรูปแบบการบริหารความเสี่ยงเฉพาะสำหรับการผ่าตัดจักษุที่บูรณาการแนวคิด PDCA ร่วมกับบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร รวมทั้งยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในกระบวนการป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัด ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางความรู้ (Gap of knowledge) ที่สำคัญ

พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรสำคัญในการขับเคลื่อนระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยมีบทบาทในการยืนยันตัวตนผู้ป่วย การตรวจสอบข้อมูลสำคัญก่อนผ่าตัด การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย เช่น Verification process, Surgical site marking และ Time-out ตลอดจนการใช้ Surgical safety checklist อย่างครบถ้วน ซึ่งช่วยส่งเสริมการสื่อสารภายในทีมผ่าตัด ลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษา และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1,3,4,6]

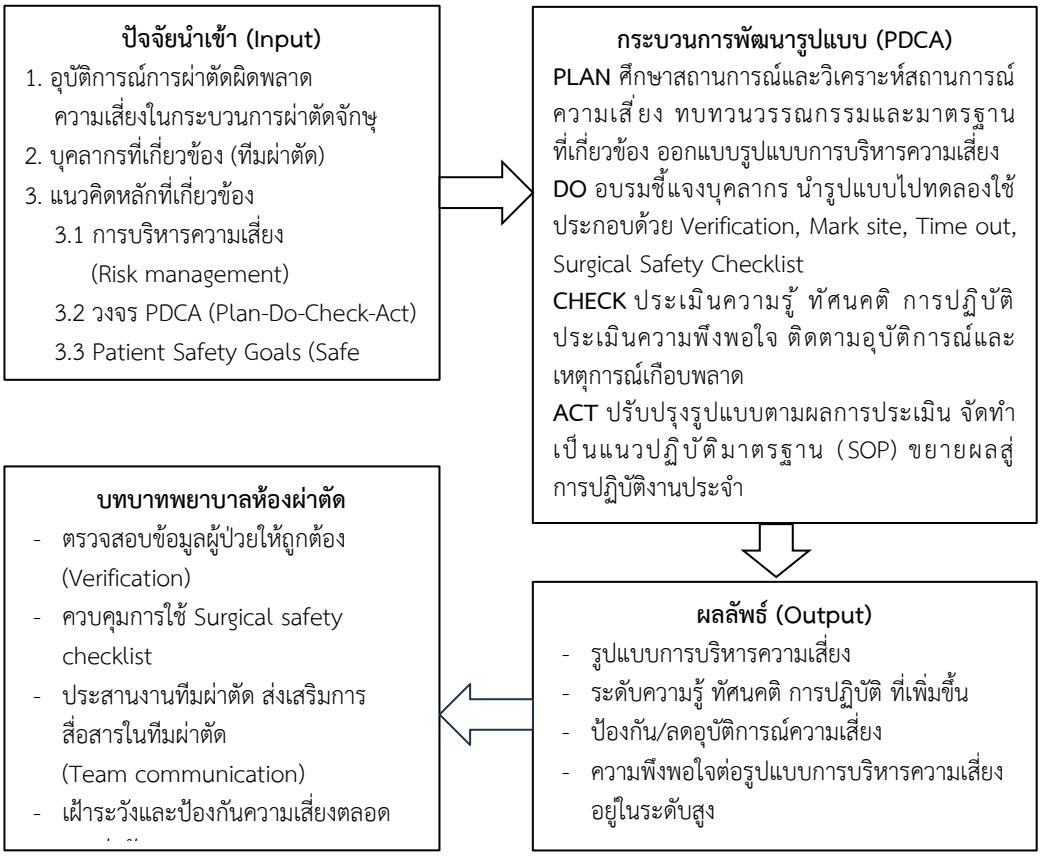
ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุ เขต 8 และกรรมการทีมนำด้านคลินิก จึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ โดยประยุกต์ใช้วงจร PDCA ร่วมกับมาตรการด้าน Safe surgery เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทีมผ่าตัด อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการผ่าตัด เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ แผนกจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด แผนกจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของจักษุแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประจำการห้องผ่าตัด ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด แผนกจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยภายหลังการนำรูปแบบไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งมุ่งเน้นการระบุ วิเคราะห์ ควบคุม และติดตามความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ[11] ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง[12,13] และมาตรฐานความปลอดภัยในการผ่าตัดตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและองค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วยการยืนยันข้อมูลผู้ป่วย (Verification) การทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) การขอเวลานอกก่อนลงมีดผ่าตัด (Time-out) และการใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด (Surgical safety checklist) เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และผิดอวัยวะเทียม[6,8] ทั้งนี้พยาบาลห้องผ่าตัดทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานด้านความปลอดภัย (Safety coordinator) ในการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย ควบคุมการใช้แบบตรวจสอบ ส่งเสริมการสื่อสารในทีมผ่าตัด และเฝ้าระวังความเสี่ยงตลอดกระบวนการผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ดีขึ้น ลดอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดพลาด และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในการผ่าตัดจักษุ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ ดำเนินการในแผนกจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือบุคลากรทีมผ่าตัดในแผนกจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 11 คน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 5 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 4 คน คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าให้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจักษุอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมครบทุกระยะ ลาออกหรือย้ายงานระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ จำนวน 30 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการผ่าตัด จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในผ่าตัดจักษุ จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประเมินจากการรายงานตนเอง 4) แบบสังเกตการปฏิบัติจริงตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ 6) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางสนทนากลุ่มสำหรับเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบริบทปัญหา ปัจจัยเสี่ยง อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง0.80-1.00 และมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เครื่องมือมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 10 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha coefficient พบว่า แบบสอบถามความรู้=0.82 แบบสอบถามทัศนคติ=0.88 แบบสอบถามการปฏิบัติ=0.91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตามวงจร PDCA จำนวน 4 ขั้นตอน[12] ได้แก่ 1) Plan (วางแผน) ศึกษาสถานการณ์ เหตุการณ์ความเสี่ยง วิเคราะห์ปัญหา และออกแบบรูปแบบการบริหารความเสี่ยง 2) Do (ดำเนินการ) ทดลองใช้รูปแบบในห้องผ่าตัด รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การยืนยันตัวผู้ป่วย (Verification) การทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) การหยุดตรวจสอบก่อนผ่าตัด (Time-out) และการใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด (Surgical safety checklist) 3) Check (ตรวจสอบ) ประเมินผลโดยเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้รูปแบบ สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติจริง วิเคราะห์อุบัติการณ์ความผิดพลาด ประเมินผลการใช้รูปแบบ และ 4) Act (ปรับปรุง) ปรับปรุงรูปแบบตามผลการประเมิน จัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Guideline) ขยายผลสู่การใช้งานจริง ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมผ่าตัดถูกใช้เป็นกลไกสำคัญในการสะท้อนปัญหา ออกแบบมาตรการ และปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัย ตามกรอบ PDCA

ระยะการวิจัย	กิจกรรมสำคัญ	ผู้เกี่ยวข้อง	ผลลัพธ์ที่ได้
Plan	ทบทวนอุบัติการณ์ย้อนหลัง วิเคราะห์ RCA ปัจจัยเสี่ยง ทบทวนวรรณกรรมและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	ผู้วิจัยและทีมผ่าตัด	ประเด็นปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และความต้องการพัฒนาระบบ
Do	ออกแบบ อบรม ประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และทดลองใช้รูปแบบที่ประกอบด้วย Verification, Mark site, Time-out และ Surgical Safety Checklist	ทีมผ่าตัดและผู้วิจัย	ข้อมูลผลลัพธ์ก่อนการใช้รูปแบบ
Check	ประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การสังเกตพฤติกรรม อุบัติการณ์ ประเมินผลการใช้รูปแบบ และความพึงพอใจ	ทีมผ่าตัดและผู้วิจัย	ข้อมูลผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบ
Act	นำผลการประเมินมาปรับปรุงรูปแบบและจัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน	ผู้วิจัยและทีมพัฒนา	รูปแบบฉบับปรับปรุงสำหรับใช้ต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการใช้รูปแบบ (Pre-test) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของบุคลากร ประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ วิเคราะห์อุบัติการณ์ย้อนหลัง และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เพื่อระบุจุดเสี่ยงในกระบวนการผ่าตัด 2) ระยะทดลองใช้รูปแบบ (Implementation) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติ ทดลองใช้แบบตรวจสอบและมาตรการความปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดจักษุ และสังเกตการปฏิบัติงานจริง และ 3) ระยะหลังการใช้รูปแบบ (Post-test) ผู้วิจัยประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติความพึงพอใจ อัตราการปฏิบัติตามแนวทางและอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์เกือบพลาดภายหลังการใช้รูปแบบ โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผ่านแบบสอบถาม การสังเกต และการประเมิน ความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics version 21 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลความพึงพอใจต่อรูปแบบ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมแปลผลตามเกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Thematic analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร รหัสโครงการ HEC-04-68-01 มีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) พร้อมทั้งรักษาความลับของข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยบุคลากรทีมผ่าตัดจักษุจำนวน 11 คน เป็นเพศชาย 3 คน (ร้อยละ 27.27) เพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 72.73) อายุเฉลี่ย 45 ปี ส่วนมากอายุงานอยู่ในช่วง 15 ปีขึ้นไป บุคลากรทีมผ่าตัดจักษุจำนวน 11 คน ได้แก่ จักษุแพทย์ 5 คน (ร้อยละ 45.45) วิสัญญีพยาบาล 2 คน (ร้อยละ 18.18) และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 4 คน (ร้อยละ 36.36) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทโดยตรงในกระบวนการผ่าตัดทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี สะท้อนถึงความเหมาะสมในการเป็นตัวแทนของทีมผ่าตัดในบริบทจริงของหน่วยงาน มีประสบการณ์เกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง 10 คน (ร้อยละ 90.91) ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง 1 คน (ร้อยละ 9.09)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของจักษุแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร จำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม (n=11)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	27.27
หญิง	8	72.73
อายุ		
31-40 ปี	2	18.18
14-50 ปี	4	36.36
51-60 ปี	3	27.27
60 ปีขึ้นไป	2	18.18
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	6	54.55
ปริญญาเอก	5	45.45
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพประจำการห้องผ่าตัด	4	36.36
วิสัญญีพยาบาล	2	18.18
จักษุแพทย์	5	45.45
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	2	18.18
6-10 ปี	2	18.18
10 ปีขึ้นไป	7	63.63
ประสบการณ์เกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง		
เคย	10	90.91
ไม่เคย	1	9.09

2. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของบุคลากรทีมผ่าตัด พบประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การสอบทวนข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน (Verification) 2) การไม่ทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) 3) ไม่มีการขอเวลานอกเพื่อยืนยันข้อมูลสำคัญก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) 4) ไม่มีการบ่งชี้ค่ากำลังและชนิดของเลนส์แก้วตาเทียมที่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 5) การสื่อสารภายในทีมที่ไม่เป็นระบบ

ตารางที่ 3 สรุปปัจจัยเสี่ยงและแนวทางตอบสนองในการพัฒนารูปแบบ

ปัจจัยเสี่ยง/ ลักษณะปัญหาที่พบ	แนวทางที่เพิ่มในรูปแบบ
การสอบทวนข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน (Verification)	กำหนดให้ตรวจสอบข้อมูลที่สำคัญก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องรอผ่าตัดดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วยโดยใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 3 ตัว คือ ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่ กรณีสูงอายุจำไม่ได้ ยืนยันตัวตนกับญาติและบัตรประชาชน - กำหนดผู้ที่รับผิดชอบในการทำ Verification คือ พยาบาลห้องผ่าตัดหรือวิสัญญีพยาบาล - กำหนดข้อมูลที่สำคัญที่ต้องตรวจสอบก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องรอผ่าตัด ได้แก่ ความถูกต้องของตัวผู้ป่วย ตาข้างที่ผ่าตัด หัตถการที่ทำ ชนิดของเลนส์แก้วตาเทียม
การทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งผ่าตัดไม่ต่อเนื่อง (Mark site) ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	- กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการทำ Mark site คือ **x** ให้ทำเหนือคิ้วตาข้างที่จะทำผ่าตัด โดยใช้ปากกาที่สีของน้ำหมึกมองเห็นชัดเจน - ทำ Mark site กับผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายที่และทำโดยจักษุแพทย์ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
ไม่ได้ทำ Time-out ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกหรือก่อนลงมีดผ่าตัด	กำหนดให้ทำ Time out ก่อนผ่าตัดทุกรายโดยกำหนดหัวข้อในการทำดังนี้ ชื่อ-นามสกุล อายุ ที่อยู่ ตาข้างที่ผ่าตัด หัตถการที่ทำ ตำแหน่งที่ผ่าตัด และอวัยวะเทียม
ไม่มีการบ่งชี้ค่ากำลังและชนิดของเลนส์แก้วตาเทียมที่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	- กำหนดให้จักษุแพทย์บ่งชี้ค่ากำลังและชนิดของเลนส์แก้วตาเทียมให้ชัดเจนใน OPD card และใบวัดค่ากำลังเลนส์แก้วตาเทียม - กำหนดให้ตรวจสอบชนิดของเลนส์แก้วตาเทียมกับผู้ป่วยหรือญาติในขั้นตอน Verification - กำหนดให้ยืนยันชนิดและค่ากำลังเลนส์แก้วตาเทียมหรืออวัยวะเทียมในขั้นตอนการทำ Time out
การสื่อสารในทีมไม่เป็นระบบ	- สร้างแบบฟอร์ม แบบตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด (Surgical safety checklist) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับช่วยตรวจสอบและประเมินความพร้อมในการผ่าตัด โดยเน้นการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัดให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด - แบบตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของทีมผ่าตัดครอบคลุมทั้ง ระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด

ภายหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีอัตราการปฏิบัติโดยรวมร้อยละ 94.75 การตรวจสอบข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความถูกต้องร้อยละ 97.73 การทำ Mark site และ Time-out ดำเนินการครบถ้วนร้อยละ 100 และการใช้ checklist อยู่ในระดับร้อยละ 100 อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดบางประการ เช่น ความเร่งรีบในการทำงานและความไม่คุ้นเคยกับบทบาทใหม่ในระยะแรก ภายหลังการปรับปรุงแนวทางและจัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) พบว่าทีมผ่าตัดสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และลดโอกาสเกิดความผิดพลาดได้อย่างชัดเจน

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทีมผ่าตัดจำนวน 11 คน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกด้าน ($p<0.001$) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 71.52±5.65 เป็น 93.33±3.65 คะแนน ($t=13.81$, $p<0.001$) คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 3.90±0.42 เป็น 4.42±0.17 คะแนน ($t=21.94$, $p<0.001$) และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 73.98±4.10 เป็น 92.34±6.00 คะแนน ($t=10.28$, $p<0.001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลสูงต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา ($\bar{x}$±SD)	หลังการพัฒนา ($\bar{x}$±SD)	t	p-value
ความรู้	71.52± 5.65	93.33±3.65	13.81	<0.001
ทัศนคติ	3.90±0.42	4.42±0.17	21.94	
การปฏิบัติ	73.98±4.10	92.34±6.00	10.28	

4. ผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้จริงในช่วงวันที่ 1 มีนาคม-30 เมษายน พ.ศ. 2568 กับผู้ป่วยจำนวน 110 ราย ไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดพลาดในทุกประเภท ได้แก่ ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และผิดอวัยวะเทียม รวมถึงไม่พบเหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบจำนวนการเกิดอุบัติการณ์/เหตุการณ์เกือบพลาด ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

รายการประเมิน	จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ (คน)	
	ก่อนใช้ (พ.ศ. 2565-2567)	หลังใช้ (1 มี.ค.-30 เม.ย. พ.ศ.2568)
การผ่าตัดผิดคน	0	0
การผ่าตัดผิดข้าง	Near miss 20	0
การผ่าตัดผิดตำแหน่ง	0	0
การผ่าตัดผิดหัตถการ	0	0
การผ่าตัดผิดอวัยวะเทียม	Near miss 6 (Wrong IOL power) 1 (Wrong IOL type)	0

5. ความพึงพอใจของบุคลากร

ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ พบว่าค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจทั้งแบบสอบถามบุคลากรในระดับมากที่สุด (Mean=4.51, SD=0.27) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความสามารถในการป้องกัน/ลดการผ่าตัดผิดคน (Mean=5.00, SD=0.00) รองลงมาคือ และด้านป้องกัน/การผ่าตัดผิดหัตถการ (Mean=4.82,SD=0.40) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละระดับความพึงพอใจและประสิทธิภาพของรูปแบบในการป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร (n=11)

	รายการประเมิน	Mean	SD	แปลผล
1.	ความชัดเจนของขั้นตอนการใช้งานรูปแบบ	4.45	0.52	มากที่สุด
2.	ความสะดวกในการใช้งานและการบันทึกข้อมูล	4.18	0.40	มาก
3.	ความสามารถในการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยและการตรวจสอบ (Verification)	4.27	0.47	มาก
4.	ความสามารถในการลดหรือป้องกันการเกิดเหตุการณ์ผ่าตัดผิดคน	5.00	0.00	มากที่สุด
5.	ความสามารถในการป้องกัน/ลดการผ่าตัดผิดข้าง	4.45	0.52	มาก
6.	ความสามารถในการป้องกัน/ลดการผ่าตัดผิดตำแหน่ง	4.55	0.52	มากที่สุด
7.	ความสามารถในการป้องกัน/ลดการผ่าตัดผิดหัตถการ	4.82	0.40	มากที่สุด
8.	ความสามารถในการป้องกัน/ลดการผ่าตัดผิดอวัยวะเทียม (เช่น เลนส์ตาเทียมผิดค่ากำลังและผิดชนิด)	4.55	0.52	มากที่สุด
9.	การสื่อสารและการทำงานร่วมกันระหว่างทีม (เช่น การใช้ Time-out และการรายงาน)	4.18	0.44	มาก
10.	ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ	4.55	0.52	มากที่สุด
	ค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจทั้งแบบสอบถาม	**4.51**	**0.27**	**มากที่สุด**

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และประเมินผลของรูปแบบต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของทีมผ่าตัด รวมถึงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาพบว่าปัญหาความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุในหน่วยงานมีลักษณะเป็นปัญหาเชิงระบบมากกว่าปัญหาเฉพาะบุคคล โดยมีหลักฐานจากเหตุการณ์ near miss หลายกรณี เช่น เกือบเกิดเหตุการณ์การผ่าตัดผิดข้าง ความผิดพลาดของค่ากำลังเลนส์แก้วตาเทียม และการเกิดเหตุการณ์ใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดชนิด ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างในกระบวนการตรวจสอบและการสื่อสารในทีมผ่าตัด การพัฒนารูปแบบโดยอิงข้อมูลความเสี่ยงจริงจึงมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวคิดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ระบุว่าความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากความล้มเหลวของระบบ มากกว่าความผิดพลาดของบุคคล[6]

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ Verification, Mark site, Time-out และ Surgical safety checklist ภายใต้กรอบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA แสดงให้เห็นถึงการออกแบบระบบป้องกันความผิดพลาดแบบหลายชั้น (Multi-layered defense system) ที่มุ่งลดโอกาสการเกิดความคลาดเคลื่อนจากมนุษย์ (Human error) ในทุกขั้นตอนของกระบวนการผ่าตัด โดยอาศัยการตรวจสอบซ้ำ การสื่อสารในทีม และการกำหนดจุดหยุดเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนเริ่มหัตถการ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Haynes et al. ซึ่งพบว่าการนำ Surgical safety checklist จำนวน 19 รายการไปใช้ในโรงพยาบาล 8 แห่งทั่วโลก ส่งผลให้อัตราภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 11.0 เหลือร้อยละ 7.0 และอัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 0.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14,15] สอดคล้องกับการศึกษาของ Dirie et al.[6] ที่พบว่าการนำ WHO Surgical safety checklist ไปใช้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางการผ่าตัด เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร กระบวนการ และการสื่อสาร สามารถลดความเสี่ยงจาก Human error และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Reddy ที่พบว่าการใช้ Surgical safety checklist ร่วมกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยยกระดับคุณภาพการผ่าตัดและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

3. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ พบว่าบุคลากรทีมผ่าตัดมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรทั้งด้านองค์ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด KAP Model ซึ่งอธิบายว่าความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติในที่สุด โดยเมื่อบุคลากรมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปลอดภัยในการผ่าตัด จะเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อมาตรการป้องกันความเสี่ยง และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยได้อย่างต่อเนื่อง[4,5,17] นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Shacho et al. ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อทัศนคติ และส่งผลต่อการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ สะท้อนถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบ Knowledge-Attitude-Practice ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย[18]

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Gul et al. ที่พบว่าการส่งเสริมการปฏิบัติตาม Surgical safety checklist ผ่านการฝึกอบรมและการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความตระหนักด้านความปลอดภัยและเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานของบุคลากรในห้องผ่าตัด[5] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen et al. ที่รายงานว่าความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานตาม WHO Surgical safety checklist และการพัฒนาคุณภาพบริการผ่าตัด[4]

4. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดจักษุ พบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และผิดอวัยวะเทียมตลอดระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบ อีกทั้งบุคลากรทีมผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทการปฏิบัติงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Gasoma and Marouf ที่รายงานว่าการนำแนวทางความปลอดภัยในการผ่าตัดขององค์การอนามัยโลกไปใช้ช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามมาตรฐานด้านความปลอดภัย ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการผ่าตัด[19] รวมทั้งสอดคล้องกับ Reddy et al. ที่สรุปว่าการนำมาตรการด้านความปลอดภัยในการผ่าตัดไปใช้ร่วมกับการสนับสนุนขององค์กรและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ช่วยเพิ่มการยอมรับของผู้ปฏิบัติงานและส่งเสริมผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชญา อารีเอื้อ ที่พบว่าความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของบุคลากร การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและคุณภาพบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น[20]

5. พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรสำคัญในการขับเคลื่อนระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยมีบทบาทในการยืนยันตัวตนผู้ป่วย การตรวจสอบข้อมูลสำคัญก่อนผ่าตัด การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย เช่น Verification process, Surgical site marking และ Time-out ตลอดจนการใช้ Surgical safety checklist อย่างครบถ้วน ซึ่งช่วยส่งเสริมการสื่อสารภายในทีมผ่าตัด ลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษา และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1,4-6,19]

นัยสำคัญของประเด็นนี้คือ การพัฒนาระบบความปลอดภัยในห้องผ่าตัดควรให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลในเชิงระบบ ไม่ใช่เพียงผู้ปฏิบัติงาน แต่เป็นผู้ที่ขับเคลื่อนระบบความปลอดภัย (Driver of safety system)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการแปลผลและการนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนจำกัด และการดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังบริบทอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน

นอกจากนี้ การออกแบบการวิจัยแบบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายหน่วยงานหรือหลายโรงพยาบาล และพิจารณาใช้การวิเคราะห์ทางสถิติขั้นสูงหรือการออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและสนับสนุนการอ้างอิงผลในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะด้านระเบียบวิธีวิจัยของ Polit and Beck ที่ระบุว่าขนาดตัวอย่างและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเที่ยงตรงภายนอก (External validity) และความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย (Generalizability)[21]

นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal follow-up) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงและผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว"

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Standard operating procedure: SOP) ในการผ่าตัดจักษุ โดยบูรณาการกระบวนการ Verification, Surgical site marking, Time-out และ Surgical safety checklist เข้ากับการปฏิบัติงานประจำ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยงานควรสนับสนุนให้มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด รวมทั้งสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Patient safety culture) ภายในองค์กร
3. ควรมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย เช่น อัตราการปฏิบัติตาม Surgical safety checklist อัตราเหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) และอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และผิดอวัยวะเทียม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถประยุกต์ใช้กับหน่วยงานผ่าตัดสาขาอื่นที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมหู คอ จมูก และสูตินรีเวช โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน
5. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกวิชาชีพในทีมผ่าตัด ได้แก่ แพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด ในการวางแผน ติดตาม และพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืนในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาผลของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และดำเนินการในหลายโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยและยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการผ่าตัด

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำรูปแบบไปใช้ เช่น ภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วยงาน วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร การทำงานเป็นทีม และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ เพื่อพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบดิจิทัลหรือเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบยืนยันตัวตนผู้ป่วยด้วยบาร์โค้ด ระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับ Surgical Safety Checklist หรือระบบแจ้งเตือนความเสี่ยง เพื่อสนับสนุนการป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัด

5. ควรศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่ใช้และไม่ใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อยืนยันผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งจากโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกจักษุ จักษุแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดทุกท่าน ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Joint Commission. National Patient Safety Goals® Effective January 2024 for the Hospital Program [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2024 [cited 2025 Jan 5]. Available from: https://www.jointcommission.org
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Patient Safety Goals SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2567.
3. Zil-E-Ali A, Laubscher L, Kourampi I, Tsagkaris C. Is surgery on the right track? The burden of wrong-site surgery. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2023 Jul 5;36(5):657-660. doi: 10.1080/08998280.2023.2231714.
4. Thanh ND, Thanh TC, Nguyet HTM, Nhiem NTT, Hung PT. WHO Surgical Safety Checklist compliance rate at a large tertiary hospital in Vietnam. J Perioper Pract. 2025 Oct;35(10):489-496. doi: 10.1177/17504589241268647.
5. Gul F, Nazir M, Abbas K, Khan AA, Malick DS, Khan H, et al. Surgical safety checklist compliance: The clinical audit. Ann Med Surg (Lond). 2022 Aug 19;81:104397. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104397.
6. Dirie NI, Elmi AH, Ahmed AM, Ahmed MM, Omar MA, Hassan MM, Abdi AO. Implementation of the WHO surgical safety checklist in resource-limited Somalia: a new standard in surgical safety. Patient Saf Surg. 2024 Oct 14;18(1):30. doi: 10.1186/s13037-024-00410-2.

7. นันทยา บัวเรือง, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ศศิธร ลายเมฆ. การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกงานบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(3):1-12.
8. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
9. โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. งานห้องผ่าตัด. รายงานสถิติการให้บริการห้องผ่าตัด ปีงบประมาณ 2563–2567. สกลนคร: โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร; 2568.
10. โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของงานห้องผ่าตัด ปีงบประมาณ 2565-2567. สกลนคร: โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร; 2568.
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
12. Hapsari NI, Chalidyanto D. The impact of PDCA cycle implementation on nursing management in hospitals: a systematic literature review. Nurs Inf J. 2025;5(1):160-71.
13. Endalamaw A, Khatri RB, Mengistu TS, Erku D, Wolka E, Zewdie A, et al. A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. BMC Health Serv Res. 2024;24:487. doi:10.1186/s12913-024-10828-0.
14. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119.
15. Handayani RN, Aryadi AM, Suandika M, Yudha MB, Surtiningsih S. A model for developing a surgical and anaesthesia safety checklist in reducing surgical morbidity and mortality: a literature review. BIO Web Conf. 2025;152:01031.
16. Reddy C, Bains L, Kumar PK, Zadey S. Transforming surgical care and safety: dissecting the impact of checklists in the global south. Front Surg. 2025 Nov 17;12:1664277. doi: 10.3389/fsurg.2025.1664277.
17. O'Neill P, La Punzina CS. Wrong-site surgery. In: Patient Safety in Surgery. Cham: Springer; 2023. p.165-182. doi:10.1007/978-3-031-35933-0_12
18. Shacho E, Tadesse T, Kassie A, et al. Knowledge, attitude, and practice of healthcare workers regarding prevention of healthcare-associated infections: structural equation modeling approach. BMC Health Serv Res. 2024. doi:10.1186/s12913-024-12094-6.
19. Gasoma EBY, Marouf MA. Enhancing surgical outcomes: evaluating the impact of implementing the World Health Organization surgical safety checklist. Surg J. 2024;10(4):e53-e59. doi:10.1055/s-0044-1800917
20. อภิชญา อารีเอื้อ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):209-16.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

ดุษฎี ก่อก้องวิศรุต[*a], นิภาพร เอื้อวัณณะโชติมา[**]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 140 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบตรวจสุขภาพช่องปาก ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (dmft) แบบประเมินคราบจุลินทรีย์ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครอง รวมถึงการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าค่า dmft ของเด็กก่อนวัยเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยองค์ประกอบฟันผุ (dt) ลดลง และฟันที่ได้รับการถอน (mt) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทัศนคติ พฤติกรรม และระดับคราบจุลินทรีย์ของเด็กไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในมิติเชิงคุณภาพ พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างความตระหนัก ความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา และศักยภาพของครูและผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนและเชื่อมโยงสู่ระบบบริการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก; รูปแบบการมีส่วนร่วม; เด็กก่อนวัยเรียน; ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

[*] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[a] Corresponding author: ดุษฎี ก่อก้องวิศรุต Email: eohhdus@gmail.com
รับบทความ: 13 ส.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ส.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 ส.ค. 69

Participatory Oral Health Promotion Model Development for Preschool Children in Child Development Centers, Plai Bang Subdistrict, Bang Kruai District, Nonthaburi Province

Dusadee Korkongwisarut[*a], Nipaporn Urwannachotima[**]

Abstract

This study aimed to develop a participatory oral health promotion model for preschool children in child development centers in Plaibang Subdistrict, Bang Kruai District, Nonthaburi Province, using a Participatory Action Research (PAR) approach. The study samples comprised of 140 preschool children and key stakeholders, including teachers, parents, and related personnel. Data collection instruments included oral health examination forms, the decayed, missing, and filled teeth (dmft) index, dental plaque assessment, and questionnaires assessing parental knowledge, attitudes, and practices, as well as qualitative data obtained through focus group discussions and observations. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and comparative statistical tests, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed a statistically significant reduction in the dmft among preschool children, with a significant decrease in decayed teeth (dt) and a significant increase in missing teeth (mt). Parental oral health knowledge increased significantly, whereas no statistically significant differences were found in parental attitudes and practices or in children's dental plaque levels. Qualitative findings indicated that the participatory process enhanced awareness, a sense of ownership, and the capacity of teachers and parents to effectively care for children's oral health. This participatory oral health promotion model demonstrated effectiveness in improving preschool oral health care and strengthening linkages to dental treatment services.

Keywords: Oral health promotion; Participatory model; Preschool children; Child development center

[*] Dentist, Senior Professional Level, Dental Department, Bangkruai Hospital, BangKruai District, Nonthaburi Province
[**] Assistant Professor, Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
[a] Corresponding author: Dusadee Korkongwisarut Email: eohhdus@gmail.com
Received: Aug. 13, 26; Revised: Aug. 21, 26; Accepted: Aug. 22, 26; Published Online: Aug. 31, 26

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บปวด การติดเชื้อ และการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควร[1] ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านโภชนาการ การพูด และคุณภาพชีวิตของเด็ก[2,3] รวมถึงก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาว[4] จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 47.0 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 2.5 ซี่ต่อคน โดยพบฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 38.0 และการสูญเสียฟันน้ำนมร้อยละ 2.6 มากกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กกลุ่มนี้ มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม ทั้งการอุดฟัน ครอบฟัน รักษารากฟัน และการถอนฟัน จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองร้อยละ 31.1 ดื่มนมหวานหรือนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านร้อยละ 36.7 และยังใช้ขวดนมถึงร้อยละ 38.0[5]

พื้นที่ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากการขยายตัวของเขตเมืองและการคมนาคมที่เชื่อมโยงกับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการบริโภค และการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงสุขภาพช่องปากของเด็กเล็ก ตำบลปลายบางมีประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 8,356 คน โดยมีประชากรเด็กในช่วงอายุ 0-4 ปี จำนวน 176 คน และเด็กอายุ 5-9 ปี จำนวน 430 คน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2568 พบว่าความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี ของอำเภอบางกรวย มีค่าร้อยละ 23.93 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดนนทบุรี (ร้อยละ 31) และต่ำกว่าระดับชาติ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตัวเลขจะอยู่ในระดับที่น่าพอใจในปัจจุบัน แต่จากการสำรวจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย พบว่ากลุ่มวัยนี้มีการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในระดับสูง[6] ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่แย่ลงหากไม่มีแนวทางการส่งเสริมป้องกันในตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่งที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนอายุประมาณ 3-6 ปี บทบาทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนี้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ในด้านการรับประทานอาหาร การแปรงฟัน การดูแลของครูผู้ดูแลเด็ก และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากขาดระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม อาจทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม และเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากเมื่อเข้าสู่วัยเรียน

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางกรวยได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ตำบลปลายบาง แต่รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานโดยทันตบุคลากรเป็นหลัก การแก้ปัญหาจึงมักเป็นไปตามมุมมองของทันตบุคลากรเพียงด้านเดียว ส่งผลให้ยังไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาโรคฟันผุในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์พบปัญหา การขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และขาดการบูรณาการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครอบครัว และขาดการกำหนดเป้าหมายและนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางในการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน ควรเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านวิชาการและทักษะให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และปรับเปลี่ยนบทบาท

ของทันตบุคลากรจากผู้ปฏิบัติเป็นผู้กระตุ้น ให้กำลังใจ ประสานงาน และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี รวมทั้งการได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ[7,8] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบทของตำบลปลายบาง ประกอบกับความชุกของโรคฟันผุในพื้นที่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและระดับประเทศ จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการพัฒนาระบบเชิงรุกเพื่อรักษาสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีไว้ก่อนที่สถานการณ์จะถดถอย ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และสะท้อนผลร่วมกัน ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ทั้งในระดับปฏิบัติการสำหรับครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง ระดับหน่วยบริการในการเชื่อมโยงงานส่งเสริม ป้องกัน และรักษาเข้าด้วยกัน และระดับนโยบายสำหรับผู้บริหารสถานศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่นในอำเภอบางกรวยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

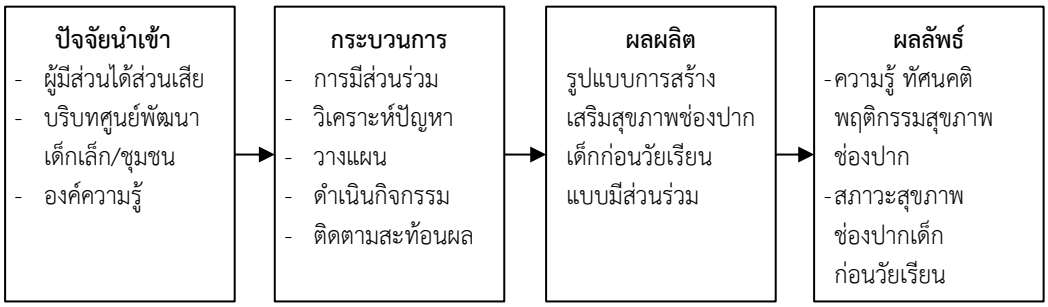
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีจำนวนฟันผุและคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)[9] เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนัก ความเป็นเจ้าของ และความยั่งยืนในการพัฒนา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568 รวม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ตัวแทนผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้ให้บริการทันตกรรมในเขตพื้นที่ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา เกณฑ์คัดออกจากการศึกษาคือ ผู้ที่มีเหตุจำเป็นต้องย้ายถิ่นฐานหรือย้ายสถานที่ทำงานออกนอกพื้นที่ศึกษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มนี้มีจำนวน 20 คน และ 2) กลุ่มเป้าหมายหลักสำหรับการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลในเขตตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี และผู้ปกครองของเด็กที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เด็กและผู้ปกครองที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและกิจกรรมตลอดโครงการ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เด็กที่มีโรคประจำตัวหรือความพิการซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลและการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้ทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมดของเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลปลายบางที่เข้าศึกษาในปีการศึกษา 2568 และผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลในพื้นที่ศึกษา โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง รวมจำนวนทั้งสิ้น 140 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยทำการประยุกต์จากแบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ปี พ.ศ. 2565-2566 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[5]
2) แบบสอบถามผู้ปกครอง ด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
4) แบบประเมินการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

โดยเครื่องมือในข้อ 2-4 ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถาม แบบประเมินและแนวข้อคำถามได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านทันตสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 และผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่การรับรอง 31/2568 ณ วันที่ 7 พฤษภาคม 2568 และก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัยเพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ/พิจารณาเข้าร่วมโดยอิสระ ปราศจากผลกระทบใดๆ

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 ประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีกระบวนการดังนี้

1.1 กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบและยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

1.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายโดย 1) สัมภาษณ์ผู้บริหารและครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อเก็บข้อมูลนโยบาย ปัญหาอุปสรรค 2) สำรวจความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและคุณครูของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของโรงเรียนอนุบาลบางกรวย (วัดศรีประวัติ) และโรงเรียนเทศบาลปลายบาง วัดอุบลวนารามด้วยแบบสอบถาม 3) สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 140 คน โดยบันทึกจำนวนฟันผุ อุด ถอน (dmft) และปริมาณคราบจุลินทรีย์

1.3 กำหนดเป้าหมายและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนแบบมีส่วนร่วม โดยการประชุมกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาที่ได้จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการฯ โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองของแต่ละบุคคล วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ค้นหาปัญหา ศักยภาพของชุมชน และระดมความคิด หาแนวทาง และสรุปกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน วางแผนการดำเนินงานกิจกรรมโดยกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2568 นำรูปแบบที่พัฒนาร่วมกันไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ศึกษา โดยเน้นการมีส่วนร่วม มีกิจกรรมดังนี้

2.1 กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อให้ความรู้ และสร้างทัศนคติและเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็ก เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีคุณครูและผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมฐานการเรียนรู้ ได้แก่ ฐานฟันดี ฟันผุ อธิบายลักษณะฟันดี ฟันผุ และกระบวนการเกิดฟันผุ ฐานอาหาร สอนชนิดของอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุ และอาหารที่มีประโยชน์ โดยเน้นอาหารหลัก 5 หมู่ และฐานการแปรงฟัน สอนวิธีการแปรงฟันตามหลัก 2-2-2 โดยใช้แบบจำลองฟันขนาดใหญ่

2.2 กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน การเลือกใช้อุปกรณ์ การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ และการตรวจช่องปากเด็กเบื้องต้น โดยทันตบุคลากรเป็นผู้แนะนำและฝึกทักษะรายบุคคล จัดกิจกรรมในวันประชุมผู้ปกครองที่มีผู้ปกครองมาเข้าร่วมอย่างพร้อมเพรียง

2.3 กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการแปรงฟันในเด็กก่อนวัยเรียนผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยเน้นบทบาทสำคัญของผู้ปกครองในการช่วยแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ วันละ 2 ครั้ง (เช้าและก่อนนอน) เพื่อป้องกันโรคฟันผุ ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการแปรงฟันให้เด็ก วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง และการเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสม จากนั้นจะมอบสติกเกอร์บันทึกการแปรงฟันให้แก่ผู้ปกครอง เพื่อเป็นเครื่องมือในการจดบันทึกและติดตามพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กในแต่ละวัน โดยผู้ปกครองจะติดสติกเกอร์ทุกครั้งที่มีการแปรงฟันให้เด็กครบตามเกณฑ์ การใช้สติกเกอร์บันทึกการแปรงฟันเป็นกลไกสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยผู้วิจัยมีการติดตามผลเป็นระยะ และนำข้อมูลจากการบันทึกสติกเกอร์มาใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็ก

2.4 การปรับเปลี่ยนเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีการผลักดันให้จัดทำนโยบาย “โรงเรียนปลอดขวดนม น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ” ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อลดการเข้าถึงอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก โดยความร่วมมือและดำเนินการของผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล และประกาศนโยบายกับนักเรียน ครูผู้ดูแล และผู้ปกครอง

2.5 กิจกรรมปฏิทินสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายใต้แนวคิด ป-ต-ท (แปรงฟัน-ตรวจฟัน-รับประทานอาหารที่เหมาะสม) เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยกิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันร่วมกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปากในแต่ละเดือนและ การตรวจคัดกรองฟันผุ ตรวจคราบจุลินทรีย์ในช่องปากโดยทันตบุคลากร

2.6 การให้บริการทันตกรรม รักษาโรคฟันผุในเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรอง และพบว่ามีฟันผุต้องได้รับการรักษา และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้ได้รับการรักษา โดยทันตบุคลากรในพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ จัดตารางนัดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีระบบส่งต่อโรงพยาบาลอำเภอในรายที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อน/ยุ่งยาก

ขั้นที่ 3: การสังเกต (Observation) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 เป็นขั้นตอนการประเมินผลการดำเนินโครงการ โดย การประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยประเมินผู้ปกครองเด็กด้วยแบบสอบถาม ร่วมกับการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนหลังการดำเนินกิจกรรมโครงการ โดยทันตบุคลากรบันทึกจำนวนฟันผุ อุด ถอน (dmft) และปริมาณคราบจุลินทรีย์ รวมถึงการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่มย่อยในกลุ่มผู้ปกครองและครู เพื่อสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ 4: การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2568 เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย โดยการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ได้จาก

การประเมินผล และจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยน สะท้อนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ครูผู้ดูแล ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและทันตบุคลากร เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาที่พบ และร่วมกันหาแนวทาง ปรับปรุง พัฒนาความยั่งยืนของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ มีการจัดกิจกรรมมอบรางวัล “หนูน้อยฟันดี” ให้เด็กก่อนวัยเรียนที่มีการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอในช่วงการดำเนินโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ประเด็นปัญหา สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมาย

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร่วมกับการใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการเปรียบเทียบจำนวนฟันผุอุดถอนและคราบจุลินทรีย์ ในเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการดำเนินโครงการ และสถิติ Chi-square test, Unpaired t-test สำหรับสัดส่วนระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองก่อนและหลังดำเนินการโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (α=0.05)

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำหรับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โ ดยพิจารณาจาก บทบาทและการมีส่วนร่วม ความสนใจและความคาดหวังต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก และระดับการมีอิทธิพลต่อการพัฒนารูปแบบกิจกรรม ซึ่งเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ จึงกำหนดกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล 2 คน ครูผู้ดูแลเด็ก 8 คน ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 4 คน ผู้นำชุมชน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน และผู้ให้บริการทันตกรรมในพื้นที่ 3 คน ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนการวางแผน กำหนดประเด็น (Theme) ได้ 7 ประเด็น ดังตารางที่ 1 พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเผชิญปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจากพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านนโยบาย โครงสร้างพื้นฐาน ภาระงานครู และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ทั้งนี้แนวทางการพัฒนาที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอเน้นการดำเนินงานเชิงบูรณาการหลายระดับ การเสริมพลังครูและผู้ปกครอง การปรับสภาพแวดล้อมและระบบบริการทันตกรรม รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเกิดความยั่งยืน รายละเอียดของแต่ละประเด็น

ตารางที่ 1 สถานการณ์ และแนวทางการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลปลายบาง โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประเด็น	สถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ	แนวทางการพัฒนาและข้อเสนอรูปแบบกิจกรรม	ตัวอย่างคำพูด
สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	พบปัญหาโรคฟันผุ เหงือกอักเสบเพราะแปรงฟันไม่สะอาด ดูดนมขวด และทานขนมหวาน มีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแล เนื่องจากเด็กใช้เวลาอยู่ทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและที่บ้าน	การป้องกันฟันผุจำเป็นต้องมีมาตรการหลายระดับเพื่อลดสภาวะโรคฟันผุในเด็ก และต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องทั้งในศูนย์และที่บ้าน	“เด็กอยู่โรงเรียนประมาณ 8 ชั่วโมง ที่เหลือก็อยู่กับผู้ปกครอง ถ้าจะดูแลให้ได้ผลจริงๆ ต้องช่วยกันทั้งสองฝ่าย”
นโยบายและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก	มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน แต่โครงสร้างพื้นฐาน เช่น อ่างแปรงฟัน ยังไม่เหมาะสม และการปรับปรุงต้องผ่านกระบวนการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งใช้เวลานาน และเด็กมีแปรงสีฟัน และยาสีฟันฟลูออไรด์ที่ศูนย์ฯ แต่ไม่ได้แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอทุกวัน	การผลักดันเชิงนโยบายภายในศูนย์ โดยมีป้ายประกาศนโยบาย และตรวจติดตาม ร่วมกับประสานหน่วยงานท้องถิ่นเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแปรงฟัน จัดกิจกรรมส่งเสริมการแปรงฟัน และความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากให้สนุก	“กิจกรรมแปรงฟันมีอยู่แล้ว แต่เรื่องอ่างล้างมือชำรุด ต้องทำแผนเสนอท้องถิ่น บางทีใช้เวลาเป็นปี”
บทบาทของครูในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก	ครูประจำชั้นมีบทบาทดูแลการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และติดตามปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก แต่ครูบางส่วนขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเนื่องจากมีภาระงานมาก ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลติดตามได้อย่างเต็มที่	การเสริมสร้างศักยภาพครูให้ตระหนักถึงความสำคัญของการแปรงฟันและสุขภาพช่องปากเด็ก	“ครูต้องเป็นคนดูแลเรื่องแปรงฟันทุกวัน ถ้าครูไม่ให้ความสำคัญ เด็กก็ไม่ทำ”

ตารางที่ 1 (ต่อ) สถานการณ์ และแนวทางการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลปลายบาง โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประเด็น	สถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ	แนวทางการพัฒนาและข้อเสนอรูปแบบกิจกรรม	ตัวอย่างคำพูด
การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง	ครูสื่อสารกับผู้ปกครองผ่านกลุ่มไลน์ และมีเอกสารขออนุญาตสำหรับการรักษาทางทันตกรรม และยังไม่ได้มีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม	สร้างเครือข่ายครูและผู้ปกครองในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ออกแบบกิจกรรม และกำหนดความรับผิดชอบในกิจกรรม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกับโครงการ	“พัฒนากิจกรรมให้เกิดจากความตระหนักและความสมัครใจมากกว่าการบังคับ”
การให้ความรู้และฝึกทักษะด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	มีการให้ความรู้ผู้ปกครองโดยหน่วยบริการสุขภาพ แต่ผู้ปกครองบางส่วนไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมกับโรงเรียน มีการจัดอบรมครูเป็นบางช่วง	การออกแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ปกครองพัฒนากิจกรรมให้ความรู้ทั้งเด็ก ครู และผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง	“ถ้าจัดกิจกรรมวันอาทิตย์ ผู้ปกครองจะมาง่ายกว่าวันธรรมดา”
การตรวจฟัน และบริการทันตกรรมที่เด็กได้รับ	มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก โดยครูเป็นผู้ตรวจคัดกรองเบื้องต้นเดือนละครั้ง และแจ้งผู้ปกครองเมื่อพบปัญหา มีการตรวจฟันโดยทันตบุคลากรปีละครั้ง และส่งต่อ แต่ยังไม่ได้มีระบบนัดหมายเพื่อการรักษาที่ชัดเจน	สร้างระบบส่งต่อ ระบบนัดและการติดตามผลการรักษาอย่างเป็นระบบ	“ถ้าพบปัญหา ครูจะส่งรายชื่อให้ผู้ปกครองพาเด็กไปทำฟันที่ รพ.สต.”
ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก	มีความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพและเทศบาลในการตรวจฟัน แจกแปรงสีฟัน ยาสีฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ปีละครั้ง	การสร้างเครือข่ายความร่วมมืออย่างต่อเนื่องและบูรณาการกิจกรรมให้สอดคล้องกัน	“อยากให้มีหน่วยงานมาจัดกิจกรรมให้กับเด็กมาให้ความรู้ เกี่ยวกับช่องปากและฟัน ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง”

ผู้ปกครองที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามก่อนการดำเนินโครงการ 111 คน หลังการดำเนินโครงการ 89 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 36 ปี โดยระดับการศึกษาและอาชีพมีการกระจายใกล้เคียงกันในทั้งสองช่วงเวลา ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านทันตสุขภาพจากสื่อโซเชียลและรองลงมาเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ส่วนเด็กก่อนวัยเรียนในปกครองมีอายุเฉลี่ย 4.6-5.2 ปี พบว่าโรคฟันผุและอาการปวดฟันเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อยที่สุด และแหล่งรับบริการทันตกรรมหลัก

คือการให้บริการโดยบุคลากรทันตกรรมที่โรงเรียน สัดส่วนผู้ปกครองที่พาเด็กไปพบทันตแพทย์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นหลังโครงการ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนโครงการ (n=111) n(%)	หลังโครงการ (n=89) n(%)
ผู้ปกครอง		
เพศ		
ชาย	29 (26.1)	21 (24.7)
หญิง	82 (73.9)	68 (75.3)
อายุ (ปี)		
21-35	54 (48.7)	45 (50.6)
36-50	52 (46.8)	39 (43.8)
51-71	5 (4.5)	5 (5.6)
$\bar{x}$ (SD)	35.9 (8.59)	35.6 (8.64)
สถานภาพสมรส		
โสด	31 (27.9)	23 (25.8)
สมรส	69 (62.2)	59 (66.3)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	11 (9.9)	7 (7.9)
การศึกษา		
ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา	11 (9.9)	11 (12.3)
มัธยมศึกษาตอนต้น	20 (18.0)	15(16.9)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	35 (31.5)	24 (27.0)
อนุปริญญา/ปวส.	11 (9.9)	6 (6.7)
ปริญญาตรีและสูงกว่า	34 (30.6)	33 (37.1)
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	7 (6.3)	9 (10.1)
ใช้แรงงาน	28 (25.2)	27 (30.3)
ธุรกิจส่วนตัว	32 (28.8)	15 (16.9)
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	38 (34.2)	38 (42.7)
พนักงานเอกชน	6 (5.4)	-
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,001	4 (3.6)	7 (7.9)
5,001-15,000	34 (30.6)	23 (25.8)
15,001-30,000	46 (41.4)	41 (46.1)
30,001-50,000	23 (20.7)	13 (14.6)
มากกว่า 50,000	4 (3.6)	5 (5.6)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนโครงการ (n=111) n(%)	หลังโครงการ (n=89) n(%)
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	21 (18.9)	15 (16.9)
มารดา	78 (70.3)	63 (70.8)
ปู่ ย่า ตา ยาย	9 (8.1)	7 (7.9)
อื่นๆ	3 (2.7)	4 (4.5)
การพบทันตแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	63 (56.8)	36 (40.4)
เคย	48 (43.2)	53 (59.6)
แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก		
ไม่เคยได้รับ	18 (15.4)	5 (5.6)
บุคลากรด้านสุขภาพ/ อสม.	55 (47.0)	47 (52.2)
ครอบครัว/เพื่อน	38 (32.5)	34 (37.8)
คุณครู	12 (10.3)	19 (21.1)
สื่อโซเชียล	73 (62.4)	63 (70.0)
โทรทัศน์/วิทยุ/ สิ่งพิมพ์	12 (10.3)	11 (12.2)
เด็กก่อนวัยเรียน		
เพศ		
ชาย	63 (56.8)	46 (51.7)
หญิง	48 (43.2)	43 (48.3)
อายุเฉลี่ย (ปี) (SD)	4.9 (0.80)	5.2 (0.89)
โรงเรียน		
เทศบาลปลายบาง	23 (20.7)	3 (3.4)
อนุบาลบางกรวย	88 (79.3)	86 (96.6)
ปัญหาสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่มี	55 (47.0)	31 (34.4)
ปวดฟัน	15 (12.8)	10 (11.1)
ฟันผุ	55 (47.0)	48 (53.3)
เหงือกบวม/หินปูน	11 (9.5)	4 (4.4)
ฟันโยก	9 (7.7)	12 (13.3)
ฟันหัก/อุบัติเหตุกับฟัน	7 (6.0)	4 (4.4)
สถานบริการทันตกรรมที่ไป		
ไม่เคยไป	28 (25.2)	12 (13.5)
ทันตบุคลากรมาให้บริการที่โรงเรียน	56 (50.5)	44 (49.4)
รพ.สต./รพ.รัฐ	16 (14.4)	16 (18.0)
คลินิกเอกชน/รพ.เอกชน	11 (9.9)	17 (19.1)

กระบวนการของโครงการประกอบด้วยกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากหลายระดับ ครอบคลุมเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และสถานศึกษา มีผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 60 คน เด็กก่อนวัยเรียน 140 คน และคุณครู 15 คนโดยกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้ปกครอง ผู้ปกครองและครูสะท้อนผลของกิจกรรมว่าทำให้มีทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมากขึ้น ทั้งการแปรงฟัน การเลือกใช้อุปกรณ์ และการตรวจช่องปากเบื้องต้น

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็กที่บ้านผ่านการใช้สติกเกอร์บันทึกพฤติกรรมช่วยกระตุ้นความสนใจและความต่อเนื่องในการแปรงฟันวันละสองครั้ง โดยมีผู้ปกครองส่งสมุดบันทึกให้ครูจำนวน 108 คน นอกจากนี้การดำเนินนโยบายโรงเรียนปลอดขวดนม น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ รวมถึงการจัดทำปฏิทินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก เป็นการดำเนินการที่อาศัยความมีส่วนร่วมจากผู้อำนวยการ คุณครู ผู้ปกครอง และชุมชน มีการจัดทำป้ายไวนิลนโยบาย ปิดประกาศไว้ที่หน้าประตูโรงเรียน และทำข้อตกลงร่วมกัน ผลที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ปกครองลดการจัดหาเครื่องดื่ม และขนมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุให้แก่เด็กนักเรียนในช่วงที่เด็กมาโรงเรียน และคุณครูมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน เป็นการช่วยสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก อย่างต่อเนื่อง

ในด้านบริการทันตกรรม เด็กได้รับการตรวจช่องปากจำนวน 140 คนและส่งต่อเข้ารับบริการตามความจำเป็น นักเรียน 26 คนเข้ารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลายบาง และจำนวน 2 คนได้รับการส่งต่อเพื่อรักษารากฟัน และทำครอบฟันไร้สนิมที่โรงพยาบาลบางกรวย สะท้อนให้เห็นถึงการเชื่อมโยงการส่งเสริม ป้องกัน และการรักษาในระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่

ตารางที่ 3 แสดงการประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ปกครองดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน และจำแนกระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom et al.[10] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการดำเนินโครงการ ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 45.0) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.4 คะแนน (SD=1.43) หลังการดำเนินโครงการพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง (ร้อยละ 48.3) และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 7.7 คะแนน (SD=1.67) ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนระดับความรู้ก่อนและหลังโครงการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังโครงการสูงกว่าก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ประเด็นที่ผู้ปกครองตอบคำถามผิดมากที่สุด ได้แก่ ปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ปริมาณฟลูออไรด์ในยาสีฟัน รวมถึงการเริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกเริ่มขึ้น

การประเมินทัศนคติใช้มาตรประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 และทำการกลับคะแนนในข้อคำถามเชิงลบก่อนการวิเคราะห์ คะแนนเฉลี่ยถูกจำแนกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best[11] ได้แก่ ทัศนคติระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) และระดับต่ำ (1.00-2.33) ผลการประเมินพบว่า ก่อนการดำเนินโครงการผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับทัศนคติสูง (ร้อยละ 63.1) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.8 คะแนน (SD=0.57) หลังการดำเนินโครงการ สัดส่วนผู้ปกครองที่มีทัศนคติ

ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.0 และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.9 คะแนน (SD=0.55) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงของระดับทัศนคติและคะแนนเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการปฏิบัติประเมินโดยใช้มาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ และจำแนกระดับพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับพฤติกรรมดี (คะแนนเฉลี่ย 2.35-3.00) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.34) และระดับพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67) พบว่า ก่อนโครงการ ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง (ร้อยละ 54.1) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.3 คะแนน (SD=0.26) หลังการดำเนินโครงการ สัดส่วนผู้ปกครองที่มีการปฏิบัติระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.7 และคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 2.4 คะแนน (SD=0.24) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านระดับการปฏิบัติและคะแนนเฉลี่ย ทั้งนี้แม้จะไม่พบผู้ปกครองที่มีทัศนคติระดับต่ำหรือการปฏิบัติระดับต้องปรับปรุง แต่ยังพบความเข้าใจคลาดเคลื่อนในประเด็นการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และความกังวลว่าเด็กอาจเจ็บจากการแปรงฟัน รวมถึงพฤติกรรมการให้เด็กบริโภคอาหารและขนมที่มีน้ำตาลระหว่างมื้อในผู้ปกครองบางราย

ตารางที่ 3 ความรู้ ทัศนคติ และการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ของผู้ปกครองก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

ผลลัพธ์	ก่อนโครงการ (n=111) n(%)	หลังโครงการ (n=89) n(%)	p-value
ระดับความรู้			0.488[a]
สูง	45 (40.5)	43 (48.3)	
ปานกลาง	50 (45.0)	33 (37.1)	
ต่ำ	16 (14.4)	13 (14.6)	
$\bar{x}$, SD	7.4, 1.43	7.7, 1.67	
Min-Max	4.55-10.0	3.6-10.0	0.045[b]
ระดับทัศนคติ			0.135[a]
สูง	70 (63.1)	65 (73.0)	
ปานกลาง	41 (36.9)	24 (27.0)	
$\bar{x}$, SD	3.8, 0.57	3.9, 0.55	
Min-Max	2.7-5.0	2.8-5.0	0.586[b]
ระดับการปฏิบัติ			0.456[a]
สูง	50 (45.0)	46 (51.7)	
ปานกลาง	61 (54.1)	43 (48.3)	
$\bar{x}$, SD	2.3, 0.26	2.4, 0.24	
Min-Max	1.4-2.9	1.7-2.8	0.527[b]

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย [a]Chi-square test; [b]t-test for mean difference; *p-value<0.05

การประเมินผลลัพธ์สภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนด้วยการวัดจำนวนฟันผุอุดถอน (dmft) ดังแสดงในตารางที่ 4 การศึกษาใช้ค่ามัธยฐานในการเปรียบความแตกต่างก่อนและหลังโครงการ ค่ามัธยฐาน dmft ลดลงจาก 5.0 (IQR 1.0–9.0) ก่อนโครงการ เป็น 4.0 (IQR 1.0-8.0) หลังโครงการ ซึ่งมีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=−4.17, p<0.001) โดยองค์ประกอบของฟันผุ (dt) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=−5.42, p<0.001) ขณะที่ฟันที่ได้รับการถอน (mt) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Z=−2.58, p=0.010) ส่วนฟันที่อุด (ft) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสัดส่วนเด็กที่ปราศจากฟันผุ (Caries-free) พบว่ามีค่าร้อยละ 22.9 ทั้งก่อนและหลังโครงการ โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลง ขณะที่การประเมินคราบจุลินทรีย์พบว่าเด็กส่วนใหญ่ยังคงมีคราบจุลินทรีย์ทั้งก่อนและหลังโครงการ (ร้อยละ 97.9)

ตารางที่ 4 สภาวะฟันผุโดยดัชนีผุอุดถอน (dmft) และคราบจุลินทรีย์ ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังโครงการ

ผลลัพธ์ (n=140)	ก่อนดำเนินโครงการ		หลังดำเนินโครงการ		Z	p-value*
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่ามัธยฐาน (IQR)	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่ามัธยฐาน (IQR)		
ค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด						
dmft	5.6 (4.97)	5.0 (1.0-9.0)	5.0 (4.69)	4.0 (1.0-8.0)	-4.17[a]	<0.001
dt	5.2 (4.63)	4.5 (1.0-8.0)	4.4 (4.26)	3.0 (1.0-7.0)	-5.42[a]	<0.001
mt	0.3 (0.92)	0.0 (0.0-0.0)	0.5 (1.15)	0.0 (0.0-0.0)	-2.58[b]	0.010
ft	0.1 (0.33)	0.0 (0.0-0.0)	0.2 (0.59)	0.0 (0.0-0.0)	-1.49[b]	0.136
ปลอดฟันผุ n (%)	32 (22.9)		32 (22.9)			
คราบจุลินทรีย์ n (%)						
No	3 (2.1)		3 (2.1)			
Yes	137 (97.9)		137 (97.9)			

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย *Wilcoxon signed rank test, [a]Based on positive ranks, [b]Based on negative ranks

การอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ภายใต้การดำเนินงานเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าค่ามัธยฐานดัชนีฟันผุ ถอน อุด (dmft) ของเด็กก่อนวัยเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยเฉพาะองค์ประกอบของฟันผุ (dt) ที่ลดลงและจำนวนฟันที่ได้รับการถอน (mt) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.010) ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การลดลงของค่า dmft ในการศึกษานี้มิได้แสดงถึงประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดฟันผุใหม่โดยตรง หากแต่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อและการเข้าถึงบริการรักษาทางทันตกรรมที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการนำเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงที เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของสินีนาฎ ลือชูวงศ์ และคณะ[12] พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุลดลงเพียงเล็กน้อยและไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของรูปแบบการดำเนินงานในการเชื่อมโยงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากไปสู่การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนบทบาทสำคัญของระบบการคัดกรองและการส่งต่อในระดับปฐมวัย

ในส่วนของการประเมินคราบจุลินทรีย์ พบว่าเด็กส่วนใหญ่ยังคงมีคราบจุลินทรีย์ทั้งก่อนและหลังการดำเนินโครงการ แม้จะมีการจัดกิจกรรมแปรงฟันที่บ้านและใช้สมุดบันทึกสติกเกอร์เพื่อติดตามพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงด้านการทำความสะอาดช่องปากเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เกิดขึ้นเลย ผลดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของ สิทธิเดช สุขแสง และคณะ[13] ได้ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีเช่นเดียวกัน โดยพบว่าการใช้แอปพลิเคชันเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมผู้ปกครองร่วมกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล สามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มโครงการ ความแตกต่างของผลลัพธ์อาจอธิบายได้จากเครื่องมือและวิธีการติดตามพฤติกรรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาศัยสมุดสติกเกอร์แบบดั้งเดิม ทำให้ผู้ปกครองอาจบันทึกข้อมูลย้อนหลังหรือบันทึกไม่ตรงตามพฤติกรรมจริง ในขณะที่การศึกษาของเก่งนิติ ติละบาล[14] ซึ่งดำเนินการในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่เน้นการฝึกทักษะแปรงฟันอย่างถูกวิธี การฝึกปฏิบัติซ้ำ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์จากระดับมากเป็นระดับน้อยได้อย่างชัดเจน ผลการเปรียบเทียบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการศึกษาในครั้งนี้ประสบความสำเร็จในด้านการสร้างกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่อาจยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การฝึกทักษะด้านการทำความสะอาดช่องปากที่แท้จริง ซึ่งทำให้การลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทาย

การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ส่งผลให้ครูและผู้ปกครองเกิดความตระหนักและรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการแปรงฟัน การเลือกใช้อุปกรณ์ การเลือกอาหารที่เหมาะสม และมีทักษะในการตรวจช่องปากเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิเดชและคณะ[13]ที่พบว่าครูสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ให้เด็กได้อย่างมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ การผลักดันให้เกิดนโยบาย “โรงเรียนปลอดขวดนม น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ” ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถือเป็นผลสำเร็จเชิงระบบที่สำคัญ โดยมีผลลักษณะเดียวกันกับการศึกษาของพัชรี เรืองงาม[15] ที่ทำให้จำนวนเด็กที่นำขวดนมมาโรงเรียนลดลงจนเป็นศูนย์หลังการดำเนินนโยบายในลักษณะเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษาไม่เพียงพอต่อการวัดผลการป้องกันฟันผุอย่างแท้จริง โดยค่า dmft ที่ลดลงสะท้อนผลของการรักษามากกว่าการป้องกัน การตรวจคราบจุลินทรีย์มีความละเอียดไม่เพียงพอ เนื่องจากตรวจเพียงบริเวณฟันหน้าบนด้านริมฝีปากฟันกรามน้ำนมบนด้านกระพุ้งแก้ม หรือฟันกรามน้ำนมล่างด้านลิ้นเท่านั้น ทำให้ผลที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เมื่อเทียบกับการศึกษาของเก่งนิติ ติละบาล[14] ที่ใช้ดัชนี Patient Hygiene Performance และการศึกษาของสิทธิเดช สุขแสง และคณะ[13] ที่ใช้ Simplified Debris Index (DI-S) ซึ่งสามารถประเมินได้อย่างละเอียดกว่า นอกจากนี้ การประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองผ่านแบบสอบถามไม่ได้ติดตามในรายบุคคลเดียวกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังโครงการได้อย่างสมบูรณ์

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดยกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยสร้างความตระหนักและความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาในกลุ่มครูและผู้ปกครอง นำไปสู่การดูแลสุขภาพ

ช่องปากเด็กอย่างเหมาะสมและการผลักดันนโยบายโรงเรียนปลอดขวดนม น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ ผลลัพธ์ด้านการลดลงของฟันผุ สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการรักษาที่ดีขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นของความรู้ผู้ปกครอง โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่น และเป็นแนวทางขยายผลสู่การสร้างเครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอบางกรวยต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. การตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์ควรเลือกใช้ดัชนีมาตรฐาน เช่น Simplified Debris Index (DI-S)
2. ควรมีการประเมินเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองแต่ละบุคคลก่อนและหลังโครงการในบุคคลเดียวกัน
3. ควรมีการประเมินสถานะฟันผุควรติดต่อต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของการเกิดฟันผุใหม่ได้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการแก้ไขปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ การซ่อมแซมอ่างแปรงฟันที่ชำรุด และเร่งรัดขั้นตอนการเสนอของบประมาณซ่อมแซมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันควรกำหนดเป็นนโยบายระดับศูนย์อย่างชัดเจน เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
3. ควรจัดให้มีระบบติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้ปกครอง เด็กนักเรียน ผู้บริหารโรงเรียน ครูผู้ดูแลเด็กในโรงเรียนอนุบาลบางกรวย (วัดศรีประวัติ) และโรงเรียนเทศบาลปลายบาง (วัดอุบลวนาราม) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลปลายบาง ทันตบุคลากร และเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางกรวยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dean JA, McDonald RE, Avery DR. Managing the developing occlusion. In: McDonald RE, Avery DR, editors. Dentistry for the Child and Adolescent. 7th ed. St Louis: Mosby; 2000. p 677-741.
2. Colak H, Dülgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. J Nat Sci Biol Med. 2013 Jan;4(1):29-38. doi: 10.4103/0976-9668.107257.
3. Guedes RS, Piovesan C, Antunes JL, Mendes FM, Ardenghi TM. Assessing individual and neighborhood social factors in child oral health-related quality of life: a multilevel analysis. Qual Life Res. 2014 Nov;23(9):2521-30. doi: 10.1007/s11136-014-0690-z.

4. รักชนก นุชพวง, สุณี วงศ์คงคาเทพ, สุกัญญา เธียรวิวัฒน์, นิภาพร เอื้อวัณณะโชติมา, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. การประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการสูญเสียฟันในช่องปากของคนไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2568;19(1):33-48.
5. กรกมล นิยมศิลป์, จิราพร ขีดดี, นพวรรณ โพชนุกูล, ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี, นันทมนัส แย้มบุตร, อรฉัตร คุรุรัตนะ, และคณะ. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Service Plan) ครั้งที่ 2/2568; วันที่ 13 พฤศจิกายน 2568; นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี; 2568.
7. เอมอร เสนานุฤทธิ์, พงศ์พันธุ์ ผลประดับเพ็ชร์, อุไรวรรณ เดือนแร่รัมย์, สุจิตตรา ศรีวิเศษ, สังวาลย์ เสนานุฤทธิ์, สัมฤทธิ์ นันโช. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลตูมใหญ่ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2554-2555. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(4):609-18.
8. ปณิธาน สนพะเนา, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน, สุพัตรา วัฒนเสน. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารทันตาภิบาล. 2562;30(1):103-19.
9. Cornish F, Breton N, Moreno-Tabarez U, Delgado J, Rua M, de-Graft Aikins A, Hodgetts D. Participatory action research. Nature Reviews Methods Primers. 2023 Apr 27;3(1):34.
10. Bloom BS, Hastings TJ, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill Book Company Inc.; 1971.
11. Best JW, Kahn JV. Research in education, 10th ed. New Delhi: PHI Learning Private Ltd.; 2006. p. 289.
12. สินีนาฏ ลือชูวงศ์, พรรณภัค เป็งมี, ธัญวรัตม์ ถนอมจิตร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(1):352-9.
13. สิทธิเดช สุขแสง, อารยา เชียงของ, สุภาวิตา ภคเอกภัทร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในสถานอนามัยเด็กกลาง จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2567;7(1):1-17.
14. เก่งนิติ ติละบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(4):576-85.
15. พัชรี เรืองงาม. การขับเคลื่อนงานส่งเสริมทันตสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2558;20(2):18-27.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ณัฐธกูล ไชยสงคราม*[a]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 20-79 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 473 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมร้อยละ 79.20 อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมร้อยละ 68.69 อยู่ในระดับดีมาก เมื่อจำแนกแต่ละเสาหลักพบว่าการหลีกเลี่ยงสารเสพติดและการนอนหลับมีคะแนนสูงในระดับดีเยี่ยม ในขณะที่ด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายมีคะแนนต่ำสุด ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จำแนกเป็นปัจจัยทางบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.340$) ปัจจัยเสริม ($r=0.288$) และปัจจัยเอื้อ ($r=0.186$) และปัจจัยทางลบ คือ เพศชาย ($r=-0.095$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 13.79 (Adjust $R^2=0.1379$) จากผลการศึกษาแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก แต่ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายให้ดีขึ้น และมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; พฤติกรรมสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง
[a] Corresponding author: ณัฐธกูล ไชยสงคราม Email: nuttakoonnu1@gmail.com
รับบทความ: 24 ส.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 15 ก.ย. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 16 ก.ย. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 3 ต.ค. 69

Health Literacy and Health Behaviors Based on Lifestyle Medicine Pillars among Patients with Non-communicable Diseases in Mae Tha District, Lampang Province

Nuttakoon Chaisongkram[*a]

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to assess the level of health literacy, health behaviors based on the six pillars of lifestyle medicine and identify predictors of health behaviors among patients with non-communicable disease (NCDs). The samples consisted of 473 patients with diabetes mellitus and/or hypertension, aged 20-79 years, who received care at Mae Tha Hospital, Lampang Province. Participants were selected using multi-stage random sampling. Data were collected using an interview questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multivariable regression analysis. The results showed that the participants had an overall health literacy score of 79.20%, which was classified as a moderate level. The overall health behavior score based on the six pillars of lifestyle medicine was 68.69%, which was classified as a very good level. When each pillar was considered separately, avoidance of risky substances and restorative sleep had the highest score, both at an excellent level, whereas nutrition and physical activity had the lowest scores, respectively, and were classified as average. Factors significantly associated with health behavior scores ($p<0.05$) included positive factors, namely health literacy ($r=0.340$), reinforcing factors ($r=0.288$) and enabling factors ($r=0.186$), while male sex was negatively associated with health behavior scores ($r=-0.095$). These four factors jointly explained 13.79% of the variance in health behaviors (adjusted $R^2=0.1379$). The findings indicate that although the participants demonstrated a very good overall level of health behaviors, further improvement is needed particularly in nutrition and physical activity interventions aimed at improving these behaviors should focus on strengthening health literacy in conjunction with creating health-supportive environments and enhancing support from families and communities.

Keywords: Health literacy; Lifestyle medicine; Health behaviors; Non-communicable diseases

[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Mae Tha Hospital, Lampang Province
[a] Corresponding author: Nuttakoon Chaisongkram Email: nuttakoonnu1@gmail.com
Received: Aug. 24, 26; Revised: Sep. 15, 26; Accepted: Sep. 16, 26; Published Online: Oct. 3, 26

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCDs) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2567 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรอายุระหว่าง 30-79 ปีทั่วโลก ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.4 พันล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรกลุ่มดังกล่าว และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง[1] และโรคเบาหวานพบจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 800 ล้านคน[2] สถานการณ์ในประเทศไทยจากการเปรียบเทียบข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) และครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568) พบว่าความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น สถานการณ์โรคเบาหวานพบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.50 เป็นร้อยละ 10.60 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.20 เป็นร้อยละ 45.00 และภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.40 เป็นร้อยละ 44.70[3,4] สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในปีงบประมาณ 2568 มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 42,273 คน เป็นโรคเบาหวาน 4,721 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 11.17 ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี (ระดับ HbA1C น้อยกว่า 7%) ร้อยละ 33.87 (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40) และเป็นโรคความดันโลหิตสูง 10,606 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 25.09 สามารถควบคุมโรคได้ดีร้อยละ 64.11 (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60)[5]

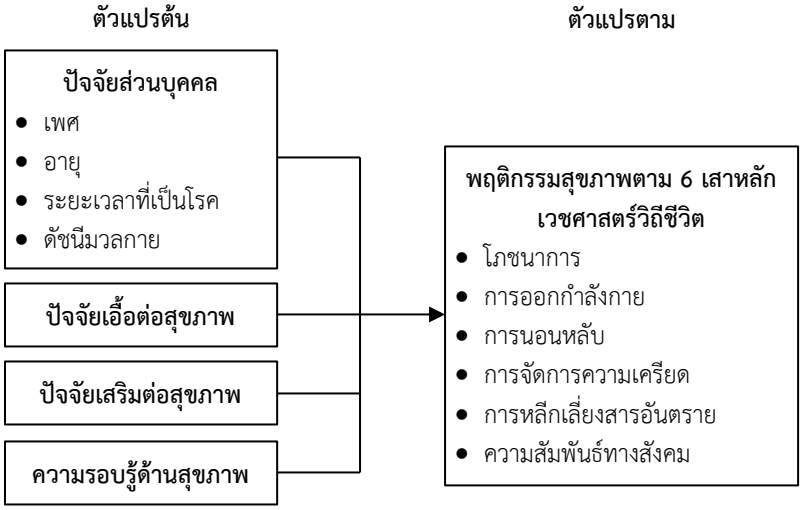
ในอดีตมาตรการป้องกัน NCDs ทั่วโลกและประเทศไทยดำเนินการส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การควบคุมปัจจัยทางชีวภาพ แต่แนวทางดังกล่าวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน ปัจจุบันมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของประชากรเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดและการควบคุม NCDs โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการป้องกันและรักษาโรคผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[6] โดยมี 6 เสาหลักสำคัญในเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วยโภชนาการที่ดี การออกกำลังกาย การนอนหลับที่มีคุณภาพ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติดและสารอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี หลักการดังกล่าวได้รับการยอมรับระดับนานาชาติว่าสามารถป้องกันและเป็นนโยบายหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการนำหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ยังมีอุปสรรคที่สำคัญคือความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้หมายถึงเพียงความสมัครใจ แต่รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง[7]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง[8] งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้นั้น ไม่ได้เกิดจากการไม่ทราบข้อมูล แต่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนข้อมูลเป็นการกระทำได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัญหาที่พบในบริบทโรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันการประเมินพฤติกรรมสุขภาพยังเน้นตามหลักการ 3อ. 2ส. เป็นหลัก ขาดการประเมินพฤติกรรมตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะเสาหลักที่มักจะถูกละเลย เช่น คุณภาพการนอนหลับ และความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าการนอนหลับ

ที่ไม่ดีส่งผลโดยตรงต่อภาวะดื้ออินซูลิน[9] และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตที่รุนแรงเทียบเท่าการสูบบุหรี่[10] ในอดีตแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลัก แต่ยังเป็นการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่[11] การศึกษาวิจัยนี้จะช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในการวิจัยสู่บริบทของพื้นที่ เน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การออกแบบโปรแกรม และแนวทางในการให้คำแนะนำ สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็นและจำเพาะต่อปัญหาของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นผลลัพธ์หลัก ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การใช้สารเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2569-31 กรกฎาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 14,879 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี และได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยได้รับการรักษาต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี นับแต่วันที่วินิจฉัยโรค

ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อจำกัดประชากร และจากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี[12] พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เท่ากับ 25.13 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.09 คะแนน กำหนดค่าสถิติมาตรฐานใต้เส้นโค้งสำหรับการทดสอบแบบสองทาง (alpha)=0.05 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ย (d) ที่ร้อยละ 2.50 ซึ่งค่านี้จะเท่ากับ 0.628 เมื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะได้เท่ากับ 487 ตัวอย่าง และเมื่อปรับด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ทะ จำนวน 14,879 คน[5] จะได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 472 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีการขาดนัดหรือไม่ได้มารับการรักษาต่อเนื่อง 2) มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบเร่งด่วน 3) มีโรคร่วม เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม หรือมีโรคประจำตัวระยะสุดท้าย 4) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการได้ยินหรือการมองเห็นที่ไม่สามารถสื่อสารได้ และ 5) ผู้ป่วยที่อยู่ระยะพึ่งพิง (ADL 0-11 คะแนน)

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิประชากรตามรายตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จำนวน 10 ตำบล จัดทำบัญชีรายชื่อแยกเป็นรายตำบล และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Probability proportional to size) 2) การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปจนได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบลครบตามจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป</u> มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก โรคที่ผู้ป่วยเป็น ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคประจำตัวโรคแรก น้ำหนัก และส่วนสูง

<u>ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ</u> ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก[13] ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ ถามเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงอาหารสุขภาพ การเดินทางไปโรงพยาบาล พื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมการนอนหลับ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน คือ 5-8 คะแนน หมายถึง

ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพต่ำ 9-11 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพปานกลาง และ 12-15 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก[13] ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ข้อ ถามเกี่ยวกับการมีคนช่วยเตรียมอาหาร การจัดการความเครียด การติดตามอาการโดยบุคลากรสาธารณสุข การได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คือ คะแนนรวม 5-10 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพต่ำ 11-15 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพปานกลาง และคะแนนรวม 16-20 คะแนน หมายถึงปัจจัยเสริมต่อสุขภาพสูง

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของคนไทย[14] และคู่มือกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ[15] ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง ความเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ แต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ รวมคำถาม 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก ให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนเต็มในแต่ละด้านและคะแนนรวม คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ คะแนนร้อยละ 60-80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง และคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle assessment) ซึ่งเป็นแบบประเมินในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต พ.ศ. 2565[16] ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 16 ข้อ คิดเป็นคะแนนรวม 50 คะแนน จากแต่ละด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร 10 คะแนน การออกกำลังกาย 10 คะแนน การนอนหลับ 10 คะแนน ด้านบุหรี่และแอลกอฮอล์ 10 คะแนน การจัดการความเครียด 5 คะแนน และด้านความสัมพันธ์ 5 คะแนน การแปลผลคิดจากคะแนนรวมจำแนกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0-20 หมายถึง “ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย” 21-30 หมายถึง “เท่ากับค่าเฉลี่ย” 31-40 หมายถึง “ดีมาก” และ 41-50 หมายถึง “ดีเยี่ยม”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของข้อคำถาม และการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ของแบบสอบถามในส่วนปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพเท่ากับ 0.708 ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพเท่ากับ 0.749 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.937 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเท่ากับ 0.978

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปรายละเอียด ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาเพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ $p<0.05$ โดย

2.1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และสถิต Independent t-test สำหรับตัวแปรที่มีลักษณะเป็นกลุ่ม

2.2) วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) สำหรับระบุปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ E2569-037 วันที่รับรอง 25 พฤษภาคม 2569 ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ การตัดสินใจไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์จะบันทึกเข้าในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ และเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยมีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกทำลายและลบออกจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์หลังจากการเผยแพร่ข้อมูลแล้ว และการเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับปัจจัยเอื้อ และระดับปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 473 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.83 อายุเฉลี่ย 65.45±7.91 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.90 มีอายุในช่วง 61-70 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 80.78 สถานภาพสมรสคู่เท่ากับร้อยละ 63.64 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงอย่างเดียวร้อยละ 71.46 ระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วยเป็นโรคประจำตัวโรคแรกถึงปัจจุบัน 8.75±5.46 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.61±3.81 kg/m^2 คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 12.51±1.67 คะแนน อยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 15.00±2.10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง (n=473)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	190	40.17
หญิง	283	59.83
อายุ (ปี)		
<50	14	2.96
51-60	99	20.93
61-70	184	38.90
71-80	176	37.21
Mean=65.45, SD=7.91, Min=34, Max=79		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	19	4.02
ประถมศึกษา	382	80.76
มัธยมศึกษา	60	12.69
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	2.53
สถานภาพสมรส		
โสด	40	8.45
คู่	301	63.64
หม้าย/หย่า/แยก	132	27.91
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	338	71.46
เบาหวาน	49	10.36
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	86	18.18
ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคประจำตัวโรคแรกถึงปัจจุบัน (ปี)		
1-5	177	37.42
6-10	176	37.21
11-15	68	14.38
16-20	40	8.45
มากกว่า 20	12	2.54
Mean=8.75, SD=5.46, Min=1, Max=25		
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
<18.5	18	3.81
18.5-22.9	215	45.45
23.0-24.9	98	20.72
25.0-29.9	107	22.62
30.0 ขึ้นไป	35	7.40
Mean=23.61, SD=3.81, Min=16.85, Max=35.24		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง (n=473)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ		
ต่ำ	12	2.54
ปานกลาง	107	22.62
สูง	354	74.84
Mean=12.51, SD=1.67, Min=6, Max=15		
ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ		
ต่ำ	11	2.32
ปานกลาง	330	69.77
สูง	132	27.91
Mean=15.00, SD=2.10, Min=6, Max=20		

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 99.70±9.62 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความเข้าใจ รองลงมาเป็นด้านการนำไปใช้ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=473)

	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean± SD	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับความรอบรู้
1.	ด้านการเข้าถึง	19.87±2.60	79.48	ปานกลาง
2.	ด้านความเข้าใจ	20.50±2.10	82.00	สูง
3.	ด้านการไต่ถาม	19.54±2.53	78.16	ปานกลาง
4.	ด้านการตัดสินใจ	19.83±2.13	79.32	ปานกลาง
5.	ด้านการนำไปใช้	19.96±2.20	79.84	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม		**99.70±9.62**	**79.76**	**ปานกลาง**

3. พฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

พฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งคำนวณเป็นคะแนนพฤติกรรมรวมทั้ง 6 เสาหลัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเท่ากับ 34.34±4.72 คะแนน อยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายเสาหลักพบว่าการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 95.64 ของคะแนนเต็ม และเสาหลักการออกกำลังกายมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยต่ำสุดคิดเป็นร้อยละ 40.63 ของคะแนนเต็ม

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n=473)

พฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลัก	Mean ± SD	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านโภชนการ†	5.06±1.73	50.66	เท่ากับค่าเฉลี่ย
2. ด้านการออกกำลังกาย†	4.06±1.74	40.63	เท่ากับค่าเฉลี่ย
3. ด้านการนอนหลับ†	8.01±2.09	80.12	ดีเยี่ยม
4. ด้านการใช้สิ่งเสพติด†	9.56±1.56	95.64	ดีเยี่ยม
5. ด้านการจัดการความเครียด‡	3.56±1.42	71.29	ดีมาก
6. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม‡	4.07±1.52	81.48	ดีเยี่ยม
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ	**34.34±4.72**	**68.69**	**ดีมาก**

†คะแนนเต็มรายด้านเท่ากับ 10 คะแนน; ‡คะแนนเต็มรายด้านเท่ากับ 5 คะแนน

4. ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์ทางลบ และพบว่าปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แสดงในตารางที่ 4 เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression) พบว่า มีตัวแปรจำนวน 4 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) ได้แก่ เพศชาย ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 13.79 (Adjust R^2=0.1379) แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ (ภาพรวม)	
	r	p-value
1. เพศ	-0.095	0.038
2. อายุ	0.043	0.353
3. ระยะเวลาที่เป็นโรค	0.045	0.331
4. ดัชนีมวลกาย	-0.034	0.461
5. ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ	0.186	<0.001
6. ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ	0.288	<0.001
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.340	<0.001

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	14.792	2.387	—	6.20	<0.001
เพศชาย	-0.842	0.417	-0.090	-2.02	0.044
ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ	0.366	0.124	0.130	2.94	0.003
ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ	0.273	0.123	0.122	2.21	0.028
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.112	0.027	0.229	4.10	<0.001

R^2=0.1452, Adjust R^2=0.1379, F=19.87, p-value<0.001

การอภิปรายผล

จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีคะแนนโดยรวมเท่ากับร้อยละ 79.20 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรรณิการ์ การีสรรพ์ และคณะ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง[17] อย่างไรก็ตามพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยการศึกษาของ มยุรี คนยัง พบความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบไม่พึ่งอินซูลินอยู่ในระดับดีมาก[12] ในขณะที่ผลการศึกษาของสุภาพร มงคลหมู่ พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้อธิบายได้จากความแตกต่างในบริบทของพื้นที่ รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ หรือลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน[18]

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่าด้านความเข้าใจมีคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 82.00) สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการให้สุขศึกษาเบื้องต้นในสถานบริการสุขภาพสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาพร มงคลหมู่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี การที่ผู้ป่วยมารับบริการอย่างสม่ำเสมอและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลและแผนการรักษาได้อย่างดี[18] อย่างไรก็ตามพบว่าความรอบรู้ด้านการไต่ถามมีคะแนนต่ำสุดสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติชัย เกิดพันธ์ และคณะ ที่พบว่าทักษะด้านการไต่ถามมักมีคะแนนต่ำกว่าทักษะอื่นซึ่งแสดงให้เห็นข้อจำกัดในการสื่อสารแบบสองทางระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อาจเป็นผลจากระยะเวลาการตรวจรักษาที่จำกัด หรือความคุ้นชินในวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยมักเป็นเพียงผู้รับฟังมากกว่าผู้ซักถาม[19]

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตพบว่าในภาพรวมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรกนก นาเครือ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมในระดับดีมาก (ร้อยละ 52.50) มีจุดแข็งในด้านสัมพันธภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับเช่นเดียวกัน[20] ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้จากบริบทของสังคมไทยในระดับชุมชนที่มีความผูกพันในระบบเครือญาติและมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งก่อให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม

อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ยืนยันว่ากลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา[12]

อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมเชิงรุกที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างมีวินัย ได้แก่ ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายมีคะแนนอยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรกนก นาเครือ ที่พบว่าพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ยเช่นเดียวกัน[20] ประเด็นนี้สะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้และการนำไปปฏิบัติ แม้ผู้ป่วยจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แต่การปรับเปลี่ยนด้านโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายนั้นต้องอาศัยแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic motivation) และทักษะการจัดการตนเองชั้นสูง ดังที่ กฤษณี ศรีเมือง ได้รายงานไว้ในการศึกษาของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งแม้จะเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างครบถ้วน[21] นอกจากนี้ในการศึกษาของศิริพร ศรีชะตา และคณะ ยังสนับสนุนว่าการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคและการออกกำลังกายให้ประสบความสำเร็จจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยโปรแกรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีความเข้มข้น มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[22]

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบททางสังคมและวิถีชีวิตที่เพศชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของที่พบว่าเพศหญิงมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าและมีการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ครอบคลุมกว่าเพศชาย[20] สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกพบว่าเป็นปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพและปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงทรัพยากรในชุมชน หรือการได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนพดล ทองอร่ามและคณะ ที่ยืนยันว่าการเข้าถึงบริการของชุมชนและการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[23]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการเข้าถึง ความเข้าใจ การไต่ถาม และการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17,21] อย่างไรก็ตามแม้ปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่แบบจำลองสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 13.79 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีพลวัตสูง โดยถูกกำหนดโดยปัจจัยเชิงลึกอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจภายใจ

การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมจึงต้องอาศัยการจัดโปรแกรมที่จำเพาะเจาะจง[22]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในคลินิกโรคเรื้อรังควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการโดยเน้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อเพิ่มทักษะในการโต้ตอบซักถาม โดยอาจพิจารณาเลือกสื่อภาพหรือคลิปวิดีโอให้สุขศึกษาที่เข้าใจง่ายมาประกอบในระหว่างรอรับบริการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าตั้งคำถาม และแลกเปลี่ยนข้อสงสัย
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคเรื้อรังควรมีการออกแบบแผนการดูแลแบบเฉพาะบุคคล (Individualized care plan) โดยเน้นด้านโภชนาการและการออกกำลังกายมากขึ้น ทั้งนี้แผนการดูแลควรมีความสอดคล้องกับข้อจำกัดทางสรีรวิทยาและบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการร่วมการรักษากับแพทย์
3. ในการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังควรมีการบูรณาการเครือข่ายร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสร้างปัจจัยหนุนเสริมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างเครือข่ายร่วมกับร้านอาหารในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดการสภาพแวดล้อมที่ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดการพื้นที่สาธารณะในการออกกำลังกาย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่บูรณาการหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยใช้หมู่บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการสุ่ม หรือมีการออกแบบนวัตกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อติดตามและกระตุ้นการดูแลโภชนาการและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. เริงฤดี ปธานวนิช, วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ.2567-2568. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
4. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง [อินเตอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มกราคม 11]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9
6. คณะอนุกรรมาธิการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ในคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2568.
7. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, ธนิสา อนุญาหงษ์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;4(1):1-12.
8. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
9. Singh T, Ahmed TH, Mohamed N, Elhaj MS, Mohammed Z, Paulsingh CN, et al. Does Insufficient Sleep Increase the Risk of Developing Insulin Resistance: A Systematic Review. Cureus. 2022 Mar 26;14(3):e23501. doi: 10.7759/cureus.23501.
10. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010 Jul 27;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
11. Evang L, Lewis JE, Nicanord EJ. Effects of the Six Pillars of Lifestyle Medicine on the Performance of High School Athletes: A Systematic Review. Am J Lifestyle Med. 2025 Oct 14:15598276251388632. doi: 10.1177/15598276251388632.
12. มยุรี คนยัง. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน,. 2567; 9(1): 335-45.
13. World Health Organization. Social determinants of health [Internet] Geneva2025 [cited 2026 MAR 26]. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
14. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
15. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นิรันตา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, กฤษกร คนหาญ, เนตรชนก ไชยพาน, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด; 2564.
16. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต) หลักสูตรประจำปี พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.

17. กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล. 2562; 25(1): 280-95.
18. สุภาพร มงคลหมู่, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2565;17(2):168-75.
19. กิตติชัย เกิดพันธ์, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, จิราภรณ์ กรรมบุตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2568;32(2):161-77.
20. กรกนก นาเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;47(1):82-97.
21. กฤษณี ศรีเมือง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มีนาคม 26]; เข้าถึงได้จาก: https://hdl.handle.net/20.500.14770/7846
22. ศิริพร ศรีชะตา, อนุชา ไทยวงษ์, กำทร คานา, ดิษฐพล ใจซื่อ, วัชรินทร์ สมบัติศิริ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2569;32(1):1-18.
23. นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2565;3(2):100-11.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ฐิติมา ระย้าเพ็ชร[*a], กัลยากร มารศรี[**], จีรนันท์ เตือนขุนทด[**], วทันยา ขออยู่กลาง[**]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 302 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9 เพศชาย ร้อยละ 31.1 อยู่ในช่วงอายุ อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 61.6 มีน้ำหนักปกติตามเกณฑ์ (สมส่วน) ร้อยละ 33.5 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 89.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.4 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.2 และมีประวัติการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 25.8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ การมองในระยะทั่วไปไม่ชัดเจน การมองไม่เห็นตัวหนังสือหรือวัตถุที่อยู่ใกล้ การไม่สามารถมองเห็นวัตถุในที่มืด การมองสีได้ไม่ตรงกับสีจริง การจะต้องให้พูดซ้ำบ่อยครั้ง การออกกำลังกายเบาๆ และลักษณะพื้นบ้านมีความลื่น มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าควรมีการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และการตรวจสุขภาพประจำปี โดยเฉพาะด้านการมองเห็นและการได้ยิน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยในระดับเบาเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การพลัดตกหกล้ม; ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย; ปัจจัยด้านพฤติกรรม; ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

[*] อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
[**] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
[a] Corresponding author: ฐิติมา ระย้าเพ็ชร Email: thitima.p@nrru.ac.th
รับบทความ: 9 ต.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 16 ต.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 16 ต.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 6 พ.ย. 69

Factors Associated with Falls Among the Elderly in Tambon Maroeng, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province

Thitima Rayaphet[*a], Kanlayakorn Marasri[**], Jeeranun Tuenkhunthod[**], Watanya Khoyooklang[**]

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate factors associated with falls among older adults in Mareng Subdistrict, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province. The study samples consisted of 302 older adults. Data were collected using a structured interview questionnaire. Descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, were used for data analysis, while associations between factors and fall experiences were examined using the Chi-square tests.

The results showed that most participants were females (68.9%), whereas males accounted for 31.1 percent. The majority were aged 60-70 years (61.6%), had normal body weight (33.5%), completed primary education (89.4%), and were unemployed (34.4%). Most participants had underlying diseases (76.2%), and 25.8% had experienced at least one fall. Analysis of factors associated with fall experiences during the previous year revealed that sex, impaired distance vision, inability to see letters or nearby objects clearly, difficulty seeing objects in the dark, inaccurate color perception, frequent need for others to repeat conversations, engagement in light exercise, and slippery household flooring were significantly associated with falls among older adults ($p<0.05$).

The findings indicate the need for continuous fall surveillance among older adults. Annual health examinations, particularly vision and hearing assessments, should be promoted. In addition, older adults should be encouraged to engage in age-appropriate light exercise to enhance physical strength and reduce the risk of falls.

Keywords: Older adults; Falls; Physical risk factors; Behavioral factors; Environmental factors

[*] Lecturer, Bachelor of Public Health Program, Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University
[**] Bachelor of Public Health Student, Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University
[a] Corresponding author: Thitima Rayaphet Email: thitima.p@nrru.ac.th
Received: Oct. 10, 26; Revised: Oct. 16, 26; Accepted: Oct. 16, 26; Published Online: Nov. 6, 26

บทนำ

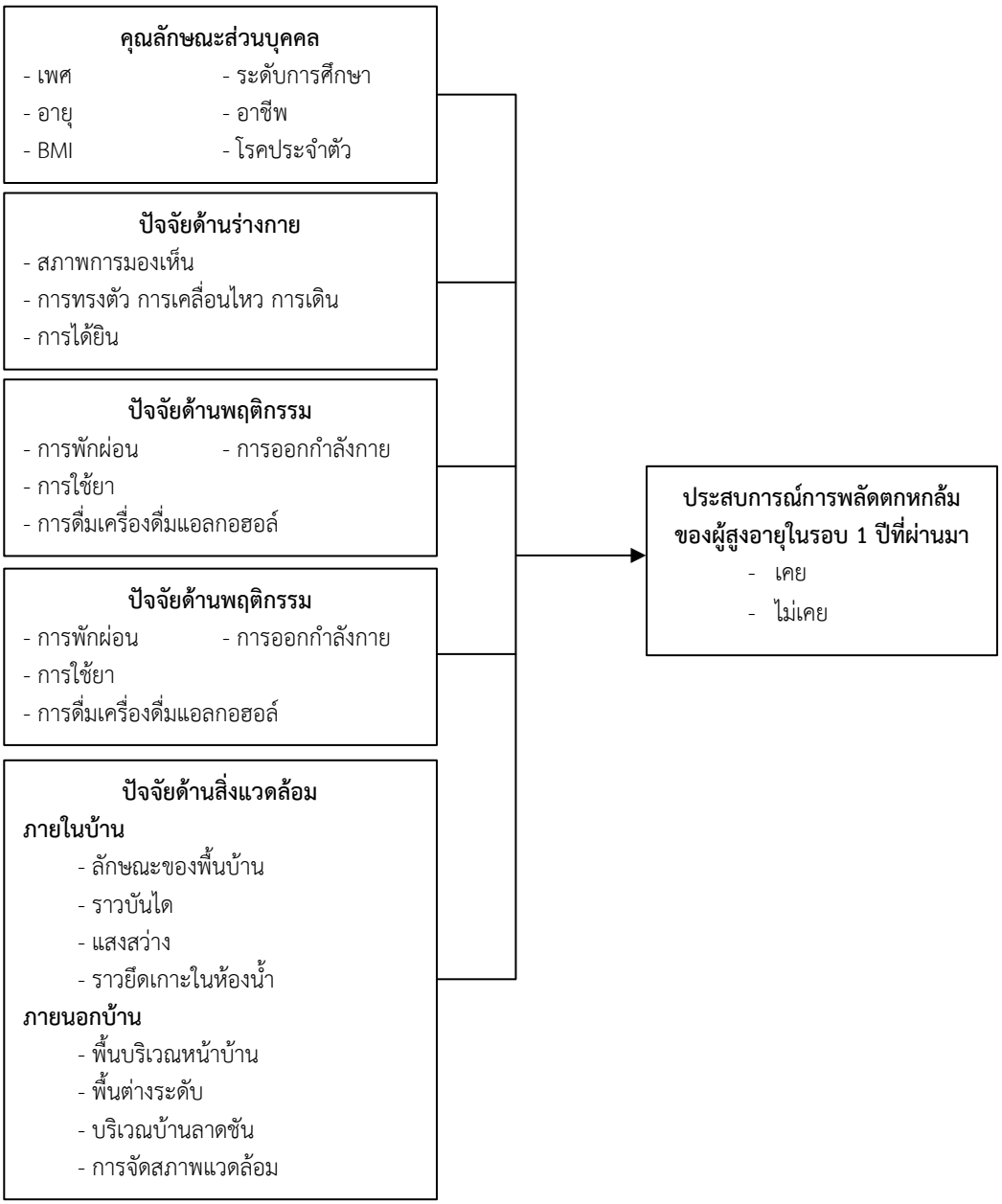
ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Aging society) โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12 ล้านคน หรือร้อยละ 18 ของจำนวนประชากรทั้งหมด เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในอาเซียนแล้ว ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับ 2 บ่งชี้ว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ สถานการณ์นี้เป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว นโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมการมีบุตร ทำให้เกิดการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วและการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปีโดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การมองเห็นลดลง ความสามารถในการทรงตัวลดลง เดินเซ การเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทรงตัวบกพร่อง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวและต้องรับประทานยา จากผลของยาและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาจส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้[1] ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่ความพิการได้ สถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560-2564 พบร้อยละ 18.5 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่าและพบได้ในสถานการณ์ทั่วไป เช่น หกล้มในบ้านหรือนอกบ้านขณะเดินทางสถานที่ทำงาน ถนน ไร่นา ฟาร์มเลี้ยงสัตว์เป็นต้น ร้อยละ 5-10 ของการหกล้ม มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น กระดูกหัก การบาดเจ็บของสมองและมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 นอกจากนี้ ร้อยละ 25-75 สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ก่อให้เกิดภาวะติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมักจะเกิดความกังวล มีภาวะซึมเศร้าตลอดจนสูญเสีย ความมั่นใจในการเดินถึงร้อยละ 30-73 และส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย ด้านค่ารักษาพยาบาล เวลาทำงานของญาติ และการดูแลระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ[2]

สาเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการซึ่งขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล ทั้งที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราภาพที่พบบ่อยจะเกี่ยวข้องกับความเสื่อมของระบบการทำงานต่างๆของร่างกายที่มีผลต่อการทรงตัว ได้แก่ ความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ลดลงทำให้ขณะเดินหรือเปลี่ยนท่าทางร่างกายไม่สามารถรักษาจุดศูนย์กลางของมวลร่างกายให้อยู่ในฐานที่สมดุลได้และเกิดการหกล้มขึ้นรวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคพาร์กินสัน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิต เป็นต้น และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่สิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ การจัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ การจัดวางเครื่องเรือนในบ้านที่ไม่เหมาะสม การสวมรองเท้าที่มีขนาดไม่พอดีกับเท้า เป็นต้น[3]

พื้นที่ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,427 คน จากประชากรทั้งหมด จำนวน 7,129 คน คิดเป็นร้อยละ 20.01 ซึ่งจัดว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed aged society) ดังนั้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้เพื่อนำ

ผลการศึกษาวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและดำเนินงานด้านการส่งเสริม การป้องกัน และการรักษา ซึ่งจะช่วยลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลระหว่าง มิถุนายน-กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,427 คน[4] ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)[5] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามสัดส่วนของประชากร จำแนกตามหมู่บ้าน จำนวน 9 หมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลมะเริง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ทุกคนมีโอกาสได้รับการสุ่มอย่างเท่าเทียมกัน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี
2. อาศัยอยู่ในตำบลมะเริง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
3. สามารถสื่อสารพูดคุย ตอบคำถาม อ่านและเขียนหนังสือเป็นภาษาไทยได้
4. คะแนน Activity of Daily Living : ADL≥5 คะแนน
5. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ต่างพื้นที่ หรือไม่อยู่อาศัยในพื้นที่
2. ขอถอนตัวขณะตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

<u>ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล</u> จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ BMI ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประสบการณ์การหกล้ม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบสั้นๆ

<u>ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกาย</u> จำนวน 12 ข้อ เป็นเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ด้านสภาพการมองเห็น 2) ด้านการทรงตัว การเคลื่อนไหวและการเดิน และ 3) การได้ยิน ลักษณะ

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก ใช้เกณฑ์พิจารณาภาพรวมตามเกณฑ์ของ Best[6] 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) การพักผ่อน 2) การใช้ยา 3) การสวมเสื้อผ้าและรองเท้า และ 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ใช้เกณฑ์พิจารณาภาพรวมตามเกณฑ์ของ Best[6] 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 2 ด้าน 1) ปัจจัยภายในบ้าน และ 2) ปัจจัยภายนอกบ้าน แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก ใช้เกณฑ์พิจารณาภาพรวมตามเกณฑ์ของ Best[6] 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 0.75 และ 0.79 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) หากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะใช้สถิติ Fisher's exact test แทน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยตระหนักถึงการเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขั้นตอนของการศึกษา ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องได้รับคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ การวิจัยนี้ได้รับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-096-2568 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 302 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9 มีอายุเฉลี่ย 60 ปี มีน้ำหนักปกติตามเกณฑ์ ร้อยละ 33.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.4 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (n=302)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	31.1
หญิง	208	68.9
อายุ (ปี)		
60-70	186	61.6
71-80	116	38.4
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) kg/m^2		
น้ำหนักน้อยกว่าปกติ (<18.5)	27	8.9
น้ำหนักปกติตามเกณฑ์ (สมส่วน) (18.5-22.9)	101	33.5
น้ำหนักเกินเกณฑ์ (23.0-24.9)	75	24.8
อ้วน (25.0-29.9)	73	24.2
อ้วนมาก (>30.0)	26	8.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	0.7
ประถมศึกษา	270	89.4
มัธยมต้น	14	4.6
มัธยมปลาย/ปวช.	9	3.0
อนุปริญญา/ปวส.	3	1.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	1.3
อาชีพ		
ว่าง	104	34.4
แม่บ้าน-พ่อบ้าน	67	22.2
เกษตรกร	42	13.9
ค้าขาย	54	17.9
รับจ้างทั่วไป	35	11.6
ประวัติการมีโรคประจำตัว		
มี	230	76.2
ไม่มี	72	23.8

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านร่างกายมากที่สุด คือ มองไม่เห็นตัวหนังสือหรือวัตถุที่อยู่ใกล้เพราะสายตายาว ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ ปัญหาการทรงตัวเมื่อลุกจากท่านั่งหรือท่านอน ร้อยละ 27.2 และมีสายตาฝ้าฝางหรือมองในระระทั่วไปไม่ชัดเจน ร้อยละ 24.8 ปัญหาทางด้านร่างกายน้อยที่สุด คือมองสีได้ไม่ตรงกับสีจริงเพราะตาบอดสี ร้อยละ 97.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (n=302)

ปัจจัยด้านร่างกาย	มาก	ปานกลาง	น้อย
	n (%)	n (%)	n (%)
1. ท่านมีสายตาฝ้าฝางหรือมองในระระทั่วไปไม่ชัดเจน	75 (24.8)	127 (42.1)	100 (33.1)
2. ท่านมองไม่เห็นตัวหนังสือหรือวัตถุที่อยู่ใกล้เพราะสายตายาว	135 (44.7)	67 (22.2)	100 (33.1)
3. ท่านไม่สามารถมองเห็นวัตถุในที่มืด	29 (9.6)	135 (44.7)	138 (45.7)
4. ท่านมองสีได้ไม่ตรงกับสีจริงเพราะตาบอดสี	3 (1.0)	5 (1.7)	294 (97.3)
5. ท่านมีปัญหากับการทรงตัวเมื่อลุกจากท่านั่งหรือท่านอน	82 (27.2)	100 (33.1)	120 (39.7)
6. ท่านมีความลำบากในการลุกยืนจากเก้าอี้	42 (13.9)	84 (27.8)	171 (56.6)
7. ท่านรู้สึกว่าการเดินของท่านไม่มั่นคง	55 (18.2)	109 (36.1)	138 (45.7)
8. ท่านเคยลื่นล้มหรือสะดุดบ่อยครั้งในช่วงที่ผ่านมา	28 (9.3)	73 (24.2)	201 (66.5)
9. ท่านมักจะต้องให้คนพูดซ้ำบ่อยครั้ง	26 (8.6)	87 (28.8)	189 (62.6)
10. ท่านรู้สึกว่าการได้ยินของท่านลดลง	32 (10.6)	131 (43.4)	139 (46.0)
11. ท่านมักมีเสียงแว่วรบกวนในหู	10 (3.3)	44 (14.6)	248 (82.1)
12. ท่านมักต้องเพิ่มระดับเสียงทีวีหรือวิทยุให้ดังขึ้นเพื่อให้ฟังชัด	36 (11.9)	83 (27.5)	183 (60.6)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ ใช้เวลาพักผ่อนเพื่อเดินเล่นในพื้นที่ปลอดภัย เช่น สวนสาธารณะหรือในบ้าน ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ ออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินหรือ การยืดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 58.3 และรับประทานยาชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 56.0 และไม่ปฏิบัติเลย คือ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (n=302)

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
	n (%)	n (%)	n (%)
1. ท่านนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง	96 (31.8)	78 (25.8)	128 (42.4)
2. ท่านใช้เวลาพักผ่อนเพื่อเดินเล่นในพื้นที่ปลอดภัย เช่น สวนสาธารณะหรือในบ้าน	204 (67.5)	67 (22.2)	31 (10.3)
3. ท่านรับประทานยาชนิดใดชนิดหนึ่ง (ยานอนหลับ, ยากล่อมประสาท, ยาลดความดันโลหิต หรือยาขับปัสสาวะ)	169 (56.0)	6 (2.0)	127 (42.0)
4. ท่านรับประทานยารักษาโรคตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ยกเว้นวิตามิน)	61 (20.2)	4 (0.3)	240 (79.5)
5. ท่านออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินหรือการยืดกล้ามเนื้อ	176 (58.3)	70 (23.2)	56 (18.5)
6. ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน	101 (33.4)	73 (24.2)	128 (42.4)
7. ท่านหลีกเลี่ยงออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ร่างกายอ่อนล้าหรือไม่พร้อม	167 (55.3)	32 (10.6)	103 (34.1)
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	21 (7.0)	35 (11.6)	246 (81.4)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด คือ ราวเกาะช่วยยืนในห้องน้ำมีความแข็งแรง ร้อยละ 73.5 รองลงมาคือ บริเวณหน้าบ้านมีพื้นต่างระดับ ร้อยละ 58.9 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ (n=302)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	มาก	ปานกลาง	น้อย
	n (%)	n (%)	n (%)
1. ลักษณะของพื้นบ้านท่านมีความลื่น	9 (3.0)	76 (21.2)	217 (71.8)
2. ภายในบ้านของท่านมีแสงสว่างที่เพียงพอ	284 (94.1)	4 (1.3)	14 (4.6)
3. ราวจับทางขึ้น-ลงของบันไดอำนวยความสะดวกต่อการขึ้น-ลงของผู้สูงอายุ	98 (32.5)	8 (2.6)	196 (64.9)
4. ราวเกาะช่วยยืนในห้องน้ำมีความแข็งแรง	69 (22.8)	11 (3.7)	222 (73.5)
5. พื้นบริเวณหน้าบ้านของท่านมีพื้นผิวที่ลื่น	3 (1.0)	30 (9.9)	269 (89.1)
6. บริเวณหน้าบ้านของท่านมีความลาดชัน	13 (4.3)	52 (17.2)	237 (78.5)
7. บริเวณหน้าบ้านของท่านมีพื้นต่างระดับ	17 (5.6)	178 (58.9)	107 (35.4)
8. การจัดสภาพแวดล้อมนอกบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน	7 (2.3)	30 (9.9)	265 (87.8)

ส่วนที่ 5 ประสบการณ์การหกล้มในรอบ1ปีที่ผ่านมา

พบว่า ประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุเคยหกล้ม ร้อยละ 25.8 กรณีที่เคยหกล้ม ไม่ได้รับผลกระทบต่อร่างกาย ร้อยละ 51.3 บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ ถลอก ร้อยละ 35.9 ไม่ได้รับผลกระทบผลกระทบต่อจิตใต ร้อยละ 62.8 มีความรู้สึกกลัวการหกล้ม ร้อยละ 30.8 มีความวิตกกังวลสูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรมต่างๆ ร้อยละ 6.4 และไม่ได้รับผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ร้อยละ 96.2 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละตามประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (n=302)

ประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การหกล้มในรอบ1ปีที่ผ่านมาท่านเคยหกล้มหรือไม่		
เคย	78	25.8
ไม่เคย	224	74.2
กรณีที่เคยหกล้ม		
ผลกระทบต่อร่างกาย		
ไม่ได้รับผลกระทบ	40	51.3
บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ ถลอก	28	35.9
บาดเจ็บของศีรษะ	1	1.3
กระดูกหัก	9	11.5

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละตามประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (n=302)

ประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลกระทบต่อจิตใจ		
ไม่ได้รับผลกระทบ	49	62.8
มีความรู้สึกกลัวการหกล้ม	24	30.8
มีความวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรม	5	6.4
ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ		
ไม่ได้รับผลกระทบ	75	96.2
สูญเสียเวลาการทำงานของญาติหรือตนเอง	3	3.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (p-value=0.008) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ท่านมีสายตาฝ้าฝางหรือมองในระระทั่วไปไม่ชัดเจน (p-value=0.049) ท่านมองไม่เห็นตัวหนังสือหรือวัตถุที่อยู่ใกล้เพราะสายตายาว (p-value=0.041) ท่านไม่สามารถมองเห็นวัตถุในที่มืด (p-value=0.004) ท่านมองสีได้ไม่ตรงกับสีจริงเพราะตาบอดสี (p-value=<0.001) และจะต้องให้คนพูดซ้ำ (p-value=0.010) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินหรือการยืดกล้ามเนื้อ (P-value=0.027) รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ ลักษณะพื้นบ้านมีความลื่น (p-value=0.021) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม (n=302)

ปัจจัย	ประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม		x^2	p-value
	เคย (n%)	ไม่เคย (n%)		
คุณลักษณะส่วนบุคคล				
เพศ			6.941	0.008
ชาย	79 (84.0)	15 (16.0)		
หญิง	145 (69.7)	63 (30.3)		
ปัจจัยด้านร่างกาย				
ท่านมีสายตาฝ้าฝางหรือมองในระยะทั่วไปไม่ชัดเจน			6.014	0.049
มาก	22 (28.2)	98 (43.8)		
ปานกลาง	32 (41.0)	68 (30.4)		
น้อย	24 (30.8)	58 (25.9)		
ท่านมองไม่เห็นตัวหนังสือหรือวัตถุที่อยู่ใกล้เพราะสายตายาว			6.410	0.041
มาก	37 (47.4)	139 (62.1)		
ปานกลาง	30 (38.5)	54 (24.1)		
น้อย	11 (14.1)	31 (13.8)		

ตารางที่ 6 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม (n=302)

ปัจจัย	ประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม		x^2	p-value
	เคย (n%)	ไม่เคย (n%)		
ท่านไม่สามารถมองเห็นวัตถุในที่มืด			10.892	0.004
มาก	26 (33.3)	112 (50.0)		
ปานกลาง	29 (37.2)	80 (35.7)		
น้อย	23 (29.5)	32 (14.3)		
ท่านมองสีได้ไม่ตรงกับสีจริงเพราะตาบอดสี			50.312	<0.001
มาก	27 (34.6)	174 (77.7)		
ปานกลาง	34 (43.6)	39 (17.4)		
น้อย	17 (21.8)	11 (4.9)		
ท่านมักจะต้องให้คนพูดซ้ำบ่อยครั้ง			9.301	0.010
มาก	32 (41.0)	95 (42.4)		
ปานกลาง	12 (15.4)	67 (29.9)		
น้อย	34 (43.6)	62 (27.7)		
ปัจจัยด้านพฤติกรรม				
ท่านออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินหรือการยืดกล้ามเนื้อ			7.200	0.027
ปฏิบัติเป็นประจำ	49 (62.8)	170 (75.9)		
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	24 (30.8)	50 (22.3)		
ไม่ปฏิบัติเลย	5 (6.4)	4 (1.8)		
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
ลักษณะของพื้นบ้านท่านมีความลื่น			7.691	0.021
มาก	62 (79.5)	200 (89.3)		
ปานกลาง	11 (14.1)	19 (8.5)		
น้อย	5 (6.4)	5 (2.2)		

การอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เพศอาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะเพศหญิงที่มักเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อ ความหนาแน่นของกระดูก และสมรรถภาพทางกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้มีความเปราะบางต่อการหกล้มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ราชมี[1] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า เพศหญิงหกล้มมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 28.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพล บุญยวง, จินตนา กีเกียง และณัฐดนัย ทบด้าน[7] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเนื่องจากเพศหญิงส่วนมาก

มีความใส่ใจสุขภาพมากกว่าเพศชาย (OR_{adj}=0.63, 95%CI=0.41 to 0.98, p-value=0.042) สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี สุขรี่ และปวีณา ลิมปิทีปราการ[8] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 34.9 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ การประกอบอาชีพ การมีโรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำ และการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยด้านร่างกาย พบว่า การมองเห็นไม่ชัดในระยะทั่วไป การมองไม่เห็นตัวหนังสือหรือวัตถุในระยะใกล้ การมองไม่เห็นวัตถุในที่มืด และการมองสีได้ไม่ตรงกับสีจริง มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการมองเห็นเป็นกลไกสำคัญในการรับรู้สภาพแวดล้อม การประเมินระยะทาง และการรักษาสมดุลของร่างกาย เมื่อประสิทธิภาพการมองเห็นลดลง ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถสังเกตสิ่งกีดขวางหรือความแตกต่างของระดับพื้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ เจือจารย์[9] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่าการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จากผลการวิจัยสะท้อนถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองและแก้ไขปัญหาด้านสายตาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการได้ยิน ได้แก่ ท่านมักจะต้องให้คนพูดซ้ำบ่อยครั้ง มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าระบบการได้ยินมีความเชื่อมโยงกับระบบการทรงตัวภายในหูชั้นใน การเสื่อมของการได้ยินจึงอาจส่งผลต่อความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกาย รวมทั้งลดความสามารถในการรับรู้สัญญาณเตือนหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ราชมี[1] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการได้ยินมีโอกาสเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา 1.7 เท่า สะท้อนให้เห็นถึงการเสื่อมของระบบการมองเห็นและการทรงตัวซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่า การออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินหรือการยืดกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของกิจกรรมทางกายในการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ แม้ว่าผลการศึกษาจะไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรทัย ยินดี[10] ศึกษาเรื่อง การศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อย อายุมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายและอายุที่เพิ่มมากขึ้น อวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงทำให้ความสามารถในการมีกิจกรรมลดลงได้ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเบาๆ อย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับสภาพร่างกายเพื่อช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว แต่สามารถอธิบายได้ว่าการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมออาจช่วยคงสมรรถภาพทางกายและลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ลักษณะพื้นบ้านมีความลื่น มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถในการทรงตัว การเคลื่อนไหว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ลดลงจากการเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และระบบประสาท ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการลื่นล้มหรือสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อพื้นผิวภายในบ้านมีความลื่นหรือเปียกชื้น ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพล บุญยวง, จินตนา กีเกียง และณัฐดนัย ทบด้าน[7] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยควรเลือกใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น ติดตั้งแผ่นกันลื่นในบริเวณที่มีความเสี่ยง เช่น ห้องน้ำ ห้องครัว และทางเดิน รวมทั้งจัดบ้านให้เป็นระเบียบ ลดสิ่งกีดขวาง และปรับปรุงพื้นที่ต่างระดับภายในบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดให้มีระบบเฝ้าระวังและคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน
2. ควรส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุและสภาพร่างกาย เช่น การเดิน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือการฝึกการทรงตัว เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พัฒนาสมดุลร่างกาย และลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
3. ใช้เป็นข้อมูลหรือแนวทางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ผลการศึกษาที่พบและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันในระยะยาวในการวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. วนิดา ราชมี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 16]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc6.anamai.moph.go.th
2. รำพึง จรัสสุริยสกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2567;44(1):98-110.
3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 16]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2567. นครราชสีมา: โรงพยาบาล; 2568.
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
6. Best JW. Research in education. 8th ed. Boston: Allyn and Bacon; 1997.
7. ภัทรพล บุญยวง, จินตนา กีเกียง, ณัฐดนัย ทบด้าน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. 2567;4(1):14-5.
8. วารุณี สุขรี่, ปวีณา ลิมปิทีปราการ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. ใน: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิจัยระดับชาติ มอบ.วิจัย ครั้งที่ 17; 27-28 กรกฎาคม 2566; อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2566. หน้า 68-75.
9. อรวรรณ เจือจารย์, ธนัช กนกเทศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการบวรพัฒน์. 2566;1(3):1-18.
10. สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง, อรทัย ยินดี. การศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. วชิรสารการพยาบาล. 2564;23(2):31-6.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ไดอาน่า ศรีพรกิจขจร, พ.บ.*[a]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุ ระดับสมรรถภาพการปฏิบัติงาน และระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็น Caregiver ที่ผ่านการอบรมเกิน 3 ปี ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย Power analysis ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ (การกายภาพบำบัด การจัดการภาวะวิกฤต การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม และการแพทย์แผนไทย) แบบประเมินความรู้ 20 ข้อ แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และแบบประเมินความมั่นใจตนเอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง รายฉบับอยู่ระหว่าง 0.92-0.96 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.84 Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88-0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง Caregiver จำนวน 309 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$±SD=12.45±2.18 เป็น 17.82±1.64, t=-32.64, p<0.001) คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพการปฏิบัติงานจริงเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีเยี่ยม ($\bar{X}$±SD=2.85±0.54 เป็น 4.45±0.38, t=-42.15, p<0.001) และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$±SD=2.92±0.58 เป็น 4.52±0.41, t=-38.74, p<0.001) จากผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ สามารถยกระดับสมรรถนะและความมั่นใจของ Caregiver ได้อย่างมีประสิทธิผล สามารถใช้เป็นโมเดลต้นแบบในการพัฒนาเครือข่ายระบบดูแลระยะยาว ในระดับปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พัฒนาศักยภาพ; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ภาวะพึ่งพิง

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ
[a] Corresponding author: ไดอาน่า ศรีพรกิจขจร Email: Sripornkit57@gmail.com
รับบทความ: 8 ต.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 17 ต.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 18 ต.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 พ.ย. 69

Effectiveness of a Competency Development Program for Caregivers of the Elderly and Dependent in Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province

Diana Sripornkitkachorn, M.D.[*a]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare caregivers' knowledge, performance competency, and self-efficacy regarding elderly care before and after participating in the competency development program for caregivers of the dependent elderly in Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. The target population consisted of active caregivers in Mueang Chaiyaphum District who had completed their initial training more than 3 years prior. The minimum sample size was calculated using power analysis with a 20 percent drop-out compensation, yielding 235 participants, with a total of 309 caregivers successfully completing the study and providing complete data.

Research instruments included a 5-dimension competency development program (physical therapy, crisis management, environmental modification, dementia care, and Thai traditional medicine), a 20-item knowledge assessment, a 5-level rubric performance competency scale, and a self-efficacy scale. Content validity was evaluated by 3 experts, yielding an index ranging from 0.92 to 0.96 across instruments. Reliability was confirmed with KR-20=0.84 for knowledge assessment and Cronbach's alpha ranging from 0.88 to 0.91 for competency and self-efficacy scales. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with statistical significance set at 0.05.

The results revealed that among the 309 caregivers, the mean knowledge score significantly increased post-intervention ($\bar{x}$±SD=12.45±2.18 to 17.82±1.64, t=-32.64, p<0.001). Performance competency significantly improved from a moderate level to an excellent level ($\bar{x}$±SD=2.85±0.54 to 4.45±0.38, t=-42.15, p<0.001). Furthermore, self-efficacy scores significantly increased from a moderate level to the highest level ($\bar{x}$±SD=2.92±0.58 to 4.52±0.41, t=-38.74, p<0.001). These findings demonstrate that the 5-dimension competency development program effectively enhances caregivers' skills and self-efficacy, serving as a sustainable prototype model for primary long-term care systems.

Keywords: Competency development; Elderly caregiver; Dependent elderly

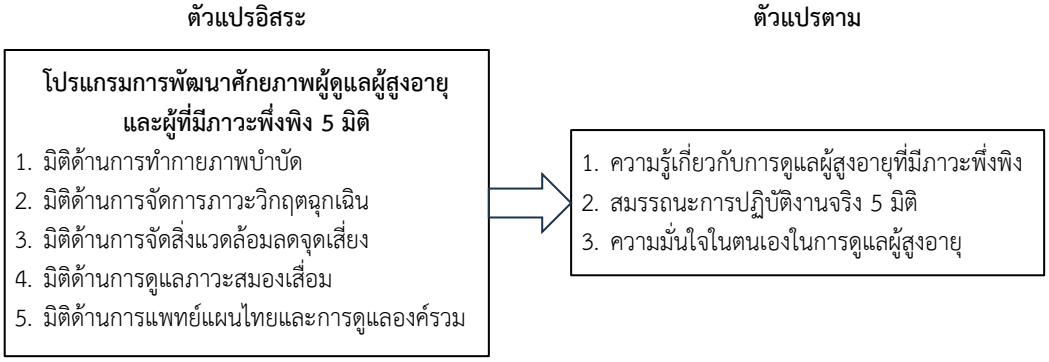
[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Social Medicine Department, Chaiyaphum Hospital
[a] Corresponding author: Diana Sripornkitkachorn Email: Sripornkit57@gmail.com
Received: Oct. 8, 26; Revised: Oct. 17, 26; Accepted: Oct. 18, 26; Published Online: Nov. 7, 26

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) และกำลังมุ่งสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด[1] ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependency) และผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมและการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] สอดคล้องกับแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC)[3] การจัดการปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยกลไกการดูแลเชิงรุกในชุมชน ผ่านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น[4] โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เป็นบุคลากรปฐมภูมิหลักในการขับเคลื่อน ในบริบทของอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ แม้จะมีการขับเคลื่อนนโยบายตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่พบความท้าทายสำคัญคือการรักษามาตรฐานและสมรรถนะของ Caregiver ให้เท่าทันต่อความซับซ้อนของอาการเจ็บป่วย จากการติดตามงานในพื้นที่พบว่า Caregiver ที่ผ่านการอบรมมาเกิน 3 ปี บางส่วนยังขาดความมั่นใจและทักษะเฉพาะทางในการทำกายภาพบำบัด การรับมือกับภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การปรับสิ่งแวดล้อม และการจัดการพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม หาก Caregiver ขาดสมรรถนะที่เพียงพอ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลในการชะลอภาวะพึ่งพิง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชนแบบองค์รวม จึงได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม 5 มิติการดูแลหลัก (การทำกายภาพบำบัด การจัดการภาวะวิกฤต การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม และการแพทย์แผนไทย) โดยประยุกต์ใช้แนวทางจากคู่มือหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568)[5] เพื่อยกระดับความรู้ ทักษะสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองของ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะตามคู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568)[5] ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[6] เป็นกรอบในการออกแบบตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ (การทำกายภาพบำบัด การจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม และการแพทย์แผนไทย) เพื่อส่งผ่านไปยังตัวแปรตาม 3 ด้าน ได้แก่ ระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุ, ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง (5 มิติ) และ ระดับความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองขั้นต้น (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ ต่อระดับความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีแผนผังรูปแบบการวิจัย ดังนี้

$$O_1 \longrightarrow X \longrightarrow O_2$$

สัญลักษณ์ที่ใช้ในแผนผังการวิจัย

O_1 : การประเมินระดับความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองของ Caregiver ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ (Pre-test)

X : การดำเนินโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ

O_2 : การประเมินระดับความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองของ Caregiver หลัง เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ (Post-test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุมาแล้วเกิน 3 ปี และกำลังปฏิบัติงานอยู่ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุมาแล้วเกิน 3 ปีปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วนตลอดระยะเวลาการทดลอง หรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power analysis) สำหรับสถิติ Paired t-test ตามแนวคิดของ Polit and Beck[7] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size: d) เท่ากับ 0.20 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 196 คน ชดเชยการสูญหาย

ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการจำนวน 235 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จริงในการดำเนินงานภาคสนาม มี Caregiver ในพื้นที่เข้าร่วมโครงการและตอบแบบประเมินสมบูรณ์ครบถ้วนทุกมิติ รวมทั้งสิ้นจำนวน 309 คน (n=309) จึงนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 309 คน มาวิเคราะห์และประมวลผลลัพธ์ทางสถิติในการศึกษานี้ เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบและความเที่ยงตรงของผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวทางจากคู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568) ประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง ครอบคลุม 5 มิติการดูแลหลัก ได้แก่

- มิติด้านการทำกายภาพบำบัด: การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกาย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี
- มิติด้านการจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน: การประเมินสัญญาณชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน
- มิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อม: การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- มิติด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม: การประเมินและการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
- มิติด้านการแพทย์แผนไทย: การประคบสมุนไพร การนวดไทย และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ (ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน)
- แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง: เป็นแบบประเมินตามเกณฑ์รูบริก (Rubric score)[8] 5 ระดับ ครอบคลุมทักษะการปฏิบัติงานจริงทั้ง 5 มิติการดูแล
- แบบประเมินความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ (Self-efficacy): เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[6]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence) รายฉบับอยู่ระหว่าง 0.92–0.96 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับ Caregiver ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน พบว่า แบบประเมินความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.84 แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง และความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.88-0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทั้งหมด นำมาลงรหัสและบันทึกข้อมูลเพื่อประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

- ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สมรรถนะ และความมั่นใจ ของ Caregiver ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติอ้างอิง Paired t-test (สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 (α=0.05)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่หนังสือรับรอง ECCPH.029/2569 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับแก่อาสาสมัครทุกท่าน ทั้งนี้การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยอาสาสมัครลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการประเมินทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยใช้รหัสแทนตัวบุคคล ในการบันทึกข้อมูล และนำเสนอผลลัพธ์ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 309 คน ตามลักษณะข้อมูลและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.35 (n=273) มีอายุเฉลี่ย 51.42±7.18 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย ร้อยละ 61.16 (n=189) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น Caregiver เฉลี่ย 4.85±1.20 ปี และมีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแลเฉลี่ย 3-5 คนต่อคน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. การเปรียบเทียบระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=309)

ช่วงการประเมิน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	12.45	2.18	-32.64	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	17.82	1.64		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 12.45±2.18 คะแนน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.82±1.64 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-32.64$, $p<0.001$)

2. การเปรียบเทียบระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการปฏิบัติงานจริงจำแนกตามมิติการดูแล 5 มิติ และภาพรวม ของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามมิติการดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=309)

มิติสมรรถนะการดูแล	ก่อนเข้าร่วม $\bar{X}$±SD	หลังเข้าร่วม $\bar{X}$±SD	t	p-value
มิติด้านการทำกายภาพบำบัด	2.84±0.62	4.45±0.48	-35.12	<0.001*
มิติด้านการจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน	2.65±0.71	4.38±0.52	-34.80	<0.001*
มิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยง	3.12±0.58	4.62±0.43	-36.45	<0.001*
มิติด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม	2.70±0.65	4.31±0.50	-33.92	<0.001*
มิติด้านการแพทย์แผนไทยและการดูแลองค์รวม	2.95±0.60	4.50±0.46	-35.88	<0.001*
ภาพรวมทุกมิติ	**2.85±0.54**	**4.45±0.38**	**-42.15**	**<0.001***

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.85±0.54 คะแนน (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45±0.38 คะแนน (ระดับมากที่สุด) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า ทุกมิติมักมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (4.62±0.43) รองลงมาคือมิติด้านการแพทย์แผนไทยฯ (4.50±0.46) และมิติด้านการทำกายภาพบำบัด (4.45±0.48) ตามลำดับ การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test แสดงว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกมิติ ($p<0.001$)

3. การเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ

ผลการประเมินระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ 5 มิติ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=309)

ด้านการประเมินความมั่นใจ	ก่อนเข้าร่วม $\overline{X}$±SD	หลังเข้าร่วม $\overline{X}$±SD	t	p-value
ระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวม	2.92±0.58	4.52±0.41	-38.74	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.92, SD=0.58) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.52, SD=0.41) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=-38.74, p<0.001)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5 มิติ อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ มีประเด็นสำคัญนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ด้านความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ Caregiver มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการออกแบบโปรแกรมการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการประยุกต์ใช้เนื้อหาตามคู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568) ซึ่งผสานมิติการดูแลที่จำเป็น 5 มิติเข้าด้วยกัน ทำให้ Caregiver เกิดการเรียนรู้ที่เป็นระบบ เข้าใจง่าย และสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติงานจริงในชุมชนได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ และคณะ[9] ที่พบว่าการจัดกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก ร่วมกับสื่อคู่มือมาตรฐาน ช่วยยกระดับความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของบุคลากรปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิผล

ด้านสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver สมรรถนะการปฏิบัติงานจริงของ Caregiver หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยงและมิติด้านการแพทย์แผนไทยฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเน้นฝึกทักษะผ่านสถานการณ์จำลอง และการสาธิตย้อนกลับ (Return demonstration) เปิดโอกาสให้ Caregiver ได้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการประเมินจุดเสี่ยงในบ้าน เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นรูปธรรม[10] ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะสมรรถนะการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller[11] เรื่องการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ระบุว่าการฝึกปฏิบัติจริงจนสามารถแสดงให้เห็นได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสุขภาพ

ด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver ระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[6]

ระบุว่า ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการได้ทดลองปฏิบัติจริง และการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่น ส่งผลให้ Caregiver มีความมั่นใจ รู้คุณค่าตนเอง และพร้อมที่จะนำทักษะไปใช้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

ระดับนโยบายและการบริหารจัดการ โรงพยาบาลชัยภูมิและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ ควรพิจารณาบรรจุโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ 5 มิติ เข้าเป็นหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถนะประจำปี สำหรับ Caregiver ในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานและฟื้นฟูทักษะอย่างต่อเนื่องทุก 3 ปี

ระดับการปฏิบัติงานปฐมภูมิ ทีมสุขภาพปฐมภูมิและพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน LTC ควรนำชุดความรู้และทักษะทั้ง 5 มิติ โดยเฉพาะมิติด้านการจัดสิ่งแวดล้อมลดจุดเสี่ยง มิติด้านการแพทย์แผนไทยและมิติด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม ไปประยุกต์ใช้ในการนิเทศติดตามงาน และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร่วมกับ Caregiver ในพื้นที่

ระดับชุมชนและผู้ดูแล ควรสนับสนุนการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง Caregiver ในระดับตำบล เพื่อให้ Caregiver ได้แบ่งปันประสบการณ์ การแก้ปัญหาหน้างาน และสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยคงระดับความมั่นใจในตนเอง ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

การศึกษาระยะยาว ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาคงอยู่ของสมรรถนะและความมั่นใจในการทำงานของ Caregiver ในระยะยาว (เช่น ติดตามผลที่ 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลกระทบจากการฝึกอบรม

การพัฒนารูปแบบการวิจัย ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายใน และลดปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม

การประเมินผลลัพธ์ระดับผู้สูงอายุ ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปสู่การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยตรง เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อัตราการเกิดแผลกดทับ หรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568). นนทบุรี: NC Concept; 2568.
6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
7. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
8. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการจัดการเรียนรู้และการประเมินผลตามเกณฑ์รูบริก (Rubric Assessment Guidelines). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
9. สิริวรรณ ขาวแม้น, พรนภา หอมสินธุ์, โชติรส พละศักดิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงรุกต่อความรู้และสมรรถนะของตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(2):45-58.
10. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
11. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine. 1990;65(9):S63-7.

ภาระการปรับตัวที่ไม่เท่าเทียม: มุมมองของครูอนามัยต่อทรัพยากรและแนวทางสู่ความยั่งยืนของกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดี

อรฉัตร คุรุรัตนะ[*a], พูลพฤกษ์ โสภารัตน์[**], ปิติ จิตรุ่งเรืองนิจ[***], กัมปนาท หลวงจิโน[****]

บทคัดย่อ

กิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดีเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โดยให้ครูสอนแบบ Active learning ร่วมกับการใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์มเป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความไม่เท่าเทียมของภาระการปรับตัวของครู ภายใต้ระดับความพร้อมด้านทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทโรงเรียน ครอบคลุม ปัญหา บทบาทของเครือข่าย และแนวทางที่ครูเสนอเพื่อความยั่งยืน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบบ Maximum variation จากโรงเรียนประถมศึกษา 6 แห่งใน 4 ภาค ที่มีระดับความร่วมมือและความพร้อมแตกต่างกัน ผู้ให้ข้อมูลหลักคือครูอนามัย 14 คน ร่วมกับข้อมูลจากผู้บริหารโรงเรียน 7 คน เพื่อให้เห็นการบริหารจัดการที่ครูปฏิบัติงานอยู่ ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามกรอบแนวคิด CIPP Model วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Thematic analysis และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้าจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

ผลการศึกษาพบว่าภาระการปรับตัวของครูกระจุกตัวอยู่ที่ครูในโรงเรียนขนาดเล็กและพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด สรุปได้เป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ช่วยลดภาระการปรับตัวในโรงเรียนที่พร้อมกว่า 2) ภาระการปรับตัวเชิงทดแทนในโรงเรียนที่ขาดแคลนทรัพยากร 3) การพึ่งพาเครือข่ายภายนอกที่มีความต่อเนื่องไม่เท่ากันในแต่ละพื้นที่ 4) ผลลัพธ์เชิงบวกในโรงเรียนที่มีทรัพยากรจำกัด และ 5) แนวทางเพื่อลดความไม่เท่าเทียมของภาระการปรับตัว

การออกแบบกิจกรรมเพื่อความยั่งยืนจึงควรมีความยืดหยุ่น และจัดสรรการสนับสนุนตามระดับความจำเป็นในแต่ละพื้นที่ เพื่อไม่ให้ครูเป็นผู้แบกรับภาระการปรับตัวเพียงฝ่ายเดียว

คำสำคัญ: โรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดี; ความไม่เท่าเทียม; การปรับตัวของครู; การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

[*] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
[**] ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
[***] ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
[****] ผู้ช่วยวิจัย สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
[a] Corresponding author: อรฉัตร คุรุรัตนะ Email: orachad.gur@gmail.com
รับบทความ: 2 ต.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 20 ต.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ต.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 ต.ค. 69

The Unequal Burden of Adaptation: Health Teachers' Perspectives on Resources and Pathways to Sustainability of the School-Based Oral Health Promoting Program

Orachad Gururatana[*], Poolpruek Soparat[**], Piti Jitrungruangnij[***], Kampanad Hlongjino[****]

Abstract

The school-based oral health promoting program was developed to build oral health literacy among upper primary school students with health teachers delivering the program alongside a digital platform through active learning. This activity format has a single nationwide standard, with health teachers serving as the main party responsible for its implementation in each school. This qualitative study aimed to analyze the inequality in the adaptation burden faced by health teachers in carrying out this activity, under varying levels of resource readiness across different school contexts covering readiness, obstacles, support networks, and the approaches health teachers propose for the program's sustainability. Data were collected using purposive sampling with maximum variation, drawn from 6 primary schools across 4 regions with differing levels of cooperation and resource readiness. The main informants were 14 health teachers, supplemented by data from 7 school administrators to provide context on the management environment. In-depth interviews adapted from the CIPP Model framework were used, with data analyzed through thematic analysis and credibility verified through triangulation until data saturation was reached.

The findings showed that the health teachers' adaptation burden was concentrated among health teachers in small schools and rural areas with more limited resources. This can be summarized into 5 main themes: 1) Factors that help reduce the adaptation burden; 2) Compensatory adaptation burdens falling on teachers in resource-scarce schools; 3) Reliance on external dental personnel networks, whose continuity varied unevenly across areas; 4) Teachers' perception of positive outcomes on students' oral health behavior even in resource-limited schools; and 5) Approaches proposed by teachers to reduce the inequality of the adaptation burden

[*] Dentist, Senior Professional Level, Bureau of Dental Health, Department of Health
[**] Dentist, Expert Level, Bureau of Dental Health, Department of Health
[***] Dentist, Professional Level, Bureau of Dental Health, Department of Health
[****] Research Assistant, Bureau of Dental Health, Department of Health
[a] Corresponding author: Orachad Gururatana Email: orachad.gur@gmail.com
Received: Oct. 2, 26; Revised: Oct. 20, 26; Accepted: Oct. 22, 26; Published Online: Oct. 26, 26

The findings indicate that sustainable policy design should be flexible and allocate support according to each area's level of need, rather than leaving health teachers to face the adaptation burden alone.

Keywords: School-based oral health promoting program; Inequality; Teachers' adaptation; School health promotion

บทนำ

เด็กประถมศึกษาใช้ระยะเวลาส่วนใหญ่ที่โรงเรียนและเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมในการปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ดี แต่จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พบว่าเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษามีฟันผุระยะเริ่มต้นและโรคเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันลดลง[1] แม้ว่าการศึกษาระดับภูมิภาคอื่นจะพบว่าเด็กนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากดีขึ้น[2–4]

กิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดีเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ภายในโรงเรียนที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เริ่มทดลองใช้ในปี พ.ศ. 2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โดยออกแบบให้ครูจัดกระบวนการเรียนการสอนในประเด็นสุขภาพช่องปากร่วมกับใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์มส่งเสริมความรู้ผ่านการเรียนรู้แบบ Active learning ให้นักเรียนฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองวันละ 10-15 นาที และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม รูปแบบกิจกรรมดังกล่าวถูกออกแบบขึ้นเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับใช้ทั่วประเทศ โดยไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างของทรัพยากรในแต่ละโรงเรียนที่มีอยู่จริง ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ และโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี ซึ่งครูอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการนำกิจกรรมไปปฏิบัติจริงในแต่ละโรงเรียน แต่ครูส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาเรื่องสุขภาพช่องปากมาโดยตรงและยังมีภาระงานสอนในรายวิชาของตนเองอยู่แล้ว[5] การใช้เกณฑ์และรูปแบบเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงความพร้อมที่แตกต่างกันนี้ อาจก่อให้เกิดภาระในการปฏิบัติงานที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างครูในโรงเรียนที่มีทรัพยากรมากและน้อย โดยเฉพาะครูในโรงเรียนขนาดเล็กหรือพื้นที่ห่างไกลที่อาจต้องปรับหรือดัดแปลงวิธีดำเนินกิจกรรมมากกว่าครูในโรงเรียนที่มีความพร้อมสูงกว่า

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้จัดกิจกรรมผู้พิทักษ์ฟันดีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2569) มีโรงเรียนสมัครเข้าร่วมกิจกรรม 272-1,060 แห่งต่อปี ครอบคลุมเพียงร้อยละ 1-3 ของจำนวนโรงเรียนทั่วประเทศ และมีโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละปีไม่ถึงร้อยละ 50 ของโรงเรียนที่สมัครเข้าร่วม ตัวเลขความครอบคลุมที่ต่ำและอัตราการผ่านเกณฑ์ที่จำกัดนี้ อาจสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านความสามารถในการดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จตามเกณฑ์ ระหว่างโรงเรียนที่มีระดับความพร้อมด้านทรัพยากรแตกต่างกัน มากกว่าจะสะท้อนความสนใจหรือความตั้งใจในการเข้าร่วมที่แตกต่างกัน ทว่ายังไม่มีการศึกษาที่สะท้อนมุมมองของครูผู้ปฏิบัติงานโดยตรงต่อภาระการปรับตัวดังกล่าว ว่ามีลักษณะและระดับความหนักเบาแตกต่างกันอย่างไรในแต่ละบริบท รวมถึงปัจจัยที่ช่วยลดหรือเพิ่มภาระดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความไม่เท่าเทียมของภาระการปรับตัวของครูอนามัยในการดำเนินงานกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดีในสถานศึกษา 6 แห่ง ที่มีระดับความพร้อมด้านทรัพยากรแตกต่างกัน โดยครอบคลุมความพร้อม ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน บทบาทของเครือข่ายสนับสนุน ตลอดจนแนวทางลดความเหลื่อมล้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative study) เพื่อทำความเข้าใจความไม่เท่าเทียมของภาระการปรับตัวของครูอนามัยในการดำเนินงานกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดี ระหว่างโรงเรียนที่มีระดับความพร้อมด้านทรัพยากรแตกต่างกัน โดยประยุกต์กรอบแนวคิด CIPP Model เป็นแนวทางในการสร้างประเด็นสัมภาษณ์และจัดกลุ่มข้อมูล ครอบคลุมทั้งบริบท (Context) ความพร้อมด้านทรัพยากร (Input) กระบวนการปรับตัวและดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์ที่รับรู้ได้ (Product)[6]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ร่วมกับหลักการ Maximum variation sampling เพื่อให้เห็นความแตกต่าง (Contrast) ของระดับภาระการปรับตัวระหว่างโรงเรียนที่มีความพร้อมด้านทรัพยากรต่างกันอย่างชัดเจนที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกโรงเรียน 3 มิติ ได้แก่ 1) ระดับความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม แบ่งเป็นดี/ปานกลาง/น้อย ตามตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรม (การจัดกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์และการส่งประกวด Like Talk) แทนการใช้ Self-report 2) ขนาดโรงเรียน (เล็ก/กลาง) ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความพร้อมด้านบุคลากรและอุปกรณ์ และ 3) สังกัด/ภูมิภาค เพื่อให้ได้ผู้แทนจาก 4 ภาคของประเทศที่มีบริบทด้านโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น อินเทอร์เน็ต ระบบน้ำ) แตกต่างกัน ผลจากเกณฑ์นี้ได้โรงเรียนทั้งหมด 6 แห่ง ครอบคลุมทั้งโรงเรียนเอกชนที่มีความพร้อมสูงและโรงเรียนรัฐบาลขนาดเล็กในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ความร่วมมือ	รหัสโรงเรียน	ประเภทโรงเรียน	ขนาดโรงเรียน	จำนวนนักเรียน (คน)	รหัสผู้ให้สัมภาษณ์	เพศ	อายุ (ปี)	ตำแหน่ง
ดี	A	เอกชน	กลาง	285	01	หญิง	47	ผู้บริหาร
					02	หญิง	27	ครูอนามัย
					03	หญิง	28	ครูอนามัย
					04	หญิง	26	ครูอนามัย
ดี	B	สพฐ.	กลาง	333	05	ชาย	44	ผู้บริหาร
					06	หญิง	35	ครูอนามัย
					07	หญิง	38	ครูอนามัย
					08	หญิง	25	ครูอนามัย

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ความร่วมมือ	รหัสโรงเรียน	ประเภทโรงเรียน	ขนาดโรงเรียน	จำนวนนักเรียน (คน)	รหัสผู้ให้สัมภาษณ์	เพศ	อายุ (ปี)	ตำแหน่ง
ปานกลาง	C	สพฐ.	เล็ก	85	09	หญิง	42	ผู้บริหาร
					10	หญิง	35	ครูอนามัย
					11	หญิง	41	ผู้บริหาร
					12	หญิง	28	ครูอนามัย
ปานกลาง	D	ตชด.	เล็ก	67	13	ชาย	58	ผู้บริหาร
					14	หญิง	37	ครูอนามัย
น้อย	E	สพฐ.	เล็ก	92	15	หญิง	51	ผู้บริหาร
					16	หญิง	49	ครูอนามัย
					17	หญิง	35	ครูอนามัย
น้อย	F	สพฐ.	กลาง	143	18	ชาย	42	ผู้บริหาร
					19	หญิง	33	ครูอนามัย
					20	หญิง	32	ครูอนามัย
					21	หญิง	31	ครูอนามัย

หมายเหตุ สพฐ. หมายถึง สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และ ตชด. หมายถึง โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลหลักคือครูอนามัยที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรงในแต่ละโรงเรียน อย่างน้อย 1 ปี ในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญและแบกรับภาระการปรับตัวโดยตรง ร่วมกับผู้บริหารโรงเรียนเพื่อให้เห็นบริบทเชิงนโยบายและการสนับสนุนที่มีผลต่อระดับภาระของครู

ขนาดตัวอย่างและความอิ่มตัวของข้อมูล

จำนวนผู้ให้ข้อมูลไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าแบบตายตัว แต่ใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) เป็นเกณฑ์ยุติการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงเรียน โดยเริ่มสัมภาษณ์ผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียนละ 2 คน หากพบว่าข้อมูลยังไม่ซ้ำเดิมหรือมีประเด็นใหม่เกิดขึ้น จะสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบความอิ่มตัว ดังที่เกิดขึ้นในโรงเรียน C ที่มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 เพิ่มเติม ทั้งนี้ ขนาดตัวอย่างที่ได้ (n=21) พิจารณาความเพียงพอตามหลัก Information power[7] ซึ่งให้น้ำหนักกับความจำเพาะเจาะจงของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คุณภาพของบทสนทนา (การสัมภาษณ์เชิงลึกครั้งละ 1-2 ชั่วโมง) และความชัดเจนของวัตถุประสงค์การศึกษามากกว่าการยึดจำนวนขั้นต่ำแบบตายตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) 2 ชุดแยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (ผู้บริหาร/ครูอนามัย) พัฒนาจากกรอบแนวคิด CIPP Model[6] โดยประเด็นสัมภาษณ์ครูเน้นสำรวจวิธีการที่ครูปรับหรือดัดแปลงการดำเนินกิจกรรมให้เข้ากับข้อจำกัดของโรงเรียนตนเอง และเปรียบเทียบกับการรับรู้ของครูต่อความพร้อมของโรงเรียนอื่น ควบคู่กับการรับรู้และประสบการณ์ ผลกระทบเชิงบวก ความท้าทาย และข้อเสนอแนะ ผู้เก็บข้อมูลจำนวน 3 คน ผ่านการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ร่วมกันก่อนลงพื้นที่จริง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้สัมภาษณ์ (Inter-interviewer variability) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน

มีนาคม-กันยายน 2569 การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง โดยขอความยินยอมและบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Thematic analysis ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) 2) อ่านทำความคุ้นเคยกับข้อมูลทั้งหมด (Data familiarization) 3) ให้รหัสเบื้องต้น (Open coding) โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับข้อความที่สะท้อนความแตกต่างของภาระงานและวิธีปรับตัวระหว่างโรงเรียน 4) จัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นย่อย (Sub-themes) และประเด็นหลัก (Themes) โดยผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คนเข้ารหัสอิสระต่อกัน แล้วนำมาเปรียบเทียบและอภิปรายจนได้ข้อสรุปร่วมกัน (Investigator triangulation) โดยจัดกลุ่มข้อมูลแยกตามระดับความพร้อมด้านทรัพยากรของโรงเรียน เพื่อให้เห็น Pattern ของความแตกต่างชัดเจนขึ้น 5) ตรวจสอบความสอดคล้องของประเด็นที่ได้กับข้อมูลทุติยภูมิ (เช่น สถิติจำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมและอัตราการผ่านเกณฑ์) เพื่อเสริมความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า (Data triangulation) และ 6) สรุปความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นเพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษา

ความน่าเชื่อถือของการศึกษา (Trustworthiness)

การศึกษานี้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln and Guba[8] ครอบคลุม 4 มิติ ดังนี้

1. **Credibility (ความน่าเชื่อถือของข้อมูล)**

ดำเนินการผ่าน 2 กระบวนการ ได้แก่

- **Method triangulation**: ใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ (สถิติจำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วม อัตราการผ่านเกณฑ์รายปี) เพื่อตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรายงานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณระดับโครงการหรือไม่
- **Investigator triangulation**: ผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คนเข้ารหัส (Coding) ข้อมูลชุดเดียวกันโดยอิสระต่อกัน จากนั้นนำผลการเข้ารหัสมาเปรียบเทียบและอภิปรายร่วมกันจนได้ข้อสรุปที่ทีมเห็นพ้อง

2. **Dependability (ความสอดคล้องของกระบวนการวิจัย)**

ผู้เก็บข้อมูลทั้ง 3 คนผ่านการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์ร่วมกันก่อนลงพื้นที่ เพื่อลดความแตกต่างของรูปแบบการซักถามระหว่างผู้สัมภาษณ์ (Inter-interviewer variability)

3. **Confirmability (ความเป็นกลางของการตีความ)**

ผู้วิจัยบันทึกกระบวนการเข้ารหัสและการตัดสินใจเชิงวิเคราะห์ไว้เป็น audit trail เพื่อให้สามารถสืบย้อนที่มาของแต่ละประเด็นหลักและประเด็นย่อยได้

4. **Transferability (ความสามารถในการถ่ายโอนผล)**

ผู้วิจัยบรรยายบริบทของแต่ละโรงเรียนอย่างละเอียด (Thick description) ครอบคลุมขนาดโรงเรียน สังกัด ระดับความร่วมมือ และระดับความพร้อมด้านทรัพยากร ดังแสดงในตารางที่ 1 เพื่อให้ผู้อ่านสามารถประเมินได้ด้วยตนเองว่าผลการศึกษาสามารถถ่ายโอนไปยังบริบทของโรงเรียนอื่นที่มีลักษณะทรัพยากรและบริบทใกล้เคียงกันได้มากน้อยเพียงใด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 887/2568 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2569 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ขอความยินยอมโดยสมัครใจและแจ้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลถูกรายงานผลโดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล กลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

โรงเรียนที่ศึกษาทั้ง 6 แห่งใน 4 ภาค มีระดับความพร้อมด้านทรัพยากรแตกต่างกันอย่างชัดเจน ตั้งแต่โรงเรียนเอกชนขนาดกลางที่มีความพร้อมสูง (A) ไปจนถึงโรงเรียน ตชด. และโรงเรียนขนาดเล็กในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัดมาก (C, D, E) ผู้ให้สัมภาษณ์รวม 21 คน (ผู้บริหาร 7 คน ครูอนามัย 14 คน) สะท้อนความไม่เท่าเทียมของภาระการปรับตัวใน 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยที่ช่วยลดภาระการปรับตัว: กระจุกตัวในโรงเรียนที่พร้อมกว่า

ความเป็นผู้นำของผู้บริหารเป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาระของครูได้ชัดเจนที่สุดในโรงเรียน A และ B ซึ่งเป็นโรงเรียนที่มีความร่วมมือระดับดี ผู้บริหารโรงเรียน A ซึ่งเป็นโรงเรียนเอกชน สะท้อนว่า "เรามองที่ผลประโยชน์ของเด็กเป็นหลักค่ะ...เราไม่ได้มองแค่เรื่องต้องได้โล่หรือได้ผลงานเพื่อเลื่อนขั้น เพราะครูเอกชนไม่มีระบบซีแบบรัฐบาล" ***(A01 ผู้บริหาร)*** และลงมือปฏิบัติร่วมกับเด็กโดยตรง "เฉพาะตัว ผอ. เองที่ต้องลงมือทำกิจกรรมร่วมกับเด็กๆ...บรรยากาศต้องสนุกและไม่กดดัน" ***(A01 ผู้บริหาร)*** “ผู้บริหารให้การสนับสนุนดี” ***(A04 ครูอนามัย)*** “เป้าหมายหลักคือต้องทำให้ทุกคนเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตและสุขภาพของเด็กนักเรียนจริงๆ” ***(B05 ผู้บริหาร)*** แรงสนับสนุนและเป้าหมายที่ชัดเจนของผู้บริหารทำให้ครูไม่ต้องผลักดันกิจกรรมเพียงลำพัง ต่างจากครูในโรงเรียนที่ขาดแรงสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร ซึ่งต้องเผชิญปัญหาความร่วมมือจากเด็กนักเรียนเองตั้งแต่ต้น "ปีแรกที่มาคือครูไม่อยากทำเลยเอาจริงๆ คือบังคับเด็กก็ยากแล้ว" ***(D14 ครูอนามัย)***

อีกปัจจัยที่ลดภาระคือความสามารถในการบูรณาการกิจกรรมเข้ากับวิชาเรียนเดิมโดยไม่เพิ่มภาระงาน ซึ่งครูในหลายโรงเรียนสะท้อนตรงกันว่าไม่รู้สึกว่าเป็นภาระเพิ่ม "กิจกรรมนี้ไม่ได้กระทบเวลาเรียนปกติ เพราะครูนำไปสอดแทรกบูรณาการร่วมกับวิชาการงานอาชีพ" ***(B06 ครูอนามัย)*** และ "สามารถนำเรื่องที่คล้ายกันมารวมกันได้ค่ะ เช่น เอาเรื่องปากของฉันมารวมกับคราบจุลินทรีย์เป็นหน่วยการเรียนรู้เดียวกัน จะช่วยลดภาระชั่วโมงสอนของครูได้ค่ะ" ***(F20 ครูอนามัย)*** ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ว่าปัจจัยลดภาระนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะโรงเรียนที่พร้อมเท่านั้น แต่ขึ้นกับความยืดหยุ่นในการออกแบบการสอนของครูแต่ละคนด้วย

2. ภาระการปรับตัวเชิงทดแทน: กระจุกตัวในโรงเรียนขาดแคลนทรัพยากร

ครูทุกโรงเรียนสะท้อนตรงกันว่าขาดทักษะเฉพาะทางในการตรวจคัดกรองโรคในช่องปาก "ถ้าจะให้ง่าย ครูดูได้แค่มีขี้ฟันไหม มีฟันผุไหม แต่ถ้าผุระดับ 1 2 3 4 เออ ไม่รู้เหมือนกันค่ะ" ***(D14 ครูอนามัย)*** “ถ้าย้อมสีฟันแบบพื้นฐานไม่ยากค่ะ แต่ถ้าให้มองลึกว่าฟันผุตรงไหน อันนี้ไม่ถนัดค่ะ” ***(C10 ครูอนามัย)*** “โรงเรียนเราไม่ได้มีใครที่จบด้านนี้มาโดยตรง จึงตั้งให้หนูรับผิดชอบห้องพยาบาล จริงๆหนูจบเอกคณิตศาสตร์ค่ะ ดูแลเบื้องต้น ถ้าหนักก็เน้นประสานงาน” ***(C11 ครูอนามัย)*** แต่ครูในโรงเรียนที่มีทันตบุคลากรสนับสนุนใกล้ชิด (เช่น โรงเรียน A) สามารถปรับตัวได้ง่ายกว่าด้วยความช่วยเหลือจากเพื่อนครู

และระบบไกด์ไลน์ "คุณหมอแนะนำให้ครูตรวจเองได้เพราะเรามีเครื่องมือที่ถ่ายรูปและสแกนส่งเข้าระบบได้ ตอนแรกก็ยังไม่ชินมือ แต่พอทำบ่อยๆ ก็คล่องขึ้นค่ะ" ***(A02 ครูอนามัย)*** ขณะที่ครูในโรงเรียนขาดแคลนต้องแบกรับความไม่มั่นใจนี้เพียงลำพังมากกว่า

ความไม่เท่าเทียมชัดเจนที่สุดในเรื่องโครงสร้างพื้นฐานด้านคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ครูในโรงเรียนขนาดเล็ก (E, F) ต้องทดแทนด้วยทรัพยากรส่วนตัว "โรงเรียนขนาดเล็ก พ่อแม่บางคนไม่มีอินเทอร์เน็ต ครูต้องให้ครูประจำชั้นนำโน้ตบุ๊กมาตั้งเรียงกัน 6 เครื่อง แล้วใช้เน็ตส่วนตัวครูให้เด็กวนกันทำ" ***(E16 ครูอนามัย)*** และ "ต้องใช้โทรศัพท์มือถือส่วนตัวให้เด็กนักเรียนกดทำแบบทดสอบทีละคนค่ะ" ***(F19 ครูอนามัย)*** “คอมพิวเตอร์มีไม่พอ ที่มีก็ช้า ครูจะปริ้นท์มาให้เด็กอ่านและช่วยลงระบบให้” ***(C12 ครูอนามัย)*** “ถ้าเด็กเข้าคอมพิวเตอร์พร้อมกันสัญญาณจะล่ม และขึ้น error” ***(E17 ครูอนามัย)*** “คอมพิวเตอร์โรงเรียนเก่ามาก กดแล้วระบบก็ไม่ไป error บ่อยมาก” ***(F20 ครูอนามัย)*** ขณะที่โรงเรียนที่มีความพร้อมด้านอุปกรณ์มากกว่าไม่ปรากฏภาระลักษณะนี้ในบทสัมภาษณ์

ในทำนองเดียวกัน โรงเรียน C ซึ่งประสบปัญหาขาดแคลนน้ำ ครูต้องปรับเปลี่ยนวิธีสอนแปรงฟันเป็นแบบแห้ง "วันไหนน้ำไม่ไหลเด็กทุกคนต้องฝึก 'แปรงแห้ง' ซึ่งเด็กจะไม่ค่อยแฮปปี้เพราะรู้สึกเหมือนมีคราบในปาก" ***(F20 ครูอนามัย)*** และความไม่เพียงพอของเม็ดสีย้อมฟันที่พบเฉพาะในโรงเรียนขนาดเล็กและกลางที่พึ่งพางบส่วนกลาง "งบจากส่วนกลางให้มาแค่สี 1 กระปุกกับพาสปอร์ต 1 เล่ม ซึ่งไม่พอ" ***(E17 ครูอนามัย)*** ข้อจำกัดด้านงบประมาณยังปรากฏชัดในโรงเรียน F ที่ได้งบเพียงด้ามละ 10 บาทสำหรับแปรงสีฟัน ส่งผลให้ได้แปรงขนแข็งซึ่งอาจทำให้ฟันสึก และครูต้องต่อรองกับร้านค้าเองให้พอดีกับงบและจำนวนนักเรียนกว่า 140 คน ***(F19 ครูอนามัย)***

3. การพึ่งพาเครือข่ายภายนอก: ความต่อเนื่องที่ไม่เท่ากันตามพื้นที่

โรงเรียนที่ได้รับการสนับสนุนจากทันตบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เช่น โรงเรียน A, B และ C สามารถลดภาระของครูได้มาก โดยมีทันตแพทย์เข้าตรวจสุขภาพช่องปากเทอมละ 1 ครั้งและมีช่องทางติดต่อโดยตรง "มีไลน์ส่วนตัวของคุณหมอฟันให้ติดต่อโดยตรงเลย" ***(C10 ครูอนามัย)*** “เจ้าหน้าที่และทันตแพทย์จาก รพ.สต. ให้คำแนะนำและดูแลดีเยี่ยม ทันตแพทย์จะเข้ามาตรวจสุขภาพช่องปากเด็กที่โรงเรียนเทอมละ 1 ครั้ง” ***(B07 ครูอนามัย)*** “มีโรงพยาบาลเข้ามาให้ความรู้” ***(A03 ครูอนามัย)*** “หากพบว่าเด็กมีฟันผุต้องอุดหรือถอน ครูจะช่วยจองคิวกับ รพ.สต. ให้ โดยมีนักการภารโรงหรือผู้ปกครองเป็นผู้พาเด็กไปรักษา ” ***(B08 ครูอนามัย)*** แต่ความต่อเนื่องของการสนับสนุนนี้ไม่คงที่ในทุกพื้นที่ ดังกรณีโรงเรียน F ที่เคยได้รับการตรวจฟรีทุกเทอม แต่หลังทันตแพทย์ย้ายสังกัด เหลือเพียงปีละ 1 ครั้ง ***(F19 ครูอนามัย)*** ทำให้ครูต้องแก้ปัญหาด้วยตนเองผ่านการถ่ายรูปส่งให้ทันตแพทย์ประเมินทางไลน์แทน "ครูต้องใช้วิธีถ่ายรูปช่องปากเด็กส่งทาง Line ให้หมอจากสาธารณสุขจังหวัดช่วยประเมินให้" ***(F19 ครูอนามัย)***

ความไม่เท่าเทียมยังปรากฏในกลุ่มนักเรียนต่างชาติ/ชาติพันธุ์ ซึ่งพบมากในโรงเรียน C และ F แม้ได้รับสิทธิการศึกษาและเงินอุดหนุนรายหัวเท่าเทียมกับเด็กไทย "แม้จะเป็นเด็กต่างด้าว แต่โรงเรียนก็ได้รับเงินอุดหนุนรายหัวเท่าเทียมกับเด็กไทยครับ" ***(F18 ผู้บริหาร)*** แต่การเข้าถึงบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลกลับไม่เท่าเทียม "ถ้าเด็กต้องไปทำฟันที่โรงพยาบาล เด็กชาติพันธุ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง 800-1,000 บาท ซึ่งเด็กส่วนใหญ่ไม่มีกำลังจ่าย" ***(F19 ครูอนามัย)*** และขาดการดูแลต่อเนื่องจากผู้ปกครอง "เพราะเด็กชาติพันธุ์กลับไปบ้านผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแล สุขลักษณะไม่ดี ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน โรงเรียนจึงต้องฝึกให้เขาดูแล

ตัวเองได้ครับ" ***(F18 ผู้บริหาร)*** ทำให้ครูในโรงเรียนกลุ่มนี้ต้องแบกรับบทบาททดแทนการดูแลจากครอบครัวมากกว่าครูในโรงเรียนทั่วไป

4. ผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นแม้ในโรงเรียนที่มีทรัพยากรจำกัด

แม้ต้องเผชิญภาระการปรับตัวที่แตกต่างกัน ครูในหลายโรงเรียนรับรู้ตรงกันว่านักเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นและปัญหาปวดฟันลดลง "ที่สำคัญคือปัญหาฟันผุลดลงอย่างเห็นได้ชัด...แต่ 2-3 ปีหลังที่ทำโครงการนี้แทบไม่มีเคสปวดฟันเลยค่ะ" ***(A01 ผู้บริหาร)*** และในโรงเรียนขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัดอย่างโรงเรียน D ก็รับรู้ผลลัพธ์ทางบวกเช่นกัน "เทอมล่าสุดมีแค่ 3 คนทั้งโรงเรียนที่จะต้องไปขูดหินปูนแล้วก็ถอนฟัน" ***(D14 ครูอนามัย)*** “พอทำแล้วฟันเขาผุน้อยลง เด็กแปรงฟันได้ถูกวิธีขึ้น เขากล้าเดินมาบอกว่าฟันเขาไม่ผุนะ เห็นผลลัพธ์แบบนี้ครูก็มีความสุขแล้วค่ะ” ***(F20 ครูอนามัย)*** “ทำให้ครูได้ใส่ใจช่องปากเด็กมากขึ้น และเด็กๆ ก็กระตือรือร้นในการดูแลตัวเองและการแปรงฟันมากขึ้นค่ะ ” ***(C09 ผู้บริหาร)*** ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาการศึกษา ผู้วิจัยไม่ได้สอบถามข้อมูลจากเด็กนักเรียนโดยตรง ข้อมูลจึงเป็นการรับรู้ของครูและผู้บริหาร และมิใช่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่วัดได้โดยตรง

5. ข้อเสนอเพื่อลดความไม่เท่าเทียมของภาระการปรับตัว

ข้อเสนอของครูส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละโรงเรียนมากกว่าการใช้เกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ ทั้งการจัดสรรอุปกรณ์ (เม็ดสีย้อมฟัน กระจกส่องฟัน) ให้เพียงพอ โดยเฉพาะโรงเรียนขนาดเล็กที่ต้องพึ่งพางบสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพิ่มเติม และการปรับระยะเวลาดำเนินกิจกรรมให้ยืดหยุ่นตามบริบท เพื่อลดภาระที่ตกอยู่กับครูในโรงเรียนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรมากกว่าโรงเรียนอื่น

อภิปรายผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าภาระการปรับตัวของครูอนามัยไม่ได้กระจายอย่างเท่าเทียมกัน แต่กระจุกตัวอยู่ที่ครูในโรงเรียนที่มีทรัพยากรจำกัดมากกว่า สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผู้บริหารเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนและสร้างแรงจูงใจแก่ครู[9] ซึ่งพบเด่นชัดในโรงเรียน A และ B ที่มีความร่วมมือระดับดี อย่างไรก็ตาม ความเป็นผู้นำของผู้บริหารเป็นทรัพยากรที่ไม่ต้องใช้งบประมาณ แต่ไม่ได้กระจายอย่างเท่าเทียมเช่นกัน โรงเรียนที่ขาดภาวะผู้นำเชิงรุกด้านสุขภาพต้องแบกรับ "ต้นทุนเริ่มต้น" ในการสร้างความร่วมมือจากศูนย์ ดังที่ครูโรงเรียน D สะท้อนว่า "ปีแรกที่มาคือครูไม่อยากทำเลยเอาจริงๆ คือบังคับเด็กก็ยากแล้ว" ***(D14 ครูอนามัย)*** ขณะที่โรงเรียน A ไม่ต้องเผชิญต้นทุนนี้เลยเพราะผู้บริหารลงมือนำร่องด้วยตนเองตั้งแต่ต้น

ต้นทุนที่ไม่เท่ากันในการปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน ปรากฏชัดเจนที่สุดในสามมิติ มิติแรกคือต้นทุนที่มองเห็นได้ (Visible cost) ด้านงบประมาณและอุปกรณ์ เช่น งบจัดซื้อแปรงสีฟันของโรงเรียน F ที่ได้เพียงด้ามละ 10 บาท ทำให้ได้แปรงขนแข็งซึ่งอาจทำให้ฟันสึก ขณะที่โรงเรียนที่มีงบสนับสนุนเพิ่มเติมจากภาคเอกชนหรือหน่วยงานท้องถิ่นไม่ต้องเผชิญข้อจำกัดนี้ มิติที่สองคือ ต้นทุนที่มองไม่เห็น (Hidden cost) ซึ่งครูในโรงเรียนขาดแคลนต้องแบกรับด้วยทรัพยากรส่วนตัว เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือส่วนตัวสนับสนุนการเรียนของนักเรียน "ครูต้องให้ครูประจำชั้นนำโน้ตบุ๊กมาตั้งเรียงกัน 6 เครื่อง แล้วใช้เน็ตส่วนตัวครูให้เด็กวนกันทำ" ***(E16 ครูอนามัย)*** ซึ่งเป็นต้นทุนที่ไม่ปรากฏในงบประมาณ

โครงการแต่ครูต้องจ่ายเองโดยปริยาย มิติที่สามคือต้นทุนที่ตกอยู่กับนักเรียนโดยตรง โดยเฉพาะเด็กต่างชาติ/ชาติพันธุ์ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง 800-1,000 บาทหากต้องไปทำฟันที่โรงพยาบาล ***(F19 ครูอนามัย)*** ซึ่งเป็นต้นทุนที่ตกกับกลุ่มเปราะบางที่สุดในระบบ สอดคล้องกับกรอบคิดเรื่อง Health equity ที่ระบุว่าความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเกิดจากการกระจายทรัพยากรและโอกาสที่ไม่เท่าเทียมกันในสังคม มากกว่าความแตกต่างทางชีวภาพ[10] ต้นทุนทั้งสามมิตินี้ไม่ได้ถูกนับรวมในการประเมินความสำเร็จของโครงการที่ใช้เกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ ทำให้ตัวเลขอัตราการผ่านเกณฑ์ที่ต่ำในบางปีอาจสะท้อนต้นทุนที่ไม่เท่ากันนี้มากกว่าความตั้งใจหรือศักยภาพของโรงเรียน

ท่ามกลางต้นทุนที่ไม่เท่ากันนี้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นการจัดการที่หลากหลาย (Diverse management strategies) ซึ่งครูแต่ละโรงเรียนคิดค้นขึ้นเองเพื่อรับมือกับข้อจำกัดเฉพาะของตน ไม่ใช่การทำตามคู่มือแบบเดียวกัน เช่น การสลับใช้เอกสารสิ่งพิมพ์แทนสื่อออนไลน์เมื่อคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ ***(C12 ครูอนามัย)*** การปรับเป็นแปรงฟันแบบแห้งเมื่อขาดน้ำ ***(F20 ครูอนามัย)*** การบูรณาการเนื้อหาเข้ากับวิชาที่มีอยู่แล้วเพื่อลดภาระชั่วโมงสอน ***(F20 ครูอนามัย)*** หรือการใช้ไลน์ส่วนตัวติดต่อทันตแพทย์เพื่อประเมินอาการทางไกลแทนการตรวจแบบพบหน้า ***(F19 ครูอนามัย)*** ความหลากหลายของวิธีจัดการนี้ไม่ควรถูกมองว่าเป็นความเบี่ยงเบนจากมาตรฐาน แต่เป็นหลักฐานว่าครูสามารถบรรลุเป้าหมายเดียวกัน (การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก) ผ่านเส้นทางที่ต่างกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Hawe, Shiell and Riley[11] ที่ว่ากิจกรรมที่มีความซับซ้อน (Complex interventions) ควรกำหนดมาตรฐานที่ "ฟังก์ชัน" หรือกลไกการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น มากกว่ากำหนดมาตรฐานที่ "รูปแบบ" ของกิจกรรม เพราะรูปแบบเดียวกันอาจทำหน้าที่ต่างกันในบริบทที่ต่างกัน ขณะที่รูปแบบต่างกันก็สามารถทำหน้าที่เดียวกันได้ แนวคิดนี้ได้รับการยืนยันซ้ำในกรอบแนวทางของ Medical Research Council ฉบับปรับปรุงล่าสุด[12] ที่ระบุว่าความถูกต้อง (Fidelity) ของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควรพิจารณาที่กระบวนการและฟังก์ชันเป็นหลัก มากกว่ารูปแบบเฉพาะของส่วนประกอบที่ส่งเป็นผลงาน

ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญโดยตรงต่อการออกแบบกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดีในอนาคต แทนที่จะกำหนดรูปแบบกิจกรรมตายตัว (ระยะเวลา 8 สัปดาห์ แพลตฟอร์มดิจิทัลเฉพาะ จำนวนนักเรียนขั้นต่ำ) เป็นเกณฑ์ความสำเร็จ นโยบายควรกำหนดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและความรอบรู้สุขภาพช่องปากที่ต้องการให้เกิดขึ้นเป็นแกนหลัก แล้วยืดหยุ่นเปิดพื้นที่ให้แต่ละโรงเรียนออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับระดับทรัพยากรของตนเองในการไปให้ถึงผลลัพธ์นั้น ตามแนวคิดที่ว่าความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกิดจากความสามารถในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมนั้นตามสถานการณ์ โดยไม่จำเป็นต้องคงรูปแบบดั้งเดิมไว้ตลอดเวลา[13] ไม่ว่าจะผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เอกสารสิ่งพิมพ์ หรือการบูรณาการเข้ากับวิชาเรียนในรูปแบบใดก็ตาม แนวทางนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในประเด็นที่ 4 ที่ว่าผลลัพธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมนักเรียนเกิดขึ้นได้แม้ในโรงเรียนที่ต้องดัดแปลงรูปแบบกิจกรรมอย่างมาก ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่ารูปแบบกิจกรรมไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาดผลลัพธ์ แต่ความมุ่งมั่นของครูและความสอดคล้องระหว่างกระบวนการเรียนรู้กับบริบทของโรงเรียนต่างหากที่เป็นกลไกสำคัญ

นอกจากนี้ ครูในโรงเรียนขนาดเล็กและพื้นที่ชนบทยังต้องเผชิญกับสิ่งที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการปรับตัวเชิงทดแทน (Compensatory adaptation)[14–16]กล่าวคือ เมื่อโรงเรียนมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ครูจำเป็นต้องปรับวิธีดำเนินกิจกรรมเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไป

อย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกเล่าของครูอนามัยรายหนึ่งว่า ใช้โทรศัพท์มือถือส่วนตัวให้เด็กนักเรียนกดทำแบบทดสอบทีละคน ***(F19 ครูอนามัย)*** และอีกกรณีหนึ่งครูระบุว่า คอมพิวเตอร์มีไม่พอจะต้องปริ้นท์มาให้เด็กอ่านและครูช่วยลงระบบให้ ***(C12 ครูอนามัย)*** คำบอกเล่าเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ครูต้องปรับวิธีการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดที่มีอยู่ เพื่อชดเชยข้อจำกัดด้านทรัพยากรของโรงเรียน นอกจากนี้ การปรับตัวด้านข้อจำกัดด้านทักษะเฉพาะทางหรือไม่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขได้อย่างสม่ำเสมอ ครูจำเป็นต้องปรับบทบาทของตนเพื่อชดเชยข้อจำกัดดังกล่าวโดยใช้เครื่องมือที่ถ่ายรูปและสแกนส่งเข้าระบบ ***(A02 ครูอนามัย)*** หรือวิธีถ่ายรูปช่องปากเด็กส่งทาง Line ให้หมอประเมินให้ ***(F19 ครูอนามัย)*** ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนการปรับตัวเชิงทดแทน โดยครูรับบทบาทเพิ่มเติมในการใช้เทคโนโลยีเพื่อรวบรวมและส่งข้อมูลสุขภาพช่องปากให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยประเมินผล การปรับตัวเชิงทดแทนเกิดขึ้น เพื่อรับมือกับข้อจำกัดด้านทักษะเฉพาะทางที่โรงเรียนอื่นไม่ต้องเผชิญ ความสำเร็จของการจัดกิจกรรมจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย[17] ซึ่งให้ผลเชิงบวกต่อนักเรียนเมื่อเครือข่ายทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง[18] แต่ความต่อเนื่องของการสนับสนุนนี้ไม่ได้อยู่ในการควบคุมของครูหรือโรงเรียนเลย ดังกรณีทันตแพทย์ประจำพื้นที่ย้ายสังกัดจนความถี่การตรวจลดลง สะท้อนว่าความไม่เท่าเทียมของภาระครูส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้างระดับระบบสาธารณสุขที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของโรงเรียนโดยสิ้นเชิง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลเชิงลึกจากโรงเรียนประถมศึกษาเพียง 6 แห่ง ผลการศึกษาจึงสะท้อนรูปแบบต้นทุนและการจัดการที่พบในบริบทของพื้นที่ศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถประมาณขนาดหรือมูลค่าต้นทุนที่แท้จริงในระดับประเทศได้ นอกจากนี้ข้อมูลผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมเป็นการรับรู้ของครูและผู้บริหาร มิใช่ข้อมูลทางคลินิกที่วัดโดยตรงจากเด็กนักเรียน จึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดีในอนาคตควรออกแบบนโยบายโดยยึดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและความรอบรู้สุขภาพช่องปากเป็นแกนหลักของความสำเร็จ แทนที่จะยึดรูปแบบและระยะเวลากิจกรรมที่ตายตัว
2. ควรเปิดพื้นที่ให้แต่ละโรงเรียนออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับระดับทรัพยากรของตนเอง
3. ควรจัดสรรทรัพยากรตามระดับความจำเป็นจริงเพื่อลดต้นทุนที่ไม่เท่ากันระหว่างโรงเรียน อันจะนำไปสู่ความครอบคลุมและความยั่งยืนของกิจกรรมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรมีการวัดผลลัพธ์เชิงบวกโดยการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกจากเด็กนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดีเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สรุปผล

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้พิทักษ์ฟันดีให้สำเร็จด้วยมาตรฐานเดียวทั่วประเทศ สร้างต้นทุนที่ไม่เท่ากันระหว่างโรงเรียน ทั้งต้นทุนที่มองเห็นได้ (งบประมาณ อุปกรณ์) ต้นทุน

ที่มองไม่เห็น (ทรัพยากรส่วนตัวของครู) และต้นทุนที่ตกกับนักเรียนกลุ่มเปราะบางโดยตรง ซึ่งครูแต่ละโรงเรียนตอบสนองต้นทุนเหล่านี้ด้วยการจัดการที่หลากหลายตามบริบทของตนเอง และยังคงบรรลุผลลัพธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนได้ แม้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมจะแตกต่างจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ก็ตาม ข้อค้นพบนี้ชี้ว่ารูปแบบกิจกรรมไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และขอขอบคุณผู้บริหาร ครูอนามัย ผู้เกี่ยวข้องทุกโรงเรียน ในการอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
2. วรุณรัตน์ สมบัติโยธา, รังสิยา สมบัติโยธา, นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2568;52(2):108-22.
3. พันธนา แสงจันทร์, จารุวรรณ วิโรจน์, เขมิกา สมบัติโยธา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปาก สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2568;40(2):395-407.
4. กิตติคุณ บัวบาน. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ตำบลขะเนจื้อ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2561;23(1):12-25.
5. ณัฏฐา ปัทมานุสรณ์. ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2. ศึกษาศาสตร์ มมร. 2565;10(2):9-24.
6. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: Kellaghan T, Stufflebeam DL, editors. International Handbook of Educational Evaluation [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2003 [cited 2026 Oct 16]. p. 31–62. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-94-010-0309-4_4 doi:10.1007/978-94-010-0309-4_4
7. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016;26(13):1753-60.
8. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985.
9. อรุณศรี พลวงษา. ปัจจัยบริหารที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของครูด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2566;37(4):14-25.

10. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu Rev Public Health. 2006;27:167-94. doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103
11. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be? BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1561-3. doi: 10.1136/bmj.328.7455.1561.
12. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021 Sep 30;374:n2061. doi: 10.1136/bmj.n2061.
13. Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implement Sci. 2013 Oct 2;8:117. doi: 10.1186/1748-5908-8-117.
14. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
15. Wiltsey Stirman S, Baumann AA, Miller CJ. The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. Implement Sci. 2019 Jun 6;14(1):58. doi: 10.1186/s13012-019-0898-y.
16. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009 Aug 7;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
17. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. Adm Policy Ment Health. 2011 Jan;38(1):4-23. doi: 10.1007/s10488-010-0327-7.
18. Bramantoro T, Santoso CMA, Hariyani N, Setyowati D, Zulfiana AA, Nor NAM, et al. Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. PLoS One. 2021 Aug 11;16(8):e0256007. doi: 10.1371/journal.pone.0256007.