

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิภาพของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี
 นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
 นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
 นพ.ชูชัย ศรชำนิ
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์
 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
 ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ
 นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
 นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ
 ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
 พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์
 ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์
 ศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช
 รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาดิบุญชัย
 รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักขมิจรัสกุล
 รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล
 รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา
 คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
 คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 นายประพัทธ์ ไญบุญ
 ดร.ธาดา วรรณนนกุล
 นายสำราญ อนุกุล
 นายชูวิทย์ ธาณี

มหาวิทยาลัยบูรพา
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 มหาวิทยาลัยชินวัตร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 มหาวิทยาลัยทักษิณ
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
 มหาวิทยาลัยนเรศวร
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 มหาวิทยาลัยบูรพา
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
 ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย
 นายกสมาคมหมออนามัย
 นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฝ่ายจัดการ

อ.ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ได้ดำเนินการมาเป็นเวลา 11 ปี พร้อมเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของครัวเรือนและชุมชนในเขตเทศบาล ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป พบกันใหม่ปี 2569 ฉบับที่ 12 ของวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
1. การพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ภาวิณี จันทร์ด้า อดิศร วงศ์คงเดช วรพจน์ พรหมสัตยพรต	12	1. Development of the Operational Process of Ron Phibun District Public Health Office After Transferring the Mission of the Subdistrict Health Promotion Hospital to the Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization. Pawinee Jandaum Adisorn Wongkongdech Vorapoj Promasatayaprot
2. การพัฒนารูปแบบวิธีการลดความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กชกร หงษ์ศรีจันทร์ วูลเลย์	26	2. Action research to solve stress problems among public health personnel of Mueang Surin District Public Health Office, Surin Province. Kotchakorn Hongsrijun Wooley
3. การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สุนันทา บัวจันทร์ อดิศร วงศ์คงเดช วรพจน์ พรหมสัตยพรต	40	3. Developing the process for creating strategic plans for subdistrict health promotion hospitals (Subdistrict Health Promoting Hospitals) that transfer their missions to local administrative organizations. In Phra Saeng District Surat Thani Province. Sunanta Buajan Adisorn Wongkongdech Vorapoj Promasatayaprot

สารบัญ	หน้า Page	Contents
4. การพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด ศักดิ์สิทธิ์ ทาแก้ว รัฐพล ไกรกลาง	52	4. Development of Dietary Supplements Protein from Cricket Saksit takaew Ratthaphol kraiklang
5. การพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี สุทิศา อาภาเกสัช พีรยุทธ รัตนเสลานนท์	65	5. The development of health solution policy-driven indicators in Suphanburi Province. Sutisa Apapesuch Peerayut Rattanaselanon
6. การพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม ยุทธนา พรหมอูน รัฐพล ไกรกลาง	77	6. Development of Local Food Recipes Reduced Sodium. Yoottana Prommaun Ratthaphol Kraiklang
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค อาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายใน โรงเรียนเขตอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ คชานนท์ เชียนโพธิ์ ประจวบ แหลมหลัก	97	7. Factors Related to Food Consumption Behaviors Among High School Students in Rong Kwang District, Phrae Province. Kachanon Keanpo Prachuab Lamalak
8. การพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมี ส่วนร่วมของครัวเรือนและชุมชนในเขตเทศบาล ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ศิริพร ศรีตะวัน วิลาวณีย์ ชมนิรัตน์ ชวลิต หงษ์ยนต์	110	8. Development of Households and Community Solid Waste through participation Management Guidelines in the Area of Mueang Suang Subdistrict, Mueang Suang District, Roi Et Province. Siriporn Sritawan Wilawan Chomnirat Chawalit Hongyon

สารบัญ	หน้า Page	Contents
9. การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอนาทม บ่อ จังหวัดหนองคาย ปราณี สิงคาม จตุพร เหลืองอุบล อดิสร วงศ์คงเดช	124	9. Developing a Health Literacy Community Model for Preventing Liver Fluke Disease, Tha Bo Subdistrict, Tha Bo District, Nong Khai Province. Pranee Singkham Jatuporn Luangubol Adisorn Wongkongdech
10. แนวทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนไทย: การทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (พ.ศ. 2548–2567) ระพีพันธ์ จอมมะเริง ภูริทัต พลเสน มณฑา เก่งการพานิช	135	10. Approaches to Promote Health and Prevent Chronic Non-Communicable Diseases in Thai Communities: A Systematic Literature Review (2005–2024) Rapeepun Jommaroeng Phurithat Ponsen Mondha Kengganpanich
11. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จุฑาทิพย์ หิตแก้ว เขมิกา สมบัติโยธา สุมัทนา กลางคาร	146	11. Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District ,Surat Thani Province. Chuthathip Hitkiao Kemika Sombuteyotha Sumattana Glangkam
12. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19หรือลองโค วิด(Long COVID) จังหวัดร้อยเอ็ด เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ อลงกรณ์ สุขเรืองกุล สุธาสินี วังคะฮาด	164	12. Prevalence and Associated Factors of Post-COVID-19 Condition (Long COVID) in Roi Et Province. Petcherut Sirisuwan Alongkorn Sukrueangkul Suthasinee Wangkahat

สารบัญ	หน้า Page	Contents
13. ความสัมพันธ์ของการบริโภคผักและผลไม้กับความ เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอ หนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา อารียา เทียงสูงเนิน ชุติกานต์ สุปน อาทิตยา เบ้ามะโน จิรัญญา บุรีมาศ	178	13. Association of Fruit and Vegetable Consumption with Dementia Risk Among Older Adults: A Case Study of Nong Bunmak District, Nakhon Ratchasima Province Ariya Thiangsungnoen Chutikan Supon Athitaya BaoMano Jiranya Bureemas
14. ปัจจัยทำนายการกลับมารักษซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ธันวา ตันตินาม	193	14. Predictive Factors of Readmission among Patients with Chronic Low Back Pain: Sadao Hospital, Songkhla Province. Thanwa Tantinam
15. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการ คัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภowanรนิวาส จังหวัดสกลนคร ศศิมา แพงพา ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล	206	15. Factors Associated with the Behavior of Reducing and Separating Solid Waste in People's Household Waste in That Subdistrict, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. Sasima Phaengpha Phoowasit Phoolawan Jarinthip Chomchaipon

สารบัญ	หน้า Page	Contents
16. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด สกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จิราภรณ์ จำปาจันทร์ นลิตา สุพรรณ สุปรียา วงศ์เจริญ ภัทรพล โพนไพรสันต์ อนุวัฒน์ สุรินราช	219	16. Factors Predicting Satisfaction Regarding Work Success Among Public Health Workers in Sub-District Health Promotion Hospitals After the Transfer of Affiliation to the Sakon Nakhon Provincial Administration Organization in Mueang District, Sakon Nakhon Province. Jiraporn Jumpajan Nalita Supan Supriya Wongcharoen Phattarapon Ponprisan Anuwat Surinrach
17. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ วีระพล นวลภักดี กุลชญา ลอยหา คมสันต์ ธงชัย	232	17. The Effects of Life Skills Promotion Program to Prevention Unwanted Pregnancy Behaviors in Junior High School at Kwaosinarin District, Surin Province. Weerapon Naunpakdee Kulchaya Lolha Comsun Thongchai
18. ประสิทธิภาพโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น วาสนา โยธานัก นันทนา มวลเมืองสอง สุภัทราภรณ์ ผลบุญภิรมย์	246	18. Effectiveness of Motivational Interviewing with Social Support on Violent Behavior in Patients with Substance-Induced Mental Disorders in Phon District, Khon Kaen. Wassana Yothanak Nantana Mualmueangsong Suphattaraporn Phonbunphirom

สารบัญ	หน้า Page	Contents
19. แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตาม บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร นันทนา จันทมุงคุณ ภูวลีธิ์ ภูลวรรณ จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล	257	19. Social Support Affecting the Role of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control on Village Health Volunteer in Phang Khon District, Sakon Nakhon Province Nanthana Chanthamungkhun Phoowasit Phoolawan Jarinthip Chomchaipon
20. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทาง สติปัญญาเล็กน้อย (MCI) ของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล ตำบลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ สกิจา ล้าวีระประเสริฐ สายหยุด มุลเพ็ชร สามารถ ใจเตี้ย	296	20. Factors associated with the risk of dementia in the elderly In Hang Dong Subdistrict Municipality, Hang Dong District, Chiang Mai Province Sagija Lumveeraprasert Saiyud Moolphate Samart Jaitae

Received: 17 Apr.2025, Revised: 19 May 2025

Accepted: 28 May 2025

บทความวิจัย**การพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์
หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช**ภาวิณี จันทรคำ^{1*} อติสร วงศ์คงเดช² วรพจน์ พรหมสัตย์พรต³**บทคัดย่อ**

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart โดยรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์และข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มเป้าหมายคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอ ร้อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 47 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Content analysis

ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายใต้แนวคิดการจัดการ POCCC พบว่า ด้านการวางแผน (Planning) (3.03+0.45) ด้านการจัดองค์กร (Organizing) (3.10+0.37) ด้านการสั่งการ (Commanding) (3.29+0.45) ด้านการประสานงาน (Coordinating) (3.34+0.46) และด้านการควบคุมงาน (Controlling) (3.05+0.37) และปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ ผู้นำที่เข้มแข็ง แผนงานชัดเจน และการสนับสนุนจากภาคีและประชาชน ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,องค์การบริหารส่วนจังหวัด

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³รองศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail : 65011481021@msu.ac.th

Review Article

Development of the Operational Process of Ron Phibun District Public Health Office After Transferring the Mission of the Subdistrict Health Promotion Hospital to the Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization

Pawinee Jandaum^{1*} Adisorn Wongkongdech² Vorapoj Promasatayaprot³

Abstract

The transfer of the mission of the sub-district health promotion hospital to the provincial administrative organization affects the operation of the district public health office. This research aims to study the operation of the Ron Phibun District Public Health Office after the transfer of the mission of the sub-district health promotion hospital to the Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization. Participatory Action Research was used as a methodology. The action research principle was based on the concept of Kemmis & McTaggart. Qualitative data were collected through interviews and qualitative data. Development guidelines The target group was 47 officers working in Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using Content analysis.

The study results found that the operations of Ron Phibun District Public Health Office after transferring the mission of Subdistrict Health Promotion Hospital to Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization under the POCCC management concept found that in the aspect of planning (3.03+0.45), organizing (3.10+0.37), commanding (3.29+0.45), coordination (3.34+0.46), and controlling (3.05+0.37) and Success Factors these include staff collaboration, strong leadership, clear planning, and support from partners and the public, resulting in effective operations.

Keywords: operational process development, District Public Health Office, Transfer of duties of sub-district health promotion hospitals, Provincial Administrative Organization

¹ Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Assistant Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Associate Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail : 65011481021@msu.ac.th

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เป็นการกระจายอำนาจและเพิ่มบทบาทของท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถกำหนดทิศทางการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ โดยการบริหารจัดการของ อบจ. ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับชุมชน จะทำให้สามารถวางแผน จัดสรรงบประมาณ และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในรูปแบบที่ยืดหยุ่นและตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้น¹ ซึ่งมีการถ่ายโอนภารกิจไป 49 องค์กรบริหารส่วนจังหวัด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้กลุ่มที่ 1 กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มที่ 2 กลุ่มจังหวัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนมากกว่าร้อยละ 50 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดสกลนคร จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ จังหวัดพิจิตร จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดสมุทรสาคร และกลุ่มที่ 3 กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต.ถ่ายโอน น้อยกว่าร้อยละ 50 ประกอบด้วย จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดนครพนม จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดนครปฐม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดชุมพร จังหวัดกระบี่ จังหวัดสตูล จังหวัดสงขลา จังหวัดปัตตานี จังหวัดพัทลุง จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดระยอง²

ในปี 2565 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 36 แห่ง และมีแผนการถ่ายโอนภารกิจในปี 2566 เพิ่มอีก 12 แห่ง รวมเป็น 48 แห่ง โดยกำหนดให้มีการถ่ายโอนทั้งบุคลากร งบประมาณและทรัพย์สิน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) เป็นหน่วยงานส่วนกลางที่ดำเนินงานเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นในการประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริหารจัดการด้านสุขภาพมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งได้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในจังหวัดนั้น เพื่อเป็นกลไกของท้องถิ่นในการดำเนินการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่ดังกล่าว³

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจและหน้าที่ในเขตพื้นที่อำเภอ ดังต่อไปนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 3) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย และการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ และ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย⁴ จากการทำงานที่ผ่านมา นั้น หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานหลักที่สนับสนุนการดำเนินงานทุกภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีความจำเป็นพื้นฐาน รวมถึงบริการสุขภาพอื่นๆ ตามบริบทของพื้นที่ โดยมีการสนับสนุนในรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Contracted unit of Primary care : CUP ทั้งการบริหารจัดการ งบประมาณ การรับ การส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดนั้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง การบริหารจัดการในด้านต่างๆ ส่งผลทำให้บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือปรับเปลี่ยนภารกิจจากเดิมเพื่อที่จะทำการดำเนินงาน และการจัดการด้านต่างๆ ให้มีความเอื้ออำนวยในการบริหารงาน และสนับสนุนการดำเนินงาน

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งที่มีการถ่ายโอนภารกิจและไม่มีถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด บนพื้นฐานของการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เช่น ด้านอัตราค่าจ้าง ด้านการประสานงาน และด้านการสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อาจทำได้หลายแนวทาง โดยต้องพิจารณาความพร้อมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบกับบริบทของพื้นที่ และความร่วมมือจากเครือข่ายหรือหน่วยงานอื่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 70 ซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือ เริ่มตั้งแต่ด้านการวางแผน (Planning) ด้านการจัดองค์กร (Organizing) ด้านการสั่งการ (Commanding) ด้านการประสานงาน (Coordinating) และ ด้านการควบคุมงาน (Controlling) ตามทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ขององรี ฟาโยล (Henri Fayol) เพื่อมุ่งให้เกิดการดำเนินการร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งที่มีการถ่ายโอนภารกิจและไม่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด และความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นและมีความยั่งยืน ด้วยการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังจากความชัดเจนจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานมีสาเหตุมาจากปัจจัยในการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารจัดการตามแนวคิด 4M ของ Michael Porter พบว่า ด้านการบริหารจัดการบุคลากร (Man) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอัตราค่าจ้างที่น้อยกว่ากรอบโครงสร้าง ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานในด้านต่างๆ ขาดทักษะในด้านต่างๆ ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ (Money) งบประมาณมีจำนวนจำกัด มีหลักเกณฑ์และระเบียบข้อบังคับในการใช้งบประมาณ ด้านการบริหารจัดการเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งก่อสร้าง (ขาดเครื่องมือในการวัดผลการทำงาน วัสดุอุปกรณ์มีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอ และด้านการบริหารงาน (Management) ขาดการประสาน ขาดระเบียบข้อบังคับ เป็นต้น

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ทำงานในพื้นที่และมีความคาดหวังว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ จะมีแนวทางบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังการบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการศึกษานี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนากระบวนการการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนากระบวนการดำเนินงานและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 47 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย (1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 คน (2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน (3) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 24 คน รวมทั้งหมด 47 คน ในพื้นที่ทุกตำบลของอำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดรวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 47 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือชุดที่ 1 ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไป ข้อคำถามลักษณะปลายปิดและ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงานอายุราชการ ระดับตำแหน่ง รายได้ สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การได้รับการเรียนรู้/อบรม/ ศึกษาต่อทางการบริหารงาน ความพึงพอใจในสถานภาพการปฏิบัติงานปัจจุบัน จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามลักษณะงาน 5 ด้าน จำนวน 26 ข้อ โดยใช้ระดับคะแนนแบบ Likert scale⁵ 4 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁶ และตอนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 12 ข้อ โดยใช้ระดับคะแนนแบบ Likert scale⁵ 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁶

เครื่องมือชุดที่ 2 ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำนวน 5 ข้อ โดยการสังเกตสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม 5 ด้าน ได้แก่ 5 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านการวางแผน (Planning) 2)ด้านการจัดองค์กร (Organizing) 3)ด้านการสั่งการ (Commanding) 4)ด้านการประสานงาน (Coordinating) 5)ด้านการควบคุมงาน (Controlling) และ 6)ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/ข้อเสนอแนะ/อื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) สำหรับเครื่องมือชุดที่ 1 เท่ากับ 0.84 และเครื่องมือชุดที่ 2 เท่ากับ 0.86

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งจากการ try out เครื่องมือแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยง

ของเครื่องมือ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามลักษณะงาน 5 ด้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติ KR-20 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76 แบบประเมินความพึงพอใจการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ถือว่ามีความเที่ยงที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณจัดการผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง การลงรหัส และบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูป ก่อนวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต และถอดบทเรียน โดยวิเคราะห์ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสังเคราะห์เชิงระบบ (Systematic Synthesis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญ และเชื่อมโยงกับแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและได้กำหนดขั้นตอน ในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 678-561/2567 รับรอง วันที่ 30 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรและบริบทพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83 มีอายุเฉลี่ย 51.41 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.5 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ อายุงานเฉลี่ย 18.91ปี ระดับตำแหน่ง ชำนาญการ ร้อยละ 61.7 เงินเดือนเฉลี่ย 36,086.59 บาท สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 51.1 มีประสบการณ์การได้รับการเรียนรู้ ร้อยละ 70.2 มีความพึงพอใจ ร้อยละ 97.9

อำเภอร้อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจำนวน 11 แห่ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อนพิบูลย์ ทำหน้าที่ 1)จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 2)ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4)ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5)พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่อำเภอ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย จากการประชุม

คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขอำเภอ จากแนวคิด 4M ประกอบด้วย 1)Man บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในอำเภอ ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับผลกระทบเชิงบวก การบริหารจัดการกำลังคนง่ายขึ้น จัดเจนขึ้น และผลกระทบเชิงลบ อัตรากำลังคนขาดแคลน ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ 2)Money เงินจัดสรรต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ (เฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช) งบประมาณสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช) งบให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P & P BASIC SERVICE) สนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับผลกระทบเชิงบวก มีได้รับการจัดสรรเงินที่มากขึ้น และผลกระทบเชิงลบ มีข้อจำกัดในการใช้จ่าย 3)Materia วัสดุทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ เหมือนเดิม ยานพาหนะ สนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (เฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช) ได้รับผลกระทบเชิงบวก ได้รับการสนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มากขึ้น ผลกระทบเชิงลบ การจัดสรรที่ไม่เหมาะสม และ 4)Management บริหารงานร่วมกันภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ได้รับผลกระทบเชิงบวก มีการจัดการแบบภาคีที่ง่ายต่อการติดตาม และผลกระทบเชิงลบ ไม่มีคนที่ชำนาญการบริหารงาน

ผลการพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการถ่ายโอนภารกิจและไม่มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถนำมาวิเคราะห์ตามลักษณะการดำเนินงาน 5 ด้าน ตามทฤษฎี POCCC ได้ดังนี้ ด้านการวางแผน (Planning) วางแผนร่วมกันทุกภาคส่วน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอน องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ก่อนสิ้นปีงบประมาณ วางแผนชัดเจน ด้านการจัดองค์กร (Organizing) จัดการองค์กรให้คนเหมาะกับงาน เหมาะสมกับวิชาชีพตามกรอบของ กพ.สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือที่ยั่งยืน ด้านการสั่งการ (Commanding) การสั่งการตั้งสั่งการเป็นรูปธรรม ทำร่วมกันทุกภาคส่วน เพื่อทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกันเป็นแนวทางเดียวกัน ด้านการประสานงาน (Coordinating) การประสานงานควรทำงานร่วมกันประสานกันแบบเครือข่าย และด้านการควบคุมงาน (Controlling) นำตัวชี้วัดไปร่วมดำเนินการกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อจะได้เห็นความชัดเจนของงาน และการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ดำเนินการตามแผน 4) สังเกตและติดตามผล และ 5) สะท้อนผลและถอดบทเรียน รายละเอียด ดังนี้

1) บริบทของพื้นที่และสภาพปัญหา โดยสร้างการร่วมมือในการดำเนินงานที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปพบปะพูดคุย ปรึกษาหารือดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างไม่เป็นทางการ

2) วางแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยสร้างการมีส่วนร่วมในแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบประชุมวางแผน และประสานงานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ตัวแทนจาก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช วางแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ ให้สอดคล้องกับบริบทของอำเภอร่อนพิบูลย์ ประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอร่อนพิบูลย์ เตรียมพร้อมร่วมกันดำเนินงาน ถ่ายทอดแนวทางการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์

3) การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยออกแบบพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์แบบเดิม นำแผนจากขั้นตอนการไปสู่การปฏิบัติตาม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ระยะยาว และขับเคลื่อนการทำงานโดยใช้รูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ วิธีการดำเนินงาน ร่วมกันออกแบบรายละเอียดกิจกรรมในการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้



ภาพ 1 แนวทางการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

4) ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า คุณภาพรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.80 ± 0.41) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (5.00 ± 0.00) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ความเป็นไปได้ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (4.40 ± 0.49) ดังตาราง 5

ตารางที่ 1 ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพรูปแบบ	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ด้านความถูกต้อง	4.80	0.40	สูงมาก
ด้านความเหมาะสม	5.00	0.00	สูงมาก
ด้านความเป็นไปได้	4.40	0.49	สูงมาก
ด้านความเป็นประโยชน์	5.00	0.00	สูงมาก
โดยรวม	4.80	0.41	สูงมาก

5) ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามกรอบ POCCC พบว่า การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามลักษณะการดำเนินงาน 5 ด้าน ตามทฤษฎี POCCC ได้ดังนี้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทักษะการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช แยกรายด้าน

ลักษณะงาน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านการวางแผน(Planning)	3.03	0.45	ระดับสูง
ด้านการจัดองค์กร(Organizing)	3.10	0.37	ระดับสูง
ด้านการสั่งการ(Commanding)	3.29	0.45	ระดับสูง
ด้านการประสานงาน(Coordinating)	3.34	0.46	ระดับสูง
ด้านการควบคุมงาน(Controlling)	3.05	0.37	ระดับสูง

จากตาราง 6 พบว่าระดับการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อพิจารณาแยกด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุด ด้านการประสานงาน(Coordinating) (3.34±0.46) รองลงมา ได้แก่ ด้านการสั่งการ(Commanding) (3.29±0.45) ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ด้านการจัดองค์กร (Organizing) (3.10±0.37)

6) สังเกตและติดตามผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยติดตามประเมินผลการดำเนินงานเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและมีการจัดระบบและกลไกการบริหารจัดการ ประสานงาน และกำกับ ติดตามกระบวนการถอดบทเรียนโดยใช้วิธีการระดมสมองการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่และคำแนะนำทีมแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ในระหว่างการทำงานมีขั้นตอนการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล เพื่อทราบ ปัญหาและอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานการณ์และความ เป็นไปได้ในการดำเนินงาน

7) สะท้อนผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจัดประชุมถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานในประเด็นเรื่องปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และวางแผนในการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน จัดเวทียื่นข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อคืนข้อมูลสู่ ปรับและใช้ภาษาที่ง่ายขึ้น การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันให้ชุมชนช่วยตรวจสอบผลการพัฒนาระบบ เวทียื่นข้อมูลสู่เน้นที่กระบวนการตรวจสอบข้อมูล สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

ผลการประเมินผลการพัฒนากระบวนการดำเนินงานและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ สิ่งที่ทำให้อำเภอธนพิบูลย์ประสบความสำเร็จในงานด้านสาธารณสุข ประการแรกคือความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของเจ้าหน้าที่ มีความร่วมมือ สามัคคีกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การทำงานที่มีเน้นการทำงานร่วมกันแบบครอบครัว การช่วยเหลือซึ่งกันและกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้นำที่เข้มแข็ง มีการบริหารจัดการที่เข้าถึงความต้องการของผู้ปฏิบัติและเข้าใจภาระงานที่ต้องดำเนินการและการมีแผนงานที่ชัดเจน กำหนดแนวทางกันทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้แผนและแนวทางที่ชัดเจนแล้วจึงลงมือดำเนินการ มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง สามารถทำงานภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประชาชนให้ความร่วมมือ ในการร่วมทดลองและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

อภิปรายผล

สถานการณ์ ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบปัญหาในการดำเนินงาน ด้านการวางแผน (Planning) ด้านการควบคุมงาน (Controlling) ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง คำวงศ์ ได้ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ พบว่ามีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ปัญหาที่พบในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์สอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิจัยเหล่านี้ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการวางแผนและการควบคุมงาน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ก่อนพัฒนารูปแบบกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอธนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ระดับการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธนพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช รายงาน เมื่อพิจารณารายงาน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด ด้านการประสานงาน

(Coordinating) (3.34 ± 0.46) รองลงมา ได้แก่ ด้านการสั่งการ (Commanding) (3.29 ± 0.45) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ² ที่ศึกษาผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย พบว่า การถ่ายโอนมีผลต่อการดำเนินงานและการจัดการในระดับพื้นที่ แม้ว่าไม่มีการศึกษาที่ระบุคะแนนการประเมินในลักษณะเดียวกัน แต่ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประสานงานและการสั่งการในการบริหารจัดการหน่วยงานสาธารณสุขหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ในส่วนของระดับการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพิบูลย์หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ด้านการจัดองค์กร (Organizing) (3.10 ± 0.37) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ⁸ ที่พบว่า การถ่ายโอนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบการบริหารจัดการและการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นผลการประเมินระดับการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพิบูลย์ที่สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการจัดองค์กรให้สามารถตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามกรอบ POCCC ดังนี้ 1) การวางแผน Planning นั้น ดำเนินการวางแผนร่วมกันทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพิบูลย์ โรงพยาบาลหนองพิบูลย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จัดทำแผนร่วมกัน โดยยึดตามบริบทของแต่ละพื้นที่เป็นลำดับแรก วางแผนการมอบหมายงานแก่บุคลากร ตามขอบเขตการทำงานแต่ละวิชาชีพ ตามกรอบของ กพ. มีแผนยุทธศาสตร์ที่ทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช กับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพิบูลย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำราญ เจริญผล⁹ ศึกษาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในระดับอำเภอ โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงานและนโยบายที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การจัดโครงสร้างองค์กร Organizing ยึดกรอบโครงสร้างองค์กรของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจากบุคลากรสายวิชาชีพเป็นสำคัญ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองพิบูลย์ ในกรอบโครงสร้างองค์กรของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการจ้างลูกจ้างภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำแหน่งที่ขาด สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสิทธิ์ มีแก้ว และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี พบว่า การใช้กรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางที่ช่วยให้เกิดมาตรฐานในการบริหารบุคลากร และสามารถจ้างลูกจ้างในตำแหน่งที่ขาดแคลนได้ตามความจำเป็นของหน่วยบริการ

3) การสั่งการ Commanding การทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ดำเนินการร่วมกันในประเด็นที่เป็นปัญหาของพื้นที่อำเภอหนองพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เช่น กระประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ 2562 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นต้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพิบูลย์ สั่งการดำเนินการต่าง ๆ ในพื้นที่ภายใต้การทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ทั้งหมด การทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพิบูลย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เช่น การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ 2562 และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดไว้ใน "คู่มือมาตรฐานการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ" ของกรมสอบสวนคดีพิเศษ¹¹ นอกจากนี้ การจัดทำบันทึกข้อตกลง

ร่วมกันยังเป็นแนวทางที่หน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทยนำมาใช้ในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เช่น บันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ 4 กระทรวง ในการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มวัยทำงาน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2569

4) การประสานงาน Coordinating โดยการจัดแบ่งบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช รับผิดชอบพื้นที่ แยกรายสถานบริการ “ผู้ประสานงานสาธารณสุขสถานบริการ” ทำหน้าที่ประสาน สนับสนุนข้อมูลวิชาการทางด้านสาธารณสุข บริหารข้อมูลสาธารณสุข ค้นข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอร่อนพิบูลย์ สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอร่อนพิบูลย์ โดยยึดประชาชนเป็นหลักในการดำเนินงานที่สำคัญการศึกษาโดย Leisink, P. et al.⁵ ที่กล่าวถึงการบริหารทรัพยากรบุคคลในภาครัฐ ซึ่งเน้นการสร้างโครงสร้างที่ยืดหยุ่นและสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในภาครัฐ รวมถึงการจ้างงานบุคลากรในตำแหน่งที่ขาดเพื่อรักษาความต่อเนื่องของการให้บริการและประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

5) การควบคุม Controlling การรักษามาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการประเมินสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ 2562 ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุตหง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนเกย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเนียบ และส่งเสริมให้ทุกที่ผ่านการประเมินและยกระดับขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประสิทธิ์ มีแก้ว และคณะ¹² ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี ที่พบว่างานวิจัยนี้มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับการบริหารสุขภาพของ รพ.สต. ให้เป็นเลิศ โดยมีการวิเคราะห์ความต้องการการกำหนดเป้าหมาย และการสร้างความร่วมมือในเครือข่ายสุขภาพรวมถึงการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เรียนรู้การเปลี่ยนแปลง เช่น เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีการควบคุมการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด ควบคุมคุณภาพและการพัฒนามาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นวิธีการที่สำคัญในการยกระดับคุณภาพของสถานบริการ

หลังการพัฒนาแบบผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อยู่ในระดับสูงมาก ด้านความเหมาะสม (5.00 ± 0.00) และด้านความเป็นประโยชน์ (5.00 ± 0.00) รองลงมา อยู่ในระดับสูงมาก ด้านความถูกต้อง (4.80 ± 0.40) สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสัน พลศรี และคณะ¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติตามภารกิจการถ่ายโอนอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ นอกจากนี้ การศึกษาของ พชร มาเทียน และประทุม เมืองเป้¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกรณีศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งพบว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติในระดับสูง ดังนั้น กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ที่ได้รับการประเมินในระดับสูงมากนี้ จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าวที่เน้นการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการหลังการถ่ายโอนภารกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การทำงานที่เน้นการทำงานร่วมกันแบบครอบครัว การช่วยเหลือซึ่งกันและกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้นำที่เข้มแข็ง มีการบริหาร

จัดการที่เข้าถึงความต้องการของ ผู้ปฏิบัติและเข้าใจภาระงานที่ต้องดำเนินการ ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง สามารถทำงานภายใต้สถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจ เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือ ในการร่วมทดลองและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออรอนพิบูลย์ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของพนักงานในการตัดสินใจและการจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการทำงาน แนวทางดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของสมณีก โขติช่วงฉัตรชัย และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ หน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งระบุในรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไว้ว่า ความสำเร็จของการถ่ายโอนขึ้นอยู่กับบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ความเชื่อมโยงระหว่างฝ่ายบริหารท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข และการทำงานที่เคารพบทบาทซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อื่นๆ สามารถนำกิจกรรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชน โดยสามารถประยุกต์และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่
- 2) นำการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ และเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ของพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช หรือจังหวัดใกล้เคียง พื้นที่ภาคใต้ ซึ่งเกิดผลในทางที่ดีในการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรเพิ่มระยะเวลาในประเมินผลการพัฒนา เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของประเมินประสิทธิผลของรูปแบบให้มากยิ่งขึ้นและเพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
- 2) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการประเมินความพึงพอใจและความเห็นเพิ่มเติมในการพัฒนารูปแบบและควรมีแบบประเมินด้วยตนเองร่วมด้วย ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่บางคนมีความรู้เรื่องเป็นอย่างดี แต่ บางครั้งยังมีการดำเนินงานแบบเดิมหรือความเคยชิน
- 3) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายผลเน้นกระบวนการมีเจ้าหน้าที่จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้มากขึ้น โดยเน้นการให้เห็นความสำคัญเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ. (2565). รายงานการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ.
2. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, อีระวุธ ธรรมกุล, และพรศักดิ์ อยู่เจริญ. (2567). ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 31(2), 1–16.
3. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. (2565). บทบาทหน้าที่และการดำเนินงานของสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <https://hss.moph.go.th/index2.php>
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 17 มีนาคม). กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567. ราชกิจจานุเบกษา, 141(12ก), หน้า 18.

5. Leisink, P., Borst, R. T., Knies, E., & Battista, V. (2021). Human resource management and public service performance. In A. Massey (Ed.), A research agenda for public administration. Edward Elgar Publishing. <https://academic.oup.com/edited-volume/34278/chapter/290621963>
6. Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
7. ดารุง คำวงศ์. (2565). การรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก [การศึกษาอิสระทางสาธารณสุข]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
8. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดารุง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัศตรา แสนสาย, พัลลภ เชียวชัยสกุล, ทักษิณา วชิรบุรุษ, อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร, และบุญนริศ สายสุ่ม. (2566). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 : ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังและการจัดทำกรณีศึกษา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส). <http://hdl.handle.net/11228/5951>
9. สำราญ เจริญผล. (2564). รูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานในยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564 ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 40(1)
10. ประสิทธิ์ มีแก้ว, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, สุพจน์ จิตสงวนสุข, และโสธยา สุดสาระ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 39(1), 263–273.
11. กรมสอบสวนคดีพิเศษ. (2564). คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการประสานแบบบูรณาการระหว่างกรมสอบสวนคดีพิเศษกับหน่วยงานภายในประเทศและต่างประเทศ (Memorandum of Understanding: MOU). กระทรวงยุติธรรม. https://www.dsi.go.th/th/Detail/DSI_MOU_standard_Manual
12. ประสิทธิ์ มีแก้ว, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, สุพจน์ จิตสงวนสุข, และโสธยา สุดสาระ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 39(1), 263–273.
13. คมสัน พลศรี, สัญญา เคนาภูมิ, ภัคดี โพธิ์สิงห์, และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2562). รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามภารกิจการถ่ายโอนอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 13(1), 185-198
14. พชร มาเทียน, และประทุม เมืองเป้. (2567). การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 11(2), 110.
15. สมณีกา โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, ศรวณีย์ อวนศรี, นิพนธ์ ปาณะพงศ์, ภัทราจิราพร สุโอสถ, ธนินทร พัฒนศิริ, พิศภาสินี พิศาลสินธุ์, และ กมลพัฒน์ มากแจ้ง. (2567). หน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด. มุลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Received: 18 Apr. 2025, Revised: 6 May 2025

Accepted: 22 May 2025

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบวิธีการลดความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์กชกร หงษ์ศรีจันทร์ วูลเลย์^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมลดความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาภาวะความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการเกี่ยวกับโปรแกรมลดความเครียด กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 123 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามภาวะความเครียด กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป (จากระยะที่ 1) จำนวน 42 คน กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนคือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกต และขั้นสะท้อนผล ใช้สถิติเชิงพรรณนาศึกษาข้อมูลทั่วไปและภาวะความเครียด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ Multiple linear regression และ pair t-test ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางและระดับรุนแรง ลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ (Coef.=0.43, 95%CI=0.04-0.82) ต้องการรูปแบบลดความเครียดที่เข้าถึงง่าย แบบออนไลน์ ใช้เวลาไม่มาก ปฏิบัติตามได้ง่าย ผลการศึกษาระยะที่ 2 พบว่า รูปแบบวิธีการลดความเครียดเป็นแบบออนไลน์ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การสนทนากลุ่ม สมาธิบำบัด ผูกหยดความคิด การนวดเพื่อผ่อนคลาย นอนอาบเสียงดนตรี ระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ หลังทดลองใช้ พบว่า ความเครียดของบุคลากรลดลงอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง คะแนนภาวะความเครียดก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD=14.09, SD=8.32, 95%CI=12.60-15.57) ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถพิจารณานำกระบวนการในการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆภายใต้บริบทของพื้นที่นั้นๆ การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น การศึกษาในลักษณะทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อให้สามารถประเมินความสัมพันธ์และผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น ทั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดระดับความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขได้ในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น การวิจัยในอนาคตควรมีการออกแบบการศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ที่ได้

คำสำคัญ ความเครียด บุคลากรสาธารณสุข รูปแบบวิธีการลดความเครียด^{1*}สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย

*Corresponding author E-mail : kwoolley03@gmail.com

*Review Article***Action research to solve stress problems among public health personnel
of Mueang Surin District Public Health Office, Surin Province****Kotchakorn Hongsrijun Wooley^{1*}****Abstract**

This action research aimed to develop a stress reduction program for public health personnel in the Mueang District Public Health Office, Surin Province. The research process was divided into 2 phases: Phase 1 studied stress, related factors, and needs for a stress reduction program. The target group was 123 public health personnel. Phase 2 developed the program and studied its effectiveness using a stress questionnaire. The sample group was 42 public health personnel with moderate or higher levels of stress (from Phase 1). The action research process has 4 steps: planning, action, observation and reflection. Descriptive statistics were used to study general information and stress. Data were collected using questionnaires, group discussions and observation. Qualitative data were analyzed using content analysis, quantitative data using descriptive statistics and inferential statistics including Multiple linear regression and pair t-test. The results of the phase 1 study found that most personnel had moderate and severe stress. The nature of work was significantly related to stress (Coef. = 0.43, 95% CI = 0.04-0.82). They wanted an easy-to-access, online, time-consuming, and easy-to-follow stress reduction method. The results of the phase 2 study found that the online stress reduction method consisted of 5 activities: group discussion, meditation therapy, training to stop thinking, relaxing massage, and sleep with relaxing music for a total period of 2 weeks. After the trial, it was found that the stress of the staff was reduced to a low and moderate level. The stress scores before and after using the model were significantly different (MD=14.09, SD=8.32, 95%CI=12.60-15.57). Recommendations The results of this study can be considered to apply the development process to other target groups in the context of that area. Future research should consider using more appropriate research methods, such as experimental or quasi-experimental studies, to be able to assess the relationship and results more accurately. The developed model can reduce stress levels in public health personnel to some extent. However, it is still necessary to continuously improve and develop it for better efficiency. Future research should design the study with a control group to increase the reliability of the results.

Keywords: Stress, Healthcare Personnel, Stress reduction methods^{1*}Mueang Surin District Public Health Office, Surin Province, Thailand

*Corresponding author E-mail : kwoolley03@gmail.com

บทนำ

จากปัญหาทางด้านสาธารณสุขของไทยในปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต้องมีการจัดการกับปัญหาความแออัด และภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล¹ ผู้ป่วยมีความต้องการและความคาดหวังด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น^{2,3,4} นำไปสู่นโยบายในการกระจายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นทั้งปริมาณงานและความซับซ้อนในการที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จตามตัวชี้วัดต่างๆที่มีอยู่จำนวนมากด้วยอัตราค่าจ้างที่มีจำกัดอย่างจำกัด จึงทำให้บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพมีความเครียดจากการทำงาน เช่น การคัดกรองสุขภาพ และบันทึกข้อมูลให้ทันเวลา การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น การเยี่ยมบ้านติดตามอาการผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน นำมาสู่การขาดงาน โยกย้ายงานและการลาออกจากงาน⁵ ทั้งนี้ความเครียดที่มีสาเหตุจากการทำงาน นับเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ของตน สมรรถภาพการทำงานลดลง⁶ จากผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตปี 2563 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 48.8 มีความกังวลร้อยละ 59.4⁷ วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขจัดเป็นหนึ่งในสาขาอาชีพที่อาจพบความเครียดจากการทำงานได้สูง เนื่องจากบริบทในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตของประชาชน⁸

จากการสำรวจโดยใช้แบบประเมินความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ พบว่า มีความสุขในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 63.47 เท่านั้น นอกจากนี้ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด 3 ลำดับสุดท้ายได้แก่ ด้านสุขภาพเงินดี ร้อยละ 48.94 ด้านผ่อนคลายดี ร้อยละ 55.45 และด้านกาย/ด้านครอบครัว ร้อยละ 63.79⁹ ภาวะผ่อนคลายเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงบริบทในการทำงานทั้งสภาพแวดล้อม เพื่อนร่วมงาน ภาระรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ในงาน รวมถึงด้านการเงินหรือสวัสดิการในการทำงาน ซึ่งมีผลกับความเครียดในทางอ้อม และความเครียดในการทำงานนั้นส่งผลต่อความต้องการลาออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเครียดจากการทำงานนั้นมียอดประกอบจากปฏิสัมพันธ์ในงาน สภาพแวดล้อมในงานและลักษณะงาน¹⁰ จากสถิติในปี 2564-2567 มีอัตราการลาออกจากงานคิดเป็นร้อยละ 0.80, 0.84, 0.98, และ 1.08 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามสถานการณ์ภาวะความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดในบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์นั้นยังไม่เคยมีการสำรวจอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในการทำงาน ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ลักษณะงาน บทบาทหน้าที่ในองค์กร สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ และโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร¹¹ แนวทางจัดการความเครียดในบุคลากร พบว่า มีการใช้รูปแบบวิธีการต่างๆในการที่จะช่วยลดความเครียดในบุคลากร เช่น การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต¹² หรือการใช้ โปรแกรมการจัดการความเครียดออนไลน์แบบ MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION ต่อการลดความเครียด¹³ และการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยตนเองโดยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการสร้างเสริมทักษะชีวิตในการจัดการความเครียด พบว่า สามารถช่วยลดความเครียดได้ โดยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาปัญหาสาเหตุและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อที่จะหาแนวทางแก้ไขปัญหาความเครียด¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามขั้นตอนกระบวนการ Plan-Act-Observe-reflect (PAOR) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านความเครียด สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนารูปแบบวิธีการในการลดความเครียดสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาภาวะความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์
4. เพื่อพัฒนารูปแบบวิธีการลดภาวะความเครียดในบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร Planning-Action-Observation-reflection(PAOR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพ (พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักวิชาการทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์จำนวนทั้งสิ้น 134 คน ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

ขนาดตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจเพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการลดความเครียด โดยศึกษาในประชากรทั้งหมด 134 คน

ระยะที่ 2 กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มแบบไม่อิสระต่อกัน ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยใช้ Test Family เลือก t-tests และ Statistical test เลือก Means : Difference between two dependent means (Matched Pairs) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.1 และค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 คำนวณขนาดผลกระทบ (Effect size) จากสูตรของ Cohen's d^{16} โดยอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ ธัญยสิดา ยอดอ่อน¹⁵ คะแนนความเครียดเฉลี่ยก่อนใช้โปรแกรมเท่ากับ 38.03 (SD=9.05) และหลังใช้โปรแกรมเท่ากับ 34.33 (SD=9.59) แทนค่าความสัมพันธ์(r) 0.367 จากงานวิจัยของไวพจน์ กุลาชัยและคณะ¹⁰ คำนวณค่าขนาดผลกระทบที่ได้ 0.353 จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 38 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จากกลุ่มตัวอย่าง(ในระยะที่ 1)ที่มีภาวะความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

Planning ทำการวางแผนการศึกษาเชิงสำรวจ การทบทวนวรรณกรรม การออกแบบเครื่องมือ วางแผนการค้นหาและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงวางแผนในการเก็บข้อมูล

Action ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดโดยนัดประชุมตัวแทนจาก รพ.สต. ทั้ง 25 แห่ง ชี้แจงการเก็บข้อมูลวิจัยในระยะที่ 1 เท่านั้น จะไม่มีการกล่าวถึงการเป็นอาสาสมัครในระยะที่ 2 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นกลุ่มเป้าหมาย ทำการ

แจกแบบสอบถามให้กับตัวแทนที่เข้าประชุมเพื่อแจกจ่ายไปยังบุคลากรท่านอื่นๆใน รพ.สต. แล้วให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบกลับภายใน 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

Observation รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยจะมีการวิเคราะห์แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ภาวะความเครียด 2) ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด และ 3) ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการลดความเครียด พิจารณาร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ประโยชน์ในการออกแบบต่อไป

Reflection ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงสำรวจมาออกแบบ วางแผนในการสร้างรูปแบบวิธีการลดความเครียดสำหรับบุคลากร

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาแบบวิธีการลดความเครียด

Planning วางแผนจากออกแบบรูปแบบวิธีการลดความเครียด ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้และความต้องการของบุคลากร วางแผนระยะเวลาในการทดลอง การเชิญชวนบุคลากรเข้าร่วมการวิจัย โดยการติดต่อไปยังบุคลากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (ความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป) วางแผนในเรื่องของช่องทางและวิธีการในการทดลองใช้

Action ทำการออกแบบรูปแบบวิธีการลดความเครียดและทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (pilot testing) จำนวน 10 คน จากกลุ่มที่เข้าร่วมการศึกษาในระยะที่ 1 คัดเลือกจากผู้ที่มีภาวะความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปโดยจะคัดเลือกจากบุคลากรที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโซนทิศเหนือของอำเภอเป็นกลุ่มทดลอง pilot study ดำเนินการตามที่ได้ออกแบบไว้ และประเมินผลลัพธ์โดยการสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อปรับปรุงแล้วจึงทดลองใช้ในกลุ่มอาสาสมัครเป้าหมาย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป จากข้อมูลในระยะที่ 1 และขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 42 คน โดยไม่ซ้ำกับกลุ่ม pilot study หลังจากนั้นดำเนินการทดลองใช้รูปแบบวิธีการลดความเครียดที่ได้ทำการปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ และเปรียบเทียบภาวะความเครียดก่อนและหลังใช้รูปแบบวิธีการลดความเครียดหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองไปแล้ว 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาเป็น 4 สัปดาห์

Observation การประเมินผลของรูปแบบวิธีการลดความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์โดยวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความเครียดระหว่างก่อนและหลังก่อนทดลองใช้

Reflection นำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการกิจกรรมทั้ง 2 ระยะมาพิจารณาทั้งด้านปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและด้านประสิทธิผลของรูปแบบวิธีการลดความเครียดแล้วทำการพัฒนาต่อไป

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

- แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากงานวิจัยก่อนหน้าของคริสตมาส ลิ้มรัตนกุล¹¹ กรมสุขภาพจิต¹⁸ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ประกอบไปด้วย 1. ด้านลักษณะงาน 2.ด้านบทบาทในองค์กร 3. ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4. ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ 5. ด้านโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร

- แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียด 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต¹⁸

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งหมด 3 ท่าน วิเคราะห์ค่า IOC ได้ค่ามากกว่า 0.5 ตรวจสอบคุณภาพ โดย

นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แล้วปรับปรุงจนได้ค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ขึ้นไป คือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.7¹⁷

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาศึกษาโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลทั่วไปและภาวะความเครียด สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วย Multiple regression และเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังด้วยสถิติ pair t-test วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป R version 4.4.0

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารเลขที่ COA No. 98/2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ภาวะความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการลดความเครียด

วิเคราะห์ภาวะความเครียด จากเป้าหมาย 134 คน มีผู้ตอบกลับจำนวน 123 คน กลุ่มตัวอย่างสูญหายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 การสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ พบว่า สาเหตุเกิดจากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการให้ข้อมูลซึ่งไม่ได้เกิดจากระบวนการหรือเนื้อหาในการศึกษาวิจัย การสูญเสียกลุ่มตัวอย่างนั้นไม่ส่งผลต่ออคติของข้อมูล (information bias) หรือทำให้เกิดความเอนเอียงของข้อมูลที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากร

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 83.74 อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 39.02 อายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี ร้อยละ 24.39 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.37 สถานะสมรส ร้อยละ 64.23 โสด ร้อยละ 22.76 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.74 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.82 มีรายได้อยู่ในช่วง 40,001 ขึ้นไป ร้อยละ 50.41 และมีภาระหนี้สิน ร้อยละ 92.68 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 93.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=123)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	20	16.26
	หญิง	103	83.74
อายุ	21-30 ปี	15	12.2
	31-40 ปี	30	24.39
	41-50 ปี	30	24.39
	51-60 ปี	48	39.02
ศาสนา	พุทธ	121	98.37

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพสมรส	คริสต์	2	1.63
	โสด	28	22.76
	สมรส	79	64.23
	อื่นๆ	16	13.01
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	2.44
	ปริญญาตรี	103	83.74
	สูงกว่าปริญญาตรี	17	13.82
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่เกิน 10,000 บาท	3	2.44
	10,001 – 20,000 บาท	17	13.82
	20,001 – 30,000 บาท	20	16.26
	30,001 – 40,000 บาท	21	17.07
	40,001 ขึ้นไป	62	50.41
ภาระหนี้สิน	มี	114	92.68
	ไม่มี	9	7.32
ตำแหน่ง	ข้าราชการ	115	93.5
	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	2	1.63
	ลูกจ้างชั่วคราว	6	4.88
ระดับความเครียด	น้อย	4	3.25
	ปานกลาง	55	44.72
	สูง	55	44.72
	รุนแรง	9	7.32

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด ได้แก่ ลักษณะงาน มีความสัมพันธ์ทวนบวกกับค่าคะแนนภาวะความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อคะแนนด้านลักษณะงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ค่าคะแนนภาวะความเครียดเพิ่มขึ้น 0.43 คะแนน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคืองานที่ทำมีการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขเนืองงานอยู่ตลอดเวลา และการทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน และปัจจัยด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด เมื่อคะแนนความสำเร็จเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ค่าคะแนนความเครียดลดลง 0.53 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความเครียดในบุคลากรสาธารณสุข

	ตัวแปร	Coef.	SE	p-value	95%CI
เพศ	ชาย	ref			
	หญิง	1.4	3.11	0.653	-4.77 to 7.57
อายุ	21-30 ปี	ref			
	31-40 ปี	-1.65	4.95	0.793	-11.47 to 8.16
	41-50 ปี	-8.06	6.44	0.214	-20.84 to 4.71
	51-60 ปี	-6.91	6.67	0.303	-20.16 to 6.33
	61-70 ปี	-1.44	6.67	0.831	-14.77 to 11.89
ศาสนา	พุทธ	ref			
	คริสต์	1.44	16.66	0.931	-31.60 to 34.49
สถานะภาพสมรส	โสด	ref			
	สมรส	-5.08	3.08	0.102	-11.20 to 1.03
	อื่นๆ	-5.81	4.41	0.19	-14.55 to 2.92
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ref			
	ปริญญาตรี	-9.95	7.48	0.186	-24.80 to 4.88
	สูงกว่าปริญญาตรี	-11.89	7.67	0.124	-27.11 to 3.33
รายได้เฉลี่ยต่อ					
เดือน	ไม่เกิน 10,000 บาท	ref			
	10,001 – 20,000 บาท	0.23	13.31	0.986	-26.16 to 26.63
	20,001 – 30,000 บาท	3.65	13.77	0.792	-23.67 to 30.97
	30,001 – 40,000 บาท	5.74	14.15	0.686	-22.33 to 33.82
	40,001 ขึ้นไป	4.23	14.47	0.771	-24.47 to 32.94
ภาระหนี้สิน	มี	ref			
	ไม่มี	-5.98	4.45	0.181	-14.80 to 2.83
ตำแหน่ง	ข้าราชการ	ref			
	พนักงานกระทรวง				
	สาธารณสุข	-3.02	10.86	0.781	-24.57 to 18.53
	ลูกจ้างชั่วคราว	2.54	6.98	0.716	-11.30 to 16.39
ด้านลักษณะงาน		0.43	0.19	0.03*	0.04 to 0.82
บทบาทในองค์กร		0.35	0.37	0.338	-0.37 to 1.08
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล		0.02	0.29	0.934	-0.55 to 0.59
ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ		-0.53	0.32	0.097*	-1.16 to 0.09

โครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร	0.47	0.31	0.139	-0.16 to 1.09
constant	42.57	16.99	0.014	8.86 to 76.27

*=significant at p-value < 0.1

ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการลดความเครียด พบว่า บุคลากรมีความต้องการในรูปแบบของการทำกิจกรรมด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.29 รายละเอียดกิจกรรมส่วนใหญ่ต้องการฝึกการมองโลกในแง่บวก ร้อยละ 65.85 รองลงมาคือวิธีการผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 62.6 และทักษะการจัดการความเครียดร้อยละ 53.66 วันในการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยากให้เป็นวันปกติ และเป็นช่วงกลางวัน โดยบุคลากรส่วนใหญ่อยากให้ใช้ช่องทางออนไลน์ในการเรียนรู้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที และรวมระยะเวลาทั้งหมดไม่เกิน 2 สัปดาห์ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการลดความเครียด

ความต้องการเกี่ยวกับวิธีการลดความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบวิธีการ		
ทำกิจกรรมด้วยตนเอง	84	68.29
รวมกลุ่ม มีผู้พาปฏิบัติ	39	31.71
เนื้อหา(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ฝึกสมาธิ	61	50.41
เสริมทักษะการจัดการความเครียด	66	53.66
วิธีการผ่อนคลาย	77	62.6
วิธีลดความเครียด	63	51.22
การมองโลกในแง่บวก	81	65.85
ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรม		
ช่วงกลางวัน	33	26.83
ช่วงค่ำ	25	20.33
วันปกติ	47	38.21
วันเสาร์อาทิตย์	18	14.63
ช่องทางการจัดกิจกรรม		
แบบออนไลน์	90	73.17
แบบออนไซต์	33	26.83
ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมต่อครั้ง		
30 นาที	79	64.23
60 นาที	44	35.77
ระยะเวลารวม		
2 สัปดาห์	78	63.41
4 สัปดาห์	44	35.77
8 สัปดาห์	1	0.81

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบวิธีการลดความเครียด

นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาออกแบบรูปแบบวิธีการลดความเครียดสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมเบื้องต้นดังนี้

ระยะเวลาของรูปแบบกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ประยุกต์ใช้รูปแบบโปรแกรมคลายเครียดออนไลน์จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ ธัญสิดา ยอดอ่อน (2565) โดยจะเป็นการจัดโปรแกรมแบบออนไลน์เพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง จัดตั้งกลุ่มสนทนาเพื่อส่งวีดิทัศน์เนื้อหาและการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการลดความเครียดให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาและปฏิบัติตาม จากการทดลองใช้พบว่าสามารถช่วยลดความเครียดได้ แต่หลักฐานยังไม่เพียงพอในการสรุปว่าช่วยลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การจัดเป็นโปรแกรมแบบออนไลน์ช่วยให้สะดวกในการเข้าเรียนรู่มากขึ้น แต่การกำกับติดตามกลุ่มตัวอย่างบ่อยเกินไปอาจทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายหรือกดดันมากเกินไป ควรนัดติดตามไม่เกินสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย กิจกรรมที่ได้เรียนรู้มีประโยชน์กับผู้ปฏิบัติ สามารถทำตามได้แต่บางกิจกรรมใช้ระยะเวลาต่อครั้งอาจนานเกินไปอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ควรปรับกิจกรรมให้สั้นลง ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะเหล่านี้มาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม และทดลองใช้ในอาสาสมัครกลุ่มเป้าหมาย โดยรายละเอียดของรูปแบบกิจกรรมมีดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กิจกรรมรูปแบบวิธีการลดความเครียดออนไลน์

สัปดาห์	ครั้งที่	กิจกรรม	วิธีการ/ระยะเวลา
1	1	จัดตั้งกลุ่มไลน์ เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่ม พุดคุยเบื้องต้น โดยกลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องเปิดเผยตัวตน หรือข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้เกิดความสบายใจมากขึ้น ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโดยใช้แอปพลิเคชัน Line ใช้เวลาในพุดคุย 60 นาที
	2	ส่งวีดิทัศน์ เรื่องการใช้สมาธิบำบัด - หลับตาสูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ กลั้น ลมหายใจไว้ นับ 1 - 3 แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปาก ช้าๆ - ยกแขนขึ้นมาระดับเอวหันฝ่ามือเข้าหากันสูดลมหายใจเข้าทางจมูก ค่อยๆ ขยับฝ่ามือเข้าหากันผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ขยับฝ่ามือออกจากกัน ทำแบบนี้นับเป็น 1 รอบลมหายใจ ทำ 20-40 รอบ - สูดลมหายใจเข้าทางจมูกค่อยๆยกมือขึ้น เหนือศีรษะ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ลดแขนลง มาระดับเอว สามารถทำได้ทั้งทำนั่งและทำนอน ช่วยให้ ความเครียดลดลง - นอนตอนกลางคืนอาบเสียงดนตรี “15 นาที สแกน	ส่งวีดิทัศน์ในกลุ่มไลน์ กลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาการใช้สมาธิบำบัด และปฏิบัติตาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนครบ 1 สัปดาห์

สัปดาห์	ครั้งที่	กิจกรรม	วิธีการ/ระยะเวลา
		ร่างกาย body scan เพื่อผ่อนคลาย” และ “ดนตรี+เสียงกำหนดจิต เพื่อนอนหลับลึก”	
	3	ติดตามทำความเข้าใจวิธีการปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อประเมินความเข้าใจว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามได้ พร้อมกำหนดตารางการปฏิบัติให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	นัดจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มผ่านการโทรด้วยวิดีโอ ในกลุ่มไลน์ ใช้เวลา 40-60 นาที
2	1	ส่งวีดิทัศน์การเรียนรู้เรื่อง - “ฝึกหยุดความคิด” - การนวดเพื่อผ่อนคลาย สามารถทำได้ด้วยตัวเอง - “เพิ่มการทำสมาธิและสติ พื้นฐาน”	ส่งวีดิทัศน์ในกลุ่มไลน์ กลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาการใช้สมาธิบำบัด และปฏิบัติตาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยปฏิบัติร่วมกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2) อย่างต่อเนื่อง จนถึงสัปดาห์ที่ 4 ของกิจกรรม
	2	ติดตามทำความเข้าใจและประเมินความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามกิจกรรมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และทำการติดตามเป็นระยะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	นัดจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มผ่านการโทรด้วยวิดีโอ ในกลุ่มไลน์ ใช้เวลา 40-60 นาที
4		ประเมินภาวะความเครียด	ผ่านแบบฟอร์มในรูปแบบออนไลน์ โดยส่งลิงก์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าไปทำแบบประเมิน

ทำการประเมินผลลัพธ์โดยใช้แบบสอบถามภาวะความเครียดหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นไปแล้ว 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4) พบว่าเมื่อดำเนินการตามกิจกรรมในรูปแบบวิธีการลดความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์แล้วช่วยให้บุคลากรมีระดับความเครียดลดลง จากเดิมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและปานกลาง เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมแล้วพบว่าภาวะความเครียดอยู่ในระดับน้อยและปานกลางเท่านั้น เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะความเครียดระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.1 โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 14.09 คะแนน (95%CI = 12.60-15.57) สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะความเครียดระดับสูงลดลงร้อยละ 35.71 เพิ่มผู้ที่มีภาวะความเครียดระดับน้อยได้ร้อยละ 19.05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบภาวะความเครียด ก่อนและหลังใช้รูปแบบวิธีการลดความเครียด (n=42)

ระดับความเครียด	ก่อน		หลัง		MD	sd	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ระดับความเครียดน้อย	4	9.52	12	28.57				
ระดับความเครียดปานกลาง	15	35.71	30	71.43			12.60	
ระดับความเครียดสูง	15	35.71	0	0	14.09	8.32	to	<0.001
ระดับความเครียดรุนแรง	8	19.05	0	0			15.57	
Mean(sd)	42.67(12.49)		28.58(5.99)					

MD = Mean difference

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้กรอบการพัฒนา Plan – Action – Observe – Reflect ช่วยให้ เกิดกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจนบรรลุวัตถุประสงค์ ทราบสถานการณ์ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขซึ่ง พบว่ามีภาวะความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและสูงเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชันชัย ชันทะชา¹⁹ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า บุคลากรมีภาวะความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่รองลงมาคือระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านลักษณะงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ มณี ประเสริฐบุญชัย²⁰ ที่ได้ศึกษาความเครียดในบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน พบว่า ลักษณะของงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยการทำงานที่ต้องมี การปรับแก้หรือแก้ไขตลอดเวลา และการทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระพล ปัญญาวิ และ วริศรา ลูวิระ²¹ ที่ศึกษาความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า มีความเครียดมากขึ้นหาก งานที่รับผิดชอบมากเกินไป ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ กลัวความผิดพลาด และรู้สึกถูกกดดันว่าต้องให้ผลงานออกมาดี และ สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต²² กล่าวว่าภาระงานทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบันนั้นเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การขาด แคลนทรัพยากร ระยะเวลาการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานทำให้บุคลากรเกิดความอ่อนล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มีภาวะ ความเครียดมากกว่าประชาชนทั่วไปถึงสามเท่า ในส่วนของความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการลดความเครียดส่วนใหญ่อยากให้ เป็นในรูปแบบออนไลน์ และใช้ระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ รายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาที่ต้องการมองโลกในแง่บวก การผ่อนคลาย ความคิดและความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการศึกษาของธัญยสิดา ยอดอ่อน¹⁵ ซึ่งได้ออกแบบโปรแกรมคลายเครียด ออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ แต่ในครั้งนี้นี้มีการเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ การฝึกสมาธิ การจัดการความคิดและการผ่อนคลายความคิดและความเครียด จากผลการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า ค่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญยสิดา ยอด อ่อน¹⁵ ที่ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมคลายเครียดออนไลน์ พบว่า หลังทดลอง คะแนนความเครียดในภาพรวมแตกต่างจากก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะความเครียดระดับสูงและระดับอันตรายนั้นลดลง หลังจากการใช้รูปแบบวิธีการลดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาวิณั โมกขาวและคณะ²³ ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมจัดการความเครียดที่ประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการสำรวจความคิดของตนเอง อารมณ์ พฤติกรรม การฝึกสมาธิ การ

ฝึกระบบความคิดเชิงลบ การฝึกหายใจ และการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งผลของการใช้โปรแกรมพบว่า หลังทดลองสัดส่วนของผู้ที่มีความเครียดระดับมากและระดับรุนแรงลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ยังคงมีข้อจำกัดเนื่องจากความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์นั้นเป็นการวัดแบบภาคตัดขวางซึ่งความสัมพันธ์ที่พบไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผลที่ชัดเจน ปัจจัยหลายด้านที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดยังคงไม่สอดคล้องกันในทางทฤษฎี การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ควรมีการพิจารณาถึงบริบทของพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ โดยสามารถนำกระบวนการพัฒนาในครั้งนี้เป็นแนวทางเบื้องต้น การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น การศึกษาในลักษณะทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อให้สามารถประเมินความสัมพันธ์และผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น ทั้งนี้รูปแบบวิธีการที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดระดับความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขได้ในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น การวิจัยในอนาคตควรมีการออกแบบการศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (control group) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ที่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข;2561
2. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไร้อำนาจ ไร้เงิน ใครคือตัวจริง กุมอำนาจเบ็ดเสร็จ บริหารสาธารณสุขไทย [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://thaipublica.org/2011/09/healthcare/>
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข.นนทบุรี.กระทรวงสาธารณสุข;2564.
4. รุ่งแสง กนกวุฒิ. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการให้บริการและอาคารสถานที่ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก;2560.
5. วิภา หวันแหละ. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลา: 2558.
6. ไพฑูรย์ สมุทรสินธ์. ปัญหาสุขภาพจิตในสถานประกอบอาชีพ. ใน สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์และปฐสวรงค์ปัญญา เลิศ, บรรณาธิการ. ตำราอาชีพเวชศาสตร์.กรุงเทพมหานคร: เจเอสเคการพิมพ์;2542. หน้า 180 207.
7. กรมสุขภาพจิต. เผยผลสำรวจ "ปชช บุคลากรแพทย์" เครียดมากขึ้นช่วงผ่อนปรนฯ โควิด 19.[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://news.trueid.net/detail/no73qGVNn3ro>
8. คณิน จินตนาปราโมทย์, พรชัย สิทธิศรีธัญกุล. สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงาน และการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพบุคลากรทางแพทย์.วารสารทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562. 26(2),112-123.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์. ผลการสำรวจข้อมูล Happinometer ปี 2566. เอกสารอัดสำเนา,2566.
10. ไหวจน์ กุลชัย, ปฎิพล หอมยามเย็น, เทวชัย บริรักษ์สันติกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในงานความเหนื่อยล้าในงานและความตั้งใจลาออกจากงาน. วารสารวิชาการ Veridian E –Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ 2560. 10(2),959-974.

11. คริสต์มาส ลิมรัตนกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยะลา. [สารนิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2566
12. ศรีวรรณ ภัทร์สรรพพร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2567. 21(3),193-201
13. พิรัช โพธิ์งาม, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์. ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565.30(4),276-285.
14. ธรรมศักดิ์ สายแก้ว. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยตนเองโดยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการสร้างเสริมทักษะชีวิตในการจัดการความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์[ปริญญาานิพนธ์ การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;2561
15. ธันยัสิตา ยอดอ่อน, มุกดา หนูยศรี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563.13(2),388-399.
16. Effect Size Calculator [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://camel.psyc.vt.edu/models/stats/effect_size.shtml
17. มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564.8(2),329-343.
18. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20)[อินเทอร์เน็ต] 2550. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก : https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office/SPST20.pdf
19. ชันชัย ชันทะชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565. 15(2),285-299.
20. มณี ประเสริฐบุญชัย. ความเครียดและพฤติกรรมในการจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลาในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(1):19-28.
21. ธีระพล ปัญญาวิ และ วริสรา ลูวีระ. ความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4(2):185-197.
22. กรมสุขภาพจิต. ภาระงานที่หนักหนา ต้นเหตุปัญหาสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31530>
23. กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว, วรพนิต ศุภระแพทย์, วลัยนารี พรหมลา. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดและความสามารถในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;22(2):355-363

Received: 20 Apr. 2025, Revised: 29 May 2025

Accepted: 7 Jun. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุนันทา บัวจันทร์¹, อติสร วงศ์คงเดช², วรพจน์ พรหมสัถยพรต³

บทคัดย่อ

การจัดทำแผนกลยุทธ์ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการทำงานขององค์กร ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ยังไม่มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ในบริบทภายหลังการถ่ายโอน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart โดยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย การสัมภาษณ์ สังเกต ถอดบทเรียน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ในพื้นที่อำเภอพระแสง จำนวน 65 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการใช้ Content analysis

ผลการศึกษา พบว่า กลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ไม่มีแผนกลยุทธ์รองรับในการปฏิบัติงาน การศึกษานี้จึงศึกษาพัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ระดมความคิด เสนอแผนกลยุทธ์สุขภาพ ทำให้ รพ.สต. มีแผนกลยุทธ์ ประกอบด้วย มี 4 ยุทธศาสตร์ 16 กลยุทธ์และ 16 แผนงาน กิจกรรมหลัก 13 โครงการ ผลการประเมินกระบวนการ จัดทำนำแผนยุทธศาสตร์ไปใช้ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.05 (S.D.=0.80) ปัจจัยความสำเร็จ คือ ความเป็นผู้นำ การจัดการงบประมาณและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : การถ่ายโอนภารกิจ , แผนกลยุทธ์ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³รองศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail : 65011481024@msu.ac.th

Original Article

Developing the process for creating strategic plans for subdistrict health promotion hospitals (Subdistrict Health Promoting Hospitals) that transfer their missions to local administrative organizations. In Phra Saeng District Surat Thani Province

Sunanta Buajan¹ Adisorn Wongkongdech² Vorapoj Promasatayaprot³

Abstract

Strategic planning is important for determining the direction of the organization's work. Currently, the sub-district health promotion hospitals that have transferred their missions to the provincial administrative organizations have not yet prepared strategic plans in the post-transfer context. This research aimed to study the development process of strategic planning of sub-district health promotion hospitals (sub-district health promoting hospitals) that were transferred to Surat Thani Provincial Administrative Organization. The action research principle was used according to the concept of Kemmis & McTaggart by collecting quantitative data with interviews and qualitative data with interviews, observations, and lessons learned. The target group includes 65 officers working at sub-district health promotion hospitals that have transferred their duties to the provincial administrative organization in Phra Saeng District. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The study results found that the strategies of the Subdistrict Health Promoting Hospital (SHP) after transferring the mission to the Surat Thani Provincial Administrative Organization There is no strategic plan to support the operation. This study therefore studies the development of the strategic plan preparation process by organizing a workshop to analyze internal and external factors, brainstorm ideas, and propose a health strategic plan. To make the sub-district hospital have a strategic plan consisting of 4 strategies, 16 tactics and 16 work plans, 13 main activities. The results of the evaluation of the strategic plan implementation process found that the overall results were at a high level, with an average score of 4.05 (S.D.=0.80). The success factors are leadership, budget management and stakeholder participation.

Keywords: Task transfer, Strategic plan, Subdistrict Health Promoting Hospital

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

²Assistant Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³Associate Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail : 65011481024@msu.ac.th

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจของหน่วยงานราชการไปสู่ท้องถิ่น เริ่มตามบทบังคับใช้รัฐธรรมนูญ ปี 2540 ได้กำหนดขั้นตอนและระยะเวลา เพื่อทำการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 250 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (2564)¹

จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 97 แห่งในปี 2565 และในปี 2567 ถ่ายโอนเพิ่มมาอีก 2 แห่ง รวมเป็น 99 แห่งถึงปัจจุบัน ภายหลังการถ่ายโอนไปแล้ว พบปัญหาและอุปสรรคด้านการวางแผน (Planning) พบว่า แผนยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (สสจ.) จัดทำขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข² ใช้ปฏิบัติงานนั้น ถึงจะมีความครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี แต่ยังเป็นแผนที่ขาดการมีส่วนร่วมในการจัดทำของคณะทำงานระดับอำเภอ ตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนด้านโครงสร้าง (Organizing) ของการทำงานร่วมกัน พบว่า ยังขาดโครงสร้างที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานระดับอำเภอและตำบล โดยรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ(คปสอ.) แบบเดิมสามารถใช้ได้ดี เฉพาะในบางอำเภอ ส่วนด้านการจัดบุคลากร (Staffing) พบว่า บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานียังขาดการเตรียมความพร้อมในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดรวมทั้งการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ที่ต้องทำงานโดยตรงกับ อสม. ส่วนด้านการอำนวยการ (Directing) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการบังคับบัญชาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เหมือนเช่นเดิมและต้องปรับเปลี่ยนมาเป็นการใช้ความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกันและด้านการควบคุมการทำงาน (Controlling) พบว่า ยังขาดความชัดเจน ในการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี³ จะเข้าไปติดตามงานตามบทบาทหน้าที่ ผลงานตามตัวชี้วัดปฐมภูมิโดยมากไม่บรรลุเป้าหมายหรือล่าช้ากว่ากำหนดจากที่กล่าวมาทั้งหมด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดทิศทางและแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่สอดคล้องกับบริบทภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด³

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแก้ไขอุปสรรคการดำเนินงาน และพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทภายใต้การกำกับขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการดำเนินการวิจัย ผู้ศึกษาได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

ศึกษาข้อมูลทั่วไป บริบทของปัญหาการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในอำเภอพระแสง เพื่อนำข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีความพร้อมในการวิจัย และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

2. ขั้นระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหา ประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์ด้านแผนกลยุทธ์ กำหนดขอบเขตการดำเนินงาน ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในอำเภอพระแสง

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการประชุมทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในอำเภอพระแสง

- การวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์หลักและตัวชี้วัดตามลำดับโดยให้สอดคล้องกัน
- กำหนดยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่กำหนดกลยุทธ์
- มาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด
- จัดทำแผนปฏิบัติการ
- นำผลที่ได้รับสู่การปฏิบัติ

ขั้นที่ 3 สังเกต (Observe) สังเกตกระบวนการและผลการปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคการเก็บข้อมูล การสังเกตและบันทึกการประชุม, การสะท้อนความคิด, การสัมภาษณ์ จากดำเนินการประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในอำเภอพระแสง

ขั้นที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) วิเคราะห์ผลการจัดกิจกรรม การดำเนินงานถอดบทเรียน การดำเนินการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในอำเภอพระแสง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ถ่ายโอน, บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ กองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย (1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ถ่ายโอนอำเภอพระแสง จำนวน 55 คน (2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่กองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 65 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนภารกิจ ในอำเภอพระแสง ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกระบวนการทุกขั้นตอนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ลาออกจากตำแหน่งหรือย้าย ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนภารกิจ ในอำเภอพระแสง และไม่อยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เป็นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือชุดที่ 1 ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระยะเวลาปฏิบัติงาน, รายได้, ประเภทตำแหน่ง, ลักษณะการปฏิบัติงาน ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับองค์กรในการบริหารทรัพยากรบุคคล ตามลักษณะงาน 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ด้านนโยบายและการบริหารงาน, ด้านรายได้ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ, ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน, ด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน, ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน, ด้านวัฒนธรรมองค์กร โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามแนวคิดของLikert (1967)⁴ ซึ่งให้เกณฑ์ของการประเมิน 5 ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง คะแนนผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง คะแนนผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง คะแนนผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง คะแนนผลการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง คะแนนผลการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ช่วง ตามเกณฑ์การคำนวณช่วงการวัดเพื่อแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ Best (1977)⁵ ดังนี้ เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.79$$

คะแนน 4.21 - 5.00	คะแนนการรับรู้ระดับดีมาก
คะแนน 3.41 - 4.20	คะแนนการรับรู้ระดับดี
คะแนน 3.67 - 3.40	คะแนนการรับรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 1.81 - 2.60	คะแนนการรับรู้ระดับค่อนข้างไม่ดี
คะแนน 1.00 - 1.80	คะแนนการรับรู้ในระดับไม่ดี

เครื่องมือชุดที่ 2 ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์การจัดทำแผนกลยุทธ์และข้อเสนอแนะ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การพัฒนาองค์กร, การพัฒนากลยุทธ์, วิสัยทัศน์ขององค์กร, พันธกิจขององค์กร, การกำหนด

เป้าประสงค์ขององค์กร/ตัวชี้วัดหลัก/ค่าเป้าหมายรายปี ,การกำกับ ติดตามและประเมินผล ,ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/ข้อเสนอแนะ/อื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) สำหรับเครื่องมือ เท่ากับ 0.60
2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่างและได้กำหนดขั้นตอน ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 723 - 577/2567 รับรอง วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาริบทพื้นที่ สถานการณ์ด้านกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.1 บริบทพื้นที่ทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.2 มีอายุเฉลี่ย 34.73 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.8 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.49 ปี ประเภทตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 47.7 และมีลักษณะปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นสายวิชาชีพ ร้อยละ 40 อำเภอมะนังมีหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจำนวน 13 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 6 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 7 แห่ง

1.2 ปัญหาการดำเนินงาน พบว่า ไม่มีแผนกลยุทธ์รองรับในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. ผลการศึกษากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 2 ครั้ง ในเดือนธันวาคม 2567และเดือนมกราคม 2568 มีการสัมภาษณ์ ระดมความคิด กำหนดทิศทางของแผนกลยุทธ์ การวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์หลักและตัวชี้วัดตามลำดับโดยให้สอดคล้องกัน กำหนดยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่กำหนดกลยุทธ์ แนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด จัดทำแผนปฏิบัติการ

2.2 การเสนอแผนกลยุทธ์ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขร่างแผนกลยุทธ์

2.3 การนำแผนกลยุทธ์มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. ผลการศึกษากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า

3.1 ด้านการพัฒนาองค์กร

กระบวนการจัดองค์กรที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ การเพิ่มคณะทำงานร่วมระดับจังหวัด, ระดับโซน ได้แก่ คณะอนุกรรมการ กสพ. ด้านยุทธศาสตร์ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ แต่งตั้งโดยอบจ.สุราษฎร์ธานี ร่วมกับ สสจ.สุราษฎร์ธานี ส่วนในระดับอำเภอ แต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตพขอ.ให้มี อบจ.สุราษฎร์ธานีร่วมด้วย เพื่อกำกับ ติดตามและประเมินผล ตามตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน และเพื่อให้สาธารณสุขอำเภอมีอำนาจหน้าที่ในการ กำกับ ติดตาม รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ที่ชอบด้วยกฎหมาย (เฉพาะเรื่องงาน)

3.2 การพัฒนากลยุทธ์

กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับในการจัดทำแผนกลยุทธ์ ระดับพื้นที่ ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ฉบับปรับปรุงใหม่ โดย จัดตั้ง คณะอนุกรรมการ กสพ. ด้าน แผนยุทธศาสตร์ และ ตั้งคณะทำงานด้านการกำหนดตัวชี้วัด ประกอบด้วย คณะทำงานจาก สสจ. อบจ. รพช. สสอ. รพ.สต. ในการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในประเด็นปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงาน เพื่อใช้เป็นข้อเสนอ ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ฉบับปรับปรุงใหม่

3.3 วิสัยทัศน์ขององค์กร

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มุ่งเน้นหลักในการพัฒนาสุขภาพ ประชาชน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีการบริหารจัดการได้มาตรฐาน”

3.4 พันธกิจขององค์กร

1. กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของอำเภอให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน ทุกระดับ

2. พัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เท่าเทียมกัน

2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน และสอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่าง เหมาะสม ผสมผสานการแพทย์แผนไทย ประชาชนเข้าถึงบริการ โดยใช้สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน บริการเฉพาะทาง และระบบบริการฉุกเฉิน การสร้างสุขภาพ การป้องกัน ควบคุม โรคและภัยสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ เยี่ยมบ้าน เพื่อให้ คนพระแสงมีสุขภาพดี

2.2 พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง

2.3 กำหนดทิศทางการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยการวิจัยและการบริหารจัดการองค์ ความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่

3. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอพระแสง ในการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

3.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)

3.1.1 การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์

3.1.2 การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เครือข่ายมีส่วนร่วม ประชาชนเข้าถึง

3.1.3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

3.1.4 การส่งเสริม ภาควิชาช่วยสุขภาพสร้างสุขภาพ และประชาชนมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์

3.1.5 การกำหนดเป้าประสงค์ขององค์กร /ตัวชี้วัดหลัก /ค่าเป้าหมายรายปี

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
1.ประชาชนมีส่วนร่วมใน การกำหนด ข้อเสนอเชิง นโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพ	ชุมชนมีข้อเสนอเชิงนโยบาย และ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ที่เกิดจาก กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำ แผนชุมชน	ร้อยละ 80
2.รพ.สต. มีการพัฒนาระบบบริหาร จัดการด้านสุขภาพได้คุณภาพ มาตรฐาน	ระดับความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการ	ระดับ 5
3.ภาควิชาช่วยสุขภาพมีส่วนร่วมใน การสร้างสุขภาพ	ระดับความร่วมมือของภาควิชาช่วย ในการสร้างสุขภาพ	ระดับ 5

3.6 การกำกับ ติดตามและประเมินผล

กระบวนการการควบคุมการทำงานที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ การควบคุมการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านผลสัมฤทธิ์ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. โดยกระบวนการใหม่จะเลือกใช้เฉพาะตัวชี้วัดประเภท กระบวนการ (Process) กล่าวคือ เป็นตัวชี้วัดประเภทการคัดกรอง หรือการบริการที่ รพ.สต. ให้บริการโดยตรง และเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดที่ผ่านการรับรองจาก กสพ. ส่วนตัวชี้วัดประเภท ผลลัพธ์ (Outcome) จะใช้เป็นข้อมูล ที่ใช้ในการคืนข้อมูลให้ อบจ. ในรูปแบบของข้อเสนอเชิงนโยบายในแก้ไข ปัญหาในการหาหรือระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ แทน ในส่วนของการควบคุมคุณภาพ รพ.สต. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้ อบจ. และ รพ.สต. สังกัด อบจ. ร่วมเป็น คณะกรรมการทั้งระดับจังหวัด และระดับพื้นที่รวมทั้ง ร่วมกันการกำหนดรูปแบบจำนวน รพ.สต. ที่จะประเมินในแต่ละปี การแบ่งปันทรัพยากร เช่น บุคลากร งบประมาณ ร่วมกันในออกการเยี่ยมประเมิน หรือการฝึกอบรมต่างๆ การเป็น พี่เลี้ยง เป็นต้น และประเด็นปัญหาและอุปสรรคการควบคุมการทำงาน

4. ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า

1. ความพร้อมของผู้นำและการมีส่วนร่วม

การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ร่วมและความรับผิดชอบร่วมในระดับจังหวัดและท้องถิ่น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การถ่ายโอนและการวางแผนกลยุทธ์เป็นไปอย่างราบรื่น

2. การบูรณาการและการสื่อสาร

การบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก อบจ. รวมถึงการสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นสิ่งจำเป็นในการขับเคลื่อนแผนกลยุทธ์ให้ประสบความสำเร็จ

3. การบริหารอัตรากำลังคน

การบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จของการจัดทำแผนกลยุทธ์ โดยต้องมีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอและมีคุณสมบัติตรงตามกรอบ อัตรากำลังที่กำหนด

4. ระบบข้อมูลและสารสนเทศ

การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศที่ทันสมัยและเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. และ อบจ. เป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงาน

5. การติดตามและประเมินผล

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถปรับปรุงแผนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือรายละเอียดเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการศึกษาผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขอข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและตรงกับความต้องการของท่านได้

สรุป การใช้แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนอำเภอพระแสง จะช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนอำเภอพระแสง สามารถปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นและการกำกับ ดูแลและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีระบบ โดยการประสานงานที่ดี การติดตามผลที่เป็นรูปธรรม และการสร้างภาคีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งขึ้นได้

อภิปรายผล

1.จากผลการศึกษาบริบทและสถานการณ์ด้านกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้สะท้อนถึงทั้งความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัด โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ ผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลังคน การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านการจ้างบุคลากร ความมั่นคงทางตำแหน่ง และอัตรากางานระยะยาว ซึ่งส่งผลต่อความไม่มั่นคงในอาชีพของบุคลากรทางสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของศรวณี อวนศรีและคณะ⁶ ที่ศึกษาความก้าวหน้าของการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ทุกองค์กรสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจได้ตามศักยภาพตัวเอง ความไม่พร้อมของระบบข้อมูลและสารสนเทศหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังคงใช้ระบบข้อมูลเดิม และมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ประชาชน ความไม่สอดคล้องในระบบการบริหารจัดการพบว่าการเตรียมความพร้อม เช่น การปรับปรุงกฎระเบียบ การพัฒนาความรู้ในท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดการกำลังคนและมาตรฐานการบริการสุขภาพ เป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดุจเดือน ตั้งเอียด และศศิพร โลจายะ⁷ เรื่องความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ความท้าทายในการทำงานร่วมกัน หลายพื้นที่ที่มีความร่วมมือที่ดีระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและอบจ. ได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในระดับหนึ่ง การทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้อง: เช่น กองสาธารณสุขของ อบจ. โดยอาจจำเป็นต้องให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้าไปช่วยเป็นพี่เลี้ยงในช่วงต้น สร้างเสริมความเข้มแข็งกลไกระดับอำเภอที่มีอยู่เดิม: เช่น คปสอ. พขอ. และ CUP. กำหนดเกณฑ์ในการบริหารจัดการเงิน UC ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนินี ทวีวิทยาการ และปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร⁸ การพัฒนาหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์สุขภาพของบุคลากร ในกระทรวงสาธารณสุข

2.หลังจากการพัฒนาระบบการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าการถ่ายโอนภารกิจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน

โครงสร้างการบริหารจัดการและบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญ ต้องปรับกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับนโยบายและบริบทท้องถิ่นของ อบจ. ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของบุคลากรและชุมชนเพิ่มขึ้น ทำให้แผนกลยุทธ์สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม บุคลากรยังขาดทักษะและความรู้ด้านการวางแผนกลยุทธ์และการบริหารจัดการ รวมถึงพบความท้าทายในการประสานงานและสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน การศึกษานี้เสนอแนะแนวทางพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสร้างระบบข้อมูลสนับสนุนการวางแผน และการเสริมสร้างกลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้กระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของ รพ.สต. มีความสมบูรณ์และยั่งยืนต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพงศธร โตสังวาล และประจักษ์ บัวผัน⁹ ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

3.จากผลการศึกษาพัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า รพ.สต. มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดทำแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นและนโยบายขององค์การบริหารส่วนจังหวัด การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการเชิงกลยุทธ์ที่เน้นการบูรณาการข้อมูลจากหลายภาคส่วนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของแผนอย่างไรก็ตามซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล¹⁰ การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ยังพบอุปสรรคบางประการ เช่น ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคลที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดำเนินงานบางโครงการไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ นอกจากนี้ การสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานในระดับจังหวัดและตำบลยังมีช่องว่าง ทำให้บางครั้งเกิดความล่าช้าในการดำเนินงานทั้งนี้ การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวได้สร้างโอกาสให้ รพ.สต. ได้พัฒนากระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ที่มีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดีขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการของบุคลากรภายใน รพ.สต.ให้มีความเชี่ยวชาญและมีบทบาทในการขับเคลื่อนแผนงานที่มีประสิทธิผลมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจรรูวัฒน์ ญัฐวัฒน์¹¹

โดยสรุป การถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการจัดทำและการปฏิบัติแผนกลยุทธ์ของ รพ.สต. ในทางบวก แม้ว่ายังมียุปสรรคบางประการที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในอนาคต

4.จากการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกระบวนการแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ระหว่าง รพ.สต.และ อบจ. หลังการถ่ายโอน พบว่าการกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจนระหว่าง รพ.สต.และอบจ. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วยเทคนิค SWOT Analysis พินิจ มีคำทอง¹² เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การควบคุมและกำกับดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์มีประสิทธิภาพ หากขาดความเข้าใจที่ตรงกัน อาจก่อให้เกิดความซ้ำซ้อน หรือความล่าช้าในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น การเปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้นำชุมชน และองค์กรภาคีในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำและประเมินแผนยุทธศาสตร์ ทำให้แผนมีความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นมีส่วนช่วยให้เกิดความร่วมมือในการติดตาม กำกับ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. กับ อบจ. มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและประเมินผลอย่างไรก็ตาม บางแห่งยังขาดความพร้อมด้านเทคโนโลยี ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนและประเมินผลได้อย่างเต็มที่ ศักยภาพของบุคลากรบุคลากรของ รพ.สต. ที่มีทักษะในการบริหารแผนงาน การประเมินผล

และการประสานงานกับท้องถิ่น ถือเป็นหัวใจสำคัญ มีการพัฒนาอบรบบุคลากรบางส่วนแล้ว แต่ยังมีความต้องการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะทาง เช่น การจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ การใช้ตัวชี้วัด และการสื่อสารกับผู้บริหารท้องถิ่น การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากร ความต่อเนื่องและชัดเจนของการจัดสรรงบประมาณจาก อบจ. มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผน พบว่า หากมีการจัดสรรงบประมาณตรงตามแผนและทันเวลา จะช่วยให้การควบคุมและประเมินผลมีประสิทธิภาพมากขึ้น กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และกองสาธารณสุขท้องถิ่น¹³ วัฒนธรรมองค์กรและภาวะผู้นำ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร รพ.สต. และ อบจ. ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนแผนร่วมกัน เป็นอีกปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จ องค์กรที่มีวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะสามารถปรับตัวและพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแผนกลยุทธ์สุขภาพไปปรับใช้
- 2) ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานใน รพ.สต. ของพื้นที่ใกล้เคียง
- 3) ควรเพิ่มวิธีการผลและระยะเวลาในการติดตามผล เพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนและสร้างความน่าเชื่อถือ
- 4) เพิ่มวิธีการประเมินผล เพิ่มมิติการประเมินด้านอื่นๆมากขึ้น
- 5) ควรเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่กำกับดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลการพัฒนามากกว่านี้ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบให้มากยิ่งขึ้น สำหรับการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบในระยะเวลาช่วงสั้น อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการศึกษานี้ให้มากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

2) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้วิธีอื่นประเมินร่วมด้วย เช่นการสังเกต และเพิ่มมิติการประเมินให้มากขึ้น เพราะการใช้แบบสอบถามในการประเมินการมีส่วนร่วม และเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่และประชาชนบางคนมีความรู้เรื่องการจัดทำแผนกลยุทธ์อยู่แล้ว

3) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายผลเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2564.
2. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2565.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 - 2579). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.

5. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
6. ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมธนิ์ก โชติขางฉัตรชัย, ศศิริมล อ่อนทอง, นิจนันท์ ปาณะพงศ์, ธนินทร์ พัฒนศรี. การถ่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):314-30.
7. ดุจเดือน ตั้งเสถียร, ศศิพร โลจายะ. ความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2562;3(6):21-33.
8. ธนิน ทวีวิทยาการ, ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. การพัฒนาหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):353-62.
9. พงศธร โตสังวาล, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566;29(3):37-55.
10. อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. องค์การนวัตกรรม: มโนทัศน์ และตัวแบบเชิงทฤษฎี. NIDA Dev J [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2025 พ.ศ. 29];57(3):158-87. เข้าถึงจาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/NDJ/article/view/104672>
11. จารุวัฒน์ ญัฐวัฒน์. ประเด็นด้านทรัพยากรและวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ส่งผลต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ศึกษากรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2025 พ.ศ. 29]. เข้าถึงจาก: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10629>
12. พินิจ มีคำทอง. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมสถานศึกษาด้วยเทคนิค SWOT Analysis. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2559.
13. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสาธารณสุขท้องถิ่น. แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

Received: 19 Apr. 2025, Revised: 8 May 2025

Accepted: 12 May 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด

ศักดิ์สิทธิ์ ทาแก้ว^{1*} รัฐพล ไกรกลาง²

บทคัดย่อ

โปรตีนเป็นสารอาหารจำเป็นที่มีบทบาทสำคัญต่อร่างกาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดและประเมินการยอมรับทางประสาทสัมผัสของผลิตภัณฑ์ สูตรอาหารเสริมพัฒนาเป็น 3 สูตร ได้แก่ Oral Crick 1, 2 และ 3 โดยใช้จิ้งหรีดสายพันธุ์ *Acheta domesticus* เป็นแหล่งโปรตีนหลัก และทำการทดสอบการยอมรับทางประสาทสัมผัสจากอาสาสมัคร 50 คน ผลการศึกษพบว่า Oral Crick 2 ได้รับความนิยมประเมินสูงสุด โดยเฉพาะด้านรสชาติและเนื้อสัมผัส และจากการวิเคราะห์สารอาหารพบว่ามีใยอาหาร 10.93 กรัม/100 กรัม และปริมาณโปรตีนสูงถึง 32.05 กรัม/100 กรัม นอกจากนี้ยังมีปริมาณกรดอะมิโนจำเป็น เช่น กรดอะมิโนกลูตามิก ที่มีปริมาณสูงที่สุด และกรดอะมิโน ลิวซีน ไอโซลิวซีน และวาเลีน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดสามารถเป็นทางเลือกใหม่ในการบริโภคโปรตีนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาทางคลินิกเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลต่อมวลกล้ามเนื้อในมนุษย์ และการพัฒนาเชิงผลิตภัณฑ์

คำสำคัญ : อาหารเสริมโปรตีน, จิ้งหรีด, กรดอะมิโน

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author E-mail: saksittakaew.day2538@gmail.com

Original Article

Development of Dietart Supplements Protein form Cricket

Saksit takaew^{1*} Ratthaphol kraiklang²

Abstract

Protein is an essential nutrient that plays a crucial role in the human body. This study aimed to develop a protein supplement formula derived from crickets and to evaluate the sensory acceptance of the product. Three formulations of the supplement, named Oral Crick 1, 2, and 3, were developed using *Acheta domesticus* crickets as the primary protein source. Sensory evaluation was conducted with 50 volunteers. The results revealed that Oral Crick 2 received the highest overall sensory scores, particularly in terms of taste and texture. Nutritional analysis showed that this formulation contained 10.93 grams of dietary fiber and a high protein content of 32.05 grams per 100 grams. In addition, it was rich in essential amino acids, with glutamic acid being the most abundant, followed by leucine, isoleucine, and valine all of which play important roles in promoting muscle strength. These findings suggest that cricket-based protein supplements could serve as a novel alternative for protein intake to support health. However, further clinical studies are needed to investigate their effects on human muscle mass and to support future product development.

Keywords: Protein supplement, Cricket, Amino acids

^{1*}Students, Master of Public Health Program in Nutrition for Health, Graduate School, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Department of Nutrition for Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: saksittakaew.day2538@gmail.com

บทนำ

โปรตีนเป็นสารอาหารหลักที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ มีโครงสร้างพื้นฐานเป็นกรดอะมิโน (amino acid) ซึ่งทำหน้าที่ในการสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงมีบทบาทในระบบภูมิคุ้มกัน การสังเคราะห์ฮอร์โมน เอนไซม์ และเป็นแหล่งพลังงานเมื่อร่างกายขาดแหล่งอื่นๆ¹⁴ ปัจจุบันประชากรโลกมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับโภชนาการเพื่อสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีโปรตีนสูง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ นักกีฬา ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ และผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูร่างกาย³ แหล่งโปรตีนที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม และพืชตระกูลถั่ว การพัฒนาแหล่งโปรตีนทางเลือกที่มีคุณภาพดีและยั่งยืนจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง² ปัญหาการขาดแคลนโปรตีนและผลกระทบต่อสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ประชากรบางส่วนยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนโปรตีน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตของเด็ก ภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอ และภาวะกล้ามเนื้อลีบในผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรตีนต่ำกว่าค่าที่แนะนำมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหัก นอกจากนี้ นักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายหนักต้องการโปรตีนสูงกว่าปกติเพื่อเสริมสร้างและซ่อมแซมกล้ามเนื้อ การได้รับโปรตีนไม่เพียงพออาจส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกายและการฟื้นตัวของร่างกาย^{8,9}

แนวโน้มและข้อจำกัดของโปรตีนมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ต้นทุนการผลิตที่สูง การเลี้ยงสัตว์ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก รวมถึงน้ำ อาหารสัตว์ และพื้นที่เพาะเลี้ยง ทำให้ต้นทุนการผลิตเนื้อสัตว์สูงขึ้นตามไปด้วยผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม อุตสาหกรรมปศุสัตว์เป็นแหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่สำคัญ เช่น มีเทน และไนตรัสออกไซด์ ซึ่งเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะโลกร้อน² ปัญหาการแพ้อาหาร โปรตีนจากนมวัวและถั่วเหลืองเป็นสารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อยในเด็กและผู้ใหญ่บางกลุ่ม ทำให้ผู้บริโภคมีแนวโน้มที่จะมองหาทางเลือกแหล่งโปรตีนที่ปลอดภัยและไม่ก่อให้เกิดอาการแพ้ ข้อจำกัดด้านศาสนาและวัฒนธรรม ในบางศาสนาและวัฒนธรรม การบริโภคเนื้อสัตว์บางชนิดอาจถูกจำกัด ทำให้ต้องมองหาแหล่งโปรตีนอื่นที่สามารถตอบสนองความต้องการได้ จากข้อจำกัดดังกล่าว การค้นหาแหล่งโปรตีนทางเลือกที่สามารถทดแทนโปรตีนจากสัตว์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงกลายเป็นแนวโน้มสำคัญของอุตสาหกรรมอาหารและโภชนาการ

จิ้งหรีด แหล่งโปรตีนทางเลือกที่มีศักยภาพ จิ้งหรีดเป็นแมลงที่อุดมไปด้วยโปรตีน โดยปริมาณโปรตีนในจิ้งหรีดมีสูงถึง 60-70% ของน้ำหนักแห้ง ซึ่งมากกว่าโปรตีนในเนื้อสัตว์บางชนิด นอกจากนี้ จิ้งหรีดยังมีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน โดยเฉพาะกรดอะมิโนในกลุ่ม Branched-Chain Amino Acids (BCAAs) ได้แก่ ลิวซีน (Leucine) ไอโซลิวซีน (Isoleucine) และวาเลีน (Valine) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างและซ่อมแซมกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ปริมาณโปรตีนที่สูงแล้ว จิ้งหรีดยังเป็นแหล่งของสารอาหารอื่นๆ เช่น ใยอาหาร ซึ่งช่วยในระบบย่อยอาหาร วิตามินและเกลือแร่ เช่น ธาตุเหล็ก สังกะสี และแคลเซียม ไขมันดี โดยเฉพาะกรดไขมันโอเมก้า 3 และโอเมก้า 6 ที่สำคัญ¹³ การเลี้ยงจิ้งหรีดใช้ทรัพยากรน้อยกว่าสัตว์ทั่วไป เช่น ใช้น้ำน้อยลงถึง 12 เท่าเมื่อเทียบกับการผลิตเนื้อวัว อีกทั้งยังปล่อยก๊าซเรือนกระจกน้อยกว่า ทำให้เป็นแหล่งโปรตีนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม¹ ในปัจจุบันมีการพัฒนา "ผงจิ้งหรีด" (cricket powder) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการแปรรูปจิ้งหรีดให้เป็นผงละเอียด สามารถนำมาใช้เป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์อาหารต่างๆ เช่น ขนมปัง เครื่องดื่ม และอาหารเสริมโปรตีนสูง ด้วยศักยภาพของจิ้งหรีดในฐานะแหล่งโปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการศึกษาพัฒนาอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด เพื่อเป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้บริโภค โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องการโปรตีนสูง เช่น ผู้สูงอายุ นักกีฬา และผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ

ดังนั้น งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดสายพันธุ์ *Acheta domesticus* และศึกษาคุณค่าทางโภชนาการเพื่อประเมินศักยภาพในฐานะแหล่งโปรตีนทางเลือก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด
2. เพื่อประเมินการยอมรับทางประสาทสัมผัสในสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ บุคคลทั่วไปที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล บางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 50 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ บุคคลทั่วไป อายุ ≥ 20 ปีขึ้นไป ส่วนเกณฑ์การยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ ผู้ที่มีประวัติอาการแพ้โปรตีนจากจิ้งหรีด ผู้ที่มีประวัติแพ้อาหารประเภทแมลงและไคติน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าการทำงานของไต $eGFR \leq 45$ มล./นาที/1.73 ตร.ม. ผู้ที่มีความผิดปกติทางประสาทสัมผัส เช่น การรับรส และกลิ่น ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคมะเร็ง และผู้ที่มีประวัติแพ้ กุ้ง ปู ด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) (ดัดแปลงจาก ไพโรจน์ วิริยจารี, 2545)⁴

การกำหนดสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด

กำหนดสูตรเป็น 3 สูตร ได้แก่ สูตร Oral Crick 1, 2 และ 3 ตามลำดับ โดยใช้อัตราส่วนของวัตถุดิบที่แตกต่างกันแต่วัตถุดิบชนิดเดียวกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ใช้ Randomized Complete Block Design (RCBD) แต่ใช้สูตรอ้างอิงของ (Panas, 2023)¹¹ ได้ศึกษาอาหารเสริมทางปากที่มีโปรตีนสูงและเสริมลิพิด ซึ่งในสูตรกำหนด % Distribution: CHO: Protein: Fat เท่ากับ 45:23:32, 40:23:37 และ 50:23:27 ตามลำดับ ซึ่งให้ได้ปริมาณ 250 มิลลิลิตร โดยให้พลังงาน 300 กิโลแคลอรี เมื่อได้สูตรอาหารเสริมโปรตีนจึงนำสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด 3 สูตรไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สารอาหารด้วย INMUCALNutrients V.4.0 เพื่อดูพลังงานสารอาหารที่เหมาะสม จากนั้นนำไปประเมินการยอมรับทางประสาทสัมผัสและทำการคัดเลือกสูตรที่ดีที่สุดเพื่อนำไปวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีในห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์หาชนิดและปริมาณของกรดอะมิโน

การเตรียมตัวอย่างอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด

นำผงจิ้งหรีดขาวบดผงสำเร็จรูป นมผงพร่องมันเนย ผงผักรวม ผงวนิลลา Maltodextrin และ MCT Oil ใส่ลงในถ้วยตวง ตามลำดับ ตามน้ำหนักของปริมาณแต่ละสูตรได้แก่ Oral Crick 1, 2 และ 3 หลังจากนั้นนำผงทั้งหมดในแต่ละสูตรผสมให้เข้ากันเป็นเนื้อเดียวกันจะได้ทั้งหมด 3 สูตร ได้แก่ Oral Crick 1, 2 และ 3 ตามลำดับ โดยเตรียมที่อุณหภูมิระหว่าง 20-25 องศาเซลเซียส

การประเมินการยอมรับทางประสาทสัมผัส

นำสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดทั้ง 3 สูตร มาทำการประเมินการยอมรับทางประสาทสัมผัส มีจำนวนผู้ทดลอง 50 คน โดยจะให้ผู้ทดลองชิมอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดทั้ง 3 สูตร แบบ 3 ซ้ำ กล่าวคือ ใน 1 คน จะต้องชิมทั้งหมด 3 สูตร สูตรละ 3 ครั้ง โดยใช้เป็นแบบสอบถามการประเมินคุณลักษณะต่างๆ ของอาหารเสริมซึ่งทดสอบลักษณะสีปรากฏ กลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และความชอบโดยรวม โดยที่ผู้ทดสอบสามารถให้คะแนนตามระดับความชอบต่ออาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด ในแบบสอบถามจะมีคะแนนให้ 9 ระดับ ตั้งแต่ชอบมากที่สุดจนถึงไม่ชอบมากที่สุด ทั้งนี้ให้ผู้ทดสอบชิมที่ไม่ผ่านการฝึกฝน

การวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีของสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดสำหรับสูตร Oral Crick 2

วิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีของสูตรอาหารเสริม ด้วยวิธี AOAC (2000) และ ISO จากห้องปฏิบัติการวิเคราะห์อาหาร โรงงานต้นแบบสำหรับแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรและผลิตภัณฑ์อาหาร ศูนย์บริหารเทคโนโลยีและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปริมาณความชื้น การวิเคราะห์ปริมาณโปรตีน การวิเคราะห์ปริมาณไขมัน การวิเคราะห์ปริมาณใยอาหารหยาบ การวิเคราะห์ปริมาณเถ้า การวิเคราะห์ความชื้น การวิเคราะห์ปริมาณคาร์โบไฮเดรต การวิเคราะห์ปริมาณพลังงาน

การวิเคราะห์ชนิดและปริมาณของกรดอะมิโนสำหรับสูตร Oral Crick 2

การศึกษานี้วิเคราะห์ชนิดและปริมาณของกรดอะมิโนด้วย HPLC (High Performance Liquid Chromatography) จาก Research Instrument Center Khon Kaen University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมคำนวณสารอาหาร INMUCAL-Nutrients V.4.0 (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล) เพื่อใช้คำนวณพลังงานและสารอาหารให้มีความเหมาะสม
2. โปรแกรม STATA v.15

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ผลการประเมินการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสของอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดเพื่อหาสูตรที่เหมาะสมที่สุด ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเลือกใช้โปรแกรม STATA v.15
2. การประเมินการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสของอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดทั้ง 3 สูตรไปวิเคราะห์เพื่อดูความแปรปรวนของข้อมูลและเปรียบเทียบผลการทดลองจากการวิเคราะห์ 3 ซ้ำ ด้วย Kruskal-wallis test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และใช้ Dunn's test (Post Hoc Comparison) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA v.15

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ครั้งนี้เป็นการศึกษาในมนุษย์ซึ่งต้องขอด้วยมนุษยธรรมและจริยธรรมและไม่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE672100 เลขที่อ้างอิงคือ อว 660201.2.3/2880 ให้ไว้ ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะของประชากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน โดยแบ่งตามช่วงอายุ ได้แก่ ต่ำกว่า 30 ปี, 31-40 ปี, 41-50 ปี และมากกว่า 50 ปี พบว่ากลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือช่วง 41-50 ปี ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 24 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 และกลุ่ม มากกว่า 50 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ขณะที่กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คือเพียง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะของประชากร

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	23	46.00
หญิง	27	54.00
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30 ปี	3	6.00
31 – 40 ปี	12	24.00
41 – 50 ปี	24	48.00
มากกว่า 50 ปี	11	22.00

2. การพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด

พบว่า สูตร Oral Crick 1 ปริมาณรวม 73.00 กรัม มีพลังงาน 300.05 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 29.98 กรัม โปรตีน 17.55 กรัม ไขมัน 11.33 กรัม และใยอาหาร 2.83 กรัม สูตร Oral Crick 2 ปริมาณรวม 70.50 กรัม มีพลังงาน 300.05 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 25.48 กรัม โปรตีน 17.55 กรัม ไขมัน 13.47 กรัม และใยอาหาร 2.83 กรัม และ สูตร Oral Crick 3 ปริมาณรวม 75.50 กรัม มีพลังงาน 300.05 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 34.48 กรัม โปรตีน 17.55 กรัม ไขมัน 9.47 กรัม และใยอาหาร 2.83 กรัม ในการพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดการปรับเปลี่ยนส่วนประกอบของ Maltodextrin และ MCT Oil เนื่องจากส่วนประกอบทั้งสองเป็นแหล่งหลักของพลังงานในรูปของ คาร์โบไฮเดรตและไขมันตามลำดับ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสัดส่วนของสารอาหารหลักที่กำหนดไว้ในแต่ละสูตร การกระจายสูตรและปริมาณรวมที่ไม่เท่ากัน (73.00, 70.50 และ 75.50 กรัม) เนื่องจากต้องการให้แต่ละสูตรมีพลังงานรวม (300.05 kcal) เท่ากัน แต่มีการปรับเปลี่ยนสัดส่วน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน (CHO : Protein : Fat) ในแต่ละสูตร จึงต้องมีการปรับปริมาณรวมของส่วนผสมให้สอดคล้องกับพลังงานที่ได้

ตารางที่ 2 สูตรผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจังหวัด Oral Crick สูตร 1,2 และ 3

วัตถุดิบ	Oral Crick 1 %Distribution (45:23:32)						Oral Crick 2 %Distribution (40:23:37)						Oral Crick 3 %Distribution (50:23:27)					
	ปริมาณ (g)	Energy	CHO	Protein	Fat	Fiber	ปริมาณ (g)	Energy	CHO	Protein	Fat	Fiber	ปริมาณ (g)	Energy	CHO	Protein	Fat	Fiber
จังหวัดข้าว บดผง	22.00	90.19	1.21	17.15	1.33	1.17	22.00	90.19	1.21	17.15	1.47	1.17	22.00	90.19	1.21	17.15	1.47	1.17
นมผงพรีออง มันเนย	2.00	7.20	1.44	0.40	-	-	2.00	7.20	1.44	0.40	-	-	2.00	7.20	1.44	0.40	-	-
ผงผักรวม	5.00	16.66	3.33	<1	-	1.66	5.00	16.66	3.33	<1	-	1.66	5.00	16.66	3.33	<1	-	1.66
ผงวนิลา	10.00	-	-	-	-	-	10.00	-	-	-	-	-	10.00	-	-	-	-	-
Maltodextrin	24.00	96.00	24.00	-	-	-	19.50	78.00	19.50	-	-	-	28.50	114.00	28.5	-	-	-
MCT Oil	10.00	90.00	-	-	10.00	-	12.00	108.00	-	-	12.00	-	8.00	72.00	-	-	8.00	-
รวม	73.00	300.05	29.98	17.55	11.33	2.83	70.50	300.05	25.48	17.55	13.47	2.83	75.50	300.05	34.48	17.55	9.47	2.83

3. การประเมินการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสของผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจังหวัด ได้แก่

ลักษณะสีปรากฏ กลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และความชอบโดยรวม ทั้ง 3 สูตร

การประเมินการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสของผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจังหวัดในรูปแบบเครื่องดื่ม 3 สูตร ได้แก่ Oral Crick 1, 2 และ 3 โดยใช้ผู้ทดสอบจำนวน 50 คน ซึ่งชิมผลิตภัณฑ์ในแต่ละสูตรซ้ำ 3 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลการประเมินโดยการวัดประเมินประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ลักษณะสีปรากฏ กลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และความชอบโดยรวม โดยให้คะแนนความชอบในระดับ 1-9 จากผลการวิเคราะห์ พบว่า สูตร Oral Crick 2 ได้รับการยอมรับโดยรวมดีที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความชอบโดยรวมอยู่ที่ 7.23 ± 0.56 ซึ่งอยู่ในระดับ “ปานกลาง - มาก” รองลงมาคือ สูตร Oral Crick 3 ที่ได้คะแนน 6.70 ± 0.64 และ สูตร Oral Crick 1 ที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 6.45 ± 0.72 ซึ่งยังถือว่าอยู่ในระดับ “เล็กน้อย - ปานกลาง” ในด้านลักษณะสีปรากฏ ทั้งสามสูตรได้คะแนนในระดับใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับ “ปานกลาง - มาก” โดย Oral Crick 2 ได้คะแนนสูงสุดที่ 7.17 ± 0.56 รองลงมาคือ Oral Crick 3 (7.16 ± 0.65) และ Oral Crick 1 (7.05 ± 0.67) แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์ทั้งสามสูตรมีความสม่ำเสมอในด้านการออกแบบสีสำหรับกลิ่น และรสชาติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจบริโภค พบว่า สูตร Oral Crick 2 ได้คะแนนสูงสุดในทั้งสองด้าน โดยกลิ่นอยู่ที่ 6.69 ± 0.64 และรสชาติ 6.90 ± 0.57 ขณะที่สูตรอื่น ๆ ได้คะแนนต่ำกว่านี้เล็กน้อย โดยเฉพาะรสชาติของสูตร Oral Crick 1 และ 3 ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 6.10 – 6.11 ในด้านเนื้อสัมผัส สูตร Oral Crick 2 ยังคงโดดเด่นด้วยคะแนน 6.73 ± 0.72 ขณะที่ Oral Crick 3 และ 1 อยู่ที่ 6.52 และ 6.40 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สูตร Oral Crick 2 เป็นสูตรที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในทุกด้าน และมีศักยภาพในการนำไปพัฒนาเชิงพาณิชย์ ในขณะที่สูตรที่ 1 และ 3 ยังอยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีจุดที่สามารถพัฒนาได้เพิ่มเติมโดยเฉพาะในเรื่องรสชาติและกลิ่นเพื่อเพิ่มระดับความชอบโดยรวมจากผู้บริโภคให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต หลังจากนั้น จึงนำผลไปวิเคราะห์ 3 ซ้ำ ด้วย Kruskal-Wallis test ของสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจังหวัด Oral Crick ทั้ง 3 สูตรเพื่อหาผลลัพธ์ความแตกต่าง โดยรายงานผลเป็นค่า p-value พบว่า ลักษณะสีปรากฏ ($p > 0.05$), กลิ่น ($p < 0.05$), รสชาติ ($p < 0.05$), เนื้อสัมผัส ($p < 0.05$) และความชอบโดยรวม ($p < 0.05$) ในด้านการเปรียบเทียบระหว่างสูตร Oral Crick 1, 2 และ 3 ในการประเมินการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ พบว่า ด้านกลิ่น Oral Crick 1 กับ Oral Crick 2 และ Oral Crick 2

กับ Oral Crick 3 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านรสชาติ Oral Crick 1 กับ Oral Crick 2 และ Oral Crick 2 กับ Oral Crick 3 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านเนื้อสัมผัส Oral Crick 1 กับ Oral Crick 2 และ Oral Crick 2 กับ Oral Crick 3 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และความชอบโดยรวม Oral Crick 1 กับ Oral Crick 2 และ Oral Crick 2 กับ Oral Crick 3 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 การยอมรับและความชอบโดยรวมของผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดสูตร Oral Crick สูตร 1, 2 และ 3

คุณลักษณะ	Oral Crick 1		Oral Crick 2		Oral Crick 3	
	$\bar{x} \pm$ S.D.	การแปลผล	$\bar{x} \pm$ S.D.	การแปลผล	$\bar{x} \pm$ S.D.	การแปลผล
สีปรากฏ	7.05 $\pm$ 0.67	ปานกลาง - มาก	7.17 $\pm$ 0.56	ปานกลาง - มาก	7.16 $\pm$ 0.65	ปานกลาง - มาก
กลิ่น	6.52 $\pm$ 0.70	เล็กน้อย - ปานกลาง	6.69 $\pm$ 0.64	เล็กน้อย - ปานกลาง	6.44 $\pm$ 0.70	เล็กน้อย - ปานกลาง
รสชาติ	6.10 $\pm$ 0.63	เล็กน้อย - ปานกลาง	6.90 $\pm$ 0.57	เล็กน้อย - ปานกลาง	6.11 $\pm$ 0.59	เล็กน้อย - ปานกลาง
เนื้อสัมผัส	6.40 $\pm$ 0.74	เล็กน้อย - ปานกลาง	6.73 $\pm$ 0.72	เล็กน้อย - ปานกลาง	6.52 $\pm$ 0.72	เล็กน้อย - ปานกลาง
ความชอบโดยรวม	6.45 $\pm$ 0.72	เล็กน้อย - ปานกลาง	7.23 $\pm$ 0.56	ปานกลาง - มาก	6.70 $\pm$ 0.64	เล็กน้อย - ปานกลาง

3.การวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีของสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดสำหรับสูตร Oral Crick 2

การวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีในปริมาณต่อ 100 กรัม พบว่าให้พลังงาน 376.67 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 40.09 กรัม โปรตีน 32.05 กรัม ไขมันในปริมาณ 9.79 กรัม ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งเหมาะสำหรับการให้พลังงานใยอาหารในปริมาณ 10.93 กรัม และแร่ธาตุต่าง ๆ ที่บ่งบอกผ่านค่าปริมาณเถ้าที่ 2.49% ส่วนค่าความชื้นเพียง 4.65%

ตารางที่ 4 คุณสมบัติทางเคมี สูตร Oral Crick 2 (ต่อปริมาณ 100 กรัม)

การวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมี	ปริมาณ	SD
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	376.67	±4.59
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	40.09	±0.61
โปรตีน (กรัม)	32.05	±0.48
ไขมัน (กรัม)	9.79	±0.56
ใยอาหาร (กรัม)	10.93	±0.49
เถ้า (%)	2.49	±0.03
ความชื้น (%)	4.65	±0.02

4. การวิเคราะห์ชนิดและปริมาณของกรดอะมิโน สูตร Oral Crick 2

การวิเคราะห์ทั้ง 3 ครั้งพบว่า พบชนิดของกรดอะมิโนทั้งหมด 17 ชนิด และในแต่ละชนิดมีปริมาณที่แตกต่างกัน โดยพบว่า กรดอะมิโนกลูตามิก (Glutamic Amino acid) มีปริมาณสูงที่สุด ทั้งนี้ยังพบกรดอะมิโนที่มีส่วนสำคัญในการสร้างกล้ามเนื้อในกลุ่มของอะมิโนโซ่กิ่ง (branch chain amino acids: BCAAs) ได้แก่ leucine, isoleucine และ valine เมื่อดูผลจากการวิเคราะห์อะมิโนกลุ่มนี้ พบว่า การวิเคราะห์ทั้ง 3 ครั้ง และนำมาหาค่าเฉลี่ยได้ 3.20, 1.44 และ 2.12 mg/100 mg ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ชนิดและปริมาณของกรดอะมิโนในอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด (มิลลิกรัม/ 100 มิลลิกรัมตัวอย่าง) สูตร Oral Crick 2

ชนิดกรดอะมิโน	$\bar{x}$	SD
1 ASP	3.83	0.19
2 THR	1.69	0.09
3 SER	2.17	0.12
4 GLU	5.19	0.28
5 GLY	2.20	0.11
6 ALA	3.89	0.20
7 CYS	0.12	0.00
8 VAL	2.12	0.13
9 MET	0.04	0.01
10 ILEU	1.44	0.07
11 LEU	3.20	0.18
12 TYR	2.12	0.12
13 PHE	1.48	0.05
14 HIS	3.07	0.16
15 LYS	2.38	0.12
16 ARG	2.51	0.13
17 PRO	2.61	0.10

สรุปผล

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครที่ได้ตอบแบบสอบถามการประเมินทางประสาทสัมผัส จำนวนทั้งสิ้น 50 คน จากที่ทำแบบสอบถามพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.00) และส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 52.00) การทดสอบความยอมรับและความชอบผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด (Oral Crick 1, 2 และ 3) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านอยู่ในระดับ "ชอบเล็กน้อย" ถึง "ชอบปานกลาง" โดย Oral Crick 2 ได้คะแนนรวมสูงสุด (เฉลี่ย 7.23) ในระดับชอบปานกลาง ขณะที่ด้านกลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และความชอบโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ลักษณะสีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) และการเปรียบเทียบระหว่างสูตร Oral Crick 1, 2 และ 3 ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ พบว่า สูตร Oral Crick 2 มีผลการประเมินสูงกว่าสูตร Oral Crick 1 และ 3 ในตัวแปรหลายด้านโดยเฉพาะรสชาติและความชอบโดยรวม ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่า 6 ถือว่าได้รับการยอมรับจากผู้บริโภคในระดับที่น่าพอใจ และการวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมีของผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดสูตร Oral Crick 2 ในปริมาณ 100.00 กรัม พบว่ามีพลังงาน 265.55 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 28.86 กรัม โปรตีน 22.59 กรัม ไขมัน 6.90 กรัม และใยอาหาร 7.70 กรัม โดยปริมาณโปรตีนและใยอาหารสูงกว่าสูตรที่กำหนดไว้ในปริมาณ 70.50 กรัม นอกจากนี้ยังพบกรดอะมิโนจำเป็นกลุ่ม BCAA ที่มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างกล้ามเนื้อ ได้แก่ ลิวซีนเฉลี่ย 3.20 กรัม ไอโซลิวซีนเฉลี่ย 1.44 กรัม และวาเลีนเฉลี่ย 2.12 กรัม ซึ่งวิเคราะห์ 3 ครั้งและแสดงค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานในระดับที่เหมาะสม จากผลการสำรวจความคิดเห็นด้านประสาทสัมผัส พบว่า สูตร Oral Crick 2 ได้รับความชอบมากที่สุด (ร้อยละ 44.00) ขณะที่ข้อเสนอแนะด้านไม่ชอบคือรสชาติจืด (ร้อยละ 10.00) สูตร Oral Crick 1 มีผู้ชื่นชอบร้อยละ 26.00 และไม่ชอบเพราะรสจืด (ร้อยละ 12.00) ส่วนสูตร Oral Crick 3 มีผู้ชอบร้อยละ 32.00 และไม่ชอบเพราะมีกลิ่นค่อนข้างแรง (ร้อยละ 10.00) แสดงให้เห็นถึงแนวทางในการพัฒนารสชาติและกลิ่นของผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความพึงพอใจ

อภิปรายผล

อาหารเสริมโปรตีนเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้เสริมปริมาณโปรตีนในร่างกาย โดยเหมาะสำหรับผู้ที่มีความต้องการโปรตีนสูง เช่น นักกีฬา ผู้ที่ออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อ ผู้ลดน้ำหนัก และผู้สูงอายุที่ต้องการรักษามวลกล้ามเนื้อ เนื่องจากโปรตีนมีบทบาทสำคัญในร่างกาย ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ สร้างกล้ามเนื้อ และเสริมภูมิคุ้มกัน¹² แหล่งโปรตีนหลักในผลิตภัณฑ์เหล่านี้มาจากเวย์ (whey protein) ซึ่งสกัดจากนม เคซีน (casein) หรือโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลิสงเตา และข้าวกล้อง¹⁰ ปัจจุบันรูปแบบผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนในท้องตลาดมีหลายรูปแบบ เช่น ผงโปรตีน บาร์โปรตีน หรือเครื่องดื่มพร้อมดื่ม เป็นต้น อาหารเสริมดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย ในผู้ที่ต้องการดูแลสุขภาพ ผู้ที่ต้องการเสริมโปรตีนทั้งในกลุ่มผู้ที่ออกกำลังกายรวมถึงในกลุ่มผู้ป่วย การพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนในครั้งนี้ ได้เลือกใช้โปรตีนที่มาจากจิ้งหรีดขาวสายพันธุ์ *Acheta domesticus* เนื่องจากมีปริมาณโปรตีน แร่ธาตุหลักและแร่ธาตุรอง รวมถึงมีชนิดและปริมาณของกรดอะมิโนที่สำคัญในปริมาณที่สูง¹³ จากการพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดซึ่งกำหนดให้ผงจิ้งหรีดเป็นแหล่งโปรตีนหลักโดยใช้ในปริมาณคงที่ 22.00 กรัม ในทุกสูตร ซึ่งให้โปรตีนประมาณ 17.15 กรัม และเมื่อรวมกับนมผงพร่องมันเนยเป็นแหล่งโปรตีนรอง ทำให้สูตรทั้งหมดมีปริมาณโปรตีนเท่ากันที่ 17.55 กรัม เพื่อควบคุมปัจจัยโปรตีนให้เท่ากันขณะเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ในขณะเดียวกัน การควบคุมพลังงานรวมต่อหน่วยบริโภคให้เท่ากันที่ 300.05 กิโลแคลอรี เป็นหลักการสำคัญในการออกแบบสูตรเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลทางประสาทสัมผัสได้อย่างเที่ยงตรง โดยมีการปรับ สัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตและไขมัน (CHO:Protein:Fat) ให้แตกต่างกันในแต่ละสูตรส่งผลให้ต้องปรับปริมาณของ Maltodextrin และ MCT Oil ซึ่งเป็น

แหล่งพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันตามลำดับหลักการออกแบบสูตรของ Oral Crick 1,2 และ 3 จะช่วยให้สามารถทดสอบการตอบรับทางประสาทสัมผัสได้อย่างเป็นธรรมชาติโดยที่ควบคุมตัวแปรสำคัญ เช่น พลังงานและโปรตีนให้เท่ากันทุกสูตร จากการทดสอบการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัส พบว่าสูตร Oral Crick 2 ได้รับการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสมากที่สุด และเมื่อนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี พบว่า ให้พลังงาน 376.67 กิโลแคลอรี โปรตีน 32.05 กรัม และใยอาหาร 10.93 กรัม (ต่อปริมาณ 100 กรัม) ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการโปรตีนในปริมาณที่สูงหรือในกลุ่มผู้ที่บริโภคอาหารในกลุ่มโปรตีนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เมื่อนำผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด Oral Crick 2 ไปเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ในท้องตลาดที่เป็นสูตรชนิดโปรตีนสูง พบว่า Oral Crick 2 มีปริมาณโปรตีนสูงที่สุดในขณะที่ปริมาณไขมันค่อนข้างต่ำ มีกากใยค่อนข้างสูง และเมื่อนำไปเทียบกับค่าปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (dietary reference intakes; DRIs) Oral Crick 2 จะให้โปรตีนสูงถึง 32.05 กรัม (ต่อ 100 กรัม) คิดเป็นประมาณร้อยละ 60.47-65.41 ของความต้องการโปรตีนต่อวันสำหรับเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ (49-53 กรัม) และคิดเป็นประมาณร้อยละ 52.54-57.23 ของความต้องการโปรตีนต่อวันสำหรับเพศชายวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ (56-61 กรัม) จากการวิเคราะห์ปริมาณกรดอะมิโน พบว่ามีปริมาณกรดอะมิโนกลูตามิกสูงที่สุด ซึ่งช่วยให้อาหารมีรสชาติกลมกล่อม¹³ และมีประโยชน์โดยเป็นสารตั้งต้นที่สำคัญในการสร้างสารสื่อประสาท ซึ่งมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และด้านความจำ⁷ นอกจากนี้ยังพบว่ากรดอะมิโนสายโซ่กิ่งซึ่งมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ได้แก่ ลิวซีน ไอโซลิวซีน และวาลีน มีปริมาณที่สูงในสูตรอาหารอีกด้วย

การประเมินการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัส โดยพิจารณาจากคุณลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะสี ผลการทดสอบพบว่า Oral Crick 2 ได้รับคะแนนสูงสุดในด้านลักษณะสีปรากฏ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาชิต ชุกกลิ่น⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาขนมขบเคี้ยวจากข้าวไร้พื้นเมืองนครเสริมโปรตีนผงจิ้งหรีดด้วยเครื่องเอกซเรย์สกรูคู่ผู้ผลิตภัณฑ์ทางการค้า พบว่าการเสริมผงจิ้งหรีดในผลิตภัณฑ์ทำให้สีของผลิตภัณฑ์เข้มขึ้น แต่ยังคงเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคสำหรับลักษณะด้านกลิ่น ผลการทดสอบชี้ให้เห็นว่า Oral Crick 2 ได้รับคะแนนสูงสุดในด้านกลิ่น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา ดลวิทยาคุณ⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาผลิตภัณฑ์ผักแผ่นอบกรอบเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดพบว่า ผู้บริโภคบางกลุ่มยังมีความลังเลในการยอมรับกลิ่นของโปรตีนจากจิ้งหรีดเนื่องจากผงจิ้งหรีดมีกลิ่นที่ค่อนข้างแรงและเฉพาะตัว การศึกษาในครั้งนี้จึงใช้ผงวนิลลาในการลดกลิ่นของผงจิ้งหรีดอบแห้งเพื่อให้มีกลิ่นที่หอมเพิ่มมากขึ้น ลักษณะด้านรสชาติ ผลการทดสอบพบว่า Oral Crick 2 ได้รับคะแนนสูงสุดในด้านรสชาติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาชิต ชุกกลิ่น⁵ ที่พบว่าการเสริมผงจิ้งหรีดในขนมขบเคี้ยวทำให้รสชาติของผลิตภัณฑ์ได้รับการยอมรับจากผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม คะแนนที่ได้รับยังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีข้อเสนอแนะว่าผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากโปรตีนทางเลือกที่ได้จากผงจิ้งหรีดยังมีรสชาติที่จืด ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้บริโภคยังมีความคาดหวังต่อการปรับปรุงรสชาติของผลิตภัณฑ์ ในส่วนของลักษณะด้านเนื้อสัมผัสของผลิตภัณฑ์มีผลต่อการบริโภค ผลการทดสอบชี้ว่า Oral Crick 2 ได้รับคะแนนสูงสุดในด้านเนื้อสัมผัส แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาชิต ชุกกลิ่น⁵ ที่ระบุว่าผู้บริโภคมีความพึงพอใจต่อเนื้อสัมผัสของผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของผงจิ้งหรีดในระดับปานกลาง ซึ่งการปรับปรุงเนื้อสัมผัสให้มีความนุ่มนวลและเข้ากับความต้องการของผู้บริโภคจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจ สูตร Oral Crick 2 ที่ได้รับการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสมากที่สุดเนื่องจาก ความแตกต่างของการตอบสนองทางประสาทสัมผัสนั้น ไม่ได้เกิดจากปริมาณผงจิ้งหรีดแต่อยู่ที่การออกแบบสัดส่วนของสารอาหารอื่น ๆ โดยเฉพาะคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ซึ่งสูตร Oral Crick 2 มีสัดส่วนไขมันมากที่สุดในทุกสูตร (13.47 กรัม) จากการให้ MCT Oil ถึง 12 กรัม ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกนุ่ม ลื่น และกลมกล่อมในเนื้อสัมผัส อีกทั้งไขมันยังเป็นตัวพาสารระเหยและกลิ่นทำให้กลิ่นเฉพาะของจิ้งหรีดลดความเด่นลง ขณะเดียวกันสูตรนี้มีคาร์โบไฮเดรตในระดับปานกลาง (25.48 กรัม) จาก Maltodextrin 19.5 กรัม ซึ่งเพียงพอที่จะให้ความหวานโดยไม่หวานจัดหรือข้นเกินไป ส่งผลให้โดยรวมแล้วสูตรนี้มีความสมดุลของรสชาติและเนื้อ

สัมผัสดีกว่าสูตรอื่น รูปแบบผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ชนิดเสริมดื่มในท้องตลาดเป็นผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ ที่มีการปรับปริมาณสารอาหารให้มีความเหมาะสมต่อภาวะสุขภาพตามชนิดและประเภทของอาหารทางการแพทย์นั้น ราคาโดยประมาณของอาหารทางการแพทย์อยู่ระหว่าง 0.8-1 บาทต่อกรัม ประมาณ (370.00- 400.00 กรัม) มีราคาประมาณ 450-890 บาท ในขณะที่ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีดจากการศึกษาในครั้งนี้มีราคาประมาณ 162- 175 บาท ซึ่งสูงกว่าผลิตภัณฑ์ที่ขายในท้องตลาดหลายเท่าตัว พร้อมให้โปรตีนในปริมาณสูง และมีกรดอะมิโนที่มีความสำคัญต่อร่างกายจึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เป็นผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีน อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อให้ได้รับการยอมรับทางด้านประสาทสัมผัสของผู้บริโภคให้อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในส่วนในเรื่องกลิ่น และรสชาติ เนื้อสัมผัส และกลิ่นของผลิตภัณฑ์ การพัฒนาผลิตภัณฑ์นี้จะช่วยให้ผู้มีเศรษฐกิจไม่ดี สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโปรตีนได้อย่างทั่วถึง และยังเป็นการนำวัตถุดิบในท้องถิ่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้อีกด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ใช้การสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ในการพัฒนาสูตรอาหารเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายอย่างแท้จริง เนื่องจากคัดเลือกจากผู้ที่สะดวกเข้าร่วมในช่วงเวลานั้น ทำให้เกิดความเอนเอียงในการตอบแบบสอบถามหรือการประเมินความพึงพอใจได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำและความสามารถในการสรุปผลไปยังกลุ่มประชากรทั่วไปได้อย่างจำกัด หากต้องการลดข้อจำกัดนี้ในการศึกษาครั้งถัดไปควรใช้วิธีสุ่มอย่างเป็นระบบหรือแบบมีโครงสร้างมากขึ้น เช่น การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) หรือสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์แนะนำและผู้เข้าร่วมวิจัยทำให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. https://drwellnessx.com/plantbase/?utm_source=chatgpt.com
2. ัญนิชา หวลบุตรดา, พัชรินทร์ อัจฉนาภิตติ, ธนิกันต์ แสงนิม, & กัมปนาท หวลบุตรดา. (2566). อาหารทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ: โรคเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ. วารสารโภชนาการ, 17(1), 2–10.
3. ไพโรจน์ วิริยจารี. (2545). การประเมินทางประสาทสัมผัส. เชียงใหม่: ภาควิชาเทคโนโลยีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ คณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. สุภาจิต ชุกกลิน. (2563). การพัฒนาขนมขบเคี้ยวจากข้าวไร้พื้นเมืองนครเสริมโปรตีนผงจิ้งหรีดด้วยเครื่องเอกซ์ทราเตอร์สกัดผลิตภัณฑ์ทางการค้า. นครศรีธรรมราช: คณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย.
5. อัจฉรา ดลวิทยาคูณ, จิรภัทร ไกรสมรส, ปฏิภาณ จันทศิริ, วิศรา วุฒิชชาติ, & อำไพ สงวนแว. (2566). การพัฒนาผลิตภัณฑ์ผักแผ่นอบกรอบเสริมโปรตีนจากจิ้งหรีด. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย, 15(1), 60–73.
6. เอมอร ชัยประทีป. (2558). ผงชูรสกับโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8(3), กรกฎาคม–กันยายน.

7. Coelho, H. J., Calvani, R., Tosato, M., Landi, F., Picca, A., & Marzetti, E. (2022). Protein intake and physical function in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 81, 101731.
8. Coelho, H. J., Calvani, R., Tosato, M., Landi, F., Picca, A., & Marzetti, E. (2022). Protein intake and physical function in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 81, 101731.
9. Gorissen, S. H. M., Crombag, J. J. R., Senden, J. M. G., Waterval, W. A. H., Bierau, J., Verdijk, L. B., et al. (2018). Protein content and amino acid composition of commercially available plant-based protein isolates. *Amino Acids*, 50(12), 1685–1695.
<https://doi.org/10.1007/s00726-018-2640-5>
10. Panas, J., Nicha, S., Aisawan, P., Natthapapath, B., Supawan, B., & Narittaya, V. (2023). Effects of High-protein, Leucine-enriched Oral Nutritional Supplement and Resistance Exercise on Physical Performance among Malnourished Older Adults with Sarcopenia. *Journal of Food and Nutrition Research*, 11(2), 125–135.
11. Pasiakos, S. M., McLellan, T. M., & Lieberman, H. R. (2015). The effects of protein supplements on muscle mass, strength, and aerobic and anaerobic power in healthy adults: a systematic review. *Sports Medicine*, 45(1), 111–131.
<https://doi.org/10.1007/s40279-014-0242-2>
12. Udomsil, N., Imsoonthornruksa, S., Goslawit, C., & Ketudat-Cairns, M. (2019). Nutritional values and functional properties of house cricket (*Acheta domesticus*) and field cricket (*Gryllus bimaculatus*). *Food Science and Technology Research*, 25(4), 597–605.
<https://doi.org/10.3136/fstr.25.597>
13. Wu, G. (2021). Functional amino acids in nutrition and health. *Amino Acids*, 53(4), 517–529.
<https://doi.org/10.1007/s00726-020-02930-9>

Received: 17 Apr.2025, Revised: 17 May 2025

Accepted: 23 Jun. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี

สุทิดา อาภาเกสัช^{1*} พริยพร รัตนเสลานนท์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เริ่มจากการศึกษาข้อมูลสุขภาพสำคัญในจังหวัดสุพรรณบุรี เช่น อัตราการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการ และแนวโน้มของโรคสำคัญ เพื่อกำหนดตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1) การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และ 2) การประเมินผลการใช้ตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 21 คน และผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนและประเมินผลด้านสุขภาพ 189 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และใช้แบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่น 0.97 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การร่างตัวชี้วัดจากการสังเคราะห์เอกสารและสนทนากลุ่ม โดยใช้กรอบ Value Chain ร่วมกับ Six Building Blocks Plus One (2) การพัฒนาตัวชี้วัดด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง และ (3) การประเมินผลการใช้ตัวชี้วัด ผลการวิจัยพบว่าพัฒนาตัวชี้วัดรวม 41 ตัว ขยับเคลื่อนภายใต้ 2 นโยบายหลัก ได้แก่ การบูรณาการระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (34 ตัวชี้วัด) และนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ (7 ตัวชี้วัด) ทั้งหมดได้รับการคัดเลือกและผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีค่า Median ≥ 3.50 และค่า $\bar{x} = 4.26$, SD = 0.46 ผลการขยับเคลื่อนนโยบายตั้งแต่ตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 พบว่า 28 ตัวชี้วัด (68.30) ผ่านเกณฑ์, 11 ตัวชี้วัด (26.82) ไม่ผ่านเกณฑ์, และ 2 ตัวชี้วัด (4.88) ยังไม่ถึงเวลาประเมิน แม้ว่าผลการดำเนินงานจะดี แต่ควรมีการติดตามและรายงานผลอย่างสม่ำเสมอ พร้อมพัฒนาเทคโนโลยีในการใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ.

คำสำคัญ: พัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาพ, ปัญหาสุขภาพ

^{1*}สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

*Corresponding author E-mail : boss300405@gmail.com

Original Article

The development of health solution policy-driven indicators in Suphanburi Province

Sutisa Apapesuch^{1*}Peerayut Rattanaselanon¹

Abstract

This research and development study began with an analysis of key health data in Suphanburi Province, including morbidity rates, service accessibility, and trends in major diseases. The goal was to establish indicators to address health issues in the area. Problems were analyzed through group discussions with stakeholders at all levels, from management to staff, to develop indicators that effectively respond to health challenges in Suphanburi Province. The objectives of the study are: 1) to develop indicators for addressing health issues, and 2) to evaluate the effectiveness of using indicators to solve health problems in the area. The sample consisted of two groups: 21 experts and 189 stakeholders involved in health planning and evaluation. The participants were selected using purposive sampling, and a questionnaire with a reliability coefficient of 0.97 was used. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The research process included three steps: (1) drafting indicators through document synthesis and group discussions using the Value Chain framework combined with Six Building Blocks Plus One, (2) developing indicators using the modified Delphi technique, and (3) evaluating the use of indicators. The research identified a total of 41 indicators, driven by two main policies: 1) the integration and development of a seamless healthcare system (34 indicators), and 2) the 30 Baht health policy with a single ID card (7 indicators). All indicators were selected by experts and met the evaluation criteria, with a Median ≥ 3.50 , $\bar{x} = 4.26$, and SD = 0.46. From October 2024 to March 2025, the results showed that 28 indicators (68.30) met the criteria, 11 indicators (26.82) did not meet the criteria, and 2 indicators (4.88) were not yet assessed. Although the performance was good, continuous monitoring and reporting are recommended, along with the development of technology to effectively support the use of health data.

Keywords: Development, Health Indicators, Health Issues

^{1*} Public Health Office Suphan Buri province

*Corresponding author E-mail : boss300405@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบัน “ตัวชี้วัด” (Indicators) กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการทุกระดับ โดยเฉพาะในระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชน ตัวชี้วัดช่วยกำหนดยุทธศาสตร์ ติดตาม และประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน พัฒนาการของตัวชี้วัดเริ่มจากการวัดเชิงคุณลักษณะ เช่น ความร้อนและระยะทาง ก่อนจะพัฒนาเป็นการวัดเชิงปริมาณตามมาตรฐานสากลในทศวรรษ 1960 ต่อมาในทศวรรษ 1970 ตัวชี้วัดได้ขยายไปสู่การพัฒนาตัวชี้วัดเชิงนโยบาย เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการตาย และอัตราการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นตัวแทนของคุณภาพชีวิตและใช้ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ¹ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงนโยบายจากระดับชาติสู่พื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและภาวะโรค เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ระบุว่า จังหวัดสุพรรณบุรี มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึง 23.28 อายุคาดเฉลี่ยเพศชาย 71.77 ปี และเพศหญิง 79.50 ปี ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่ตั้งเป้าอายุเฉลี่ย 85 ปี ปัญหาโรคหลักที่พบ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ 1. โรคมะเร็งปอด 2. โรคหลอดเลือดในสมอง 3. ปอดบวม 4. โรคหัวใจขาดเลือด 5. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะที่เหลือนอยู่ 6. โรคหัวใจขาดเลือด 7. โรคความดันโลหิตสูง 8. เบาหวาน 9. เนื้องอกชนิดร้ายที่เหลือนอยู่ 10. อุบัติเหตุการขนส่ง และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง²

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพในพื้นที่บางครั้งไม่ได้บูรณาการในภาพรวมของจังหวัด ทำให้การแก้ไขปัญหาแบบแยกส่วนและขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การจัดทำแผนส่วนใหญ่มาจากผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ขาดความต่อเนื่องและความชัดเจนในนโยบายจากบริบทข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยยึดนโยบายหลัก 2 ข้อที่ผ่านความเห็นชอบร่วมกันของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายบริการสาธารณสุข ได้แก่ (1) การบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิ และการให้บริการในระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ และ (2) นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เพื่อสร้างชุดตัวชี้วัดที่สามารถขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ติดตามผล และประเมินคุณภาพบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อประเมินผลการใช้ตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้อิงกรอบแนวคิด Value Chain ของ Porter³ ร่วมกับกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก⁴ โดยเพิ่มเติม “การมีส่วนร่วมของประชาชน” เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจังหวัดสุพรรณบุรี มุ่งพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดภายใต้กรอบนโยบายสำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และ (2) 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

สนทนากลุ่ม: บุคลากรสาธารณสุขและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 180 คน

คัดเลือกตัวชี้วัด: ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์ 21 คน

ประเมินความสำคัญของตัวชี้วัด: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด 189 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1: การร่างองค์ประกอบและตัวชี้วัดศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและร่างตัวชี้วัดตามนโยบาย จัดประชุมให้ ความรู้และระดมความคิดเห็นผ่านการสนทนากลุ่ม พร้อมรับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2: พัฒนาตัวชี้วัดผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิค Modified Delphi⁵

รอบที่ 1: คัดเลือกตัวชี้วัดจากแบบสอบถาม

รอบที่ 2: ยืนยันความเหมาะสมโดยใช้เกณฑ์ Index of Consistency ≥ 0.75 (รณกรณ์ เอกฉันท)⁶

รอบที่ 3: ประเมินความสำคัญของตัวชี้วัดด้วย Rating Scale มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.97

คัดเลือกตัวชี้วัด Median 3.50 ขึ้นไป Interquartile Range ไม่เกิน 1.50 ⁶

ขั้นตอนที่ 3: การประเมินผล ใช้แบบสอบถามเดียวกับรอบที่ 3 ประกอบด้วย 3 ส่วน: ข้อมูลทั่วไป ความเหมาะสมและ ความสำคัญของตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เก็บข้อมูลหลังการใช้งานตัวชี้วัด 6 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และ SD)

ผลการวิจัย

1. ร่างตัวชี้วัด จากการสนทนากลุ่มบุคลากรเครือข่ายสาธารณสุข จำนวน 180 คน และผู้เชี่ยวชาญ 21 คนให้ ข้อเสนอแนะ ได้ตัวชี้วัด 39 ตัวชี้วัด นโยบายที่ 1 การบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ จำแนกเป็น 7 ด้าน 34 ตัวชี้วัด ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรยั่งยืน ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ด้านพัฒนาระบบการ ดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หลอดเลือดสมอง(DM / HT / STROKE) 9 ตัวชี้วัด ด้าน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI) 3 ตัวชี้วัด ด้านโรคมะเร็ง 8 ตัวชี้วัด ด้านพัฒนาและเพิ่มศักยภาพระบบ บริการปฐมภูมิและเครือข่าย 6 ตัวชี้วัด ด้านองค์กรสมรรถนะสูง 3 ตัวชี้วัดและนโยบายที่ 2 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วย บัตรประชาชนใบเดียว ด้าน บริการก้าวหน้าทันสมัย ลดแออัดลดรอคอย 5 ตัวชี้วัดดังแสดงในตารางที่ 1

2. พัฒนาและยืนยันตัวชี้วัดด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง(Modified Delphi Technique)⁵

รอบที่ 1: ผลการพัฒนาตัวชี้วัดจากฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ 21 คน ได้ตัวชี้วัดในรอบนี้ 41 ตัวชี้วัด โดย ตัดตัวชี้วัดจากขั้นตอนที่ 1 5 ตัวชี้วัด ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน,ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง,การตรวจ ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน,การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนได้รับการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ และผู้เชี่ยวชาญได้เพิ่มตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ หน่วยบริการสาธารณสุขจัดตั้งเบาหวานไม่ใช้ยา(Clinic DM Remission) , โรคไม่ติดต่อเรื้อรังNCDs ดีได้ด้วยกลไก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. ,ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองตับอักเสบบีและซี, ร้อยละของ ผู้ป่วยมีการส่งจ่ายยาสมุนไพร , ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตร้อยละ 100, ส่งต่อออกนอกเขต 4 สาขาหลัก และ โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบ Consult ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 24 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 1

รอบที่ 2: ยืนยันตัวชี้วัดตามรอบที่ 1 โดยผู้เชี่ยวชาญ 21 คน ไม่มีตัวชี้วัดใดที่ถูกตัดออก ตัวชี้วัดทั้ง 41 ตัว ผ่านเกณฑ์ (IC ≥ 0.75) ดังแสดงในตารางที่ 1

รอบที่ 3: ประเมินความสำคัญของตัวชี้วัดด้วยแบบสอบถาม Rating Scale 5 ระดับ ตัวชี้วัดทั้ง 41 ตัวชี้วัดจากรอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ 21 คน โดยมีค่าเฉลี่ยมัธยฐาน (Median) ไม่ต่ำกว่า 3.50 และช่วงระหว่างควอไทล์ (IQR) ไม่เกิน 1.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการคัดเลือกตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวชี้วัด	ขั้นตอนที่ 1 Focus Group	Modified Delphi Technique			
		รอบ1	รอบ2	รอบ3	
		1	IC	Medain	IQR
	39	41	41	41	
1. พระสงฆ์ สามเณร กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจสอบสุขภาพ	☒	☒	0.90	4	1
2. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	☒	☒	1.0	5	1
3. คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ	☒	☒	0.95	4	1
4. ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล	☒	☒	1.0	4	1
5. ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดใน 48 ชม.	☒	☒	1.0	5	1
ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	☒	☒	☒	☒	☒
ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	☒	☒	☒	☒	☒
การตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	☒	☒	☒	☒	☒
การตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	☒	☒	☒	☒	☒
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	☒	☒	1	4	1
7. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	☒	☒	1	4	1
8. หน่วยบริการสาธารณสุขจัดตั้งคลินิกเบาหวานไม่ใช้ยา Clinic DM Remission	-	☒	1	4	1
9. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังNCDsดีได้ด้วยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	-	☒	1	5	1
10. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด	☒	☒	0.95	5	1
11. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันAcute Ischemic Stroke ที่มีอาการไม่เกิน 270 นาที ได้รับยา ยาละลายลิ่มเลือด(rTPA) ภายใน 60 นาที	☒	☒	0.95	5	1
12. ร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง(Stroke) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน หอผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit)	☒	☒	0.95	5	1
13. อัตราการตาย STEMI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย)	☒	☒	1	5	1
14. ผู้ป่วยSTEMI(กล้ามเนื้อหัวใจตาย)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยSTEMI(กล้ามเนื้อหัวใจตาย)เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	☒	☒	1	5	1
15. ผู้ป่วยSTEMI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย)ที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือด	☒	☒	1	5	1

ตารางที่ 1 แสดงผลการคัดเลือกตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวชี้วัด	ขั้นตอนที่ 1 Focus Group	Modified Delphi Technique			
		รอบ1	รอบ2	รอบ3	
		1	IC	Median	IQR
	39	41	41	41	
หัวใจ primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย)เมื่อมาถึงโรงพยาบาล					
16.การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	☒	☒	1	5	1
17. ผู้มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้องColposcope	☒	☒	1	5	1
18. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	☒	☒	0.95	5	1
19.ผู้ที่มีผลคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง (Colonoscope)	☒	☒	1	5	1
20.ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	☒	☒	1	5	1
21. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	☒	☒	1	5	1
22.ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการฉายแสง ภายใน 6 สัปดาห์	☒	☒	1	5	1
23. การคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่	☒	☒	0.95	5	1
24.ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองตับอักเสบ B และ C	-	☒ เพิ่ม	1.0	5	1
25. จำนวนจัดตั้งหน่วยปฐมภูมิ(PCU/NPCU)	☒	☒	0.95	4	1
(ตัดออก) ประชาชนได้รับการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์	☒	☒ ตัด	☒ ตัด	☒ ตัด	☒ ตัด
26.อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	☒	☒	0.95	5	1
27..ทุกอำเภอดำเนินการแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่	☒	☒	0.95	4	1
28.พขอ.มีผลการดำเนินงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์	☒	☒	0.95	5	1
29.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน	☒	☒	0.95	5	1
30. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผ่านเกณฑ์การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)	☒	☒	0.95	5	1
31. ระดับความสำเร็จของการสร้างความสัมพันธ์ภายในองค์กร	☒	☒	0.95	5	1
32.ระดับความสำเร็จของการพัฒนา smart regulator ทุกระดับ	☒	☒	0.95	4	1
33.ร้อยละของผู้ป่วยมีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	-	☒ เพิ่ม	1.0	4	1
34.ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาต ร้อยละ 100	-	☒ เพิ่ม	1.0	4	1
35.โรงพยาบาลมีบริการการแพทย์ทางไกล	☒	☒	0.85	4	1
36.โรงพยาบาลมีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์	☒	☒	0.90	4	1
37.โรงพยาบาลมีระบบนัดหมายออนไลน์	☒	☒	0.95	4	1
38.โรงพยาบาลผ่านการประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	☒	☒	1.0	4	1
39.โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสารสนเทศ HAIT Level 1	☒	☒	0.95	4	1

ตารางที่ 1 แสดงผลการคัดเลือกตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวชี้วัด	ขั้นตอนที่ 1 Focus Group	Modified Delphi Technique			
		รอบ1	รอบ2	รอบ3	
		1	IC	Medain	IQR
	39	41	41	41	
40.ส่งต่อออกนอกเขต 4 สาขาหลัก	-	✓ _{เพิ่ม}	0.95	5	1
41.โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบปรึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง24ชม Consult	-	✓ _{เพิ่ม}	0.95	5	1

3. การประเมินผลหลังใช้ตัวชี้วัด

3.1 ผลการประเมินความเหมาะสมและความสำคัญของตัวชี้วัดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 189 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.3 มีอายุ 51 – 60 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 64.6 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลร้อยละ 58.7 เป็นผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 50.8 ไกล่เคียงกับผู้บริหาร คือร้อยละ 49.2 พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.26, SD=0.46$) สามารถเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการพัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($\bar{X}=4.38, SD=0.51$) ด้านลดแออัด ลดรอคอย ($\bar{X}=4.37, SD=0.56$) ด้านบริการก้าวหน้าทันสมัย ($\bar{X}=4.28, SD=0.54$) ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรยั่งยืน ($\bar{X}=4.24, SD=0.49$) ด้านองค์กรสมรรถนะสูง ($\bar{X}=4.21, SD=0.59$) ด้านพัฒนาและเพิ่มศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่าย ($\bar{X}=4.20, SD=0.57$) และ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและแพทย์แผนไทยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{X}=4.15, SD=0.64$)

3.2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

3.2.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรยั่งยืน 5 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้านร้อยละ 73.5 (เกณฑ์≥ร้อยละ50), คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 80 (เกณฑ์≥ร้อยละ50), ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาร้อยละ 93.02 (เกณฑ์≥ร้อยละ60), และ ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงร้อยละ 92.14 (เกณฑ์≥ร้อยละ50), ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ พระสงฆ์ได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ 59.81 (เกณฑ์≥ร้อยละ 80)

3.2.2 พัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 19 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.52 (เกณฑ์ร้อยละ50),การจัดตั้งคลินิกเบาหวานไม่ใช้ยา (DM Remission) ร้อยละ 100 (เกณฑ์ร้อยละ100),การดูแลโรค NCDs ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 100 (เกณฑ์ร้อยละ100), การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยเฉพาะ (Stroke Unit)ร้อยละ 99.68 (เกณฑ์≥ร้อยละ80),การให้ยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ร้อยละ 74.51 (เกณฑ์≥ร้อยละ60),อัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ร้อยละ4.05 (เกณฑ์<ร้อยละ 9) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (primary PCI) ภายใน 120นาที ร้อยละ75 (เกณฑ์≥ร้อยละ70), ผู้มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้องร้อยละ 89.19 (เกณฑ์≥ร้อยละ40), การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงร้อยละ 78.21 (เกณฑ์≥ร้อยละ30), ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ร้อยละ 61.54 (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ57), ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ร้อยละ 86.11 (เกณฑ์≥ร้อยละ57) ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการฉายแสงภายใน 6 สัปดาห์ร้อยละ 70.1 (เกณฑ์≥ร้อยละ57), ไม่ผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ

ละ 27.68 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 30), อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดร้อยละ 11.68 (เกณฑ์ < 7) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัยร้อยละ 66.67 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70), การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 2.33 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 15), การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงร้อยละ 14.65 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 40), การคัดกรองการคัดกรองตับอักเสบบี และ ซี ร้อยละ 32.58 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 50)

3.2.3 พัฒนาและเพิ่มศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่าย 5 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ทุกอำเภอดำเนินการแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่ 2 เรื่อง (เกณฑ์ 2 เรื่อง), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีผลการดำเนินงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์อย่างน้อย 1 อำเภอ (เกณฑ์ 1 อำเภอ), แคนนำสุขภาพจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนร้อยละ 96.7 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70), ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัว ได้แก่ จำนวนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) 16 ทีม (เกณฑ์ 28 ทีม), ยังไม่ถึงเวลาประเมิน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

3.2.4 องค์กรสมรรถนะสูง 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ภายในองค์กรร้อยละ 4.2 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 4) และการพัฒนา Smart Regulator ทุกระดับ 4.6 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 4), ยังไม่ถึงเวลาประเมิน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ หน่วยงานผ่านเกณฑ์การพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

3.3.5 การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและแพทย์แผนไทย/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต 98 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80) และ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไม่ซับซ้อน มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร 27.68 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 5)

3.2.6 บริการก้าวหน้าทันสมัย 5 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ หน่วยบริการมีบริการการแพทย์ทางไกล 6,000 ครั้ง (เกณฑ์ 7,873 ครั้ง), โรงพยาบาลมีระบบนัดหมายออนไลน์ 9 แห่ง (เกณฑ์ 8 แห่ง), หน่วยงานมีความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง 100 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 60), โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสารสนเทศ (HAIT Level1) 100 (เกณฑ์ ร้อยละ 100), ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ โรงพยาบาลมีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 20 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80)

3.2.7 ลดแออัด ลดรอคอย ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ส่งต่อออกนอกเขต 4 สาขาหลักลดลงร้อยละ 55.25 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 10) และโรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบปรึกษา Consult ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 24 ชั่วโมงร้อยละ 80.95 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 60)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของจังหวัดสุพรรณบุรี ใช้การสนทนากลุ่มและเทคนิค Modified Delphi⁵ ได้ตัวชี้วัด 41 ตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัดได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมและความสำคัญในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.46$ สามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ด้านการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรในสุพรรณบุรี พบว่า คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 80 สะท้อนถึงการเห็นความสำคัญและการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามการตรวจสอบสุขภาพพระสงฆ์/สามเณร (ร้อยละ 59.81) และการคัดกรอง 9 ด้าน (ร้อยละ 73.5) ยังต่ำกว่าเกณฑ์ อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและขาดความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพ สอดคล้องกับนราวิชญ์ บุญเทียน⁷ และพระณัฐภูมิ พันทะลี⁸ ที่ชี้ว่าความรู้และการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มและการผ่าตัดสะโพกภายใน 48 ชั่วโมง ทำได้สูงถึงร้อยละ 93.02 และ 92.14 ตามลำดับ แสดงถึงความสำเร็จของนโยบายที่มุ่งลดภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับข้อเสนอของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁹

2. ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การควบคุมความดันโลหิตทำได้ร้อยละ 51.52 ผ่านเกณฑ์ แสดงถึงความสำเร็จของระบบดูแลผู้ป่วย ขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานยังต่ำเพียง 27.68% สะท้อนข้อจำกัดในการคัดกรองและติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ราตรี ทองคำ¹⁰ ที่ชี้ว่าระบบติดตามและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ รวมถึงบทบาทอาสาสมัคร มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แม้จะจัดตั้งคลินิกเบาหวานไม่เข้ายา (DM Remission) ครอบคลุม แต่อาจยังเป็นเพียงตัวชี้วัดเชิงโครงสร้างที่ไม่สะท้อนผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ด้านโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) พบว่าผู้ป่วยเข้าถึง Stroke Unit ภายใน 72 ชั่วโมงทำได้ถึง 99.68% และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ภายใน 60 นาทีที่ร้อยละ 74.51 แสดงถึงความพร้อมของระบบบริการ แต่ยังมีอัตราตายสูงถึง 11.68% ซึ่งอาจเกิดจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับวรรณภา บุญสวยขวัญและอมรรัตน์ กลับริด¹¹ ที่ระบุว่าทีมสหวิชาชีพและระบบตอบสนองเร็วมีผลต่อการลดการเสียชีวิต และสอดคล้องกับ กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ¹² ที่เสนอว่าการสร้างความรู้ การคัดกรองและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีบทบาทในการลดอัตราการตาย ด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าอัตราตายร้อยละ 4.05 ผ่านเกณฑ์ สะท้อนประสิทธิภาพของระบบฉุกเฉินที่ตอบสนองรวดเร็วสอดคล้องกับ ศิริรัตน์ เหลืองอรุณและมรรยาท ขาวโต¹³ ขณะที่การให้ยา rtPA ภายใน 30 นาทีทำได้เพียงร้อยละ 66.67 อาจเพราะบุคลากรยังขาดทักษะสอดคล้องกับเสาวนีย์ จิตเกื้อ¹⁴ การใช้ความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกช่วยให้รักษาได้รวดเร็ว ลดอัตราเสียชีวิตและความพิการ ด้านการคัดกรองมะเร็งยังต่ำ จากการประชาสัมพันธ์น้อยและประชาชนขาดความรู้สอดคล้องกับอัญชลี สามงามและคณะ¹⁵ ที่พบว่าการเพิ่มความรู้ ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ช่วยสร้างความตระหนักเพิ่มพฤติกรรมในการคัดกรอง การรักษาในระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิทำได้ดี แสดงถึงความพร้อมที่ดี สอดคล้องกับ วิไลวรรณ ทองเจริญ¹⁶ และ พรนภา ไชยอาสาและคณะ¹⁷ ที่กล่าวถึงความสำคัญของการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ทำได้เพียงร้อยละ 32.58 ต่ำกว่าเกณฑ์ สะท้อนข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความตระหนัก สอดคล้องกับ สุชาญวัชร สมสอน¹⁸ ที่เสนอให้เพิ่มการประสานงานในพื้นที่

3. ด้านระบบบริการปฐมภูมิ เพิ่มหน่วยบริการได้เพียง 16 จากเป้าหมาย 28 ทีม สะท้อนปัญหาด้านบุคลากรงบประมาณ และการบูรณาการ สอดคล้องกับเอกชัย อรุณฉลาด¹⁹ ที่ชี้ว่าความร่วมมือของผู้บริหารและผู้บริหารปฏิบัติงานมีผลต่อความสำเร็จและรักษานักศึกษา พละศึก²⁰ ที่เน้นบทบาทของชุมชนในการขับเคลื่อน ด้านแกนนำสุขภาพร้อยละ 96.7 ดูแลตนเองและชุมชนได้เกินเป้าหมาย อาจเพราะการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับไพศาล ขุนวิเศษ และ มยุรี บุญทัต²¹ ที่พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านช่วยเพิ่มทักษะสุขภาพ และลดภาระระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านองค์กรสมรรถนะสูง การสร้างความสัมพันธ์ได้คะแนน 4.2 จาก 5 อาจเนื่องจากนโยบายต่อเนื่องและบรรยากาศการทำงานที่ดี สอดคล้องกับ ลลิตา จันทรงาม²² ที่ชี้ว่าทัศนคติและความผูกพันภายในส่งผลต่อผลลัพธ์องค์กร สอดคล้องกับ ธัญญกรณ์ ทองเลิศ²³ และ เอนก ใบศรี²⁴ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร การพัฒนา Smart Regulator ได้คะแนน 4.6 ผ่านเกณฑ์ สะท้อนโครงสร้างการทำงาน ระบบติดตาม และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน แม้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังท้องถิ่นแล้วก็ตามสอดคล้องกับ พชร มาเทียน และ ประทุมเมืองเป้²⁵ ที่ชี้ว่าความร่วมมือหลังถ่ายโอนเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ

5. ด้านแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น 27.68% สะท้อนการตื่นตัวของหน่วยบริการและนโยบายสนับสนุนยาสมุนไพร²⁶ สอดคล้องกับสันทัศน์ ทองงามดี²⁷ และ ปวันรัตน์ กิจเฉลา²⁸ ที่ชี้ว่าการสนับสนุนและประสบการณ์ใช้จริงของแพทย์ช่วยส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ส่วนผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับ

ใบอนุญาตถึง 98% เกินเป้าหมาย อาจเกิดจากการประสานงานและให้คำปรึกษาที่ดี และผู้ประกอบการเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ กฤษฎา โชติการณ์และคณะ²⁹ ที่ระบุว่า การส่งเสริมมาตรฐานผลิตภัณฑ์ช่วยเพิ่มรายได้และคุณภาพสินค้า

6. ด้านบริการก้าวหน้าและทันสมัย พบว่า Telemedicine ให้บริการได้ 7,873 ครั้ง เกินเกณฑ์ สะท้อนถึงการสนับสนุนจากนโยบายและผู้บริหารเห็นความสำคัญของการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ห่างไกล สอดคล้องกับ วิภาวณีย์ อรรถพรชัย และชวณ กิจศิริกุล³⁰ ที่เน้นการพัฒนาเครือข่ายและเทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ขณะที่ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ทำได้เพียง 20% อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรซึ่งตรงกับ วิทยา ไชยจันทร์³¹ ที่เสนอให้เร่งพัฒนาศักยภาพในส่วนนี้ ระบบนัดหมายออนไลน์ดำเนินการได้ 9 แห่งจากเป้าหมาย 8 แห่ง แสดงถึงการกำกับติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร สอดคล้องกับ วิทยา พลอาด³² ที่ชี้ว่าระบบจองคิวช่วยเพิ่มความพึงพอใจกับผู้ใช้บริการ ส่วนการประเมินสารสนเทศ HAIT Level1 ทำได้ครบ 100% แสดงถึงความตระหนักของหน่วยบริการต่อความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ Digital Health ของกระทรวงสาธารณสุข²⁶

7. ด้านการลดความแออัดและเวลารอคอย ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.56$) การดำเนินงานสามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตลงได้ถึง 55.25% โดยเฉพาะในโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีระบบ consult เฉพาะทางครอบคลุมถึง 80.95% อาจเนื่องมาจากความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับ ทิพย์วิภา สังข์อินทร์³³ ที่ระบุว่าระบบส่งต่อที่ดีช่วยลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดนี้เกิดจากการวิเคราะห์บริบทสุขภาพของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม บางด้านอาจยังไม่สมบูรณ์และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหรือปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องและนำผลไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัญหาที่ทำให้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด และ ควรประเมินทบทวนตัวชี้วัด เพื่อปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมกับบริบทและท้าทายยิ่งขึ้น
2. ควรนำตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาเร่งด่วนสำคัญและยังไม่สัมฤทธิ์ผลมากำหนดและพัฒนาขึ้นเป็นตัวชี้วัด เพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีที่ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณ ดร.เพ็ชรน้อย ศรีผดุงและอาจารย์ศรีสุรางค์ เคชนะนาค ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะของการดำเนินงานวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและช่วยเหลืออย่างเต็มที่ตลอดระยะเวลาการทำงานวิจัยในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการรับรองตามการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 65/2567 วันที่รับรอง 13 สิงหาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

1. สมพร อธิติเดช. การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด. นนทบุรี: กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี; 2567.
3. Porter ME. Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. New York: Free Press; 1985.
4. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: WHO; 2007.
5. นิภาพรณ เจนสันติกุล. การนำเทคนิคเดลฟายไปใช้สำหรับการวิจัย. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2560; 4(2): 48–64.
6. รณกรณ์ เอกฉันท. การพัฒนาตัวชี้วัดการบริการด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
7. นราวิชัย บุญเทียน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2567;1(3):28–35.
8. พระณัฐภูมิ พันทะลี. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน. วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. 2564; 33(1): 14–27.
9. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561. มุลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2561
10. ราตรี ทองคำ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565; 30(3): 86–99.
11. วรณา บุญสวยขวัญ, อมรรัตน์ กลับริด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565; 2(2): 61–75.
12. กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ. การลดการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต4-5. 2567; 43(4): 513–528.
13. ศิริรัตน์ เหลืองอรุณ, มรยาท ขาวโด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI. มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2566; 7(1): 103–113.
14. เสาวนีย์ ประลองกิจ. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
15. อัญชลี สามงามและคณะ. พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งลำไส้. กรมการแพทย์. 2565.
16. วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ. การศึกษาสถานการณ์บริการและความต้องการบริการโรคมะเร็ง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566; 24(1): 307–317.
17. พรณภา ไชยอาสาและคณะ. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี; 2566.
18. สุชาญวัชร สมสอน. การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีในชุมชนจังหวัดลพบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพชุมชน. 2568; 3(2): 40–51.
19. เอกชัย อรุณฉลาดและคณะ. การจัดการสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2556; 8(1): 48–54.
20. รัถยานภิก รัชตะวรรณและคณะ. บริการสุขภาพหลังการถ่ายโอนภารกิจ. กรุงเทพฯ: สวรส.; 2565.

21. ไพศาล ขุนวิเศษ, มยุรี บุญหัด. การพัฒนา อสม. หมอประจำบ้าน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567; 16(1): 43-60.
22. ลลิตา จันทรงาม. ความผูกพันต่อองค์การของพนักงานธนาคารออมสิน. ปทุมธานี: ม.ธรรมศาสตร์; 2559.
23. ธนัญญณ์ ทองเลิศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม. วารสารการจัดการองค์กร. 2562; 10(2): 92-102.
24. เอนก ใบศรี. ปัจจัยองค์การที่มีผลต่อองค์การสมรรถนะสูง กรณีศึกษา: บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
25. พชร มาเทียน, ประทุม เมืองแป้. การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดจังหวัดเพชรบูรณ์.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก.2567; 11(2): 92-110.
26. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
27. สันทัศน์ ทองงามดี. การส่งเสริมการไ้ยาสมุนไพรในสถานบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 2567.
28. ปวันรัตน์ กิจฉลา, วิศรี วายุรกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(2): 145-158.
29. กฤษ ไซติการณ์และคณะ. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2565; 9(4): 678-685.
30. วิภาวันย์ อรรณพพรชัย, ชวภณ กิจศิริกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. 2564; 7(3): 258-271.
31. วิทยา ไชยจันทร์และคณะ,การใช้ระบบ Paperless ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ.วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2567; 32(1): 48-57.
32. วิทยา พลาอด, การพัฒนาระบบการจ้องคิวตรวจล่วงหน้าของผู้รับบริการผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือสตูล จังหวัดสตูล.วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน. 2567; 6(3): 21-37.
33. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์และคณะ,การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม.วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2567; 8(2): 94-104.

Received: 1 May 2025, Revised: 10 Jun. 2025

Accepted: 13 Jun. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม

ยุทธนา พรหมอ่อน¹, รัชพล ไกรกลาง^{2*}

บทคัดย่อ

การบริโภคโซเดียมมากเกินไปเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด การลดปริมาณโซเดียมสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมจำนวน 10 เมนู จากอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไป อำเภอสตึกจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 75 คน วิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมและความพึงพอใจระหว่างสูตรทั่วไปและสูตรลดโซเดียม โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test ผลการศึกษาพบว่า สูตรลดโซเดียมมีการลดปริมาณโซเดียมลงอย่างมีนัยสำคัญ เฉลี่ย ร้อยละ 64.41 ($p < 0.05$) ในขณะที่ค่าพลังงาน โปรตีน ไขมัน น้ำตาล และใยอาหาร แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยมากกว่า 7.00 คะแนน แสดงถึงการยอมรับของผู้บริโภค จากการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า การลดโซเดียมในอาหารท้องถิ่นสามารถทำได้โดยการปรับเครื่องปรุง ลดการใช้วัตถุดิบแปรรูป และใช้เทคนิคการปรุงอาหารเฉพาะที่ช่วยคงไว้ซึ่งเนื้อสัมผัส สี กลิ่น และรสชาติ สอดคล้องกับแนวทางองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ลดการบริโภคโซเดียมลงมากกว่าร้อยละ 30 เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของแนวทางนี้

คำสำคัญ : การพัฒนา, เมนูอาหารท้องถิ่น, ลดโซเดียม, ท้องถิ่น

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการเพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Corresponding author E-mail: yoottana.p@kkumail.com

Original Article

Development of Local Food Recipes Reduced Sodium

Yootana Prommaun¹, Ratthaphol Kraiklang^{2*}**Abstract**

Excessive sodium consumption is a major risk factor for non-communicable diseases, particularly hypertension, which increases the likelihood of developing kidney disease, heart disease, and cardiovascular conditions. Reducing sodium intake can effectively lower the risk of these diseases. This study aimed to develop 10 low-sodium local dishes from Satuek District, Buriram Province. The sample group consisted of 75 general residents of Satuek District. Descriptive statistics were used to compare sodium content and satisfaction levels between the regular recipes and the low-sodium versions, using a Dependent paired t-test for statistical analysis. The results showed that the low-sodium recipes had a significantly reduced sodium content, with an average reduction of 64.41% ($p < 0.05$). Meanwhile, there were no statistically significant differences in energy, protein, fat, sugar, and dietary fiber contents. The average satisfaction scores were above 7.00, indicating consumer acceptance. This study concludes that sodium reduction in local dishes is achievable through seasoning adjustments, reduced use of processed ingredients, and the application of specific cooking techniques that preserve texture, color, aroma, and taste. These findings align with the World Health Organization's recommendation to reduce sodium intake by more than 30% to promote better health. Long-term follow-up is recommended to evaluate the sustainability of this approach.

Keywords : Development, Local food recipes, Reduced Sodium, Local

¹Students, Master of Public Health Program in Nutrition for Health, Graduate School, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Department of Nutrition for Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: yootana.p@kkumail.com

บทนำ

โซเดียม คือ แร่ธาตุชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญในการควบคุมสมดุลของเหลวและน้ำในร่างกาย ซึ่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตเกิดจากการบริโภคเกลือมากเกินไปส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจ

ทำงานหนักขึ้น เมื่อหัวใจทำงานหนักมากขึ้นจะส่งผลให้กล้ามเนื้อในหลอดเลือดหัวใจปรับตัวเองหนาขึ้นและแข็งขึ้น อย่างไรก็ตามความหนาที่เพิ่มขึ้นของผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้พื้นที่ภายในของหลอดเลือดน้อยลง ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น² จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะทำให้ไตเสื่อมสภาพ เพราะไตจะทำงานหนักขึ้นในการขับโซเดียมออกจากร่างกาย เมื่อไตทำงานหนักขึ้นหรือทำงานได้ลดลงจะทำให้มีการคั่งของเกลือ จนทำให้เกิดภาวะบวม น้ำ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา¹ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต จึงควรหลีกเลี่ยงการบริโภคโซเดียมที่เกินต่อความต้องการของร่างกาย จากการวิจัยพบว่า การบริโภคโซเดียมที่มีปริมาณสูงกว่า 5 กรัมต่อวัน มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น³ การลดบริโภคโซเดียมมีผลทั้งการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด⁴ องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ลดการบริโภคโซเดียม ทั้งจากอาหาร และสารปรุงแต่งในอาหาร รวมทั้งสนับสนุนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ โดยทั่วไปแล้วสามารถบริโภคโซเดียมปริมาณสูงสุดโดยไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายอยู่ที่ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อเทียบกับปริมาณเกลือป่นอยู่ที่ประมาณ 1 ช้อนชา หรือประมาณ 5 กรัม⁵ ซึ่งคนไทยมีการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกกำหนดถึง 2 เท่า หรือประมาณ 4,350 มิลลิกรัม/วัน ประเทศไทยจึงมีการกำหนดเป้าหมายเพื่อลดการได้รับประทานเกลือและโซเดียมที่ลดลง ร้อยละ 30 รวมถึงลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 25 ภายในปีพ.ศ. 2568⁶

อาหารลดโซเดียม หรือลดเค็ม (low sodium diet) เป็นอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับคนรักสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต ครรภ์เป็นพิษหรือผู้ที่มีอาการบวม เป็นต้น มีลักษณะเหมือนอาหารทั่วไปแต่ปรุงให้มีรสชาติเค็มอ่อนกว่าอาหารทั่วไป หรือตามการกำหนดโซเดียมของแพทย์ ซึ่งอาหารธรรมชาติลดโซเดียม และอาหารอ่อน ลดโซเดียม⁷ มีปริมาณโซเดียมน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน⁵ โดยควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องปรุงดังต่อไปนี้ เช่น น้ำปลา เกลือ เครื่องจิ้มต่าง ๆ ทั้งที่มีรสชาติเค็มและรสจัด อาหารแปรรูปที่ใส่ผงฟู และผงชูรส ผักผลไม้ดอง ผักผลไม้กระป๋อง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เป็นต้น⁷ ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายในการลดปริมาณโซเดียมลง จากรายงานการลดการบริโภคโซเดียมในระดับโลก (Global report on sodium intake reduction) ระบุว่าเป้าหมายในการลดการบริโภคโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 และอยู่ระหว่างการพิจารณาขยายเวลาเป็น ปี 2573⁵

จากรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs Clinic) โรงพยาบาลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2561-2566 จากจำนวน 2,483 คนในปีงบประมาณ 2561 เป็น 4,251 คน ในปีงบประมาณ 2566⁸ ซึ่งเพิ่มขึ้น 1 เท่า และจากการประเมินปริมาณโซเดียมในอาหารท้องถิ่นยอดนิคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการสำรวจอาหารที่ได้จากการปรุงแบบครัวเรือนและร้านอาหาร เก็บข้อมูลจังหวัดบุรีรัมย์ อุบลราชธานี และขอนแก่น ชั่งน้ำหนักส่วนประกอบอาหารก่อนและหลังปรุง คำนวณปริมาณโซเดียมโดยใช้โปรแกรม INMUCAL พบว่าเมนูอาหารท้องถิ่นที่นิยมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีโซเดียมสูง⁹ เนื่องด้วยมีการเติมเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผงชูรส จึงส่งผลให้สัดส่วนของโซเดียมสูงขึ้นในขณะที่ปริมาณคลอไรด์ลดลง นอกจากนี้การเติมปลาร้าในเมนูอาหาร โดยคนในท้องถิ่นมีความเชื่อว่าน้ำปลาร้าเป็นตัวชูรสที่สำคัญที่ทำลาบปลาร้อยยั้งได้น้ำปลาร้าที่หมักตามภูมิปัญญาเดิมที่หมักข้ามปีจะเกิดการสลายของเนื้อมีไขมันออกมาทำให้เกิดอูมามิ จนมีคำกล่าวไว้ว่า “ลาบปลาสำหรับคนอีสานต้องใส่น้ำปลาร้ารสชาติจึงจะกลมกล่อม (นิ้ว)” ปริมาณน้ำปลาร้าที่ใส่ลาบปลาโดยเฉลี่ยจากการปรุงของแม่บ้านปรุงและร้านอาหารประมาณ 1/2 ช้อนโต๊ะ (โซเดียม 425 มิลลิกรัม)⁹ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม จากการสำรวจ โดยกลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ และทำการคัดเลือกจากเมนูที่ชื่นชอบมากที่สุด จำนวน 10 เมนู (จาก 20 เมนู) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้ ประเภทที่ 1 แกง-ต้ม จำนวน 5 เมนู ได้แก่ 1) แกงอ่อมไก่ 2) ต้มข่า

ไก่ 3) ต้มแซบกระดูกหมูอ่อน 4) ต้มยำปลาน้ำใส 5) แกงอ่อมปลาตุก ประเภทที่ 2 น้ำพริก-ซุบ จำนวน 3 เมนู ได้แก่ 1) ป่นปลา 2) ซุบขนุน 3) ซุปมะเขือ ประเภทที่ 3 ยำ-ลาบ จำนวน 1 เมนู คือ ลาบหมู และประเภทที่ 4 นึ่ง-ตุ๋น จำนวน 1 เมนู คือ นึ่งปลา¹⁰ ซึ่งจะเห็นว่าเมนูแกง-ต้ม คนอำเภอสตึกชื่นชอบมากที่สุด เพราะคนสตึกไม่นิยมรับประทานข้าวเหนียวซึ่งรับประทานกับเมนูแกง-ต้ม ยากลำบาก แต่จะชื่นชอบรับประทานข้าวสวยกับเมนูแกงหรือต้มมากกว่าและรับประทานง่าย ทั้งนี้เพื่อนำเมนูดัดแปลงดังกล่าวมาเผยแพร่ และประกอบอาหาร โดยหวังผลในการส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียม ซึ่งช่วยในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสที่มีต่อเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไปและสูตรดัดแปลงลดโซเดียม เพื่อเพิ่มทางเลือกและคุณค่าทางโภชนาการให้กับผู้บริโภค

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่น ให้มีปริมาณโซเดียมลดลง
- 2) เพื่อทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสในเมนูอาหารท้องถิ่นดัดแปลงลดโซเดียม และเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม จากเมนูอาหารท้องถิ่นอำเภอสตึก จำนวน 10 เมนู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคคลทั่วไป ในพื้นที่ และอาศัยอยู่ใน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 75 คน วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้ application n4Studies Plus ในการคำนวณและการศึกษาของ นริศา เรืองศรีและคณะ 2561 ที่ได้ศึกษาการยอมรับและความพึงพอใจต่อตำรับอาหารลดหวานมันเค็ม กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดีทั้งเพศหญิง และเพศชาย

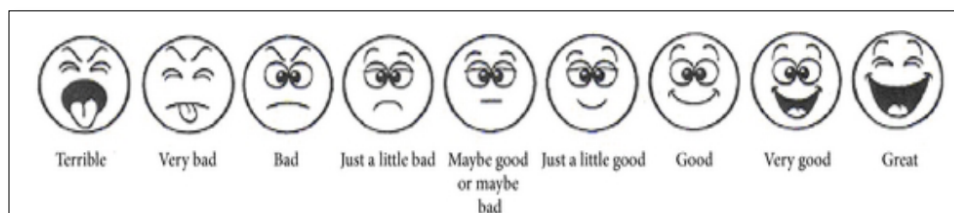
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบทดสอบการยอมรับทางประสาธสัมผัส Nine Point Hedonic scale
- 2) โปรแกรม INMUCAL Version 4.0 พัฒนาขึ้นโดยสถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล
- 3) เครื่องวัดความเค็ม ที่พัฒนาโดย BCI LAB ภาควิชาวิศวกรรม ชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หลักการทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัส

การทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสในเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไปและสูตรลดโซเดียม แบบ Nine Point Hedonic scale ซึ่งเป็นลักษณะแบบสอบถามที่นิยม มีลักษณะเป็น scale 9 ระดับ ทำการทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านลักษณะที่ปรากฏ (appearance) ด้านสี (color) ด้านรสชาติ (taste) ด้านกลิ่น (odor) ด้านเนื้อสัมผัส (texture) และการยอมรับโดยรวม (overall satisfaction) มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ชอบที่สุด = 9 คะแนน ชอบมาก = 8 คะแนน ชอบปานกลาง = 7 คะแนน ชอบเล็กน้อย = 6 คะแนน เฉยๆ = 5 คะแนน ไม่ชอบเล็กน้อย = 4 คะแนน ไม่ชอบปานกลาง = 3 คะแนน ไม่ชอบมาก = 2 คะแนน ไม่ชอบที่สุด = 1 คะแนน พร้อมทั้ง

สอบถามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงตำรับอาหารในขั้นตอนต่อไป โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกความยอมรับและความพึงพอใจต่อเมนูอาหารตัวอย่าง คือ หากได้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ โดยภาพรวมระหว่าง 7.00-9.00 จัดว่าให้การยอมรับ ระดับคะแนน เฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวมระหว่าง 5.00-6.99 หมายถึงรู้สึกเฉยๆ และระดับคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจ โดยภาพรวมระหว่าง 1.00-4.99 หมายถึง การปฏิเสธเมนูอาหารในสูตรนั้นๆ¹¹ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Nine Point Hedonic scale¹¹

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) การดำเนินการก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ในอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยชี้แจง รายละเอียด ขั้นตอนต่าง ๆ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับขู่เข็ญ และดำเนินการวิจัยต่อไป
- 2) การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1) การออกแบบเมนูอาหารท้องถิ่นสดโซเดียม กำหนดคุณลักษณะอาหารที่จะดัดแปลง
 - 2.2) วิธีการปรุงประกอบเมนูอาหารท้องถิ่น

วิธีการปรุงประกอบ 10 เมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไป มีวิธีการปรุงประกอบตามวิถีชีวิตคนในท้องถิ่นอำเภอสตึก มีการเลือกใช้วัตถุดิบ เช่น ไข่กะทิ ในเมนูน้ำพริก รวมถึง เครื่องปรุงชนิดอื่น ๆ น้ำตาล น้ำปลาร้า เกลือ เป็นต้น วิธีการปรุงอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไปของอำเภอสตึก รสชาติจัด หวาน มัน และเค็ม ที่มีปริมาณโซเดียม และไขมันสูงจากการใช้กะทิ ดังภาพที่ 2-11

เมนูที่ 6 ส้มกับข้าวเหนียวมะม่วงสูตรที่ 1

ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน

พลังงานสารอาหาร

วัตถุดิบ	สัดส่วน
1) ข้าวเหนียวมะม่วง	80 กรัม
2) ข้าวกล้องงอก	5 กรัม
3) ผลไม้ที่ชอบ	5 กรัม
4) ใบมะกรูด	5 กรัม
5) เกล็ดหอย	50 กรัม
6) พริกขี้หนู	10 กรัม
7) น้ำมัน	1/2 ช้อนชา
8) ผงชูรส	1/2 ช้อนชา
9) น้ำมะขามเปียก	5 กรัม
10) น้ำมะนาว	5 กรัม
11) พริกป่น	5 กรัม
12) ข้าวคั่ว	5 กรัม
13) เกล็ดหอย	5 กรัม
14) น้ำมัน	500 มล.

Volume (กรัม)	165
Energy (Kcal)	162.69
CHO (g)	12.87
Protein (g)	11.9
Fat (g)	7.16
Sugar (g)	0.68
Fiber (g)	2.74
Sodium (g)	873.44

วิธีทำ

- นำข้าวเหนียวมะม่วงมาล้างทำความสะอาด จากนั้นเอามาหั่นเป็นชิ้นๆ ให้มีชิ้นขนาด 80 กรัม ส่วนข้าวโพด 50 กรัม ให้หั่นเป็นท่อนๆ และหั่นมะม่วงให้เป็นชิ้นๆ
- พริกขี้หนูหั่นเป็นชิ้นๆ ข้าวคั่ว 5 กรัม เกล็ดหอย 5 กรัม พริกป่น และผงชูรส 5 กรัม แล้วใส่ในกระทะ 50 กรัม แล้วผัดให้สุก
- นำใบมะกรูด น้ำมะนาว น้ำมะขามเปียก ผงชูรส น้ำมะนาว และน้ำมะขามเปียก 5 กรัม
- เติมน้ำมัน 5 กรัม พริกป่น 5 กรัม และข้าวคั่ว 5 กรัม เพื่อให้อาหารอร่อย
- นำข้าวเหนียว มาหั่นเป็นชิ้นๆ และจัดเสิร์ฟ

ภาพที่ 4 นึ่งปลาสูตรทั่วไป

เมนูที่ 6 ดัชนีขบวนการดูดกลืนสารอาหารทั่วไป		
ส่วนประกอบอาหาร 1 คน		พลังงานสารอาหาร
วัตถุดิบ	สัดส่วน	
1) ข้าวสุกหุงอ่อน	80 กรัม	Volume (กรัม) 165
2) ข้าวกล้องไม่แฉ่ำ	5 กรัม	Energy (Kcal) 162.69
3) ไข่ไก่ครึ่งฟอง	5 กรัม	CHO (g) 12.67
4) ใบมะขาม	5 กรัม	Protein (g) 11.9
5) ใบมะขาม	5 กรัม	Fat (g) 7.16
6) มะม่วงสุก	50 กรัม	Sugar (g) 0.68
7) พริกแดง	10 กรัม	Fiber (g) 2.74
7) น้ำปลา	1/2 ช้อนชา	Sodium (g) 573.44
8) มะม่วงสุก	1/2 ช้อนชา	
9) น้ำมันมะพร้าว	5 กรัม	
10) น้ำมันมะพร้าว	5 กรัม	
11) พริกไทย	5 กรัม	
12) ข้าวคั่ว	5 กรัม	
13) ถั่วลิสงคั่ว	5 กรัม	
14) น้ำมันพืช	500 มล.	

ภาพที่ 7 ต้มแซ่บกระดูกอ่อน

เมนูที่ 7 ซุปหมูสูตรทั่วไป			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	150
1) ขมิ้นชัน	50 กรัม	Energy (Kcal)	161.92
2) ปลาช่อน	30 กรัม	CHO (g)	10.25
3) น้ำมันงา	1/2 ช้อนชา	Protein (g)	13.65
4) พริกแดง	5 กรัม	Fat (g)	7.37
5) พริกแดง	10 กรัม	Sugar (g)	0.75
6) กระเทียม	10 กรัม	Fiber (g)	5.35
7) หัวไชเท้า	10 กรัม	Sodium (g)	676.92
8) น้ำมันงา	1/2 ช้อนชา		
9) ต้นหอม	5 กรัม		
10) ผักชีฝรั่ง	5 กรัม		
11) ผักชี	3 กรัม		

วิธีทำ

- นำปลาช่อนไปล้างทำความสะอาด จากนั้นหั่นเป็นชิ้นๆ ใส่ลงในหม้อต้มพร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง

เมนูที่ 8 ต้มยำปลาหมึกน้ำใสสูตรทั่วไป			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	169
1) เนื้อปลาหมึก	50 กรัม	Energy (Kcal)	121.18
2) เนื้อปลาหมึก	50 กรัม	CHO (g)	11.32
3) ข่า	10 กรัม	Protein (g)	15.72
4) ตะไคร้	5 กรัม	Fat (g)	1.45
5) มะนาว	5 กรัม	Sugar (g)	0.76
6) ใบมะกรูด	5 กรัม	Fiber (g)	3.63
7) พริกแดง	10 กรัม	Sodium (g)	652.85
8) น้ำมันงา	1 ช้อนชา		
9) พริกแดง	10 กรัม		
10) ต้นหอม	1.2 กรัม		
11) ผักชีฝรั่ง	10 กรัม		
12) ใบมะกรูด	5 กรัม		
13) น้ำมันงา	1/2 ช้อนชา		
14) ผักชี	1 กรัม		

วิธีทำ

- นำปลาหมึกไปล้างทำความสะอาด จากนั้นหั่นเป็นชิ้นๆ ใส่ลงในหม้อต้มพร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาหมึกที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาหมึกที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาหมึกที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาหมึกที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง

เมนูที่ 9 ซุปมะเขือสูตรทั่วไป			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	135
1) มะเขือ	80 กรัม	Energy (Kcal)	130.84
2) ปลาช่อน	30 กรัม	CHO (g)	17.19
3) พริกแดง	5 กรัม	Protein (g)	11.31
4) พริกแดง	5 กรัม	Fat (g)	1.87
5) พริกแดง	10 กรัม	Sugar (g)	2.66
6) กระเทียม	10 กรัม	Fiber (g)	3.9
7) ต้นหอม	5 กรัม	Sodium (g)	620.15
8) ผักชีฝรั่ง	5 กรัม		
9) น้ำมันงา	1 ช้อนชา		
10) น้ำมันงา	1/2 ช้อนชา		
11) ผักชี	1 กรัม		
12) หัวไชเท้า	5 กรัม		
13) น้ำมันงา	400 มิลลิกรัม		

วิธีทำ

- นำปลาช่อนไปล้างทำความสะอาด จากนั้นหั่นเป็นชิ้นๆ ใส่ลงในหม้อต้มพร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับหัวไชเท้า พริกแดง และขมิ้นชัน ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง

ภาพที่ 8 ซุปหมูสูตรทั่วไป

ภาพที่ 9 ต้มยำปลาหมึกน้ำใสสูตรทั่วไป

ภาพที่ 10 ซุปมะเขือสูตรทั่วไป

เมนูที่ 10 แกงอ่อมปลาช่อนสูตรทั่วไป			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	162
1) ปลาช่อน	50 กรัม	Energy (Kcal)	205.53
2) ตะไคร้	10 กรัม	CHO (g)	14.28
3) กระเทียม	5 กรัม	Protein (g)	13.95
4) พริกแดง	10 กรัม	Fat (g)	20.29
5) พริกแดง	10 กรัม	Sugar (g)	3.32
6) น้ำมันงา	10 กรัม	Fiber (g)	40.2
7) ผักชี	1/2 ช้อนชา	Sodium (g)	620.15
8) น้ำมันงา	1/2 ช้อนชา		
9) ต้นหอม	5 กรัม		
10) ผักชี	5 กรัม		
11) ใบมะกรูด	5 กรัม		
12) ใบมะกรูด	20 กรัม		
13) พริกแดง	15 กรัม		
14) น้ำมันงา	400 มิลลิกรัม		

วิธีทำ

- นำปลาช่อนไปล้างทำความสะอาด จากนั้นหั่นเป็นชิ้นๆ ใส่ลงในหม้อต้มพร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง
- นำปลาช่อนที่ต้มสุกแล้วมาใส่ในหม้อต้ม พร้อมกับข่า ตะไคร้ และใบมะกรูด ต้มด้วยไฟกลางประมาณ 1 ชั่วโมง

ภาพที่ 11 แกงอ่อมปลาช่อนสูตรทั่วไป

วิธีการปรุงประกอบอาหารท้องถิ่นสูตรลดโซเดียม ใช้วิธีการปรุงประกอบโดยใช้เทคนิค วิธีการ วัตถุดิบ ในการลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ประกอบด้วย 1) เทคนิคการดองสารเสริมรส โดยใช้ความร้อนจากไฟอ่อน ๆ ในการคั่ววัตถุดิบที่มีสารประกอบเป็นสารเสริมรสชาติ กลิ่น ทั้ง สมุนไพรต่าง ๆ เนื้อสัตว์ นม ถั่วชนิดต่าง ๆ เห็ดชนิดต่าง ๆ¹² 2) พืชสมุนไพรเครื่องเทศ ผัก ผลไม้ เช่น ตะไคร้ ใบมะกรูด ข่า ขิง กระเทียม หอม เป็นต้น นำมาเพื่อลดเกลือของอาหารสิ่งเสริมรสชาติที่พืชกลุ่มนี้ให้กลิ่น และรสชาติกลมกล่อมดี¹³ 3) ใช้สารประกอบจากเห็ดในเมนูอาหารท้องถิ่น เช่น เห็ดหอม เห็ดเข็มทอง เห็ดชิเมจิ เป็นต้น เป็นแหล่งของสารประกอบที่ให้ความกลมกล่อมของรสชาติ¹⁴ สารประกอบที่ดีของเห็ด เป็นการทำให้โปรตีนไฮโดรไลสจากเห็ดเพื่อนำมาลดปริมาณโซเดียมในอาหาร¹⁵ 4) การใช้น้ำมันทดแทนกะทิ และถั่วแทนข้าวคั่วเนื้อสัตว์ ที่เป็นโปรตีนไฮโดรไลสที่มีผลต่อกลิ่นรส¹⁶ ดังภาพที่ 12-21

เมนูที่ 1 ลาบทูม สูตรลดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	
1) พริกขี้หนู	80 กรัม	Energy (Kcal)	172.82
2) ข้าวซอย	10 กรัม	CHO (g)	12.96
3) ตะไคร้ซอย	10 กรัม	Protein (g)	24.42
4) ต้นหอม	5 กรัม	Fat (g)	3.92
5) ใบมะขามเปรี้ยว	5 กรัม	Sugar (g)	0.3
6) ผักชีฝรั่ง	5 กรัม	Fiber (g)	5.07
7) พริกแดง	5 กรัม	Sodium (g)	244.81
8) พริกขี้หนู	5 กรัม		
9) ขอบป๋วยเตี๋ยว	2 กรัม		
10) น้ำมันงา	1 ช้อนชา		
11) ข้าวคั่ว	5 กรัม		
12) ใบมะกรูด	5 กรัม		
13) น้ำมันงา	150 มิลลิลิตร		

วิธีทำ

- 1) ใส่น้ำมันงา 150 มิลลิลิตร ตั้งไฟให้ร้อน ใส่พริกขี้หนู 80 กรัม ข้าวซอย 10 กรัม ตะไคร้ซอย 10 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะขามเปรี้ยว 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม จากนั้นคนส่วนผสมให้เข้ากัน
- 2) ปรุงรสด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม
- 3) เติมน้ำมันงา 1 ช้อนชา ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม 5 กรัม จากนั้นคนส่วนผสมให้เข้ากัน
- 4) โรยหน้าด้วยใบมะขามเปรี้ยว 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม

เมนูที่ 2 อ่อมไก่ สูตรลดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	
1) เนื้ออกไก่	70 กรัม	Energy (Kcal)	277.96
2) มะเขือเปราะ	15 กรัม	CHO (g)	21.33
3) พริกแดง	15 กรัม	Protein (g)	18.99
4) ขมิ้นผง	15 กรัม	Fat (g)	12.96
5) เติมน้ำมันงา	15 กรัม	Sugar (g)	4.22
6) เติมน้ำมันงา	5 กรัม	Fiber (g)	4.79
7) ต้นหอม	10 กรัม	Sodium (g)	272.76
8) ผักชีฝรั่ง	10 กรัม		
9) ใบมะกรูด	10 กรัม		
10) พริกแดง	10 กรัม		
11) พริกขี้หนู	10 กรัม		
12) ตะไคร้ซอย	10 กรัม		
13) ขอบป๋วยเตี๋ยว	1 กรัม		

วิธีทำ

- 1) นำเนื้ออกไก่ 70 กรัม ตะไคร้ 10 กรัม พริกแดง 5 กรัม ใบมะกรูด 10 กรัม ผักชีฝรั่ง 10 กรัม พริกขี้หนู 10 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 1 กรัม นำมาผัดในกระทะด้วยไฟอ่อน
- 2) ใส่เนื้ออกไก่ 70 กรัม พริกแดง 15 กรัม พริกขี้หนู 10 กรัม ใบมะกรูด 10 กรัม ผักชีฝรั่ง 10 กรัม พริกขี้หนู 10 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 1 กรัม นำมาผัดในกระทะด้วยไฟอ่อน
- 3) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 4) ปรุงรสด้วย ข้าวคั่ว 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม
- 5) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 6) ปิดไฟ ยกเสิร์ฟ พร้อมเสิร์ฟ

เมนูที่ 3 ผัดผัสดู สูตรลดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	
1) ปลาอินทรี	80 กรัม	Energy (Kcal)	189.23
2) ข้าวผัด	10 กรัม	CHO (g)	18.78
3) ตะไคร้ซอย	15 กรัม	Protein (g)	23.39
4) กระเทียม	15 กรัม	Fat (g)	2.28
5) รากผักชี	10 กรัม	Sugar (g)	3.84
6) พริกแดง	10 กรัม	Fiber (g)	6.5
7) ตะไคร้	100 กรัม	Sodium (g)	278.69
8) ขอบป๋วยเตี๋ยว	1/2 ช้อนชา		
9) ซีอิ๊วขาว	1/2 ช้อนชา		
10) ใบมะขามเปรี้ยว	10 กรัม		
11) ข้าวคั่ว	200 กรัม		
12) ใบมะกรูด	3 กรัม		

วิธีทำ

- 1) นำปลาอินทรี 80 กรัม ใส่ลงในกระทะ ตั้งไฟให้ร้อน ใส่พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 1 กรัม นำมาผัดในกระทะด้วยไฟอ่อน
- 2) นำพริกแดง 10 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ตะไคร้ซอย 15 กรัม ข้าว 10 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 3) ปรุงรสด้วย ข้าวคั่ว 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม
- 4) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 5) นำปลาอินทรี 80 กรัม ใส่ลงในกระทะ ตั้งไฟให้ร้อน ใส่พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 1 กรัม นำมาผัดในกระทะด้วยไฟอ่อน
- 6) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 7) ปิดไฟ ยกเสิร์ฟ พร้อมเสิร์ฟ

ภาพที่ 12 ลาบทูมลดโซเดียม

ภาพที่ 13 แกงอ่อมไก่ลดโซเดียม

ภาพที่ 14 ผัดผัสดูลดโซเดียม

เมนูที่ 4 ผัดผัสดู สูตรลดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	
1) ปลาอินทรี	80 กรัม	Energy (Kcal)	171.84
2) ข้าวผัด	25 กรัม	CHO (g)	11.67
3) เติมน้ำมันงา	10 กรัม	Protein (g)	12.64
4) เติมน้ำมันงา	10 กรัม	Fat (g)	8.29
5) เติมน้ำมันงา	50 มิลลิลิตร	Sugar (g)	4.43
6) ข้าวคั่ว	10 กรัม	Fiber (g)	3.5
7) ตะไคร้ซอย	10 กรัม	Sodium (g)	246.21
8) ใบมะกรูด	5 กรัม		
9) มะขามเปรี้ยว	100 กรัม		
10) ซีอิ๊วขาว	1/2 ช้อนชา		
11) พริกขี้หนู	10 กรัม		
12) มะนาว	1 ช้อนชา		
13) พริกขี้หนู	5 กรัม		

วิธีทำ

- 1) นำปลาอินทรี 80 กรัม ใส่ลงในกระทะ ตั้งไฟให้ร้อน ใส่พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 1 กรัม นำมาผัดในกระทะด้วยไฟอ่อน
- 2) นำพริกแดง 10 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ตะไคร้ซอย 15 กรัม ข้าว 10 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 3) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 4) ปรุงรสด้วย ข้าวคั่ว 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม
- 5) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 6) ปิดไฟ ยกเสิร์ฟ พร้อมเสิร์ฟ

เมนูที่ 5 ป่นปลา สูตรลดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	
1) เนื้อปลา	80 กรัม	Energy (Kcal)	194.35
2) พริกแดง	10 กรัม	CHO (g)	7.37
3) กระเทียม	10 กรัม	Protein (g)	19.06
4) พริกแดง	10 กรัม	Fat (g)	8.73
5) มะเขือเปราะ	20 มิลลิลิตร	Sugar (g)	1.37
6) น้ำมันงา	5 กรัม	Fiber (g)	1.17
7) น้ำมันงา	1/2 ช้อนชา	Sodium (g)	181.99
8) น้ำมันงา	2 ช้อนโต๊ะ		

วิธีทำ

- 1) นำเนื้อปลา 80 กรัม ใส่ลงในกระทะ ตั้งไฟให้ร้อน ใส่พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 1 กรัม นำมาผัดในกระทะด้วยไฟอ่อน
- 2) นำพริกแดง 10 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ตะไคร้ซอย 15 กรัม ข้าว 10 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 3) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 4) ปรุงรสด้วย ข้าวคั่ว 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม
- 5) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 6) ปิดไฟ ยกเสิร์ฟ พร้อมเสิร์ฟ

เมนูที่ 6 ต้มยำกระดูกอ่อน สูตรลดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	
1) กระดูกอ่อน	80 กรัม	Energy (Kcal)	213.17
2) ข้าวผัด	5 กรัม	CHO (g)	16.83
3) ตะไคร้ซอย	5 กรัม	Protein (g)	14.98
4) ใบมะกรูด	5 กรัม	Fat (g)	9.99
5) เติมน้ำมันงา	25 กรัม	Sugar (g)	0.56
6) เติมน้ำมันงา	25 กรัม	Fiber (g)	5.4
7) พริกแดง	10 กรัม	Sodium (g)	242.08
8) มะเขือเปราะ	10 กรัม		
9) น้ำมันงา	5 กรัม		
10) ซีอิ๊วขาว	1/2 ช้อนชา		
11) น้ำมันงา	5 กรัม		
12) พริกขี้หนู	5 กรัม		
13) ข้าวคั่ว	5 กรัม		
14) ผักชีฝรั่ง	5 กรัม		
15) น้ำมันงา	400 มิลลิลิตร		

วิธีทำ

- 1) นำกระดูกอ่อนมาล้างทำความสะอาด แล้วนำมาสับเป็นชิ้นเล็ก ๆ
- 2) นำน้ำมันงา 5 กรัม ตะไคร้ซอย 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 1 กรัม นำมาผัดในกระทะด้วยไฟอ่อน
- 3) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม
- 4) ปรุงรสด้วย ข้าวคั่ว 5 กรัม ข้าวคั่ว 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม
- 5) เติมน้ำมันงา 150 มิลลิลิตร โรยหน้าด้วยพริกขี้หนู 5 กรัม พริกแดง 5 กรัม ต้นหอม 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม พริกขี้หนู 5 กรัม ขอบป๋วยเตี๋ยว 2 กรัม น้ำมันงา 1 ช้อนชา ข้าวคั่ว 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม

ภาพที่ 15 ต้มยำไก่ลดโซเดียม

ภาพที่ 16 ป่นปลาสูตรลดโซเดียม

ภาพที่ 17 ต้มยำกระดูกอ่อนลดโซเดียม

เมนูที่ 7 ซุปพุดนุสตรอดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	150
1) ขนุนอ่อน	50 กรัม	Energy (Kcal)	160.24
2) ปลาช่อน	30 กรัม	CHO (g)	10.27
3) น้ำปลาร้า	1/2 ช้อนชา	Protein (g)	12.54
4) พริกแดงปั่น	5 กรัม	Fat (g)	7.67
5) หอมแดง	10 กรัม	Sugar (g)	0.66
6) กระเทียม	10 ช้อนชา	Fiber (g)	5.36
7) ถั่วลิสงปั่นหยาบ	10 กรัม	Sodium (g)	260.1
8) ต้นหอม	5 กรัม		
9) ผักชีฝรั่ง	5 กรัม		

วิธีทำ

- 1) เทน้ำปลาร้าใส่หม้อ จากนั้นยกขึ้นตั้งไฟโดยใช้ไฟ ปานกลาง เมื่อน้ำเริ่มเดือด ใส่ขนุนอ่อนลงไป ต้ม เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อให้ขนุนนิ่มขึ้น
- 2) พอดีขนุนนิ่มขึ้นแล้ว ให้นำขมิ้นจากน้ำขมิ้น นำไปแช่น้ำเย็นจากนั้นคัดออกจนทำให้ได้ น้ำขมิ้นเป็นชิ้น 50 กรัม ก่อนนำไปโขลก
- 3) นำปลาช่อนไปต้ม แล้วนำปลาทูมาแกะเอาส่วนเนื้อ 30 กรัม จากนั้นนำมาโรยกับขนุนที่ต้มขึ้นในข้อ 2 ให้ละเอียด ตามด้วย หอมแดงซอย 10 กรัมกระเทียม 10 กรัม พริกแดงปั่น 5 กรัม และถั่วลิสงปั่นหยาบ 10 กรัม
- 4) ปั่นรวมด้วย น้ำปลาร้า 1.2 ช้อนชา ต้นหอม 5 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม แล้วนำไปใส่จานผสมเข้ากัน
- 5) ตักใส่ภาชนะ และโรยชีส

เมนูที่ 8 ต้มยำปลานิลน้ำใส สูตรลดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	169
1) เนื้อปลานิล	80 กรัม	Energy (Kcal)	148.91
2) เห็ดฟาง	50 กรัม	CHO (g)	11.99
3) เห็ดหอม	20 กรัม	Protein (g)	16.92
4) มะเขือเทศ	20 กรัม	Fat (g)	3.37
5) ข่า	10 กรัม	Sugar (g)	0.31
6) สะโพก	5 กรัม	Fiber (g)	4.07
7) มะเขือเทศ	6 กรัม	Sodium (g)	262.19
8) ใบมะกรูด	5 กรัม		
9) พริกแดง	10 กรัม		
10) น้ำมะนาว	1 ช้อนชา		
11) พริกแดง	10 กรัม		
12) ต้นหอม	10 กรัม		
13) ผักชีฝรั่ง	5 กรัม		

วิธีทำ

- 1) นำเนื้อปลานิล ล้างสะอาดล้างด้วยน้ำเย็น ต้มเป็นเวลา 10 นาที
- 2) นำเห็ดฟาง 50 กรัม เห็ดหอม 20 กรัม ข่า 10 กรัม สะโพก 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม พริกแดง 10 กรัม น้ำมะนาว 1 ช้อนชา
- 3) นำเนื้อปลานิล 80 กรัม เห็ดฟาง 50 กรัม เห็ดหอม 20 กรัม ข่า 10 กรัม สะโพก 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม พริกแดง 10 กรัม น้ำมะนาว 1 ช้อนชา
- 4) นำเนื้อปลานิล 80 กรัม เห็ดฟาง 50 กรัม เห็ดหอม 20 กรัม ข่า 10 กรัม สะโพก 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม พริกแดง 10 กรัม น้ำมะนาว 1 ช้อนชา
- 5) นำเนื้อปลานิล 80 กรัม เห็ดฟาง 50 กรัม เห็ดหอม 20 กรัม ข่า 10 กรัม สะโพก 5 กรัม ใบมะกรูด 5 กรัม พริกแดง 10 กรัม น้ำมะนาว 1 ช้อนชา
- 6) เมื่อสุกแล้ว ตักใส่ถ้วย โรยด้วยต้นหอม 10 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม และพริกแดง

เมนูที่ 9 ซุปมะเขือ รอดโซเดียม			
ส่วนประกอบสำหรับ 1 คน		พลังงานสารอาหาร	
วัตถุดิบ	สัดส่วน	Volume (กรัม)	135
1) มะเขือ	80 กรัม	Energy (Kcal)	139.05
2) ปลาช่อนต้ม	30 กรัม	CHO (g)	19.2
3) พริกแดง	5 กรัม	Protein (g)	10.48
4) พริกเขียว	5 กรัม	Fat (g)	2.26
5) หอมแดง	10 กรัม	Sugar (g)	2.55
6) กระเทียม	10 กรัม	Fiber (g)	4.76
7) ต้นหอม	5 กรัม	Sodium (g)	267.24
8) ผักชีฝรั่ง	5 กรัม		
9) น้ำปลาร้า	1 ช้อนชา		
10) ข้าวคั่ว	1/2 ช้อนชา		
11) สะระแหน่	1 กรัม		
12) สะระแหน่	5 กรัม		
13) ข้าวคั่ว	5 กรัม		
14) น้ำปลาร้า	400 มิลลิกรัม		

วิธีทำ

- 1) นำมะเขือล้างสะอาด ล้างด้วยน้ำเย็น ต้มเป็นเวลา 10 นาที
- 2) นำปลาช่อนต้ม 30 กรัม พริกแดง 5 กรัม พริกเขียว 5 กรัม หอมแดง 10 กรัม และพริกแดง 10 กรัม
- 3) นำส่วนผสมทั้งหมด 30 กรัม ใส่ลงในหม้อต้มด้วยไฟอ่อนๆ
- 4) นำส่วนผสมทั้งหมด 30 กรัม ใส่ลงในหม้อต้มด้วยไฟอ่อนๆ
- 5) ตักใส่ถ้วย โรยด้วยต้นหอม 10 กรัม ผักชีฝรั่ง 5 กรัม และพริกแดง

ภาพที่ 18 ซุปขนุนลดโซเดียม

ภาพที่ 19 ต้มยำปลานิลน้ำใสลดโซเดียม

ภาพที่ 20 ซุปมะเขือลดโซเดียมทั่วไป

2.3) การวิเคราะห์สารอาหาร

1) ขั้นตอนวิเคราะห์สารอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL Version 4.0 เปิดโปรแกรม INMUCAL ลงข้อมูล ชื่อเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม จำนวน 10 เมนู ที่ละเมนู จากนั้น ใส่ ID ระบุเมนู ใส่ข้อมูล วัตถุดิบ เครื่องปรุง ส่วนประกอบ ที่ละเมนู โดยระบุปริมาณให้เป็นกรัม หรือช้อนโต๊ะ หรือช้อนชา หรือถ้วยตวง (น้ำหนักอาหารสุก/สด ตามวิธีการทำในเมนูอาหารนั้น) กดตัวเลือกแสดงคุณค่าทางโภชนาการ บันทึกข้อมูลปริมาณโซเดียม และคุณค่าทางโภชนาการ เมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม จำนวน 10 เมนู

2) ขั้นตอนการวัดปริมาณโซเดียมจากเครื่องวัดความเค็ม ตักแบ่งตัวอย่างอาหาร เมนูอาหารที่เป็นน้ำแกงหรือน้ำต้ม และเมนูอาหารที่เป็นซุพซน ซุปมะเขือ และป่นปลา ทำเป็นลักษณะเหลว แล้ววัดส่วนของน้ำที่อยู่ในซุพซน ซุปมะเขือ และป่นปลา ส่วนเมนูหนึ่งปลาและลาบหมูให้วัดในน้ำนึ่งปลาและในน้ำลาบหมู โดยทุกเมนูวัดในของเหลวประมาณ 20 - 30 มิลลิลิตร/เมนู จุ่มปลายโพรบของเครื่องวัดความเค็มลงในอาหารตัวอย่าง เสร็จแล้วจึงกดปุ่มเปิดค้างไว้ อ่านผลค่าเปอร์เซ็นต์ความเค็ม (ทศนิยม 2 ตำแหน่งตั้งแต่ 0.00 - 2.00) ปลอยปุ่มเปิด เพื่อปิดเครื่องวัดความเค็ม การวัดความเค็มแต่ละเมนูให้ทำความสะอาดปลายโพรบด้วยน้ำสะอาด เช็ดแห้งด้วยผ้าสะอาดพร้อมใช้ทดสอบในเมนูต่อไป การวัดแต่ละเมนูวัดจำนวน 3 ครั้งและคำนวณค่าเฉลี่ย

2.4) การชิมเมนูอาหาร เชิญกลุ่มตัวอย่างรวมกัน หลังจากนั้นชี้แจงขั้นตอนการชิมเมนูอาหาร ผู้วิจัยโดยเมนูอาหารใส่ภาชนะแบ่งชิมให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน โดยการชิมอาหารผู้วิจัยจะให้ชิมเมนูอาหารสูตรลดโซเดียมก่อน การชิมให้เว้นระยะ 1-2 นาทีต่อเมนู เสร็จแล้วให้ดื่มน้ำประมาณ 50 มิลลิลิตร จนครบ 10 เมนู เว้นระยะก่อนชิมเมนูอาหารสูตรทั่วไป 5-10 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างชิมเมนูอาหาร การชิมให้เว้นระยะ 1-2 นาทีต่อเมนู เสร็จแล้วให้ดื่มน้ำประมาณ 50 มิลลิลิตร จนครบ 10 เมนู ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่าเมนูที่ชิมนั้น ๆ เป็นสูตรทั่วไปหรือสูตรลดโซเดียม ทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสในด้านต่าง ๆ ลงในแบบสอบถามที่เตรียมไว้ให้ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่งคืนแบบสอบถามให้กับผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

2.5) การดำเนินการทำการทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสในด้านต่าง ๆ ของเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม จำนวน 10 เมนู หลังจากกลุ่มตัวอย่างชิมเมนูอาหารแล้วให้ทำการทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสในด้านต่าง ๆ ลงในแบบสอบถามที่เตรียมไว้ให้ โดยทำแบบทดสอบทีละ 1 เมนู หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่งคืนแบบสอบถามให้กับผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

3) หลังจากดำเนินการทดสอบความพึงพอใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ชิมเมนูอาหารท้องถิ่นทั้ง 2 สูตร และทำแบบทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสแล้ววิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณการยอมรับทางประสาธสัมผัส ในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อเมนูอาหารในแต่ละสูตรของเมนูต่าง ๆ และปริมาณโซเดียม รายงานเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติ dependent paired t-test ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการยอมรับทางประสาธสัมผัสระหว่างสูตรทั่วไปและสูตรลดโซเดียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 15 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ $p < 0.05$

2) ข้อมูลมีมาตรวัด interval, ratio scale และข้อมูลการแจกแจงปกติ การทดสอบค่าที่แบบสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (t-test for Dependent Group or t-test Match Paired) เป็นการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่ไม่อิสระต่อกัน คือ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวให้ข้อมูล 2 ครั้ง หรือทดสอบการยอมรับประสาธสัมผัสซ้ำ 2 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาหมายเลขสำคัญโครงการ HE672157 นี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2567 โดยมีเลขที่อ้างอิง คือ อว 660201.2.3/4306

ผลการวิจัย

1) ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 74.67 (56 คน) อยู่ในช่วงอายุ 31 – 50 ปี ร้อยละ 58.67 (44 คน) รองลงมา ช่วงอายุ 51 – 59 ปี ร้อยละ 21.33 (16 คน) ไม่มีโรคประจำตัว ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 54.67 (41 คน) รองลงมาข้าราชการ ร้อยละ 24 (18 คน)

2) ผลการทดสอบการยอมรับทางประสาทสัมผัส จากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 75 คน ด้วยวิธี Hedonic scale 9 points จำนวน 10 เมนู สูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม

เมนูลาบหมู, เมนูแกงอ่อมไก่, เมนูปลาน้ำตก, เมนูต้มแซ่บกระดูกหมูอ่อน, เมนูซุปรวมและเมนูแกงอ่อม ปลาตุ๋น พบว่า คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัสสูตรลดโซเดียมน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p < 0.05$) แต่คะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูตรลดโซเดียมมากกว่า 7.00 คะแนนซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับต่ออาหารเมื่อดังกล่าว ดังตารางที่ 1

เมนูปลาน้ำตก พบว่า คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัสของสูตรลดโซเดียมน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p < 0.05$) ยกเว้นด้านสีที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านสีไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างสูตรทั่วไปกับสูตรลดโซเดียม แต่คะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจโดยภาพรวมของ สูตรลดโซเดียมมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 7.00 คะแนนซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับต่ออาหารเมื่อดังกล่าว ดังตารางที่ 1

เมนูต้มยำไก่ พบว่า คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัสของสูตรลดโซเดียมน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p < 0.05$) ยกเว้นด้านลักษณะเนื้อสัมผัสไม่มีความแตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของสูตรลดโซเดียมมากกว่า 7.00 คะแนนซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับต่ออาหารเมื่อดังกล่าว ดังตารางที่ 1

เมนูซุปรวม พบว่า คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัสของเมนูซุปรวม สูตรลดโซเดียมน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p < 0.05$) แต่คะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมของสูตรลดโซเดียมมากกว่า 7.00 คะแนนซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับต่ออาหารเมื่อดังกล่าว ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจในรสชาติของสูตรลดโซเดียมมีค่าเฉลี่ย 6.81 หมายถึง รู้สึกเฉยๆกับรสชาติเมื่อดังกล่าว ดังตารางที่ 1

เมนูต้มยำปลาน้ำใส พบว่า คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัสของสูตรลดโซเดียมน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p < 0.05$) ยกเว้นด้านกลิ่นที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมของสูตรลดโซเดียมมากกว่า 7.00 คะแนนซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับต่ออาหารเมื่อดังกล่าว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัสทางประสาทสัมผัสในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไปและสูตรลดโซเดียม จำนวน 10 เมนู (n = 75 คน)

เมนูอาหาร	คุณลักษณะที่ทดสอบ	คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัส		p- value
		สูตรทั่วไป Mean $\pm$ S.D.	สูตรลดโซเดียม Mean $\pm$ S.D.	
1)ลาบหมู	ลักษณะที่ปรากฏ	8.57 $\pm$ 0.52	8.31 $\pm$ 0.70	<0.001
	สี	8.65 $\pm$ 0.56	8.39 $\pm$ 0.93	<0.001
	กลิ่น	8.63 $\pm$ 0.63	8.36 $\pm$ 0.99	0.003
	รสชาติ	8.52 $\pm$ 0.66	8.03 $\pm$ 0.99	<0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.76 $\pm$ 0.50	8.37 $\pm$ 0.88	<0.001
	การยอมรับโดยรวม	8.53 $\pm$ 0.60	8.11 $\pm$ 0.11	<0.001
2)แกงอ่อมไก่	ลักษณะที่ปรากฏ	8.45 $\pm$ 0.62	7.98 $\pm$ 0.98	<0.001
	สี	8.55 $\pm$ 0.53	7.99 $\pm$ 0.99	<0.001
	กลิ่น	8.47 $\pm$ 0.70	8.09 $\pm$ 0.87	<0.001
	รสชาติ	8.41 $\pm$ 0.68	7.80 $\pm$ 0.93	<0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.51 $\pm$ 0.60	7.97 $\pm$ 1.01	<0.001
	การยอมรับโดยรวม	8.41 $\pm$ 0.66	7.81 $\pm$ 0.93	<0.001
3)นึ่งปลา	ลักษณะที่ปรากฏ	8.49 $\pm$ 0.58	8.10 $\pm$ 0.74	<0.001
	สี	8.56 $\pm$ 0.53	8.50 $\pm$ 0.62	0.06
	กลิ่น	8.57 $\pm$ 0.62	8.28 $\pm$ 0.67	<0.001
	รสชาติ	8.40 $\pm$ 0.62	7.53 $\pm$ 0.84	<0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.52 $\pm$ 0.58	8.33 $\pm$ 0.99	0.03
	การยอมรับโดยรวม	8.42 $\pm$ 0.62	7.71 $\pm$ 0.82	<0.001
4)ต้มยำไก่	ลักษณะที่ปรากฏ	8.51 $\pm$ 0.62	8.19 $\pm$ 0.94	0.002
	สี	8.45 $\pm$ 0.70	8.23 $\pm$ 0.91	0.04
	กลิ่น	8.45 $\pm$ 0.74	8.27 $\pm$ 0.76	0.04
	รสชาติ	8.44 $\pm$ 0.58	8.00 $\pm$ 1.00	0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.31 $\pm$ 0.75	7.88 $\pm$ 1.11	0.004
	การยอมรับโดยรวม	8.60 $\pm$ 0.59	8.07 $\pm$ 0.96	<0.001
5)ป่นปลา	ลักษณะที่ปรากฏ	8.44 $\pm$ 0.74	7.84 $\pm$ 1.14	<0.001
	สี	8.40 $\pm$ 0.72	7.76 $\pm$ 0.99	<0.001
	กลิ่น	8.30 $\pm$ 0.78	7.89 $\pm$ 0.95	0.002
	รสชาติ	8.27 $\pm$ 0.76	7.43 $\pm$ 1.28	<0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.31 $\pm$ 0.75	7.88 $\pm$ 1.11	0.004

เมนูอาหาร	คุณลักษณะที่ทดสอบ	คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัส		p- value
		สูตรทั่วไป Mean $\pm$ S.D.	สูตรลดโซเดียม Mean $\pm$ S.D.	
6)ต้มแซบ กระดูกหมูอ่อน	การยอมรับโดยรวม	8.53 $\pm$ 0.68	7.63 $\pm$ 1.19	<0.001
	ลักษณะที่ปรากฏ	8.30 $\pm$ 0.99	8.01 $\pm$ 1.07	0.04
	สี	8.24 $\pm$ 0.99	7.80 $\pm$ 1.13	<0.001
	กลิ่น	8.37 $\pm$ 0.82	7.85 $\pm$ 1.14	<0.001
	รสชาติ	8.36 $\pm$ 0.92	7.15 $\pm$ 1.26	<0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.37 $\pm$ 0.67	7.77 $\pm$ 1.23	<0.001
	การยอมรับโดยรวม	8.39 $\pm$ 0.80	7.53 $\pm$ 1.21	<0.001
7)ซूपขนุน	ลักษณะที่ปรากฏ	8.40 $\pm$ 0.72	7.92 $\pm$ 1.01	<0.001
	สี	8.48 $\pm$ 0.74	7.64 $\pm$ 0.85	<0.001
	กลิ่น	8.30 $\pm$ 0.71	7.87 $\pm$ 1.29	0.004
	รสชาติ	8.27 $\pm$ 0.74	6.81 $\pm$ 1.26	<0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.21 $\pm$ 0.74	7.92 $\pm$ 1.09	0.01
	การยอมรับโดยรวม	8.45 $\pm$ 0.66	7.51 $\pm$ 1.14	<0.001
8)ต้มยำปลาน้ำ ใส	ลักษณะที่ปรากฏ	8.28 $\pm$ 0.78	8.03 $\pm$ 0.91	0.02
	สี	8.21 $\pm$ 0.74	7.94 $\pm$ 0.87	0.02
	กลิ่น	7.92 $\pm$ 0.99	7.76 $\pm$ 0.99	0.15
	รสชาติ	8.04 $\pm$ 0.85	7.65 $\pm$ 0.95	0.007
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.24 $\pm$ 0.85	7.88 $\pm$ 0.89	0.001
	การยอมรับโดยรวม	8.23 $\pm$ 0.80	7.85 $\pm$ 0.88	0.004
9)ซूपมะเขือ	ลักษณะที่ปรากฏ	8.52 $\pm$ 0.68	8.00 $\pm$ 0.96	<0.001
	สี	8.48 $\pm$ 0.72	7.80 $\pm$ 0.99	<0.001
	กลิ่น	8.40 $\pm$ 0.75	7.91 $\pm$ 0.96	<0.001
	รสชาติ	8.30 $\pm$ 0.75	7.15 $\pm$ 1.22	<0.001

เมนูอาหาร	คุณลักษณะที่ทดสอบ	คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัส		p- value
		สูตรทั่วไป Mean $\pm$ S.D.	สูตรลดโซเดียม Mean $\pm$ S.D.	
10)แกงอ่อมปลา ดุก	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.36 $\pm$ 0.71	7.87 $\pm$ 1.17	0.001
	การยอมรับโดยรวม	8.57 $\pm$ 0.66	7.60 $\pm$ 1.25	<0.001
	ลักษณะที่ปรากฏ	8.52 $\pm$ 0.68	8.00 $\pm$ 0.96	<0.001
	สี	8.48 $\pm$ 0.72	7.80 $\pm$ 0.99	<0.001
	กลิ่น	8.40 $\pm$ 0.75	7.91 $\pm$ 0.96	<0.001
	รสชาติ	8.30 $\pm$ 0.75	7.15 $\pm$ 1.22	<0.001
	ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.36 $\pm$ 0.71	7.87 $\pm$ 1.17	0.001
	การยอมรับโดยรวม	8.57 $\pm$ 0.66	7.60 $\pm$ 1.25	<0.001

Dependent paired t-test:

3) คะแนนเฉลี่ยการยอมรับทางประสาทสัมผัสในด้านต่าง ๆ ต่อเมนูอาหารท้องถิ่น ในกลุ่มตัวอย่าง 75 คน พบว่า สูตรลดโซเดียมทั้ง 10 เมนูน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p < 0.05$) แต่คะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมของสูตรลดโซเดียมมากกว่า 7.00 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับต่ออาหารท้องถิ่นสูตรลดโซเดียม ทั้ง 10 เมนู ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยการยอมรับทางประสาทสัมผัสในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียมจำนวน 10 เมนู ($n = 75$ คน)

คุณลักษณะที่ทดสอบ	คะแนนการยอมรับทางประสาทสัมผัส		p- value
	สูตรทั่วไป Mean $\pm$ S.D.	สูตรลดโซเดียม Mean $\pm$ S.D.	
ลักษณะที่ปรากฏ	8.45 $\pm$ 0.70	8.04 $\pm$ 0.93	<0.001
สี	8.47 $\pm$ 0.70	8.01 $\pm$ 0.96	<0.001
กลิ่น	8.40 $\pm$ 0.76	8.02 $\pm$ 0.98	<0.001
รสชาติ	8.35 $\pm$ 0.74	7.47 $\pm$ 1.16	<0.001
ลักษณะเนื้อสัมผัส	8.41 $\pm$ 0.67	8.02 $\pm$ 1.05	<0.001
การยอมรับโดยรวม	8.47 $\pm$ 0.67	7.74 $\pm$ 1.05	<0.001

Dependent paired t-test

4) จากการวัดโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม ในเมนูอาหารท้องถิ่น พบว่าสูตรลดโซเดียมทั้ง 10 เมนูมีปริมาณโซเดียมน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมนูอาหารที่มีปริมาณโซเดียมลดลงมากที่สุด คือ เมนูบ่นปลา มีผลลดร้อยละ 73.29 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมของสูตรทั่วไปและสูตรลดโซเดียม วิเคราะห์ด้วยเครื่องวัดความเค็ม

เมนูอาหาร	ปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัม/100 มล.)		ร้อยละโซเดียม ลดลง	p- value
	สูตรทั่วไป	สูตรลดโซเดียม		
ลาบหมู	613.08	192.57	68.59	< 0.001
แกงอ่อมไก่	510.90	216.15	57.70	< 0.001
นึ่งปลา	475.53	227.94	52.07	< 0.001
ต้มข้าไก่	577.71	208.29	63.95	< 0.001
ป่นปลา	573.78	153.27	73.29	< 0.001
ต้มแซ่บกระดูกหมูอ่อน	561.99	216.15	61.54	< 0.001
ซูปขนุน	644.52	243.66	62.20	< 0.001
ต้มยำปลานิลน้ำใส	613.08	220.08	64.10	< 0.001
ซูปมะเขือ	746.70	216.15	71.05	< 0.001
แกงอ่อมปลาตุ๋น	613.08	216.15	64.74	< 0.001

Dependent paired t-test

5) การเปรียบเทียบปริมาณสารอาหารของเมนูอาหารท้องถิ่น อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 เมนู ระหว่างสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม ที่วิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการจากโปรแกรม INMUCAL Version 4 พัฒนาโดยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล น้ำหนัก 100 กรัม โดยประมาณ มีปริมาณค่าเฉลี่ยของพลังงาน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน น้ำตาล เส้นใยอาหาร แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สำหรับผลการวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมเฉลี่ยในเมนูอาหารท้องถิ่น อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 เมนู พบว่า สูตรลดโซเดียม มีปริมาณโซเดียมต่ำกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกเมนู ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบพลังงานและสารอาหารเฉลี่ย ระหว่างเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม INMUCAL Version 4.0 (น้ำหนัก 100 กรัม โดยประมาณ)

พลังงานและสารอาหาร	สูตรทั่วไป	สูตรลดโซเดียม	p- value
	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.	
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	182.84 $\pm$ 66.36	190.49 $\pm$ 44.72	0.766
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	14.19 $\pm$ 5.10	15.28 $\pm$ 5.25	0.642
โปรตีน (กรัม)	14.96 $\pm$ 3.28	16.86 $\pm$ 4.63	0.305
ไขมัน (กรัม)	8.36 $\pm$ 7.21	7.01 $\pm$ 3.81	0.608
น้ำตาล (กรัม)	1.33 $\pm$ 1.07	2.25 $\pm$ 1.79	0.183
เส้นใยอาหาร (กรัม)	4.16 $\pm$ 1.10	4.54 $\pm$ 1.43	0.519
โซเดียม (มิลลิกรัม)	623.05 $\pm$ 76.29	252.18 $\pm$ 27.53	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

การบริโภคโซเดียมมากเกินไปส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจ ทำงานหนักขึ้น เป็นเหตุให้ผนังหลอดเลือดหัวใจสูญเสียความยืดหยุ่นและหนาขึ้น ทำให้พื้นที่ภายในของหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น² และในส่วนของการทำงานไต ซึ่งมีหน้าที่ในการปรับแร่ธาตุต่าง ๆ ให้มีความสมดุล โดยเฉพาะโซเดียม หากร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณมากเกินไปที่จะขับออกได้ จะทำให้เกิดโซเดียมสะสมในเลือดสูง ส่งผลให้ปริมาณน้ำในหลอดเลือดจึงเพิ่มขึ้น ไตจึงทำงานหนักขึ้น เพื่อเพิ่มการขับโซเดียมและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย ผลที่ตามมาคือเกิดความดันในหน่วยไตสูงขึ้น และยังกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารบางอย่าง ทำให้ไตเสื่อมได้¹⁷ ดังนั้นการได้รับโซเดียมมากเกินไปความต้องการเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเสื่อมและผู้ป่วยที่เป็นโรคไตอยู่แล้ว ก็จะทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น¹⁷ จากการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ในการบริโภคโซเดียมที่มีปริมาณสูงกว่า 5 กรัมต่อวัน มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะมีค่าความดันโลหิตตัวบนสูงขึ้น 2.86 มิลลิเมตรปรอทต่อการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 กรัม³ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต และชะลอการเสื่อมของไต จึงควรหลีกเลี่ยงการบริโภคโซเดียมที่เกินต่อความต้องการของร่างกาย และการลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ถือว่าเป็นอีกหนึ่งวิธีในการลดการได้รับโซเดียมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง⁴ ซึ่งจากผลการวิจัยการพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม จำนวน 10 เมนู มีปริมาณโซเดียมลดลงจากอาหารสูตรทั่วไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 จากข้อมูลผลการวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม ด้วยเครื่องวัดความเค็ม มีปริมาณโซเดียมลดลงจากสูตรทั่วไป เฉลี่ยร้อยละ 64.41 ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายในการลดปริมาณโซเดียมลงร้อยละ 30 จากรายงานการลดการบริโภคโซเดียมในระดับโลก (Global report on sodium intake reduction)⁵

จากผลการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของเมนูอาหารท้องถิ่น อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 เมนู ระหว่างสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม โดยใช้โปรแกรม INMUCAL Version 4 พบว่า พลังงาน โปรตีน ไขมัน น้ำตาล และเส้นใยอาหาร แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เนื่องจากมีการใช้หลักทางโภชนาการในการพัฒนาอาหาร โดยอาศัยอาหารแลกเปลี่ยนในหมวดเดียวกันทดแทนกันจึงยังคงสารอาหารคุณค่าทางโภชนาการ สำหรับผลการวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมเฉลี่ยในเมนูอาหารท้องถิ่น จำนวน 10 เมนู ระหว่างสูตรทั่วไป และสูตรลดโซเดียม พบว่าสูตรลดโซเดียม มีปริมาณโซเดียมน้อยกว่าสูตรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกเมนู ($p < 0.05$) ซึ่งเกิดจากการเลือกใช้วัตถุดิบ เครื่องปรุง ส่วนประกอบที่มีโซเดียมต่ำ ลดการใช้อาหารแปรรูปอาหารหมักดอง ในการปรุงประกอบเมนูอาหารลดโซเดียม อีกทั้งการใช้เทคนิค วิธีการปรุงประกอบอาหารลดโซเดียม ให้คงลักษณะ เนื้อสัมผัส สี กลิ่น รสชาติ ที่สามารถรับได้ แต่มีปริมาณโซเดียมลดลง โดยงานวิจัยนี้ ใช้วิธีการปรุงประกอบโดยใช้เทคนิค วิธีการ วัตถุดิบ ในการลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ผ่านกระบวนการดังต่อไปนี้ เทคนิคการดองสารเสริมรส โดยใช้ความร้อนจากไฟอ่อน ๆ ในการคั่ววัตถุดิบที่มีสารประกอบที่เป็นสารที่เสริมรสชาติ กลิ่น ทั้ง สมุนไพรต่าง ๆ เนื้อสัตว์ นม ถั่วชนิดต่าง ๆ เห็ดชนิดต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นในด้านรสชาติอาหาร สามารถเปลี่ยนหรือเสริมเพื่อรับรสชาติเค็มของอาหาร สารประกอบนี้ปราศจากรสชาติเค็ม สารเสริมรสที่ใช้ในการลดโซเดียมในอาหารทำให้มีรสชาติกลมกล่อมมากขึ้นแทนรสชาติเค็ม ด้วยการทำให้รสชาติของอาหารโดยรวมสมดุลมากขึ้นเป็นการกระตุ้นให้ดื่มรสชาติอาหาร และสามารถรับรสชาติได้เพิ่มขึ้น¹² การใช้พืชสมุนไพรเครื่องเทศ ผัก ผลไม้ เช่น ตะไคร้ ใบมะกรูด ข่า ขิง กระเทียม หอม เป็นต้น นำมาเพื่อลดเกลือในอาหาร เครื่องปรุงรสที่ได้จากพืชเหล่านี้ให้ รสชาติที่ดี อีกทั้งให้คุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระสามารถยับยั้งจุลินทรีย์ในอาหาร เกิดความสมดุล ทำให้เกิดสุขภาพดีขึ้น โดยสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง ในเครื่องเทศมีสารประกอบทางชีวภาพที่ออกฤทธิ์ เช่น กระเทียมจะมี allicin ขิง จะมี gingerol ส่วนพริกไทย จะมี peperamine isopiperine และ

piperine สามารถกระตุ้นให้ตัวรับรสชาติเค็มได้ดีขึ้น เกิดรสชาติมีเอกลักษณ์ สำหรับการทดแทนเกลือด้วยกระเทียมในเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม และเมนูอาหารรวมถึงผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ¹³

นอกจากนี้การใช้สารประกอบที่ได้จากเห็ดในเมนูอาหารท้องถิ่น เช่น เห็ดหอม เห็ดเข็มทอง เห็ดชิเมจิ ก็จะช่วยให้อาหารมีรสชาติที่ดีขึ้น โดยเห็ดที่บริโภคได้ส่วนใหญ่ นอกจากจะมีรสชาติที่จำเพาะแล้ว ยังมีเนื้อสัมผัส และกลิ่นที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบสำคัญหลายอย่างภายใน ได้แก่ น้ำตาลที่น้ำละลายได้ กรดอะมิโนอิสระ 5' นิวคลีโอไทด์เปปไทด์ และกรดอินทรีย์ เป็นแหล่งของสารประกอบให้ความกลมกล่อมของรสชาติ เมื่อระเหยของสารทำให้มีกลิ่นที่ดี¹⁴ โดยจะทำให้สามารถรับรสชาติเค็มได้มากขึ้น ลดการสูญเสียทางประสาทสัมผัสทำให้คงคุณภาพทางประสาทสัมผัสได้ดี ทำให้ผู้บริโภคยอมรับในผลิตภัณฑ์อาหาร เห็ดที่กินได้จึงเป็นแหล่งที่น่าสนใจ สำหรับกระบวนการสกัดสารประกอบที่ดีของเห็ด เป็นกระบวนการทำโปรตีนไฮโดรไลเซตจากเห็ดเพื่อนำมาลดปริมาณโซเดียมในอาหาร¹⁵ และการดัดแปลงสูตรโดยการใช้นมแทนกะทิ และถั่วแทนข้าวคั่ว เนื้อสัตว์ ที่เป็นโปรตีนไฮโดรไลเซต ล้วนส่งผลต่อกลิ่น และรสชาติของอาหารได้ดีอีกด้วย¹⁶ และจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับและพึงพอใจในเมนูอาหารท้องถิ่นสูตรลดโซเดียมอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้ง 10 เมนู ที่พัฒนาขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 7.00 คะแนน¹¹ ซึ่งมีวิธีการศึกษาและผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศา เรืองศรี ปี 2561 ที่ศึกษาการยอมรับและความพึงพอใจต่อตำรับอาหารลดหวานมันเค็ม จากการพัฒนาดำรับอาหารที่มีการลดพลังงานจากการดัดแปลงส่วนประกอบและเครื่องปรุงเพื่อให้ได้ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับเป็นทางเลือกของคนทั่วไป เมนูอาหาร 5 เมนู ได้แก่ ต้มข่าไก่ ผัดซีเม้าไก่ หมูผัดเปรี้ยวหวาน พะแนงไก่ และฉู่ฉี่ปลา พบว่าสูตรดัดแปลงมีปริมาณโซเดียมเฉลี่ยลดลงร้อยละ 32.28 และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางประสาทสัมผัสของอาสาสมัครมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่า 7.00 คะแนน แสดงว่าตำรับอาหารลดหวานมันเค็มที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับและได้รับความพึงพอใจจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย¹¹

การดัดแปลงเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมในงานวิจัยครั้งนี้ จึงต้องอาศัยหลักการทางโภชนาบำบัดในการดัดแปลงอาหาร ทั้ง อาหารแลกเปลี่ยน การลดการใช้วัตถุดิบเครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูง การใช้สารอาหารเพิ่มกลิ่น รสชาติ และเนื้อสัมผัส กระตุ้นการรับรสชาติอาหารมากขึ้น จากการทดสอบประสาทสัมผัสรสชาติอาหารโดยเฉพาะรสเค็มยังมีข้อจำกัด เนื่องด้วยประชากรไทยมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมสูง ทำให้มีความเคยชินกับรสชาติเค็มหรือความกลมกล่อมจากอาหารที่มีโซเดียม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประชากรไทยทุกภาคบริโภคโซเดียมมากกว่า 3,000 มิลลิกรัม/วัน¹⁸ ซึ่งผู้ที่บริโภคอาหารโซเดียมสูงอยู่เป็นประจำมีระดับของการรับรสเค็มที่สูงขึ้น หรือมีความไวต่อการรับรสเค็มต่ำลง⁶ เพื่อให้ประชากรไทยมีการยอมรับอาหาร และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในปริมาณที่น้อยลง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเน้นการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเค็ม ส่งเสริมการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมต่ำ ลดการใช้วัตถุดิบที่มีโซเดียมสูง ซึ่งหากประชากรได้รับการบริโภคโซเดียมในปริมาณที่ลดลงติดต่อกันเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จะทำให้ตัวรับรสชาติเค็มมีความไวยิ่งขึ้น¹⁹ จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถลดปริมาณการบริโภคโซเดียมได้อย่างยั่งยืนสำหรับข้อดีของงานวิจัยนี้ สามารถลดปริมาณโซเดียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมนูอาหารที่พัฒนาขึ้นสามารถลดปริมาณโซเดียมเฉลี่ยได้มากถึง ร้อยละ 64.41 ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 30 ยังคงคุณค่าทางโภชนาการเดิมไว้ได้ การปรับสูตรอาหารโดยใช้หลักโภชนาบำบัด ไม่ทำให้คุณค่าทางโภชนาการ เช่น พลังงาน โปรตีน ไขมัน น้ำตาล และใยอาหารเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเป้าหมาย เมนูที่พัฒนาได้รับคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย มากกว่า 7.00 คะแนน แสดงถึงการยอมรับในด้านรสชาติ กลิ่น และลักษณะโดยรวม รวมถึงสนับสนุนแนวทางสุขภาพเชิงป้องกัน ช่วยส่งเสริมแนวทางการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหัวใจ ผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค และเลือกใช้วัตถุดิบท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทย ส่งเสริม

การใช้สมุนไพร เห็ด และวัตถุดิบพื้นถิ่นในการปรุงอาหาร ซึ่งทั้งเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการและกระตุ้นเศรษฐกิจชุมชน สำหรับข้อจำกัดของงานวิจัย ผลกระทบจากพฤติกรรมบริโภคโซเดียมสูงของคนไทย คนไทยส่วนใหญ่คุ้นเคยกับรสเค็มหรือรสชาติกลมกล่อมจากโซเดียม จึงอาจทำให้การปรับสูตรลดโซเดียมได้รับการยอมรับได้ยากในระยะแรก ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรับรู้รสเค็มยังเป็นอุปสรรค ผู้ที่บริโภคโซเดียมสูงเป็นประจำจะมีตุ่มรับรสเค็มที่ไวต่ำลง ทำให้การลดโซเดียมอาจถูกมองว่า "จืด" หรือ "ไม่อร่อย" แม้จะใช้เทคนิคปรุงแล้วก็ตาม อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มใหญ่ งานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ (อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์) และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด จึงอาจยังไม่สามารถสรุปผลต่อคนไทยทั่วประเทศได้อย่างสมบูรณ์ ต้องอาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะยาว การยอมรับเมนูอาหารลดโซเดียมอาจต้องใช้เวลา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพฤติกรรมบริโภคโซเดียมสูงต่อเนื่อง และต้องการการสนับสนุนด้านนโยบายและการสื่อสาร แม้จะมีสูตรอาหารที่ดี แต่หากขาดการเผยแพร่ การณรงค์ และการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐหรือภาคเอกชน อาจทำให้แนวทางนี้ไม่สามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมจำนวน 10 เมนู ซึ่งสามารถลดปริมาณโซเดียมได้เฉลี่ยร้อยละ 64.41 เมื่อเปรียบเทียบกับสูตรอาหารทั่วไป โดยไม่มีผลกระทบต่อคุณค่าทางโภชนาการด้านอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งยังได้รับการยอมรับจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเกิน 7.00 คะแนน แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมในชุมชน แนวทางการลดโซเดียมในอาหารครั้งนี้อาศัยการเลือกวัตถุดิบที่มีโซเดียมต่ำ การใช้เทคนิคปรุงอาหารที่ช่วยดึงรสชาติและกลิ่น รวมถึงการปรับสูตรด้วยหลักโภชนาการอย่างเหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีในการพัฒนาอาหารเพื่อสุขภาพที่ยังคงความอร่อยและคุณค่าทางโภชนาการไว้ได้อย่างไรก็ตาม การลดโซเดียมในอาหารควรดำเนินการควบคู่กับการให้ความรู้และปรับพฤติกรรมผู้บริโภคในระยะยาว เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนในระดับชุมชนและประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์แนะนำและผู้เข้าร่วมวิจัยทำให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สุกิจ รักษาสุข. มารูจักโซเดียมกันเถอะ [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]. จาก www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1365
2. วีรณัฐ รอบสันติสุข, สิริสวัสดิ์ วันทอง. ลดเค็ม พิชิตภัยเงียบ [ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]. จาก https://www.thaihypertension.org/files/237_1.LowSalt.pdf
3. Mente A, O'Donnell M, Rangarajan S, McQueen M, Dagenais G, Wielgosz A, et al. Urinary sodium excretion, blood pressure, cardiovascular disease, and mortality: a community-level prospective epidemiological cohort study. The Lancet 2018 Aug; 392(10146): 496-506.
4. Feng J He, Monique Tan, Yuan Ma, Graham A. Salt Reduction to Prevent Hypertension and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. Journal of the American College of Cardiology 2020 Feb; 75(6): 632-647.

5. World Health Organization, (WHO). global report on sodium intake reduction [Online]. 2023 [cited 2024 May 25]. Available from : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366393/9789240069985-eng.pdf?sequence=1>
6. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิตา แก้วทา, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2562. กรุงเทพฯ ฯ สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกคแอนด์ดีไซน์; 2563.
7. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลเคม้น้อยอร้อย (3) ดี [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]. จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/980120200206080718.pdf>
8. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสตึก. (2566). เวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน-ความดัน ปี 2566. [อ้างเมื่อ 25 เมษายน 2567], จาก ระบบ HOSxP โรงพยาบาลสตึก.
9. พัศมัย เอกก้านตรง, อุไรพร จิตต์แจ้ง, ประไพศรี ศิริจักรวาล, วันทนี เกียรติสินยศ. ปริมาณโซเดียมในอาหาร ยอดนิยมภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. ว.สุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2561; 24(2): 6-17.
10. กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลสตึก. (2563). รายงานสำรวจตำรับอาหารท้องถิ่น อ.สตึก กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลสตึก ปี 2563.
11. นริศา เรืองศรี, อุไรภรณ์ บุณสุขสกุล, อลงกต สิงโต. การยอมรับและความพึงพอใจต่อตำรับอาหารลดหวาน มันเค็ม. ว.บูรพาเวชสาร 2561; 5(2): 38-49.
12. Beeren C, Groves K, Titoria PM. Reducing salt in foods. 2nd ed. United Kingdom: Woodhead Publishing; 2019.
13. Lopes CO, Barcelos MFP, Dias NAA, Carneiro JDS, Abreu WC. Effect of the addition of spices on reducing the sodium content and increasing the antioxidant activity of margarine. Food Science and Technology 2014; 58(1): 63-70.
14. Harada-Padermoa SS, Dias-Facetob LS, Selanic MM, Alvimd ID, Flohe EIS, Macedoe AF, et al. Umami Ingredient: Flavor enhancer from shiitake (Lentinula edodes) by products. Food Research International 2020; 137: 109540.
15. Ang SS, Rashedi M, Fitry I. Production of Different Mushroom Protein Hydrolysates as Potential Flavourings in Chicken Soup Using Stem Bromelain Hydrolysis. Food Technol. Biotechnol 2019; 57(4): 472-480.
16. ทิพย์วลี จุลมัญลิก, ศศิธร คงเรือง. สมบัติเชิงหน้าที่และการประยุกต์ใช้โปรตีนไข่ขาวไฮโดรไลเสท. ว.เทคโนโลยีการอาหาร มหาวิทยาลัยสยาม 2562; 14(1): 69-87.
17. วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. ลดเค็มครึ่งหนึ่ง คนไทยห่างไกลไตวาย [ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]. จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/ลดเค็มครึ่งหนึ่ง-คนไทยห่างไกลไตวาย.pdf>
18. Chailimpamontree W, Kantachuesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population

survey with 24-hour urine collections. The Journal of Clinical Hypertension 2021 April; 23(4): 744–754.

19. กาญจนภรณ์ ไกรนรา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรับรสต่อปริมาณการบริโภคโซเดียมและ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. ว.โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2565; 7(3): 83-94

Received: 18 Apr.2025, Revised: 20 Jun. 2025

Accepted: 25 Jun. 2025

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขตอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่

คชานนท์ เขียนโพธิ์^{1*} ประจวบ แหลมหลัก²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขตอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจำนวน 216 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.80) โดย ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนได้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดการเรียนการสอนในรายวิชาสุขศึกษา โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพัฒนาภาวะโภชนาการของนักเรียนวัยเรียนให้มีสุขภาพที่ดี แข็งแรง และมีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรม, การบริโภคอาหาร, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

^{1*}นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author E-mail : kachanon.boom@gmail.com

Original Article

Factors Related to Food Consumption Behaviors Among High School Students in Rong Kwang District, Phrae Province

Kachanon Keanpo^{1*} Prachuab Lamlak²

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study consumption behaviors and predictive factors, including predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors, associated with the food consumption behaviors of high school students in schools within Rong Kwang District, Phrae Province. The sample consisted of 216 students selected through stratified sampling. The research instrument was a questionnaire, and data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics included Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Linear Regression Analysis at a statistical significance level of .05.

The results showed that the majority of the sample had a moderate level of food consumption behavior (58.80%). Factors associated with food consumption behavior included food consumption beliefs.

The findings from this study can be applied in health education to develop teaching strategies aimed at modifying food consumption behaviors and improving the nutritional status of school-aged children, ultimately promoting better health and overall well-being.

Keyword: Predictors, Behavior, Food consumption, High school students

^{1*}Master's degree student of Public Health, School of Public Health, University of Phayao.

²Asst. Prof. School of Public Health, University of Phayao.

*Corresponding author E-mail : kachanon.boom@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของไทย ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทย โดยเฉพาะในเด็กนักเรียนเปลี่ยนไป เช่น การรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารจานด่วน และอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียนโดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมปลายเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางร่างกายสูงสุดก่อนเข้าสู่ผู้ใหญ่ จึงมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ¹ จากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในปี 2564 โดยกรมอนามัย พบว่า นักเรียนร้อยละ 8.2 มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ขณะที่ร้อยละ 19.1 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 6.8 มีภาวะอ้วน โดยนักเรียนชายมีแนวโน้มมีน้ำหนักเกินและอ้วนมากกว่านักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสาเหตุหลักคือการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 15.3 ตามลำดับ การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดบ่อย ร้อยละ 39.3 และการดื่ม น้ำอัดลมเป็นประจำ ร้อยละ 34.6² สะท้อนถึงปัญหาทางโภชนาการที่ต้องได้รับการแก้ไข

สำหรับภาวะโภชนาการของนักเรียนในเขตภาคเหนือตอนบนก็พบว่าเป็นปัญหาเช่นกัน จากรายงานภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบว่าภาวะโภชนาการเกินในเด็กอายุ 7–15 ปี และ 16–18 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดแพร่พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 16 – 18 ปี มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 11.13 16.27 และ 14.66 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือร้อยละ 10³

อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีเด็กมีปัญหาโภชนาการเกิน กล่าวคือ พบว่าร้อยละ 23.16 ของเด็กอายุ 7–15 ปี และร้อยละ 12.30 ของเด็กอายุ 16–18 ปี มีภาวะโภชนาการเกิน³ และจากผลการสำรวจพื้นที่จริงโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในอำเภอร้องกวาง พบว่า นักเรียนที่รับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ใน 1 วัน มีเพียงร้อยละ 40 และรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน เพียงร้อยละ 60 โดยร้อยละ 46.3 ไม่รับประทานอาหารเช้า นอกจากนี้ นักเรียนร้อยละ 60 รับประทานอาหารเช้าจานด่วนเป็นประจำ ร้อยละ 66.67 บริโภคอาหารทอดบ่อย และร้อยละ 83.33 ดื่มเครื่องดื่มรสหวานเป็นประจำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต จึงอาจกล่าวได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาจึงจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง Lawrence W. Green และ Matthew W. Krueter ได้นำเสนอกรอบการวิเคราะห์พฤติกรรมใน PRECEDE-PROCEDE Model ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม⁵ ดังนั้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขต อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการรับประทานอาหาร ซึ่งจะส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดี ลดความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกิน และป้องกันปัญหาสาธารณสุขในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขต อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ และ 2) เพื่อศึกษาหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขต อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย Cross-sectional study

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ จำนวน 2 โรงเรียน รวมทั้งสิ้นจำนวน 566 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 216 คน ซึ่งได้มาจากการ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Daniel⁶ โดยได้มีการเผื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามอาจส่งกลับมาไม่สมบูรณ์

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยแบ่งตามระดับชั้นและห้องเรียน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละกลุ่มย่อยอย่างเหมาะสม จากนั้นจึงใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อเลือกนักเรียนจากแต่ละห้องเรียนให้ได้ตามจำนวนที่กำหนด

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขตอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยอ้างอิงมาจากทฤษฎี PRECEDE-PROCEDE Model ของ Lawrence W. Green และ Matthew W. Krueter⁵

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยสร้างจากการศึกษาดำรงเอกสาร บทความทางวิชาการ โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำเข้า มี ส่วน ประกอบไปด้วย 2

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียน ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ลำดับของการเป็นบุตร ชั้นปีที่กำลังศึกษา จำนวนเงินที่ได้รับจากการไปโรงเรียน และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ในเด็กวัยเรียน มีจำนวน 15 ข้อ ข้อละ 4 ตัวเลือก โดยเลือกตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และแบบทดสอบด้านความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียงข้อเดียว ซึ่งมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ มี ส่วน ประกอบไปด้วย 2

ส่วนที่ การเข้าถึงของแหล่งขายอาหาร 1 มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยเลยโดยเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียงข้อเดียว ซึ่งมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในครอบครัว มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยเลยโดยเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียงข้อเดียว ซึ่งมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม มี ส่วน ประกอบไปด้วย 2

ส่วนที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบตัว มีจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยเลยโดยเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียงข้อเดียว ซึ่งมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 2 การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยเลยโดยเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียงข้อเดียว ซึ่งมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 15 เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีเกณฑ์การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ตามแนวคิดของเบสท์⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ และพิจารณาความสอดคล้องของคำถามแต่ละข้อกับคุณลักษณะ ว่ามีดัชนีความ

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 แบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ 0.79

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ใบรับรองเลขที่ UP-HSST 1.2/008/68 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปด้วยคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา Descriptive Statistics ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายาระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนโดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย โดยพิจารณาค่า p-value เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.31 มีอายุระหว่างไม่เกิน 16 ปีถึง 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.80 เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว ร้อยละ 52.31 และมีพี่น้อง (รวมตนเอง) มากกว่า 3 คน ร้อยละ 39.35 โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.24 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 37.96 และได้รับเงินไปโรงเรียนน้อยกว่า 60 บาทต่อวัน ร้อยละ 62.50

ในด้านของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองที่ดูแลนักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.31 มีอายุอยู่ในช่วง 31-49 ปี ร้อยละ 56.48 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือต่ำกว่าร้อยละ 22.69 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 31.02 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 40.28 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศของกลุ่มตัวอย่าง		
ชาย	113	52.31
หญิง	103	47.69
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี	73	33.8
17 ปี	73	33.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี	70	32.4
ลำดับการเป็นบุตร		
คนที่ 1 - 2	189	87.5

คนที่ 3 หรือมากกว่า	27	12.5
จำนวนพี่น้อง(รวมตนเอง)		
1 – 2 คน	131	60.65
3 คน หรือมากกว่า	85	39.35
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 – 2 คน	23	10.65
2 คนขึ้นไป	193	89.35
ชั้นปีที่ศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	82	37.96
มัธยมศึกษาปีที่ 5	67	31.48
มัธยมศึกษาปีที่ 6	66	30.56
จำนวนเงินที่ได้ไปโรงเรียน		
น้อยกว่า 60 บาท	197	91.20
60 บาทขึ้นไป	19	8.80
เพศของผู้ปกครอง		
ชาย	103	47.69
หญิง	113	52.31
อายุของผู้ปกครอง		
31 – 49 ปี	122	56.48
มากกว่า 50 ปี	94	43.52
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	160	74.07
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	52	25.93
อาชีพของผู้ปกครอง		
รับราชการ	29	13.42
ค้าขาย	64	29.63
รับจ้าง	67	31.02
อื่นๆ (ธุรกิจส่วนตัว, เกษตรกร, ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	56	25.93
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง		
น้อยกว่า 20,000 บาท	129	59.72
เท่ากับหรือมากกว่า 20,000 บาท	87	40.28

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 53.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.50 คะแนน (S.D. = 2.06) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความรู้ด้านการบริโภคอาหารในระดับที่ดี

ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.53, S.D. = 0.78) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นักเรียนเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ($\bar{x}$ = 3.44,

S.D. = 0.69) ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ นักเรียนเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ($\bar{x}$ = 1.45, S.D. = 0.92)

การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{x}$ = 2.07, S.D. = 1.34) โดยนักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่าโรงอาหารในโรงเรียนมีอาหารให้เลือกหลากหลาย ($\bar{x}$ = 2.27, S.D. = 0.92) ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือนักเรียนสามารถหาซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจากร้านค้าใกล้บ้านได้ง่าย ($\bar{x}$ = 1.94, S.D. = 1.36)

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในครอบครัว พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.62, S.D. = 1.22) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ผู้ปกครองของนักเรียนรับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ ($\bar{x}$ = 3.17, S.D. = 0.85) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ผู้ปกครองชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็ม ($\bar{x}$ = 2.03, S.D. = 1.43)

ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบตัว พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.89, S.D. = 1.17) โดยแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ($\bar{x}$ = 2.12, S.D. = 0.96) ส่วนแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ ครูของนักเรียนที่คอยกระตุ้นให้เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ($\bar{x}$ = 1.70, S.D. = 0.72)

ผลการศึกษายังพบว่า การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.78, S.D. = 1.12) โดยนักเรียนให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์ของอาหารมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ ($\bar{x}$ = 2.05, S.D. = 1.39) ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ นักเรียนมักทดลองรับประทานอาหารใหม่ ๆ ที่พบในอินเทอร์เน็ตโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ($\bar{x}$ = 1.20, S.D. = 0.69)

สุดท้าย พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.00, S.D. = 0.94) โดยพฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารเช้า ($\bar{x}$ = 3.05, S.D. = 0.75) ในขณะที่พฤติกรรมที่พบในระดับต่ำที่สุดคือ การรับประทานอาหารหรือขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด บัวลอย และลอดช่อง ($\bar{x}$ = 0.97, S.D. = 0.48)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (เพศของนักเรียน เพศของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม			p-value
	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)	
เพศกลุ่มตัวอย่าง				0.406
เพศชาย	63(55.75)	50(44.25)	113(100.00)	
เพศหญิง	64(62.14)	39(37.86)	103(100.00)	
เพศผู้ปกครอง				0.680
เพศชาย	59(57.28)	44(42.72)	103(100.00)	
เพศหญิง	68(60.18)	45(39.82)	113(100.00)	

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม			p-value
	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)	
อาชีพของผู้ปกครอง				0.402
รับราชการ	18(62.07)	11(37.93)	29(100.00)	
ค้าขาย	38(59.36)	26(40.64)	64(100.00)	
รับจ้าง	38(56.72)	29(43.28)	67(100.00)	
อื่นๆ	33(58.93)	23(41.07)	56(100.00)	

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขตอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ (ตามตารางที่ 2) พบว่า ตัวแปรด้านเพศของนักเรียน เพศของผู้ปกครอง และอาชีพของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบตัว การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตัวแปร	r	p-value	ความสัมพันธ์
อายุ	0.081	0.233	ไม่มีความสัมพันธ์
ลำดับบุตร	0.068	0.320	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนพี่น้อง	0.054	0.428	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.052	0.449	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบตัว การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ต่อ)

ตัวแปร	r	p-value	ความสัมพันธ์
ระดับชั้นที่ศึกษา	0.053	0.439	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียน	-0.079	0.250	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุของผู้ปกครอง	-0.066	0.333	ไม่มีความสัมพันธ์
การศึกษาของผู้ปกครอง	0.062	0.363	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง	-0.066	0.335	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร	-0.056	0.409	ไม่มีความสัมพันธ์
ความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร	0.153	0.025*	ต่ำ

ตัวแปร	r	p-value	ความสัมพันธ์
การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร	0.010	0.879	ไม่มีความสัมพันธ์
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในครอบครัว	0.022	0.748	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบตัว	-0.026	0.709	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา	-0.030	0.666	ไม่มีความสัมพันธ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3 พบว่า ความเชื่อด้านการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขตอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.025$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อระดับความเชื่อด้านการบริโภคอาหารของนักเรียนเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ลำดับบุตร จำนวนพี่น้อง จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับชั้นที่ศึกษา จำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียน อายุของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร พฤติกรรมการบริโภคของคนในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบตัว และการได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression) ระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	β	T	Sig
ความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร	0.218	0.099	0.149	2.203	0.023*

หมายเหตุ : Constant B = 22.857 $R^2 = 0.022$ Adjust $R^2 = 0.018$ F = 4.854 p-value = 0.029

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression) ด้วยวิธี Enter (ตารางที่ 4) พบว่า ความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.023$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 1.8 (Adjusted $R^2 = 0.018$) ซึ่งแม้อัตราการอธิบายจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ก็แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านการบริโภคอาหารมีบทบาทบางส่วนในการส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียน

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ โดยพิจารณาปัจจัยนำ (ข้อมูลทั่วไปและความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งขายอาหารและพฤติกรรมการบริโภคของครอบครัว) และปัจจัยเสริม (อิทธิพลจากสื่อและบุคคลรอบตัว) ผลการวิจัยอภิปรายตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1: พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอยู่ในระดับดี จากผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (58.80%) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อม เช่น สภาพโรงเรียน ครอบครัว และเพื่อน นักเรียนมีอิสระในการเลือกอาหาร แต่ยังขาดการตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ส่งผลให้เลือกบริโภคอาหารจานด่วน ขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเป็นหลัก การขาดความตระหนักในด้านโภชนาการอาจเกิดจากความเคยชินและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของน้ำทิพย์

อุ่นแก้ว⁴ และอรรณ ม่วงงษา และกุลวดี เช่งวา⁸ ที่พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง

สมมติฐานที่ 2: ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนได้ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำ ด้านความเชื่อเกี่ยวกับอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนได้ นักเรียนที่เชื่อว่าอาหารบางประเภทมีประโยชน์หรือเป็นอันตรายจะมีแนวโน้มเลือกบริโภคตามความเชื่อนั้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁹ และงานวิจัยของอรรณ ม่วงงษา และกุลวดี เช่งวา (2563)⁸

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่มีความเชื่อว่าอาหารบางประเภทมีประโยชน์หรือเป็นอันตราย จะมีแนวโน้มเลือกบริโภคอาหารตามความเชื่อนั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁹ และงานวิจัยของ อรรณ ม่วงงษา และกุลวดี เช่งวา⁸

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน โดยเพศของนักเรียนไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิษฐ์ เกตุเอี่ยม¹⁰ ที่ระบุว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารในกลุ่มวัยรุ่น ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านอายุ ระดับชั้นที่ศึกษา และจำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียนก็ไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน โดยอาจเป็นเพราะนักเรียนได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมใกล้ตัว เช่น เพื่อน หรือสื่อ มากกว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจหรืออายุ อันสอดคล้องกับผลการวิจัยของ มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์¹¹

นอกจากนี้ ลำดับการเป็นบุตรและจำนวนสมาชิกในครอบครัวก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะการเลี้ยงดูที่คล้ายคลึงกันภายในครอบครัว โดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนพี่น้องหรือสถานะในครอบครัว เช่นเดียวกับที่ พุทธชาติ นาคเรือง¹² ได้ศึกษาไว้ ปัจจัยด้านผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ก็ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ซึ่งอาจเป็นผลจากลักษณะของวัยรุ่นที่มีอิสรภาพในการตัดสินใจเลือกอาหารเอง มากกว่าการถูกกำหนดโดยบริบทครอบครัว สอดคล้องกับงานของ น้ำทิพย์ อุ่นแก้ว⁴

ในส่วน of ความรู้ด้านโภชนาการ แม้นักเรียนจำนวนมากจะมีความรู้ในระดับที่ดี แต่ก็ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากไม่ได้มีการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญชนก สุวรรณ และคณะ¹³ ที่ชี้ให้เห็นประเด็นดังกล่าว เช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งอาหารและการได้รับข้อมูลจากบุคคลรอบตัวก็ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน แม้ว่าจะสามารถเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ได้ แต่การเลือกบริโภคยังขึ้นอยู่กับความชอบ ความสะดวก และปัจจัยส่วนตัวอื่น ๆ เป็นสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีรนาถ แก้วนุช และคณะ¹⁴

สุดท้าย พฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวไม่พบว่ามีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมของนักเรียน ซึ่งอาจเกิดจากวัยรุ่นในช่วงมัธยมศึกษามีแนวโน้มที่จะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและสื่อมากกว่าครอบครัว ซึ่งเป็นผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานของ จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ¹⁵

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเนื้อหาและกิจกรรมในหลักสูตรสุขศึกษา โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่น ควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสร้างความเชื่อและเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้และการลงมือปฏิบัติอย่างยั่งยืน

1.2 ควรใช้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลในการออกแบบสื่อการเรียนรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับลักษณะของวัยรุ่น เช่น สื่อวิดีโอสั้นๆ โพสต์เตอร์ หรือกิจกรรมรูปแบบอินเทอร์แอคทีฟที่เข้าถึงง่าย มีความน่าสนใจ และสามารถกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการเลือกบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น เช่น แรงจูงใจส่วนบุคคล อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน รวมถึงพฤติกรรมเลียนแบบจากสื่อโซเชียลมีเดีย ซึ่งในปัจจุบันมีบทบาทอย่างมากต่อการตัดสินใจของเยาวชน

2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจพิจารณาขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อื่น ๆ หรือเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม หรือเศรษฐกิจ ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อค้นพบที่ครอบคลุมและมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.ประจวบ แหลมหลัก ที่ให้คำแนะนำ องค์กรความรู้ และข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ตลอดระยะเวลาการทําวิจัย รวมถึงคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้การสนับสนุนทรัพยากรและโอกาสในการศึกษาค้นคว้า

ขอขอบคุณโรงเรียนในเขตอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ คุณครูที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงนักเรียนทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานและครอบครัวที่ให้การกำลังใจและการสนับสนุนตลอดกระบวนการทําวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริินภา อินทร์พรรย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดราชโอรส เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยการพยาบาลและการบริหารสุขภาพ. 2559;1(1):65-77.
2. เนติ์ ภูประสม. สถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565
3. Health Data Center จังหวัดแพร่. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพจังหวัดแพร่. [อินเทอร์เน็ต]. แพร่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่; [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pre.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. น้าทิพย์ อุ่นแก้ว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองขลุ่ย จังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

5. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
6. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. 8th ed. New York: Wiley; 2005.
7. Best JW. *Research in Education*. 10th ed. Boston: Pearson Education; 2014.
8. อรรพรรณ ม่วงวงษา, กุลวดี เช่งวา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดจันทราวาส (ศุขประสารราษฎร์) จังหวัดเพชรบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2563;5(1):1-16.
9. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328-35.
10. ศิษฐ์ เกตุเอี่ยม. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
11. มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2559;3(1):109-126.
12. พุทธชาติ นาคเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
13. ขวัญชนก สุวรรณ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทริน. 2564;2(4):86-97.
14. จีรนาค แก้วนุช และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร. วารสารรามคำแหง ฉบับคณะศึกษาศาสตร์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2564;2(2):13-23.
15. จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก (ระยะที่ 1). 2559.

Received: 9 May 2025, Revised: 7 Jun. 2025

Accepted: 10 Jun. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของครัวเรือนและชุมชน ในเขตเทศบาลตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ศิริพร ศรีตะวัน^{1*}, วิลาวัณย์ ขมนิรัตน์², ขวลิท หงษ์ยนต์³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของครัวเรือนและชุมชน ในเขตเทศบาลตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart, 1988 ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนผล มาใช้ในพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของครัวเรือนและชุมชน จำนวน 2 ชุมชน ได้แก่ บ้านเมืองสรวง หมู่ 2 ตำบลเมืองสรวง และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน รวมจำนวน 26 คน และ 2) กลุ่มตัวแทนครัวเรือน จำนวน 154 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบประชากร โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา 16 สัปดาห์ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน ชุมชน พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ (Percentage) ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองสรวงยังประสบปัญหาในหลายด้าน โดยประชาชนมีบางส่วนขาดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาขยะมูลฝอย ขาดพฤติกรรมการคัดแยกขยะที่เหมาะสม การเพิ่มขึ้นของประชากร และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่ค่อนข้างน้อย หลังการเข้าร่วมวิจัย พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มไม่เข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนมากกว่ากลุ่มไม่เข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนนี้ช่วยให้ลดปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่รับผิดชอบได้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชนไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทางการจัดการ, ขยะมูลฝอย, ครัวเรือนและชุมชนในเขตเทศบาลตำบลเมือง

¹นักศึกษาศาสาตรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

^{2,3}รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

*Corresponding author E-mail : siripornsritawan13@gmail.com

Original Article

Development of Households and Community Solid Waste through participation Management Guidelines in the Area of Mueang Suang Subdistrict, Mueang Suang District, Roi Et Province.

Siriporn Sritawan^{1*}, Wilawan Chomnirat², Chawalit Hongyon³

Abstract

Action Research to develop waste management guidelines with household and community participation in Mueang Suang Subdistrict Municipality, Mueang Suang District, Roi Et Province, using the concept of Kemmis & Mc Taggart, 1988, consisting of 4 steps: planning, implementation, observation and reflection. It was used to develop waste management guidelines with household and community participation in 2 communities: Ban Mueang Suang, Village No. 2, Mueang Suang Subdistrict and Ban Wanathip, Village No. 7, Nong Phue Subdistrict. The main informants and research volunteers consisted of 1) In-depth information providers, including village health volunteers from 2 villages and 2 village headmen, totaling 26 people, and 2) Household representatives, totaling 154 people. In this study, the sample size was calculated for the case of knowing the population using the formula of Krejcie and Morgan (1970). The sample group was 154 people. The study period was 16 weeks. Knowledge of waste management of households and communities, household waste management behavior and participation in household waste management, data were analyzed using the average and percentage (Percentage) before and after participating in the research. In terms of data obtained from interviews, content analysis was performed by transcribing data.

The results of the study found that the situation of waste management in Muang Suang Subdistrict Municipality still has problems in many aspects. Some people lack awareness of the waste problem, lack appropriate waste separation behavior, population growth, and community participation that is not quite low. After participating in the research, household waste management behavior and participation in waste management increased significantly from before participating in the research (p -value < 0.001) and were significantly higher than the group that did not participate in the research (p -value < 0.001). Household waste management behavior and participation in waste management were significantly lower than the group that did not participate in the research at a statistical level of 0.05. In conclusion, the development of this household and community waste management guideline effectively reduces the amount of waste in the area of responsibility and can be applied to other areas.

Keywords : Development of management guidelines, Garbage, Households and communities in Muang Subdistrict Municipality

¹Master of Public Health student Leadership and Innovation in Health Management Faculty of Science and Technology College of Asian scholars.

^{2, 3}Associate Professor, Master of Public Health Program Leadership and Innovation in Health Management Faculty of Science and Technology College of Asian scholars.

*Corresponding author E-mail: siripornsritawan13@gmail.com

บทนำ

ปัญหาปริมาณขยะมูลฝอยในประเทศไทยในปี พ.ศ.2566 ที่ผ่านมามีผลจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการผลิตและบริโภคเป็นอย่างมาก โดยการสั่งสินค้าและอาหารออนไลน์เพื่อความสะดวกสบายถือว่าเป็นกระแสหลักในการบริโภคในปัจจุบัน และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบธุรกิจ การค้าขายสินค้าและผลิตภัณฑ์ พร้อมทั้งยังได้เปิดประเทศเพื่อรองรับนักท่องเที่ยว แรงงาน และการลงทุน เพื่อเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจส่งผลให้ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 26.95 ล้านตัน หรือประมาณ 73,840 ตัน/วัน เมื่อพิจารณาปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ขยะมูลฝอยมีปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (25.70 ล้านตัน) ประมาณร้อยละ 5 ในขณะที่มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่เปิดดำเนินการทั้งสิ้น 2,079 แห่ง และสถานีนถ่ายขยะมูลฝอย 36 แห่ง เป็นสถานที่กำจัด ขยะมูลฝอยที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2,000 แห่ง แบ่งออกเป็น ดำเนินการกำจัดอย่างถูกต้อง 82 แห่ง และดำเนินการกำจัดไม่ถูกต้อง 1,919 แห่ง และดำเนินการโดยเอกชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้เอกชนดำเนินการ จำนวน 78 แห่ง แบ่งออกเป็นดำเนินการกำจัดอย่างถูกต้อง 32 แห่ง และดำเนินการกำจัดไม่ถูกต้อง 46 แห่ง⁴

จังหวัดร้อยเอ็ดมีพื้นที่ 8299.45 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 20 อำเภอ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 203 แห่ง แบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 1 แห่ง เทศบาลเมืองจำนวน 1 แห่ง เทศบาลตำบลจำนวน 72 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 129 แห่ง³ เป็นจังหวัดที่มีการขยายตัวของชุมชนเมืองและการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของประชากร รวมไปถึงรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยทำให้เกิดขยะมูลฝอยตกค้างสะสม ซึ่งพบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นเฉลี่ย 985 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่นำกลับมาใช้ประโยชน์ 590 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่กำจัดถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล 90 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่กำจัดไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล 305 ตัน/วัน และมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่เปิดดำเนินการ 48 แห่ง กำจัดถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล 1 แห่ง กำจัดไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล 47 แห่ง สถานีขนถ่าย (Transfer Station) 0 แห่ง⁴

เทศบาลตำบลเมืองสรวงเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก มีพื้นที่รับผิดชอบ 59.69 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุม 2 ตำบล รวม 18 หมู่บ้าน มีประชากร 9,450 คน 3,013 ครัวเรือน (แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ.2566 - 2570))¹¹ ซึ่งก่อให้เกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยประมาณ 3 ตันต่อวัน และยังคงรองรับขยะมูลฝอยจากพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยอีกประมาณ 1 ตันต่อวัน รวมเป็น 4 ตันต่อวัน มีภาชนะรองรับขยะมูลฝอย 1,859 ถัง เตาเผาขยะมูลฝอยขนาด 2 ตัน จำนวน 2 เตา พื้นที่กำจัดขยะมูลฝอย 3 ไร่ และรถบรรทุกหกล้อขนขยะมูลฝอย 2 คันที่ให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันเสาร์¹¹ แต่ระบบการจัดการขยะมูลฝอย ยังประสบปัญหาด้านงบประมาณ ข้อจำกัดของพื้นที่ตามผังเมือง และการมีเพียงกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการคัดแยกขยะมูลฝอยและทิ้งขยะมูลฝอยอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ถูกทิ้งรวมกันลงถังถึง ทำให้เกิดปัญหาขยะมูลฝอยล้นถัง ขยะมูลฝอยกระจายจากการคุ้ยเขี่ยของสัตว์ และมีขยะมูลฝอยตกค้างสะสมที่ไม่สามารถจัดเก็บได้ทั้งหมด สำหรับบ้านเมืองสรวง หมู่ที่ 2 ตำบลเมืองสรวงและบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ ซึ่งเป็นชุมชนขนาดเล็กที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท แม้จะไม่ใช่พื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น แต่กลับประสบปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยที่ชัดเจน โดยหมู่บ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 มีพฤติกรรมการทิ้งขยะมูลฝอยรวมลงถังโดยไม่คัดแยก ทำให้ขยะมูลฝอยล้นถังและตกค้างในหลายจุด ขณะที่บ้านเมืองสรวง หมู่ที่ 2 พบว่ามีการเผาขยะมูลฝอยภายในครัวเรือนและการนำขยะมูลฝอยไปทิ้งในที่รกร้างท้ายหมู่บ้าน สะท้อนถึงปัญหาทั้งในด้านพฤติกรรมและการขาดระบบรองรับที่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้จึงเลือกทั้งสองหมู่บ้านเป็นพื้นที่ศึกษาเพื่อสะท้อนภาพปัญหาที่แท้จริงในระดับชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยโดยมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสรวง เพื่อให้เกิดการจัดการขยะมูลฝอยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยกระบวนการดังกล่าวต้องการ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะมูลฝอย ทั้งประชาชน แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ทั้งภาคภาครัฐ เอกชน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ในการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมวางแผนในการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย ร่วมนำแผนสู่การดำเนินงานจริง และร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติ ด้วยกระบวนการดังกล่าวจะทำให้แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยมีความสอดคล้องกับบริบท และสอดคล้องกับประเด็นปัญหา ความต้องการของประชาชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนบ้านเมืองสรวง หมู่ที่ 2 และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนบ้านเมืองสรวง หมู่ที่ 2 และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 เพื่อศึกษาผลการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชนบ้านเมืองสรวง หมู่ที่ 2 และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Acton) ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยทำการศึกษา 1 วงรอบ มีระยะเวลาในการศึกษาเดือน ธันวาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จาก 2 ชุมชน บ้านเมืองสรวง หมู่ 2 ตำบลเมืองสรวง จำนวน 14 คน และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ จำนวน 10 คน รวมจำนวน 24 คน และผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านละ 1 คนรวมจำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน

2.กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชุมชน 2 แห่ง บ้านเมืองสรวง หมู่ 2 ตำบลเมืองสรวง และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน รวมจำนวน 26 คน และ 2) กลุ่มตัวแทนครัวเรือน จำนวน 154 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบประชากร โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน Krejcie and Morgan

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละระยะในการวิจัยดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จาก 2 ชุมชน ได้แก่บ้านเมืองสรวง หมู่ 2 ตำบลเมืองสรวงจำนวน 14 คน และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ จำนวน 10 คน รวมจำนวน 24 คน และผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านละ 1 คนรวมจำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน แนวทางการสนทนากลุ่มมีประเด็นดังนี้

1. สถานการณ์และปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนในเทศบาลตำบลเมืองสรวง
2. การมีส่วนร่วมของครัวเรือนและชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอย
3. การสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น
4. แนวทางแก้ไขปัญหามลพิษ

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ตัวแทนครัวเรือน จำนวน 154 คน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนผู้อาศัยในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อความที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน ความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 20 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความรู้ของกลุ่มประชากรโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ (Bloom BS, 1986) กำหนดให้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (มากกว่า/เท่ากับ 16 คะแนน) อยู่ในระดับสูงคะแนนร้อยละ 60 – 79 (12 – 15 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลางคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า/เท่ากับ 11 คะแนน) อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน การปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอย เป็นลักษณะแบบสอบถามปลายปิดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert Scale)⁹ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ โดยมีหลักการให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ระดับการปฏิบัติ คะแนน	ระดับการปฏิบัติ คะแนน
- ประจำ 3	- ประจำ 1
- บางครั้ง 2	- บางครั้ง 2
- ไม่เคย 1	- ไม่เคย 3

เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (1981 อ้างถึงใน เจนฤทัย เจริญศรี, 2561) ในการแบ่งระดับการปฏิบัติ 3 ระดับ ดังนี้ หลักการ

พิจารณาระดับการปฏิบัติ (รายชื่อ)

$$\begin{aligned}\text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66\end{aligned}$$

แปลความหมายตามเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายความว่า ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายความว่า ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายความว่า ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน เป็นคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert Scale) ⁹ มีการแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 15 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วม	คะแนน
มากที่สุด	5 คะแนน
มาก	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้หลักการแบ่งระดับของ Best (1981 อ้างถึงในเจนฤทัย เจริญศรี, 2561) ในการแบ่งระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ดังนี้

หลักการพิจารณาระดับการมีส่วนร่วม (รายชื่อ)

$$\begin{aligned}\text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.8\end{aligned}$$

แปลความหมายตามเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00 หมายความว่า ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20 หมายความว่า ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40 หมายความว่า ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60 หมายความว่า ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80 หมายความว่า ระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 5 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

การสังเกตพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน จำนวน 2 ชุมชน ได้แก่ บ้านเมืองสรวง หมู่ 2 ตำบลเมืองสรวง และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ โดยผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบุญประเพณีและกิจกรรมจิตอาสาทำความสะอาด เพื่อติดตามและสังเกตพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ทั้งในด้านการทิ้งขยะภายในชุมชน การมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอย การนำหลัก 3R (Reduce, Reuse, Recycle) มาใช้ ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอย ตลอดจนปัญหาที่พบ เช่น การทิ้งขยะมูลฝอยไม่เป็นที่และการไม่คัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้ง โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ประกอบการวิเคราะห์ร่วมกับผลจากเครื่องมือวิจัยอื่น ๆ เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในระดับครัวเรือนและชุมชน

2. ระยะลงมือปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ (action and observation) ใช้คู่มือแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของกรมควบคุมมลพิษ โดยนำหลักการ 3R ได้แก่ การลดการใช้ (Reduce) การใช้ซ้ำ (Reuse) และการนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานภายในครัวเรือนและชุมชน คู่มือดังกล่าวมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบ เช่น การลดปริมาณขยะที่ต้นทาง การส่งเสริมการคัดแยกขยะตั้งแต่ครัวเรือน การจัดการขยะอินทรีย์ด้วยวิธีธรรมชาติ เช่น การทำปุ๋ยหมัก การมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการบริหารจัดการขยะ รวมถึงแนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การใช้คู่มือดังกล่าวช่วยให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนงานได้อย่างมีทิศทาง ช่วยลดปัญหาขยะตกค้าง และเป็นเครื่องมือในการสังเกตพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ระยะประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

1. กลุ่มที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้านเพื่อประมวลผลการเปลี่ยนแปลง จากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จาก 2 ชุมชน ได้แก่บ้านเมืองสรวง หมู่ 2 ตำบลเมืองสรวงจำนวน 14 คน และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ จำนวน 10 คน รวมจำนวน 24 คน และผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านละ 1 คนรวมจำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน

2. กลุ่มที่ 2 แบบสอบถาม ประเมินความรู้ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วม และแบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในชุมชน ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมกระบวนการวิจัย กลุ่มตัวแทนครัวเรือน จำนวน 154 คน

เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) กล้องถ่ายรูป
- 2) เครื่องบันทึกเสียง
- 3) สมุดโน้ตบันทึกข้อมูล

จากการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือหรือหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ครัวเรือน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือประชาชน บ้านเมืองสรวง หมู่ 2 และบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20 : KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น Reliability = 0.79 และทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเนื้อหา ภาษาและชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC (Index of Congruence) เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานจากแบบทดสอบการดำเนินการปฏิบัติงานการจัดการขยะมูลฝอย ใช้วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงการคำนวณค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)
2. เปรียบเทียบการดำเนินการปฏิบัติงานการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงใช้วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
3. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย วิจัยวิจัย เลขที่ CZSHE670042

ผลการวิจัย

หลังจากดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ได้มีการประเมินผลโครงการโดยใช้เกณฑ์การประเมินทั้งเชิงปริมาณ ได้แก่ ปริมาณขยะมูลฝอย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน

หลังจากดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 82 คน ร้อยละ 53.20 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 63 คน ร้อยละ 40.90 คะแนนเฉลี่ย 14.59 คะแนน (S.D. = 1.95) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนในภาพรวมก่อนและหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (n =154)

ระดับความรู้ (คะแนน)	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	4	2.60	63	40.90
ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	80	51.90	82	53.20
ระดับน้อย (ได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)	70	45.50	9	5.80
รวม	154	100	154	100
ก่อนการศึกษา (Mean =11.75, S.D. =1.89, Min = 7, Max = 16)				
หลังการศึกษา (Mean =14.59, S.D. =1.95, Min = 11, Max = 20)				

พบว่า ก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนเท่ากับ 11.75 คะแนน (S.D. = 1.89) หลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนเท่ากับ 14.59 คะแนน (S.D. = 1.95) เมื่อ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชนก่อนและหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนแตกต่างจากหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

2. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน

ก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน เท่ากับ 1.77 คะแนน (S.D. = 0.10) หลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน เท่ากับ 2.33 คะแนน (S.D. = 0.12) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนก่อนและหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพบว่า ก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนแตกต่างจากหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนภาพรวม ก่อนและหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ($n = 154$) (คะแนนเต็ม 3)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย (ค่าเฉลี่ย)	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับมาก (2.34 – 3.00)	-	-	74	48.1
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33)	139	90.3	80	51.9
ระดับน้อย (1.00 – 1.66)	15	9.7	-	-
รวม	154	100	154	100
ก่อนการศึกษา (Mean = 1.77, S.D. = 0.10, Min = 1.65, Max = 2.00)				
หลังการศึกษา (Mean = 2.33, S.D. = 0.12, Min = 2.15, Max = 2.70)				

3. สำรวจปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนและวิธีการจัดการขยะมูลฝอย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยบ้านเมืองสรวง หมู่ 2 ก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ขยะมูลฝอยที่พบมากที่สุดคือขยะมูลฝอยทั่วไป มีน้ำหนัก 299.00 กิโลกรัม ร้อยละ 79.82 รองลงมาคือขยะมูลฝอยอินทรีย์ มีน้ำหนัก 69.50 กิโลกรัม ร้อยละ 18.55 และน้อยที่สุดคือ ขยะมูลฝอยอันตราย มีน้ำหนัก 0.10 กิโลกรัม ร้อยละ 0.03 หลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ขยะมูลฝอยที่พบมากที่สุดคือขยะมูลฝอยทั่วไป มีน้ำหนัก 265.00 กิโลกรัม ร้อยละ 86.60 รองลงมาคือขยะมูลฝอยอินทรีย์ มีน้ำหนัก 39.00 กิโลกรัม ร้อยละ 12.75 และน้อยที่สุดคือ ขยะมูลฝอยอันตราย มีน้ำหนัก 0.00 กิโลกรัม ร้อยละ 0.00 ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยวนาพิทย หมู่ 7 ก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ขยะมูลฝอยที่พบมากที่สุดคือขยะมูลฝอยทั่วไป มีน้ำหนัก 172.50 กิโลกรัม ร้อยละ 53.00 รองลงมาคือขยะมูลฝอยอินทรีย์ มีน้ำหนัก 151.00 กิโลกรัม ร้อยละ 46.39 และน้อยที่สุดคือ ขยะมูลฝอยอันตราย มีน้ำหนัก 0.20 กิโลกรัม ร้อยละ 0.06 หลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ขยะมูลฝอยที่พบมากที่สุดคือขยะมูลฝอยทั่วไป มีน้ำหนัก 82.00 กิโลกรัม ร้อยละ 52.56 รองลงมาคือขยะมูลฝอยอินทรีย์ มีน้ำหนัก 73.50 กิโลกรัม ร้อยละ 47.12 และน้อยที่สุดคือ ขยะมูลฝอยอันตราย มีน้ำหนัก 0.00 กิโลกรัม ร้อยละ 0.00 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลองค์ประกอบทางกายภาพของขยะมูลฝอยบ้านเมืองสรวง หมู่ที่ 2 ตำบลเมืองสรวง ก่อนและหลัง

ประเภทขยะมูลฝอย	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา	
	น้ำหนัก (กก.)	ร้อยละ	น้ำหนัก (กก.)	ร้อยละ
ขยะมูลฝอยทั่วไป	299.00	79.82	265.00	86.60
ขยะมูลฝอยอินทรีย์	69.50	18.55	39.00	12.75
ขยะมูลฝอยรีไซเคิล	6.00	1.60	2.00	0.65
ขยะมูลฝอยอันตราย	0.10	0.03	0.00	0.00
รวม	374.60	100.00	306.00	100.00

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลองค์ประกอบทางกายภาพของขยะมูลฝอยบ้านนาทิพย์ หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผือ ก่อนและหลัง

ประเภทขยะมูลฝอย	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา	
	น้ำหนัก (กก.)	ร้อยละ	น้ำหนัก (กก.)	ร้อยละ
ขยะมูลฝอยทั่วไป	172.50	53.00	82.00	52.56
ขยะมูลฝอยอินทรีย์	151.00	46.39	73.50	47.12
ขยะมูลฝอยรีไซเคิล	1.80	0.55	0.50	0.32
ขยะมูลฝอยอันตราย	0.20	0.06	0.00	0.00
รวม	325.50	100.00	156.00	100.00

4. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน

ก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนของครัวเรือน เท่ากับ 2.90 คะแนน (S.D. = 0.18) หลังจากดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน ประกอบด้วย ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำ สุดสูงสุด ภาพรวม ของกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.50) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ 4.50) ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.90 ค่าคะแนนต่ำสุด คือ 2.73 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 3.67 คะแนน หลังการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 91.60) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.80) และระดับมากที่สุด (ร้อยละ 2.60) ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40 ค่าคะแนนต่ำสุด คือ 3.40 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 4.33 คะแนน รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน ภาพรวมก่อนการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย (n =154) (คะแนนเต็ม 5)

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย (ค่าเฉลี่ย)	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับมากที่สุด (4.21- 5.00)	-	-	4	2.60
ระดับมาก (3.41 – 4.20)	7	4.50	141	91.60
ระดับปานกลาง (2.61 – 3.40)	147	95.50	9	5.80
ระดับน้อย (1.81 – 2.60)	-	-	-	-
ระดับน้อยสุด (1.00 - 1.80)	-	-	-	-
รวม	154	100	154	100
ก่อนการศึกษา (Mean =2.90, S.D. =0.18, Min = 2.73, Max = 3.67)				
หลังการศึกษา (Mean =3.40, S.D. =0.21, Min = 3.40, Max = 4.33)				

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสรวง ตำบลหนองผือ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggar การศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะการวางแผน ระยะที่ 2 ลงมือปฏิบัติตามแผน ระยะที่ 3 สังเกตการณ์ และระยะที่ 4 ระยะสะท้อนการปฏิบัติและประเมินผล รวมเป็น 1 วงรอบ ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการขยะมูลฝอยของกรมควบคุมมลพิษ โดยใช้หลัก 3R ดังนี้ 1) Reduce 2) Reuse และ 3) Recycle หลังจากดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ได้มีการประเมินผลวิจัยโดยใช้เกณฑ์การประเมินทั้งเชิงปริมาณ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนก่อนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนแตกต่างจากหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001) และคะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนแตกต่างจากหลังการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001) ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 0.95 คะแนน (95% CI : 0.89 – 1.01) นอกจากนี้จากการสังเกตการจัดการขยะมูลฝอยของครอบครัวและชุมชน พบว่า ประชาชนการจัดการขยะที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้าน สอดคล้องกับผลการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในการศึกษาต่างๆ ดังนี้

การศึกษาของรุ่งกานต์ พลายแก้ว และประภัสสร อักษรพันธ์¹⁰ ได้ศึกษาผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า หลังจากการดำเนินกิจกรรมจัดการขยะมูลฝอยโดยใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนครัวเรือน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่เทศบาล ส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่ลดลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ทัศนคติของชุมชนต่อการจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของประชาชนอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการขยะ ในทำนองเดียวกัน

การศึกษาของณณาท ยืนยง และพิชานาถ เงินดีเจริญ¹² ซึ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลสาพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ประชาชนมีระดับการมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจอยู่ในระดับน้อย แต่มีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการและการรับผลประโยชน์ในระดับมาก โดยระดับการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับความคิดเห็นของประชาชนต่อปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมเชิงนโยบาย แต่ในขณะเดียวกันก็แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและเข้ามามีส่วนร่วมในระดับปฏิบัติการของประชาชนในชุมชน ขณะที่

การศึกษาของวิชาญ ดำรงค์กิจ¹⁷ มุ่งเน้นการพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน กรณีศึกษาหมู่ที่ 8 องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนา อำเภอนองแค จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังจากการพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยร่วมกับชุมชน ปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ พบว่าประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยจากผู้นำชุมชนเป็นหลัก ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการออกแบบกระบวนการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมในการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระดับชุมชน

ทั้งนี้ แนวทางทั้งหมดชี้ให้เห็นว่า การจัดการขยะมูลฝอยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ สามารถนำไปสู่ระบบการจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และสร้างประโยชน์ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยการจัดการขยะมูลฝอยในระดับครัวเรือนและชุมชนเกิดจากการบูรณาการแนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นศูนย์กลาง โดยมีการสนับสนุนจากกลไกชุมชน ผู้นำ และหน่วยงานราชการควบคู่กัน การดำเนินการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ยืดหยุ่น และมีระบบติดตามผลที่ชัดเจน จะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและขยายผลสู่การพัฒนาเชิงพื้นที่ในระยะยาวได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1.1 ควรมีการส่งเสริมความรู้และการอบรมอย่างต่อเนื่อง จากผลการศึกษา พบว่าความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยยังมีความหลากหลายและไม่สม่ำเสมอ การส่งเสริมให้เกิดการอบรมและกิจกรรมให้ความรู้ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีทั้งรูปแบบเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าใจหลักการ 3Rs (Reduce, Reuse, Recycle) และนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน รวมถึงควรมีการติดตามประเมินผลหลังการอบรมเพื่อปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

1.2 ควรสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกระดับ การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการขยะมูลฝอยอย่างยั่งยืน ควรสร้างเวทีและกลไกที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เช่น การจัดเวทีประชาคม เวิร์กช็อป การประชุมระดับครัวเรือนหรือชุมชน และการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันวางแผนและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอย ส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมและสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของร่วมกันในชุมชน

1.3 ควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอย จากผลการศึกษา พบว่าการสื่อสารข้อมูลและการติดตามการดำเนินงานยังค่อนข้างล่าช้าและไม่ทั่วถึง การนำเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันมือถือ เว็บไซต์ หรือระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถใช้ติดตามปริมาณขยะ แจ้งวันเวลาเก็บขยะ แนะนำวิธีการคัดแยกขยะ รวมถึงเปิดช่องทางให้ประชาชนแจ้งปัญหาหรือเสนอแนวคิด จะช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและเพิ่มความสะดวกในการดำเนินการ ส่งผลให้การจัดการขยะมีประสิทธิภาพมากขึ้นและยั่งยืนในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น โรงเรียน วัด ตลาด หรือภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความร่วมมือในการจัดการขยะอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานมีความเข้มแข็งและขยายผลได้ยั่งยืนยิ่งขึ้น

2.2 ควรใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับชุมชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับประชาชนในชุมชน และสามารถพัฒนากระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทจริง รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดกระบวนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. (2559). คู่มือประชาชนการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธีและเพิ่มมูลค่า. <https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2020/06>
2. กรมควบคุมมลพิษ. (2564). คู่มือการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยภายในบ้านและที่ทำงาน. <https://www.pcd.go.th/publication/14503/>
3. กรมควบคุมมลพิษ. (2565).ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน. <https://thaimsw.pcd.go.th/provincdetail.php?id=45>
4. กรมควบคุมมลพิษ.(2566).รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. <https://www.pcd.go.th/publication/31985/>
5. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2566). รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566.<https://www.pcd.go.th/publication/31985/>
6. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (ม.ป.ป.). มาตรฐานการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล: มาตรฐานการบริหารและการบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นhttps://www.dla.go.th/work/e_book/eb1/9_4.pdf
7. กรีนพีซ. (ม.ป.ป.).หลักจัดการขยะ7R. <https://www.greenpeace.org/thailand/tag/7r/>
8. เจริญรัตน์ อินจันทร์. (2560). การจัดการมูลฝอยชุมชนโดยใช้หลัก 3Rs ร่วมกับกลไกชุมชนกรณีศึกษา ตำบลป่าเข่า อำเภอมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). คลังวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
9. เจริญชัย เจริญศรี. (2561). กระบวนการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านค่านางรวไรใต้ ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม). คลังวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
10. ณัฐพล เมฆแดง. (2564). การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเกาะพิทักษ์ อำเภอลำสน จังหวัด ชุมพร. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น,5(1),31-48.
11. เทศบาลตำบลเมืองสรวง. (2567).รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยเทศบาลตำบลเมืองสรวง ประจำปีงบประมาณ 2567. ร้อยเอ็ด: เทศบาลตำบลเมืองสรวง.
12. นฤนาท ยืนยงและพิชานาถ เงินดีเจริญ. (2565). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 12(2), 279-295.
13. นุชประภา โมกข์ศาสตร์.(2 สิงหาคม 2565). ปัญหามลพิษจากขยะมูลฝอยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. <https://think.moveforwardparty.org/article/environment-and-resources/2922/>

14. ประพพร แก่นจันทร์และ คณะ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาโลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 10(3), 295. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/vrurdihsjournal>
15. ปวีณา ปาทาน. (2564). รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม). คลังวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
16. สำนักปลัดเทศบาล ฝ่ายยุทธศาสตร์และงบประมาณ งานวิเคราะห์แผนและนโยบาย.(2567). แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566–2570) เพิ่มเติม (ครั้งที่ 4) พ.ศ. 2567 เทศบาลตำบลเมืองสรวง. ร้อยเอ็ด: เทศบาลตำบลเมืองสรวง.
17. วิชาญ ดำรงค์กิจ. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาหมู่ 8 องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาถ อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, 8(6), 202-215.
18. Alimoradiyan, H. et al. (2024). Fostering community participation in sustainable municipal solid waste management at multiple scales in Tehran, Iran. *Results in Engineering* .22 (2024).
19. He, H. et al. (2023). Generation and management of municipal solid waste in top metropolitans of China: A comparison with Singapore. *Circular Economy*. 2 (2023).
20. Qi, S. et al. (2024). Exploration and practice of “zero-waste city” in China. *Circular Economy*. 3 (2024).
21. Thaicsr. (2015, September). The Earth Summit 1992 Rio. <https://www.thaicsr.com/2015/09/earth-summit-1992-rio.html>
22. Ting, L. C. et al. (2020). Determinants of 3Rs behaviour in plastic usage: A study among Malaysians. *Heliyon* 6 (2020)
23. Zhang, Z. et al. (2024). Municipal solid waste management challenges in developing regions: A comprehensive review and future perspectives for Asia and Africa. *Science of the Total Environment* 930 (2024)

Received: 23 May 2025, Revised: 11 Jun. 2025

Accepted: 16 Jul. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายปราณี สิงคาม¹, จตุพร เหลืองอุบล², อติสร วงศ์คงเดช³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ (practical action research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มแกนนำในการขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 77 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือกลุ่มที่ได้รับการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2565 จำนวน 45 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเดียวกันนี้ได้รับการประเมินก่อนและหลังการดำเนินโครงการ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินโครงการด้วยสถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ปัญหา (2) การประชุมชี้แจงแนวทางการป้องกัน (3) การรณรงค์ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (4) การกำหนดมาตรการชุมชน (5) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (6) การติดตามและสนับสนุนกิจกรรม (7) การประเมินผลการดำเนินงาน และ (8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของรูปแบบ ได้แก่ การปฏิบัติตามมาตรการ 5 ประการ “เล็ก - เป็ด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย” ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ผลการดำเนินงานพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, โรคพยาธิใบไม้ตับ, การป้องกันโรค, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail : 65011481015@msu.ac.th

*Original Article***Developing a Health Literacy Community Model for Preventing Liver Fluke Disease, Tha Bo Subdistrict, Tha Bo District, Nong Khai Province**Pranee Singkham¹ Jatuporn Luangubol² Adisorn Wongkongdech³**Abstract**

This study employed practical action research to develop a community-based health literacy model for the prevention of liver fluke disease. Both quantitative and qualitative data were collected before and after the intervention using questionnaires, behavioral observations of community participation, and in-depth interviews. The study involved two sample groups: (1) 77 community leaders who played a key role in driving the prevention model, and (2) 45 individuals who had been diagnosed with *O. viverrini* eggs in their stool samples between 2016 and 2022. The latter group was assessed both before and after the intervention. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired sample t-test), with a significance level set at $p < .05$. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results indicated that the developed prevention model comprised eight key steps: (1) situational analysis of liver fluke disease within the community; (2) orientation meetings on prevention strategies; (3) campaigns conducted by village health volunteers via home visits; (4) establishment of community-level preventive measures; (5) partnership building with local stakeholders; (6) monitoring and support of community activities; (7) evaluation of the implementation process; and (8) facilitation of knowledge exchange. A critical success factor was community adherence to five co-developed preventive measures, summarized as "Quit – Open – Knock – Avoid – Eliminate." After implementation, participants' health literacy scores regarding liver fluke disease prevention showed statistically significant improvement.

Keywords: model development, liver fluke disease, disease prevention, health literacy

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Assistant Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Assistant Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail : 65011481015@msu.ac.th

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมาตั้งแต่พ.ศ. 2527 การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมามีการประกาศเป็นวาระคนอีสาน “กำจัดพยาธิใบไม้ตับลดมะเร็งท่อน้ำดี” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายทุกภาคส่วน พ.ศ. 2558 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกันในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนให้หน่วยงานระดับจังหวัด รับผิดชอบดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมกันทบทวน สถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ และนำมาวางแผนการดำเนินโครงการ และการกำกับติดตามเพื่อให้มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีมาตรการในการดำเนินงาน คือคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป จัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล สนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) รมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย การส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี รายงานการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล ตามระบบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง 506 หรือ ฐานข้อมูลของจังหวัด และพัฒนานวัตกรรม พัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการรักษามะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วย 898 ราย จาก 11 จังหวัด มีอัตราป่วย 1.36 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:0.87 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 39.20) มากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 23.39) 45 - 54 ปี (ร้อยละ 22.05) สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 99.7 ลาวร้อยละ 0.3 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรร้อยละ 71.9 ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครอง ร้อยละ 11.4 รับจ้างร้อยละ 10.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาคือภาคเหนือ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2565 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรกคือ อุบลราชธานีร้อยละ 16.64 บุรีรัมย์ร้อยละ 4.94 หนองบัวลำภูร้อยละ 8.84 มหาสารคาม ร้อยละ 0.84 และหนองคายร้อยละ 0.19¹ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าทุกพื้นที่โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากโรคนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบซึ่งเป็นวัฒนธรรมของคนอีสานมาเป็นเวลานาน

จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ สกลนคร (ร้อยละ 6.93) นครพนม (ร้อยละ 5.99) และหนองคาย (ร้อยละ 2.32) และพบว่าจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ เลย (ร้อยละ 18.18) นครพนม (ร้อยละ 18.11) และสกลนคร (ร้อยละ 16.04)²

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้หน่วยงานระดับจังหวัด ดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนแผนงาน การดำเนินโครงการ และการกำกับติดตาม เพื่อให้มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่นั้น จังหวัดหนองคายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินโครงการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ในกลุ่มเสี่ยง และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลเสี่ยงสูง

อำเภอละ 1 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้าน หากแต่ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัดยังเพิ่มสูงขึ้นโดย พ.ศ. 2561 - 2563 พบ อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.71, 3.80, และ 4.38 ตามลำดับ และมีแนวโน้มลดลงโดย พ.ศ. 2564 - 2565 พบ อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 1.86, และ 0.71 ตามลำดับ พบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ (51.85 ต่อแสนประชากร) และมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี (30.95 ต่อแสนประชากร)²⁰

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ด้วยการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจคัดกรองไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงพบว่า พ.ศ. 2559 - 2565 ตรวจพบร้อยละ 2.2, 2.14, 2.42, 3.04, 3.18, 4.08 และ 4.19 ตามลำดับ¹⁹ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้ เนื่องจากพื้นที่ตำบลท่าบ่อมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นมีหนองน้ำ แม่น้ำโขง ห้วยโง้ง และห้วยลาน ทำให้สามารถจับปลาได้ ตลอดทั้งปี ประชาชนจับปลาจากแหล่งน้ำเหล่านี้เพื่อนำมาประกอบอาหาร จากการการสำรวจเชิงพื้นที่ด้วยการสัมภาษณ์ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่นิยมบริโภคปลาดิบและบางส่วนนำมาจำหน่ายทั้งในรูปแบบปลาสดและนำมาแปรรูป เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ปลาส้ม เป็นต้น นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่ยังมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารสืบทอดมาจากบรรพบุรุษและ ครอบครัว ด้วยการบริโภคปลาดิบในวาระพิเศษต่างๆ เช่น วันสงกรานต์ วันปีใหม่ วันเกิด และวันรวมญาติ เป็นต้น โดยเฉพาะ เมนูลาบปลา ก้อยปลา ข้อมูลที่ปรากฏจากการสัมภาษณ์ในชุมชนให้เหตุผลว่า การบริโภคปลาดิบทำให้ปลา มีรสหวาน มีความ สด อร่อย โดยกรรมวิธีการปรุงด้วยวิธีการใส่น้ำมันาวลงไปในเนื้อปลาคลุกเคล้าและบีบน้ำให้แห้งพอประมาณ จากนั้นนำมา ปรุงรสด้วยเครื่องปรุง รวมถึงการต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานอาหารจะส่งผลให้พยาธิตาย อาจสรุปได้ว่า บริบทพื้นที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ เนื่องจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของ ประชาชนส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมการรับประทานปลาดิบที่คล้ายคลึงกันซึ่งส่งผลให้ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มสูงขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะทางด้านสุขภาพที่สำคัญ เป็นความสามารถของบุคคลในการ สืบค้น แสวงหาข้อมูลคัดเลือก และทำความเข้าใจกับข้อมูลทางด้านสุขภาพ นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมี สุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพให้กับผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy ซึ่งได้มีคานิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างๆ มากมาย ซึ่งนักสาธารณสุขจำเป็นต้องเลือกว่าจะอยู่ตรงไหน และจะนำมาใช้ อย่างไร กรอบในการขับเคลื่อนนิเวศวิทยามองว่าอย่างไรให้ทุกระดับสอดคล้องกัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญระดับโลกอย่างเช่น ดอน นัทบีม (Don Nutbeam) ได้กล่าววาระบบต่างๆ ในการทำให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้นั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงฐานทุกระดับของสังคมนั้น ไม่ใช่การสอนคนไข้ หรือให้ข้อมูลชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้อง กัน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมาเน้นที่การจัดการสิ่งแวดล้อม องค์กรต่างๆ ให้ไปในทิศทางสร้างความรู้ด้าน สุขภาพ¹²

ดังนั้น จากการวิเคราะห์ความสำคัญของปัญหา พบว่าสถิติการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลท่า บ่อเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากประชาชนในตำบลท่าบ่อ ยังมีพฤติกรรมกินอาหารเมนูปลาน้ำจืดเกล็ดขาวปรุงดิบ หรือดิบๆ สุกๆ เป็นสาเหตุที่ประชาชนยังมีการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และจากการศึกษาบริบทในพื้นที่ยังพบว่าประชาชนยังขาดความรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาชุมชนโดยอาศัยความ ร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบท ของพื้นที่ สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
4. เพื่อระบุปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมุ่งเน้นการประยุกต์ประสบการณ์จริงเพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการคัดเลือกประชากรและพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ครอบคลุมทั้ง 20 หน่วยงาน ได้แก่ 15 ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองท่าบ่อ และ 5 หมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มที่หนึ่งคือกลุ่มผู้นำในชุมชน ซึ่งได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 77 คน กลุ่มที่สองคือผู้ที่ได้รับการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2565 จำนวน 45 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ต้องเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าบ่อ สามารถให้ข้อมูลระหว่างการศึกษามีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างการศึกษา มีภาวะพิการหรือทุพพลภาพที่ไม่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้ หรือเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 122 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกอย่างเหมาะสมตามวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครอบคลุมบริบทของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างรอบด้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือชุดที่ 1 ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถาม โดยปรับปรุงและดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต⁴ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวน 37 ข้อ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยให้เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี และ ผลการตรวจอุจจาระ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับที่วัดความยาก

ง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ส่วน 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ⁴ แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกวัน ด้านพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง

เครื่องมือชุดที่ 2 ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ใช้ในการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) ใช้ในการสัมภาษณ์รายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการตามแนวทางที่สอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยดำเนินงานวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) โดยจัดการผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง การลงรหัส และบันทึกในโปรแกรม โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติการทดสอบ Paired Simple t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต มาตรวจสอบความถูกต้อง แยกจัดหมวดหมู่ตามประเด็นอย่างเป็นระบบ และนำมาหาความเชื่อมโยงด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า จนได้ข้อสรุปของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

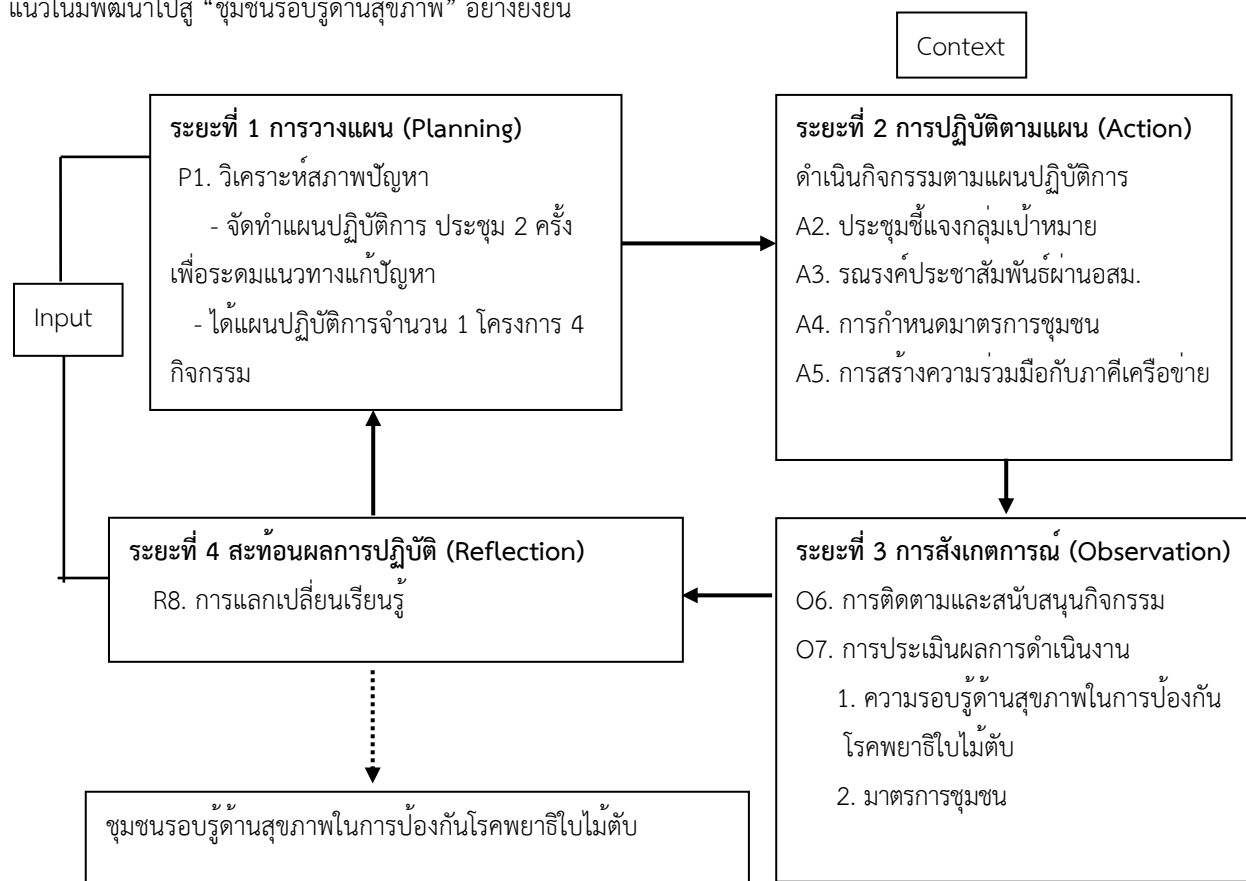
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างและได้กำหนดขั้นตอน ในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 613 - 601/2567 รับรองวันที่ 24 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสัดส่วนร้อยละ 77 และมีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 63.90 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.77 และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.52 โดยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 23.77 พื้นที่ศึกษามีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มและมีแหล่งน้ำสำคัญ เช่น แม่น้ำโขง ห้วยโง้ง และห้วยลาน อาชีพหลักของประชาชนในพื้นที่ได้แก่ เกษตรกรรม เช่น ทำนา ปลูกยาสูบ พริก มะเขือเทศ เลี้ยงปลาและเพาะพันธุ์ปลารวมถึงมีอาชีพเสริม เช่น จักสาน ทอผ้า ทำไม้กวาด และแปรรูปอาหาร พฤติกรรมบริโภคปลาดิบหรือปลาสุกๆ ดิบๆ ยังคงเป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมที่ฝังรากลึกในชุมชน ประชาชนบางส่วนยังคงบริโภคปลาดิบหรือปรุงไม่สุกดี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่าการดำเนินงานควบคุมโรคยังจำกัดอยู่ในวงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าถึงประชาชนยังไม่ทั่วถึง และการรณรงค์ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประชาชนได้

อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักและความสำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม หลังจากมีการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และความตื่นตัวในการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน มีการประชุมเพื่อวางแผนและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ส่งผลให้เกิด “พลังชุมชน” และความสามัคคีในการควบคุมโรค ชุมชนมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่ “ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ” อย่างยั่งยืน



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามกระบวนการ PAR

ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบต่าง ๆ ดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งมีร้อยละ 77.05 (Mean = 84.78, SD = 3.35) และร้อยละ 79.51 (Mean = 82.91, SD = 5.09) ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพในทุกองค์ประกอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีร้อยละของผู้ที่มีความรู้ในระดับดีมากสูงขึ้น เช่น ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.34 (Mean = 88.81, SD = 5.55) และสุขวิทยาส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.08 (Mean = 93.72, SD = 3.52) นอกจากนี้ องค์ประกอบด้านอื่น ๆ อาทิ การเข้าใจสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ก็มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสุขวิทยาส่วนบุคคลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนถึงประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ในพื้นที่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ (N = 122)

องค์ประกอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ย (SD)	หลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ย (SD)	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	95% CI (ต่ำสุด, สูงสุด)	t	df	p- value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ	77.29 (3.25)	84.26 (1.09)	6.96	2.65, 11.27	5.144	3	.014*
การเข้าใจสุขภาพ	77.46 (0.41)	84.67 (2.29)	5.20	1.95, 8.45	5.091	3	.015*
การประเมินข้อมูลและ บริการด้านสุขภาพ	82.00 (0.85)	87.21 (2.27)	5.20	2.79, 7.62	6.837	3	.006*
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและ บริการสุขภาพ	81.92 (1.80)	87.86 (0.53)	5.94	3.84, 8.04	8.998	3	.003*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	84.78 (3.35)	88.81 (5.55)	4.03	0.96, 7.10	2.974	9	.016*
ความรอบรู้เกี่ยวกับสุข วิทยาสวนบุคคล	82.91 (5.09)	93.72 (3.52)	10.81	0.19, 21.83	3.125	3	.052

หมายเหตุ: * $p < .05$ หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการดำเนินงานการพัฒนาแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประกอบด้วย 8 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน การรณรงค์เชิงรุกผ่านกิจกรรม “เคาะประตูบ้าน” โดย อสม. การกำหนดมาตรการชุมชนเพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เช่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน วัด และผู้นำชุมชน การติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน การประเมินผลเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และความรู้ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเป้าหมายกับภาคีเครือข่ายเพื่อความยั่งยืน ทั้งนี้ กระบวนการดำเนินงานนำไปสู่การพัฒนามาตรการชุมชนที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยมี 5 มาตรการหลักที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ “เล็ก - เป็ด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย” คือ เล็กบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรืออาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็ดสื่อประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน เคาะประตูบ้านเยี่ยมและติดตามพฤติกรรมบริโภคของประชาชนโดย อสม. ไม่ให้อาหารปลาดิบแก่สัตว์เลี้ยงและไม่ถ่ายอุจจาระในพื้นที่เกษตรกรรม และถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของไข่พยาธิ ผลการดำเนินงานชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทของชุมชน สามารถสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน นำไปสู่ความยั่งยืนในการป้องกันโรคในระยะยาว ซึ่งแตกต่างจากแนวทางเดิมที่มุ่งเน้นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่ การติดตามกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม และการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงกลุ่มเป้าหมายเท่าที่ควร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลท่าบ่อ อำเภอบ้านค่าย จังหวัดหนองคาย พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานเกิดจากหลายปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนกระบวนการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมและยั่งยืน ได้แก่ การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของทุกภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยงานภาครัฐ และประชาชนทั่วไป ซึ่งส่งผลให้การสื่อสารและกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การรณรงค์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการชักชวน อสม. ในการ “เคาะประตูบ้าน” ให้ความรู้

เชิงรุก พร้อมแจกสื่อประชาสัมพันธ์และให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ช่วยกระตุ้นการตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน การใช้สื่อท้องถิ่น เช่น หอกระจายข่าวหมู่บ้าน เพื่อสื่อสารสาธารณะเป็นประจำทุกสัปดาห์ ช่วยให้ข้อมูลเข้าถึงประชาชนในวงกว้างและต่อเนื่อง การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดและกำหนดมาตรการ “เลิก - เปิด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย” ทำให้มาตรการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ และสร้างความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมจนนำไปสู่การปฏิบัติที่จริงจัง อีกทั้งการบูรณาการภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านทรัพยากร ความรู้ และนโยบายอย่างต่อเนื่องในหลายระดับ และสุดท้ายคือความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรม แม้โครงการหลักจะสิ้นสุดลงแล้ว ชุมชนยังคงดำเนินมาตรการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนและการหลอมรวมแนวคิดสุขภาพเข้าสู่วิถีชีวิตประจำวันของคนในชุมชน

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1998) ผลการดำเนินการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์สถานการณ์และการกำหนดมาตรการป้องกันโรค การดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับข้อค้นพบของณัฐกร แสงสินวล และกิตติภูมิ ภิโย¹¹ ซึ่งเน้นย้ำบทบาทของชุมชนในการขับเคลื่อนและบูรณาการแนวทางป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านธรรมนูญสุขภาพตำบล ทั้งนี้ กระบวนการพัฒนารูปแบบซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ครอบคลุมมิติสำคัญทั้งด้านการวิเคราะห์ปัญหา การสื่อสารสาธารณะ การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้กลไก อสม. เป็นศูนย์กลางในการถ่ายทอดความรู้และสร้างความตระหนักรู้ถึงระดับครัวเรือน ผลการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของสมจิตร บุญยง²¹ ที่เน้นการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งในระบบสุขภาพระดับชุมชน นอกจากนี้ การกำหนดมาตรการ “เลิก - เปิด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย” ซึ่งเกิดจากกระบวนการระดมความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับปัจเจกและครัวเรือนอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน อีกทั้งยังนำไปสู่การบูรณาการการดำเนินงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข สถานศึกษา และภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของกิตติศักดิ์ ประครองใจ⁶ ที่เน้นความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมและกิจกรรมเชิงรุกเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับชุมชน โดยสรุป ผลการวิจัยยืนยันถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในฐานะกลไกหลักที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของการบูรณาการภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการขับเคลื่อนและรักษาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อการขับเคลื่อนและพัฒนาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ดังนี้ ประการแรก ควรส่งเสริมและพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ไปจนถึงการร่วมดำเนินงาน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมและการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ ประการที่สอง ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยแบบ

ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทเจ้าของปัญหา ร่วมวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมและยั่งยืนในบริบทของตนเอง และประการสุดท้าย ควรมีการศึกษาต่อยอดและขยายผลไปยังพื้นที่ตำบลใกล้เคียง เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนในบริบทที่แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบและแนวทางป้องกันโรคที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ และเสริมสร้างเครือข่ายการป้องกันโรคในระดับภูมิภาคอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559–2568. เอกสารอัดสำเนา. 2565.
2. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศล. เอกสารอัดสำเนา. 2565.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน; 2565.
4. กองสุกศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. ฉบับปรับปรุง. เอกสารอัดสำเนา. 2566.
5. กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานและฐานข้อมูลกองระบาดวิทยา (รายงาน 506 ประจำเดือนธันวาคม 2565). เอกสารอัดสำเนา. 2565.
6. กิตติศักดิ์ ประครองใจ. รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):87–100.
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2561.
8. จิรารัตน์ สิงทองทัศน์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;8(3):131–42.
9. ฉัตรลดา ดีพร้อม. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. [บทความวิจัย]. 2561.
10. ณัฐกร แสงสินวล, กิตติภูมิ ภิญโย. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดกว้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 2565;6(3):32–43.
11. เดชา วรสาร. รูปแบบและวิธีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่าย ในตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(3):99–104.
12. ทักษณีย์ พัสสุ. กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2562;8(1):140–8.
13. ธนากร วัรมพร และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;3(2):16–30.
14. บวรพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารณย์ โสตะ. รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาขาม อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;12(2):91–103.

15. เบญจมาศ อุณรัตน์ และพรรณรัตน์ เป็นสุข. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9 วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564;6(1):175–92
16. รัชนิกร กุญแจทอง และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. วารสารควบคุมโรค. 2564;47(1):1191–202.
17. วรลักษณ์ เวฬุ. รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(2):107–19.
18. วารุณี เปรมสิงห์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแขว อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2562;8(2):6–12.
19. ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. สรุปรายงานผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ พ.ศ. 2559–2565. เอกสารอัดสำเนา.
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ประจำปี 2565. เอกสารอัดสำเนา. 2565.
21. สมจิตร บุญยง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2566;8(2):275–82.
22. หทัยกาญจน์ ยางศรี และคณะ. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดบึงกาฬ. วารสารควบคุมโรค. 2564;47(1):49–59.
23. อรณิชา โชติกวานิชกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9. [วิทยานิพนธ์]. 2563.
24. อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี. วารสารร่วมฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก. 2561;36(3):114–24.
25. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. Victoria: Deakin University Press; 1988.
26. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67.
27. Nutbeam D. Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Oxford: Oxford University; 2008.
28. Rootman I. Health Literacy and Health Promotion [อินเทอร์เน็ต]. Ontario Health Promotion E-Bulletin. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: <http://www.ohpe.ca/index2>
29. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development; 26–30 ต.ค. 2009; Nairobi, Kenya.

Received: 28 May 2025, Revised: 6 Jul. 2025

Accepted: 13 Jul. 2025

บทความวิจัย

แนวทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (พ.ศ. 2548–2567)

ระพีพันธ์ จอมมะเริง¹, ภูริทัต พลเสน^{2*}, มณฑา เก่งการพานิช³

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของภาระโรคในประเทศไทย การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับชุมชนเป็นกลยุทธ์หลักที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังขาดการรวบรวมองค์ความรู้ในลักษณะเป็นระบบการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมภาษาไทยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2548–2567 เพื่อจัดกลุ่มรูปแบบการดำเนินงานและเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายวิธีการศึกษาใช้แนวทาง PRISMA 2020 โดยสืบค้นข้อมูลจากฐาน ThaiJo, TCI1 และ TCI2 ครอบคลุมบทความวิจัยภาษาไทยฉบับเต็มที่ได้ตีพิมพ์ในช่วงเวลาดังกล่าว ใช้เกณฑ์คัดเลือกบทความที่ดำเนินงานในชุมชนเกี่ยวกับ NCDs ผลการคัดเลือกแสดงในรูปแบบ PRISMA Flow Diagram และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษางานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 229 ฉบับ สามารถจำแนกรูปแบบการดำเนินงานได้ 4 ประเภท ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (2) การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ (3) การจัดการตนเองและการเสริมพลังอำนาจ และ (4) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยแต่ละรูปแบบมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดชีวภาพ และความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชนการจัดกลุ่มแนวทางเหล่านี้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและนโยบายสาธารณสุขในอนาคต โดยเน้นการบูรณาการกลไกชุมชน ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และระบบบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, ชุมชน, การทบทวนอย่างเป็นระบบ

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์และหัวหน้าภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

*Corresponding author Email: phurithat.pon@mahidol.ac.th

*Original Article***Approaches to Promote Health and Prevent Chronic Non-Communicable Diseases in Thai Communities: A Systematic Literature Review (2005–2024)****Rapeepun Jommaroeng¹ Phurithat Ponsen^{2*} Mondha Kengganpanich³****Abstract**

Non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes, hypertension, and stroke are major contributors to the disease burden in Thailand. Community-based health promotion and disease prevention have been key strategies continuously developed over the past two decades. However, a systematic synthesis of related knowledge remains lacking.

This study aimed to systematically review Thai-language literature on operational approaches for health promotion and prevention of non-communicable diseases in Thai communities between 2005 and 2024. The objectives were to categorize the types of operational approaches and propose relevant policy recommendations.

The review followed the PRISMA 2020 guideline. Data were retrieved from ThaiJo, TCI1, and TCI2 databases, covering full-text Thai research articles published between 2005 and 2024. Inclusion criteria targeted studies focusing on community-based interventions addressing NCDs. The screening process was presented using a PRISMA flow diagram, and a content analysis was conducted to classify implementation models.

A total of 229 eligible studies were identified. The operational approaches could be grouped into four categories: (1) family and community participation, (2) health behavior enhancement, (3) self-management and empowerment, and (4) development of local health service systems. Each category was aligned with local contexts and demonstrated effects on health behaviors, biological indicators, and the sustainability of community health systems.

These classified approaches serve as empirical evidence for developing future public health practices and policies. Emphasis should be placed on integrating community mechanisms, families, village health volunteers, and local health services to promote sustainable well-being.

Keywords: Non-communicable diseases, Health promotion, Disease prevention, Community, Systematic review

¹ Lecturer, Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

² Assistant Professor and Department Chief, Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Associate Professor, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

*Corresponding author Email: phurithat.pon@mahidol.ac.th

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูงที่สุดในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพในระยะยาว^{1,2}

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 6.9% ในปี 2552 เป็น 8.8% ในปี 2562 ขณะที่อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 21.4% เป็น 25.2% ในช่วงเวลาเดียวกัน สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ภาระทางเศรษฐกิจจากการรักษาโรค NCDs มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 140,000 ล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นประมาณ 0.9% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ¹

ความรุนแรงของสถานการณ์ดังกล่าวนำไปสู่ความพยายามในการพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมโรค NCDs ผ่านการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิและในพื้นที่ชุมชน การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนมีความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากการป้องกันที่ต้นทาง ช่วยลดภาระของระบบสุขภาพ และสร้างความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และนโยบาย "สุขภาพในทุกนโยบาย" (Health in All Policies) ที่ประเทศไทยได้นำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาระบบสุขภาพ²

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่หลากหลาย แต่ยังขาดการรวบรวม วิเคราะห์ และจัดกลุ่มองค์ความรู้เชิงระบบจากงานวิจัยภาษาไทยอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยด้าน NCDs ในชุมชนที่ผ่านมา มักเป็นการศึกษาในพื้นที่เฉพาะ หรือกลุ่มประชากรเฉพาะ ทำให้ขาดการมองภาพรวมของแนวทางที่มีอยู่ และขาดการสังเคราะห์เพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุด การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจึงมีความจำเป็น เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยภาษาไทยที่มีอยู่ และจัดระบบองค์ความรู้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติในอนาคต

คำถามการทบทวนวรรณกรรม

1. รูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนไทยมีอะไรบ้าง?
2. รูปแบบการดำเนินงานเหล่านี้สามารถจัดกลุ่มตามลักษณะสำคัญได้อย่างไร?
3. แนวทางใดที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความยั่งยืนในบริบทชุมชนไทย?

การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อทบทวนวรรณกรรมภาษาไทยในช่วงปี พ.ศ. 2548–2567 เพื่อนำไปสู่การจำแนกรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการต่อยอดทั้งทางวิชาการและเชิงนโยบายในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบวรรณกรรมภาษาไทยเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2548–2567
2. เพื่อจำแนกและจัดกลุ่มรูปแบบการดำเนินงานตามลักษณะสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น

3. เพื่อสังเคราะห์สาระสำคัญและข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทชุมชนไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทาง PRISMA 2020³ โดยสืบค้นงานวิจัยภาษาไทยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2548–2567 ซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนไทย

แนวทาง PRISMA 2020 เป็นมาตรฐานสากลสำหรับการรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยรายการตรวจสอบ 27 ข้อ ครอบคลุมการรายงานตั้งแต่ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วิธีการ ผลการศึกษา การอภิปราย และข้อมูลสนับสนุน เพื่อให้การทบทวนมีความโปร่งใส ครบถ้วน และแม่นยำ³

แหล่งข้อมูลและกลยุทธ์การสืบค้น

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ ThaiJo และ TCI (กลุ่ม 1 และ 2) โดยทำการสืบค้นในช่วงวันที่ 25-30 เมษายน 2568

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ประกอบด้วย "โรคไม่ติดต่อ" OR "เบาหวาน" OR "ความดันโลหิตสูง" OR "โรคหลอดเลือดสมอง" OR "โรคเรื้อรัง" AND "การป้องกันโรค" OR "การส่งเสริมสุขภาพ" OR "สุขภาพชุมชน" AND "ชุมชน" OR "หมู่บ้าน" OR "ท้องถิ่น" OR "อสม"

เกณฑ์การคัดเลือกบทความ

เกณฑ์การรับเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

- เป็นบทความวิจัยภาษาไทยฉบับเต็ม (full-text)
- ศึกษาในบริบทชุมชนไทย (community-based)
- เน้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรค NCDs
- ตีพิมพ์ในวารสารที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed) ระหว่างปี พ.ศ. 2548–2567
- มีการรายงานรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย

- ศึกษาเฉพาะในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- ไม่รายงานรูปแบบการดำเนินงานอย่างชัดเจน
- ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้
- เป็นบทความปริทัศน์ บทบรรณาธิการ หรือบทความทั่วไป

กระบวนการคัดเลือกบทความ

การคัดเลือกบทความดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คน อย่างอิสระ โดยเริ่มจากการตรวจชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ตามด้วยการอ่านฉบับเต็มเพื่อประเมินความเกี่ยวข้อง กรณีที่มีความเห็นแตกต่างในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง จะมีการหารือเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน หากยังไม่สามารถตกลงได้ จะปรึกษานักวิจัยอาวุโส เพื่อตัดสินใจขั้นสุดท้าย ผลการคัดเลือกจะแสดงในรูปแบบ PRISMA Flow Diagram

การประเมินคุณภาพบทความ

เนื่องจากบทความที่รวมในการศึกษานี้มีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย จึงใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพที่ออกแบบเฉพาะสำหรับการศึกษานี้ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

1. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์การศึกษา
2. ความเหมาะสมของรูปแบบการวิจัย
3. ความชัดเจนของการรายงานรูปแบบการดำเนินงาน
4. ความเพียงพอของข้อมูลผลลัพธ์
5. ความสมเหตุสมผลของการอภิปรายผล

บทความที่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ จะถูกรวมในการวิเคราะห์

การสกัดและการวิเคราะห์ข้อมูล

การสกัดข้อมูลจากบทความที่ผ่านการคัดเลือก ดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คน อย่างอิสระ ครอบคลุม

- ข้อมูลทั่วไป ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ แหล่งตีพิมพ์
- ข้อมูลการศึกษา รูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ศึกษา
- ข้อมูลการดำเนินงาน รูปแบบ กิจกรรม ระยะเวลา ผู้เกี่ยวข้อง
- ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดที่ใช้ ผลที่ได้รับ ปัจจัยความสำเร็จ

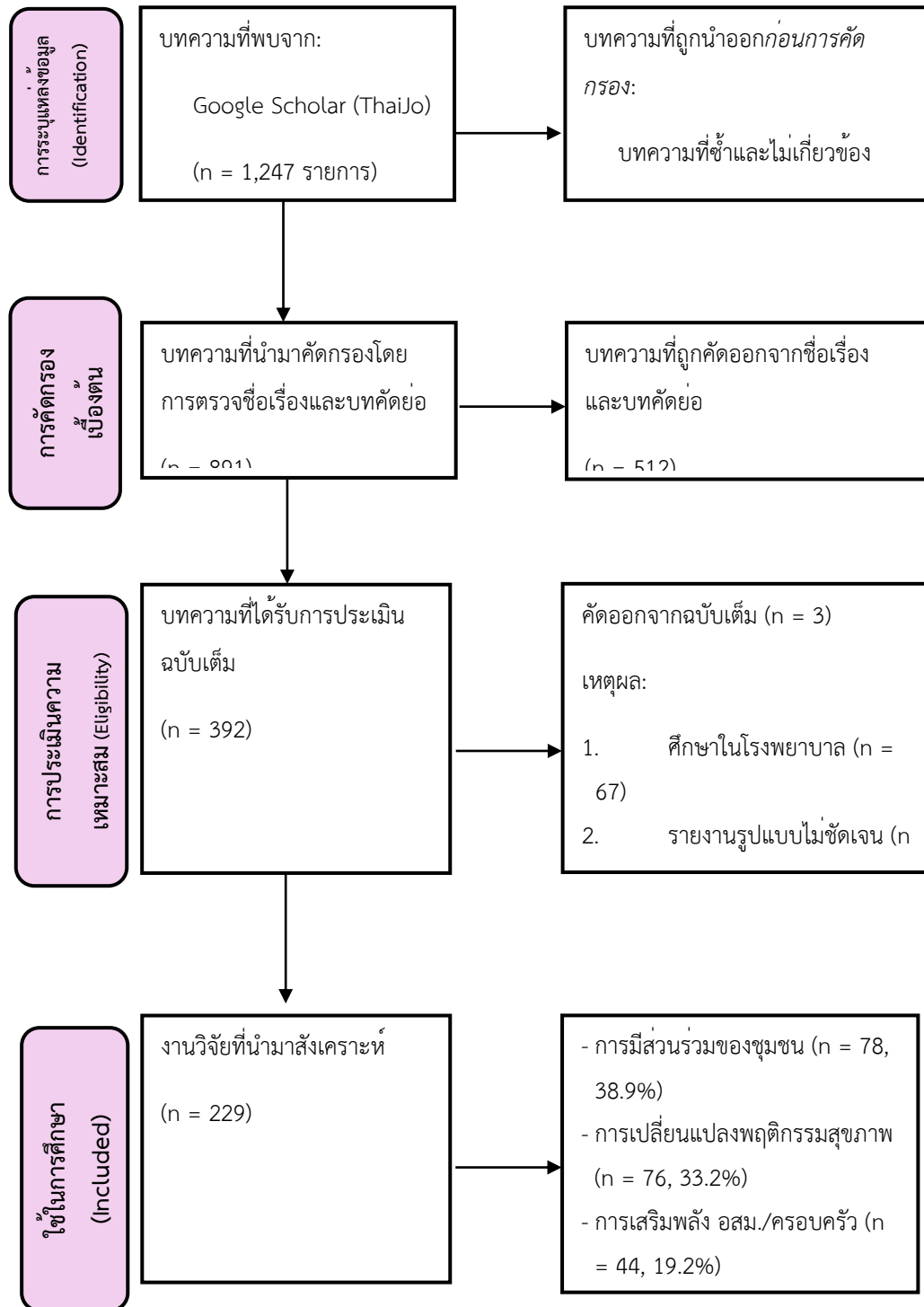
การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจำแนกรูปแบบการดำเนินงานเป็น 4 ประเภท โดยพิจารณาจากองค์ประกอบหลัก วิธีดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองให้ได้รับการยกเว้นการขอรับรองจริยธรรม (Exemption) เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลจากมนุษย์โดยตรง (MUPH 79/2025)

ผลการศึกษา

แผนผังการคัดเลือกบทความ (PRISMA Flow Diagram)



จากการสืบค้นในฐานข้อมูลทั้งหมด พบบทความรวม 1,247 ฉบับ (ThaiJo 856 ฉบับ, TCI1 267 ฉบับ, TCI2 124 ฉบับ) หลังจากคัดรายการที่ซ้ำกันแล้ว เหลือ 891 ฉบับ

ในขั้นตอนการคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ มีบทความที่ไม่เกี่ยวข้องจำนวน 512 ฉบับ เหลือบทความที่นำมาอ่านฉบับเต็ม 379 ฉบับ

จากการอ่านฉบับเต็ม พบว่ามีบทความที่ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 150 ฉบับ โดยเหตุผลสำคัญ ได้แก่

- ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาล ไม่ใช่ชุมชน (67 ฉบับ)
- ไม่รายงานรูปแบบการดำเนินงานชัดเจน (41 ฉบับ)
- ไม่เกี่ยวข้องกับ NCDs โดยตรง (28 ฉบับ)
- คุณภาพบทความไม่ผ่านเกณฑ์ (14 ฉบับ)

สุดท้าย มีบทความที่ผ่านเกณฑ์และรวมในการวิเคราะห์จำนวน 229 ฉบับ

ลักษณะของงานวิจัยที่ถูกรวม

จากบทความวิจัยภาษาไทย 229 ฉบับที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (พ.ศ. 2548–2567) พบว่าเป็นงานวิจัยในประเทศไทยทั้งหมด โดยเผยแพร่ในวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล ThaiJo (142 ฉบับ), TCI1 (58 ฉบับ) และ TCI2 (29 ฉบับ)

การกระจายตามช่วงเวลา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 20 ปี โดยในช่วงแรก (พ.ศ. 2548-2552) มีงานวิจัยเพียง 23 ฉบับ เพิ่มขึ้นเป็น 67 ฉบับในช่วงกลาง (พ.ศ. 2553-2557) และ 89 ฉบับในช่วงหลัง (พ.ศ. 2558-2562) และ 50 ฉบับในช่วง พ.ศ. 2563-2567

รูปแบบการวิจัยครอบคลุมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (37.1%) การวิจัยกึ่งทดลอง (28.4%) การวิจัยและพัฒนา (15.7%) การวิจัยเชิงคุณภาพ (11.4%) และการวิจัยเชิงปริมาณ (7.4%)

กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ (41.5%) กลุ่มวัยทำงาน (23.6%) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (19.2%) ครอบครัว (10.9%) และผู้นำชุมชน (4.8%)

ผลลัพธ์ที่วัดมีทั้งด้านชีวภาพ เช่น HbA1c (ค่าเฉลี่ยลดลง 0.8-2.1%) ความดันโลหิต (ลดลง 5-15 mmHg) และด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสะท้อนการออกแบบโปรแกรมตามบริบทพื้นที่

ผลการสังเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์เชิงเนื้อหาของบทความทั้ง 229 ฉบับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดำเนินงานสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. รูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation Model)

พบในงานวิจัย 89 ฉบับ (38.9%) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยชุมชนมีบทบาทตั้งแต่การวางแผนจนถึงดำเนินงาน ผ่านเวทีประชาคมหรือกลไกในพื้นที่¹¹ กิจกรรมที่ใช้อยู่ ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง การอบรมแกนนำ และการร่วมออกแบบโปรแกรมสุขภาพกับภาคีท้องถิ่น¹² แนวทางนี้ช่วยสร้างความเป็นเจ้าของและลดภาระหน่วยบริการ พร้อมเสริมศักยภาพชุมชนในการดูแลตนเอง⁴ และยังสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมและการบูรณาการภาคส่วนต่าง ๆ¹³

2. รูปแบบที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral Change Intervention)

พบในงานวิจัย 76 ฉบับ (33.2%) แนวทางนี้มุ่งส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การกิน การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ ด้วยกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมตั้งเป้าหมาย เรียนรู้แบบกลุ่ม หรือใช้เทคโนโลยี

ติดตามพฤติกรรม เช่น แอปพลิเคชันหรือสมุดสุขภาพ^{6,7} รูปแบบต่าง ๆ มักปรับให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุ หรือวัยทำงาน⁵ ผลการดำเนินงานชี้ว่าช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและปรับตัวชีวิตทางชีวภาพได้ดี⁸

3. รูปแบบที่พัฒนาศักยภาพและบทบาท อสม./ครอบครัว (Empowerment Model)

พบในงานวิจัย 44 ฉบับ (19.2%) แนวทางนี้เน้นเสริมศักยภาพ อสม. ให้สามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ให้คำแนะนำ และเชื่อมโยงกับหน่วยบริการ⁸ พร้อมส่งเสริมบทบาทครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงสุขภาพด้วยกิจกรรมที่เน้นความรู้ แรงจูงใจ และการสนับสนุนด้านจิตใจ⁵ รวมถึงการใช้เครื่องมือ เช่น คู่มือ เครื่องวัดความดัน และแบบประเมินความเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.⁹

4. รูปแบบที่เชื่อมโยงกับระบบบริการและนโยบายท้องถิ่น (Service System Model)

พบในงานวิจัย 20 ฉบับ (8.7%) แนวทางนี้บูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ อปท. กปท. และภาคประชาชน เพื่อเสริมระบบดูแลโรค NCDs อย่างต่อเนื่อง¹ โดยใช้ข้อมูลสุขภาพ เช่น แฟ้ม HDC และแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับเวทีประชาคมและ พชอ. ในการขับเคลื่อน⁴ สนับสนุนด้วยงบ อปท. และการมีพนักงานสุขภาพชุมชน ศูนย์เรียนรู้ และกิจกรรมในโรงเรียน¹² ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการดูแลแบบยั่งยืน และยึดพื้นที่เป็นฐาน¹³

ตารางเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

รูปแบบการดำเนินงาน	ลักษณะสำคัญ	กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผลลัพธ์เด่น	จำนวนการศึกษา
1. การมีส่วนร่วมของชุมชน	ใช้เวทีชุมชน เครือข่าย อปท./ศาสนสถานร่วมดำเนินการ	ชาวบ้าน/กลุ่มเสี่ยงในชุมชน	สร้างความร่วมมือและการยอมรับจากชุมชน	89 ฉบับ (38.9%)
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	จัดโปรแกรมสุขภาพเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น อาหาร/ออกกำลังกาย	ประชาชนทั่วไป/กลุ่มเสี่ยง	พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่น ลด BMI/HbA1c	76 ฉบับ (33.2%)
3. การพัฒนาบทบาท อสม./ครอบครัว	เสริมศักยภาพ อสม. และครอบครัวผ่านการอบรม/การสนับสนุนเชิงระบบ	อสม., ครอบครัวผู้ป่วย	เพิ่มการดูแลตนเองและการติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ	44 ฉบับ (19.2%)
4. การเชื่อมโยงกับระบบบริการ/นโยบาย	บูรณาการ รพ.สต./อปท./กปท. ในการติดตามผู้ป่วยและจัดทำแผนสุขภาพตำบล	หน่วยบริการสุขภาพ, อปท., สสอ.	เกิดระบบติดตามและสนับสนุนสุขภาพอย่างยั่งยืนในพื้นที่	20 ฉบับ (8.7%)

การอภิปรายผล

การสังเคราะห์บทความตลอด 20 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นแนวทางการดำเนินงานด้าน NCDs ในชุมชนไทยที่หลากหลายและสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 4 รูปแบบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษาที่ตั้งไว้ และแสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการของการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในประเทศไทย

จุดแข็งและข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมีจุดแข็งในการสร้างความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืน แต่มีข้อจำกัดในเรื่องความเข้าใจในการได้ผลและความยากในการประสานงาน รูปแบบการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ผลชัดเจนในตัวชีวิตชีวภาพระยะสั้น แต่อาจมีปัญหาเรื่องความยั่งยืนของพฤติกรรม รูปแบบการพัฒนา อสม. และครอบครัวช่วยเสริมระบบสุขภาพปฐมภูมิและมีต้นทุนต่ำ แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพและความมุ่งมั่นของ อสม. และสุดท้าย รูปแบบการเชื่อมโยงเชิงระบบทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและขยายผลได้ แต่ต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและมีความซับซ้อนในการบริหารจัดการ

การเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น

เมื่อเปรียบเทียบกับงานทบทวนวรรณกรรมระดับนานาชาติ พบว่ารูปแบบการดำเนินงานในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับแนวทางใน Community-Based Participatory Research (CBPR) และ Community Health Worker Programs ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล¹⁴ อย่างไรก็ตาม บริบทของประเทศไทยมีความเฉพาะ โดยเฉพาะการมีระบบอสม. ที่เข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สามารถต่อยอดได้

โดยรวม แนวทางทั้ง 4 รูปแบบนี้สะท้อนการพัฒนาจากควบคุมโรค NCDs ที่สอดคล้องกับหลัก Primary Health Care และ Health in All Policies และควรมีการสนับสนุนกลไกติดตามผล การบูรณาการข้อมูล และการเสริมศักยภาพภาคีในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การใช้เฉพาะฐานข้อมูลภาษาไทยอาจทำให้พลาดงานวิจัยภาษาอังกฤษที่ดำเนินการในประเทศไทย การประเมินคุณภาพบทความด้วยเกณฑ์ที่ออกแบบเฉพาะอาจมีความลำเอียงและความหลากหลายของรูปแบบการวิจัยทำให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์มีข้อจำกัด นอกจากนี้ บทความบางฉบับอาจมีคุณภาพในการรายงานที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลต่อการสังเคราะห์ผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการสังเคราะห์ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรม ดังนี้

1. **พัฒนาชุดคู่มือมาตรฐานสำหรับแต่ละรูปแบบ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนาคู่มือการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานสำหรับรูปแบบ Empowerment Model เนื่องจากแสดงประสิทธิภาพดีในพื้นที่ภาคเหนือและภาคอีสาน โดยเฉพาะในการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้สามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ
2. **จัดตั้งระบบข้อมูลสุขภาพแบบบูรณาการ** กรมควบคุมโรคควรพัฒนาระบบ Digital Health Platform ที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.สต. อปท. และระบบ HDC เพื่อให้การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามแนวทาง Service System Model
3. **จัดสรรงบประมาณเฉพาะทาง** อปท. ควรจัดสรรงบประมาณ สำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCDs โดยอาจใช้หลักฐานจากการศึกษานี้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรม

บทสรุป

การศึกษานี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมภาษาไทยอย่างเป็นระบบในช่วงปี พ.ศ. 2548–2567 เพื่อสังเคราะห์แนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทชุมชนของประเทศไทย ผลการวิเคราะห์บทความจำนวน 229 ฉบับ พบว่ารูปแบบการดำเนินงานสามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่ รูปแบบ

ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของ อสม. และครอบครัว และการเชื่อมโยงกับระบบบริการและนโยบายท้องถิ่น

การจัดกลุ่มรูปแบบดังกล่าวช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายเชิงแนวคิด กลยุทธ์ และกลไกการดำเนินงานที่มีอยู่ในประเทศไทย ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขสมัยใหม่ที่เน้น "สุขภาพในทุกนโยบาย" (Health in All Policies) และการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืน

ผลการทบทวนนี้จึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงวิชาการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีหลักฐานรองรับ และในเชิงนโยบาย เพื่อกำหนดทิศทางการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค NCDs ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และความต้องการของประชาชนในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “การศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในชุมชนและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน” ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่ผู้วิจัยขอขอบคุณกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำหรับการสนับสนุนทั้งทางวิชาการและทรัพยากรในการดำเนินการศึกษา ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะอันมีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563. เข้าถึงได้จาก: https://ihp.pthaigov.net/wp-content/uploads/2021/01/NCD_report2020_final_221263.pdf
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO; 2018. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
3. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
4. สมเกียรติ ทองเล็ก, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, จำเนียร สุวรรณชาติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):964–973. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269941>
5. เอกวุฒิ แดงดารา, วราภรณ์ โชติชีวะเกษม, ประไพ พรโสดงค์, พชรินทร์ สิริสุนทร, วัชรพล พุทธรักษา. การจัดการระบบสุขภาพต่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ: กรณีศึกษา อำเภอโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร. สักทอง: วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2563;26(3):143–158. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/260593>
6. ไพรวลัย โคตรตะ, อมรรัตน์ นระสนธิ์, อรุณา แก้วเกิด. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):1–15. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/258472>

7. มณฑิชา รักศิลป์, สมรัก ครองยุทธ, ทศฯ ชัยวรรณวรรต, สรวิชัย เหล่าตรุณ. ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อความรู้ และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2567;4(3):22–35. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/266332>
8. ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร พรหมหิตา, ชญานิษฐ์ อุบลโต. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2567;25(1):111–121. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/268410>
9. สุชาดา สนวนุ่ม, วิภาพร สิทธิสาตร์, ธิตีรัตน์ ราศิริ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(1):29–41. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/263749>
10. เชิดชาย งามหอม. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอกู่ฝ่น จังหวัดอุดรธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2566;12(2):67–81. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hsudru/article/view/269506>
11. พัฒนา เศรษฐราชวานิช, เสน่ห์ คล้ายบัว, นิชมน หล้ารอด, วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ. การเสริมพลังผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2568];13(2):226–42. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/249756>
12. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, สมชาย วิริยะกุล, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังโดยชุมชน: กรณีศึกษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2562;15(1):25–38. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/179871>
13. สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์, วรณศิริ ประจันโน. รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล [อินเทอร์เน็ต]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2568];30(1):61–73. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/167752>
14. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annu Rev Public Health. 1998;19:173-202. doi:10.1146/annurev.publhealth.19.1.173

Received: 3 Jun.2025, Revised: 19 Jun.2025

Accepted: 23 Jun.2025

บทความวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยความร่วมมือของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานีจุฑาทิพย์ หิตแก้ว^{1*}, เหมิกา สมบัติโยธา², สุมัทนา กลางคร³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 108 คน และผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ 25 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Samples t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุเฉลี่ย 64.09 ปี (SD = 9.76) มีระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ย 7 ปี (SD = 5.35) โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 54.60) การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.63 ± 1.04) และหลังดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 ± 0.83 แสดงถึงการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการดำเนินงาน

ระบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ระบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิด “NAMUANG MODEL” (แนวคิด 7 ด้าน) ได้แก่ การดูแลโรค NCDs แบบบูรณาการ ความร่วมมือกับชุมชน การจัดการทรัพยากร การเสริมพลังผู้ดูแล การปรับบริการให้เหมาะสม การเชื่อมโยงเครือข่ายเทคโนโลยี และธรรมาภิบาล ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ,การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ,การมีส่วนร่วม

1*นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3 รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail: pla040040@gmail.com

Original Article

Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District ,Surat Thani Province

Chuthathip Hitkaro^{1*} Kemika Sombuteyotha² Sumattana Glangkam³

Abstract

This participatory action research aimed to develop a care system for patients with uncontrolled hypertension through family and community involvement in Namuang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province. The study population was divided into two groups: 108 patients with uncontrolled hypertension and 25 healthcare service organizers. Quantitative data were collected using structured questionnaires, while qualitative data were obtained through semi-structured interviews and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most patients were female (69.40%) with a mean age of 64.09 years (SD = 9.76). The average duration of illness was 7 years (SD = 5.35), and the main caregivers were children or grandchildren (54.60%). Family and community participation in the care of patients with hypertension was at a moderate level before the intervention (mean = 3.63 ± 1.04) and increased to a high level after the intervention (mean = 4.31 ± 0.83), indicating a significant improvement in participation.

The developed system, based on the “NAMUANG MODEL” (a seven-component approach), included integrated NCD care, community collaboration, resource management, caregiver empowerment, service adaptation, technological networking, and good governance. The analysis showed that the average blood pressure significantly decreased after implementing the system ($p < 0.001$), demonstrating its effectiveness in providing sustainable chronic disease care within the community.

Keywords: Participatory action research, system development, hypertension, participation

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Assistant Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Associate Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail : pla040040@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก โดยไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงชัดเจน จึงมักถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” (Silent Killer) ¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2021 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้เกือบ 1.3 พันล้านคน ในกลุ่มอายุ 30–79 ปี และมักไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ โดยโรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต โรคดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ²

ในประเทศไทยแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจในปี 2562–2565 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 12 ล้านคน โดยร้อยละ 45 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยหรือไม่ตระหนักเนื่องจากไม่มีอาการชัดเจน และไม่มั่นใจในความถูกต้องของการวัดความดัน ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วแต่ยังมีความดัน $\geq 140/90$ มม.ปรอท โดยข้อมูลจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2562–2566 พบอัตราผู้ป่วยควบคุมไม่ได้อยู่ระหว่างร้อยละ 44.01–58.34³ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ และการเสียชีวิต

จากข้อมูลทางสถิติของจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงเป็น อันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โดยผลการคัดกรองในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.73 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 13.92 ในปี 2565 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.55 ในปี 2566 จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 124,173 ราย ผลลัพธ์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2566 พบว่ามีเพียงร้อยละ 62.08 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ใช้อาเภอกาสมุขพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนจำนวนทั้งสิ้น 7,476 ราย โดยมีผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 56.88 ขณะที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 648 ราย มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 325 ราย ร้อยละ 50.15³ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ซึ่งพัฒนาโดย Wagner และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 1998 มาปรับใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550⁴ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ 2) การออกแบบบริการ 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 5) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 6) การมีส่วนร่วมของชุมชนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จึงถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน โดยมุ่งหวังให้เกิดความต่อเนื่อง บูรณาการ และความยั่งยืนในการดูแลรักษา

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน เนื่องจากครอบครัวคือกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทานยา การออกกำลังกาย และการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ หากครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เหมาะสม ก็สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน ชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิก็สามารถมีบทบาทร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในพื้นที่ และเป็นการเพิ่มพลังให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการให้บริการดูแลรักษา ส่งเสริม และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น และเป็นการยกระดับระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระดับชุมชน

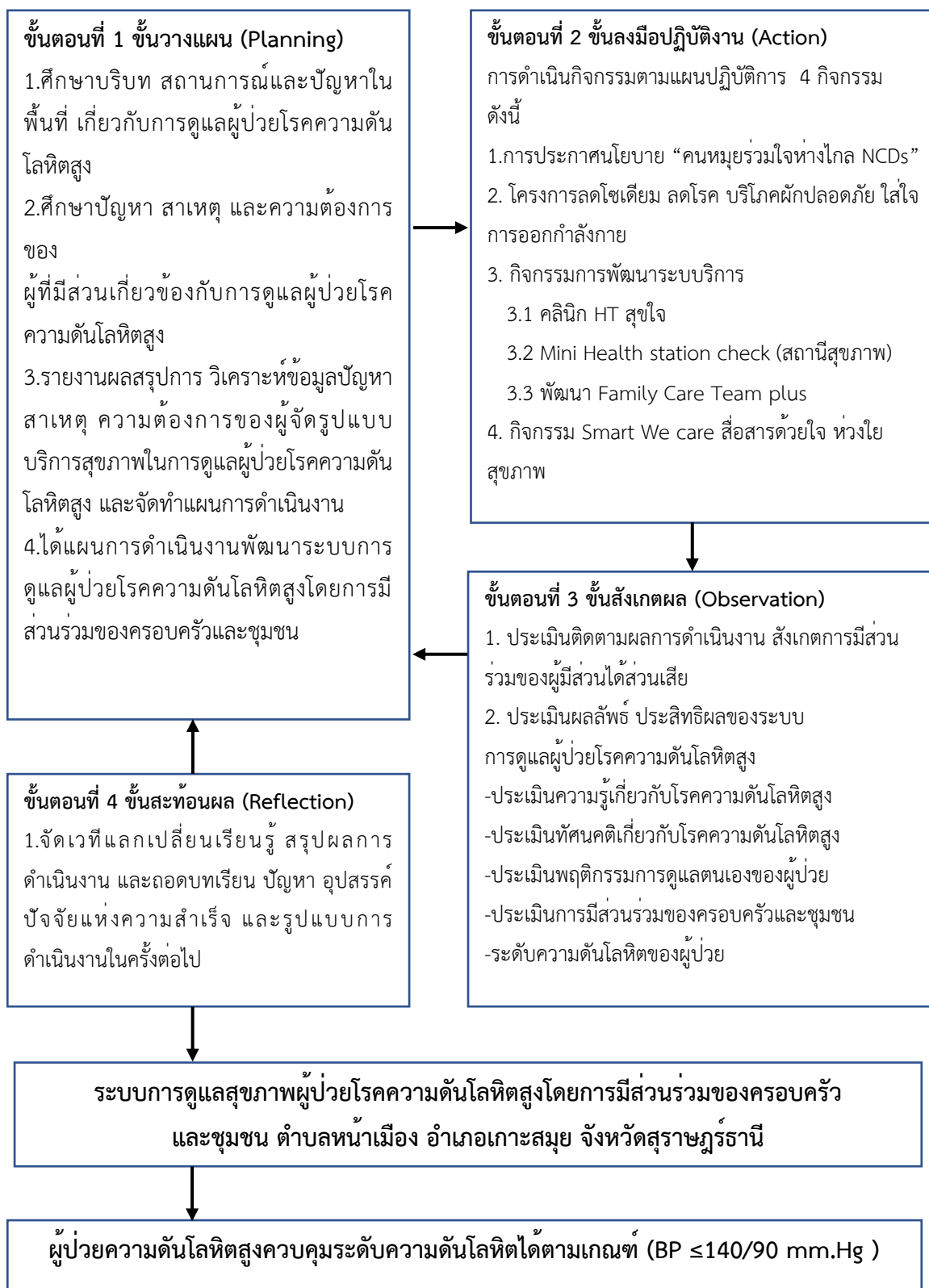
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) เป็นกรอบในการดำเนินการหลัก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติ (3) การสังเกต และ (4) การสะท้อนผล โดยมีการบูรณาการหลักของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ซึ่งพัฒนาโดย Wagner และคณะ ในการออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 108 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 30 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง รักษาด้วยการรับประทานยาและไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) 3) ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4) สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษาวิจัย 3) ไม่ยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการ หรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ

2.ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 ผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ 25 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่รพ.สต.หน้าเมือง 3 คน เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน อสม. 5 คน ญาติผู้ป่วย 10 คน และผู้นำชุมชน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก 1) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ปี 2) สื่อสารรับรู้รับฟังด้วยคำพูดและเสียงปกติ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม 4) ไม่มีสภาพความพิการหรือทุพพลภาพ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ลาออกหรือโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน 3) ไม่ยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วารสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ครอบครัวและญาติผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องพิจารณาและปรับปรุง

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ จำนวน 2 ชุด

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบถูก-ผิด โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ($\geq 80\%$), ระดับปานกลาง ($60-79\%$) และระดับต่ำ ($< 60\%$)⁵ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)⁶ ได้แก่ ทัศนคติระดับมาก (3.68–5.00), ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับน้อย (1.00–2.33) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าความถี่ 5 ระดับ วิเคราะห์ผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)⁶เช่นกัน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)⁶ ส่วนที่ 6 คำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้จัดการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสอบถามเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแล จำนวน 3 ท่าน ร่วมประเมินความสอดคล้องของข้อคำถาม หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ รพ.สต.ลิปะน้อย อำเภอเกาะสมุย จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับ รพ.สต.หน้าเมือง และมีลักษณะกลุ่มเป้าหมายใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วนดังนี้ แบบสอบถามความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามทัศนคติเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ขั้นวางแผน (Planning) ใช้ระยะเวลาวิจัย 1 เดือน 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งข้อมูลของ รพ.สต.หน้าเมือง สสอ.เกาะสมุย และ สสจ.สุราษฎร์ธานี 2) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนาระบบ โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 108 ราย ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดการบริการสุขภาพในพื้นที่ 3) จัดประชุมกลุ่มสนทนาเพื่อรายงานผล วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ โดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ Wagner และคณะ (1998) เป็นกรอบวิเคราะห์ 4) มีการจัดทำแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ เพื่อร่วมขับเคลื่อนแผนงานและกิจกรรมในชุมชน

ระยะที่ 2: ขั้นปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมประกาศนโยบาย “คนหมุ่ยร่วมใจห่างไกล NCDs” เพื่อสร้างการรับรู้และจุดประกายความร่วมมือในระดับชุมชน 2) โครงการลดโซเดียม ลดโรคบริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล 3) พัฒนาระบบบริการ ได้แก่ ให้บริการคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เดือนละ 2 ครั้ง (คลินิก HT สุขใจ),การจัดตั้ง Mini Health Station Check จำนวน 5 แห่ง,พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus 4) กิจกรรม Smart We Care มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ เชื่อมโยงด้วยเทคโนโลยี เช่น LINE OA, Google Forms และระบบเตือนนัด

ระยะที่ 3: ขั้นการสังเกตผล (Observation) ใช้ระยะเวลาวิจัย 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) โดยการสังเกตแบบไม่เป็นทางการ โดยมีผู้ร่วมติดตามและร่วมสังเกตการณ์ จำนวน 3 ท่าน ก่อนดำเนินการ ระหว่าง และหลังดำเนินการ ตามแผนพัฒนาระบบเพื่อประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาพร้อมรวบรวมผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 4: ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ใช้ระยะเวลาวิจัย 2 สัปดาห์ (มกราคม 2568)

- 1) จัดประชุมสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน
- 2) ประชุมถอดบทเรียนด้วยวิธีการประชุมกลุ่ม Focus Group ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อสะท้อนข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในฐานข้อมูล HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565-31 กรกฎาคม 2567 และแบบสอบถามผู้ป่วย 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured guide)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา ภายใต้เลขที่การรับรองจริยธรรม 563-479/2567 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1: ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการพัฒนาระบบ โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพและการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการสุขภาพ 25 คน และมีการสนทนากลุ่มกับบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแทนผู้จัดบริการสุขภาพ 10 คน โดยใช้กรอบแนวคิด “ตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง” ซึ่งพัฒนาโดย Wagner และคณะ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ พบประเด็นสำคัญ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน: ตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดความชัดเจนในการถ่ายทอดนโยบาย 2) การจัดระบบองค์กรสุขภาพ: ขาดการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง: ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และบทบาทในการดูแลตนเองต่ำ 4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ: คลินิกโรคเรื้อรังเปิดบริการน้อย ไม่มีทีมสหสาขาและบริการเชิงรุก 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ: ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ 6) ระบบข้อมูลสุขภาพ: ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน และการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ จากผลการสนทนากลุ่ม นำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับตำบลกำหนดแผนพัฒนาระบบฯ 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประกาศนโยบาย “คนหมยร่วมใจห่างไกล NCDs 2) โครงการลดโซเดียม บริโภคผักปลอดภัย และส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) การพัฒนาระบบบริการ เช่น คลินิก HT สุขใจ, Mini Health Station Check, และ Family Care Team Plus 4) กิจกรรม Smart We Care เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2: ขั้นปฏิบัติการ (Action) การดำเนินงานในระยะนี้เป็นการนำแผนที่ได้จากระยะที่ 1 มาปฏิบัติจริงผ่าน 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) การประกาศนโยบาย “คนหมยร่วมใจห่างไกล NCDs” จัดขึ้นในวันที่ 3 ตุลาคม 2567 โดยนายอำเภอเกาะสมุยเป็นประธานเปิดงาน ผู้เข้าร่วม ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน, อสม., เจ้าหน้าที่ รพ.เกาะสมุย, รพ.สต. และ อปท. ผลที่ได้พบว่าช่วยให้ทุกฝ่ายมีเป้าหมายร่วมกัน สร้างความมั่นใจในระบบการทำงาน และขับเคลื่อนงานสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม 2) โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 3 รุ่น ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน (พฤศจิกายน 2567-ธันวาคม 2567) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

และผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การใช้เครื่องวัดความดัน ผลที่ได้พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะมากขึ้น มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน ผู้ป่วยเริ่มปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น 3) พัฒนาระบบบริการ ประกอบด้วย 3.1) คลินิก HT สุขใจ ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) คลินิกเปิดให้บริการเดือนละ 2 ครั้ง (ศุกร์สัปดาห์ที่ 3 และ 4) มีระบบจองคิวออนไลน์ ให้คำปรึกษาระหว่างรอพบแพทย์ มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลกลุ่มเสี่ยง มีคู่มือช่วยการตัดสินใจ 3.2) Mini Health Station Check (สถานีสุขภาพ) ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) มีการจัดตั้งสถานีบริการสุขภาพ 5 แห่ง (5 หมู่บ้าน) บริการใกล้บ้าน มีชุมชน อสม. และ Care giver ดูแลสถานีสุขภาพ 3.3) พัฒนา Family Care Team Plus จัดอบรมทีมเยี่ยมบ้านและเครือข่ายผู้ดูแล ได้แก่ อสม. 120 คน และคณะกรรมการชุมชน 34 คน ให้มีความรู้และทักษะดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยจัดกิจกรรมในเดือนตุลาคม 2567 4) Smart We Care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปักหมุดบ้านผู้ป่วย 2) ระบบเตือนการกินยาผ่าน LINE OA หรือผ่านผู้ดูแล 3) กลุ่มไลน์ “ความดันดี” เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมดูแล 4) ปรับปรุงระบบข้อมูลผู้ป่วยให้ทันสมัย ถูกต้อง และครบถ้วนมากขึ้น

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation)

ในขณะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณจากการดำเนินงาน และนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน เป็นใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี (ร้อยละ 35.19) มีอายุเฉลี่ย 64.09 ปี อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.48) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.41) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.89) มีรายได้เฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 67.60) ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 54.60) โดยมีระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 7 ปี

3.1.ระดับความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ก่อนและหลังดำเนินการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการ (13.12 ± 1.45) สูงวก่อนดำเนินการ (8.62 ± 1.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังดำเนินการ (n=108)

ระดับความรู้	n	Mean	S.D	Min	Max	df	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	108	8.62	1.23	5.00	11.00	107	26.297	<0.001
หลังดำเนินการ	108	13.12	1.45	12.00	15.00			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3.1.2 ทักษะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาทักษะของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.10 ± 1.02) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.46 ± 0.63 แสดงถึงทักษะที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินงาน ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=108)

ทัศนคติ	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	Mean	S.D.	ระดับทัศนคติ	Mean	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.08	0.99	ปานกลาง	3.49	0.60	ปานกลาง
2. ด้านการรับประทานยา	3.38	0.90	ปานกลาง	3.57	0.65	ปานกลาง
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.67	1.16	ปานกลาง	3.07	0.77	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.26	1.01	ปานกลาง	3.70	0.49	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.10	1.02	ปานกลาง	3.46	0.63	ปานกลาง

3.1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.21 ± 0.82) และหลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.55 ± 0.86 แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นหลังการดำเนินงาน ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=108)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม	Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.73	ปานกลาง	3.46	0.91	ปานกลาง
2. ด้านการรับประทานยา	3.34	0.91	ปานกลาง	3.68	0.75	มาก
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.91	0.85	ปานกลาง	3.32	0.97	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.45	0.77	ปานกลาง	3.74	0.81	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.21	0.82	ปานกลาง	3.55	0.86	ปานกลาง

3.1.4 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.63 ± 1.04) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 ± 0.83 แสดงถึงการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการดำเนินงาน ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 การศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=108)

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและ ชุมชน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวหรือจากการเจ็บป่วย	3.84	0.81	มาก	4.60	0.64	มาก
2. สมาชิกในครอบครัวมีการชักชวนให้ออกกำลังกาย	3.15	1.13	ปานกลาง	3.76	1.05	มาก
3. สมาชิกในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อระดับความดันโลหิตท่านลดลง	3.45	0.94	ปานกลาง	4.40	0.71	มาก
4. สมาชิกในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือน เมื่อท่านมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม	3.32	1.26	ปานกลาง	4.21	1.09	มาก
5. สมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่ลดเค็ม ลดโซเดียม	3.14	1.11	ปานกลาง	3.81	1.07	มาก
6. ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวในการไปพบแพทย์/รับการตรวจตามนัด	3.38	0.98	ปานกลาง	4.37	0.67	มาก
7. ได้รับคำแนะนำจากอสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิต	4.32	0.92	มาก	4.71	0.59	มาก
8. ได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. อย่างสม่ำเสมอ	4.29	0.88	มาก	4.69	0.61	มาก
9. รพ.สต./เทศบาลมีกิจกรรมที่สนับสนุนให้ท่านมีการปรับพฤติกรรมและลดความดันโลหิตได้	4.23	1.03	มาก	4.43	0.91	มาก
10. ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับการตรวจสุขภาพหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน	3.18	1.27	ปานกลาง	4.10	0.99	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.63	1.04	ปานกลาง	4.31	0.83	มาก

3.1.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่า หลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงจาก 156.24 เป็น 126.52 mmHg และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลงจาก 97.53 เป็น 75.15 mmHg โดยทั้งสองค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ (n=108)

ความดันโลหิต	n	Mean	S.D	Min	Max	df	t	p-value
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว								
ก่อนดำเนินการ	108	156.24	9.52	140.00	179.00	107	9.822	<0.001*
หลังดำเนินการ	108	126.52	8.75	121.63	130.82			
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว								
ก่อนดำเนินการ	108	97.53	7.18	90.00	102.00	107	10.325	<0.001*
หลังดำเนินการ	108	75.15	8.21	70.00	78.00			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ระยะ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนผ่านกระบวนการ AAR (After Action Review) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ 1) นโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) ภาควิชาที่เข้มแข็ง 3) การเสริมสร้างทักษะและความรู้ 4) การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 6) การปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับพื้นที่ 7) ความโปร่งใสและการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนมีโอกาสร่วมวางแผน ตัดสินใจ และประเมินผลร่วมกันอย่างเปิดเผย สามารถสรุปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนภายใต้ NAMUANG Model เป็นแนวคิดที่สะท้อนบริบทเฉพาะของพื้นที่ตำบลหน้าเมือง อันประกอบด้วยกระบวนการที่บูรณาการทั้งภาคนโยบาย ชุมชน และเทคโนโลยีเข้าด้วยกัน เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ภายใต้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน การประกาศนโยบาย “คนหมยร่วมใจ ห่วงไกล NCDs” ส่งผลต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁸ (จากคะแนนเฉลี่ย 3.63 เป็น 4.31, $p < 0.001$) สอดคล้องกับสุรรัตน์ เพ็ชรรัตน์⁹ และอารีรัตน์ วงศ์ทอง¹⁰ ที่ระบุว่าการออกแบบร่วมกับชุมชนส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับศิริพร ศรีสุวรรณ¹¹ ระบุว่า การประกาศนโยบายระดับพื้นที่ที่ไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอจะกลายเป็นเพียงกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างแท้จริงและ Shediad-Rizkallah & Bone¹² พบว่าความล้มเหลวของหลายโครงการในชุมชนที่เริ่มต้นจากนโยบายส่วนกลางโดยไม่มีการประเมินบริบทท้องถิ่น เกิดความไม่สอดคล้องระหว่างแนวทางกับปัญหาจริง ในกรณีของ NAMUANG Model ได้มีการประกาศนโยบาย “คนหมยร่วมใจ ห่วงไกล NCDs” เป็นนโยบายที่รับมาจากส่วนกลางแต่

ประเมิน “บริบทของพื้นที่” มีการออกนโยบายจากการประชุมร่วมกับชุมชน ทำให้เกิด “ความรู้สึกร่วม” และ “ความเป็นเจ้าของ” ของนโยบาย ซึ่งเป็นหัวใจของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน มีการดำเนินการตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง โครงการมีแผนการติดตามประเมินผล มีคณะกรรมการในพื้นที่ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จับต้องได้ เช่น โครงการลดโซเดียมฯ, การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น มีการสื่อสารเชิงบวกและเข้าใจง่าย เช่น การใช้คำว่า “คนหมู่วางใจ” ทำให้ประชาชนรู้สึกมีส่วนร่วม แตกต่างจากการใช้ภาษาทางการหรือภาษาราชการที่ชุมชนอาจไม่รู้สึกรู้สึกระหว่านโยบายที่ริเริ่มจากส่วนกลาง โดยไม่ได้ประเมิน

องค์ประกอบที่ 2 การจัดระบบองค์กรสุขภาพ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการกระจายอำนาจและสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Laverack & Labonte¹³ ัญญา หงส์ทอง¹⁴ และ วรรณภา แสงเดือน¹⁵ ระบุว่า การแบ่งคณะทำงานในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยสร้างความรับผิดชอบร่วมและส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของในงานสุขภาพทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ไม่สอดคล้องกับ Wallerstein & Duran¹⁶ และประยูร ใจตรง¹⁷ ซึ่งว่าการตั้งคณะทำงานในชุมชนโดยไม่มีการเสริมพลังอย่างต่อเนื่องและไม่มีการประชุมสะท้อนผล จะไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ หากไม่มีการกำกับดูแลและสนับสนุนอย่างเพียงพอ ในกรณีของ NAMUANG Model ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ไม่ได้เป็นเพียง “แต่งตั้งตามคำสั่ง” แต่มีการคัดเลือกจากตัวแทนชุมชน อสม. และหน่วยงานท้องถิ่น ทำให้เกิด “ความรู้สึกเป็นเจ้าของ” (Ownership) และ “ความรับผิดชอบร่วม” (Shared Responsibility) โดยโครงสร้างคณะกรรมการไม่ผูกติดกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นการรวมตัวของภาคีหลายภาคส่วนที่มีหน้าที่ตามบทบาทจริง คณะกรรมการได้รับการอบรม เสริมศักยภาพ มีการประชุมวางแผนและประเมินผลร่วมกันอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง จึงไม่ใช่คณะกรรมการที่ทำงานเฉพาะกิจ แต่กลายเป็นกลไกถาวรของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบยั่งยืน

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยการจัดโครงการ “ลดโซเดียม ลดโรค” ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ พบว่าคะแนนความรู้เพิ่มจาก 8.62 เป็น 13.12, พฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นจาก 3.21 เป็น 3.55, และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (SBP จาก 156.24 เป็น 126.52 mmHg; DBP จาก 97.53 เป็น 75.15 mmHg, $p < 0.001$) สอดคล้องกับ ธนพร ชุ่มเชื้อ¹⁸, Lorig et al.¹⁹, และ สุคนธ์ทิพย์ เจริญพร²⁰ ที่เน้นความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว แต่ไม่สอดคล้องกับ จิตติพร วงษ์พานิช²¹ และ Clark et al.²² ที่เสนอว่าการอบรมระยะสั้นหรืองานระยะยาวโดยไม่มีการปรับรูปแบบอาจได้ผลไม่ยั่งยืน ในกรณีของ NAMUANG Model ได้จัดทำโครงการ “ลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย” ไม่ได้จำกัดอยู่แค่กิจกรรมเดี่ยวหรืออบรมสั้นๆ แต่มีการให้ความรู้แบบต่อเนื่อง มีสื่อที่หลากหลาย เช่น คลิปวิดีโอ การทำอาหารร่วมกับครอบครัวโดยใช้วัตถุดิบท้องถิ่นในการประกอบอาหาร ลดการใช้เครื่องปรุงรสสำเร็จรูป กิจกรรมเน้น “การเสริมพลังให้คนดูแลสุขภาพด้วยตนเองในบริบทของตนเอง” และการติดตามผลรายเดือนอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง

องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบระบบบริการสุขภาพ

การออกแบบระบบบริการที่ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง เปรียบเสมือนการปรับ “รองเท้า” ให้พอดีกับ “เท้าของคนที่ใช้” ช่วยลดอุปสรรค เพิ่มความถี่ในการติดตาม และสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มยุทธศาสตร์ ได้แก่

4.1 คลินิก HT สุขใจ คลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เปรียบได้กับการจัด “เลนพิเศษ” สำหรับกลุ่มเฉพาะช่วยลดความแออัดและเพิ่มความสะดวก สอดคล้องกับผลของจากรูวรรณ บุญศล²³ และปาริชาติ กาญจนวงศ์²⁴

ที่ระบุว่าคลินิกเฉพาะทางช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดอัตราการขาดนัดไม่สอดคล้องกับสูตรทรา กาบอห์น²⁵ ซึ่งหากไม่มีระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุหรือกลุ่มชนบทอาจกลับกลายเป็นการสร้าง "กำแพงดิจิทัล" ที่ขวางกั้นการเข้าถึงบริการ

4.2 ทีม Family Care Team Plus เป็นทีมสหวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยในชุมชน เปรียบได้กับ “สายตรวจสุขภาพเคลื่อนที่” ที่เข้าถึงกลุ่มเปราะบางได้อย่างตรงจุด สอดคล้องกับวรรณภา ภูษจร²⁶ ที่พบว่า การดูแลเชิงรุกลดการป่วยซ้ำและควบคุมโรคได้ดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับจิตติมา โพธิ์ทอง²⁷ พบว่าหากขาดแรงจูงใจจากครอบครัว การดูแลก็อาจ “สะดุด” กลางทาง ดังนั้นการเสริมพลังทีมสุขภาพทั้งในด้านการสื่อสารและระบบติดตามที่ครอบคลุมจึงเป็นกุญแจสำคัญ

4.3 Mini Health Station Check สถานีตรวจสุขภาพใกล้บ้าน เปรียบเสมือน “ตลาดนัดสุขภาพ” ที่เข้าถึงง่าย โดยเฉพาะกลุ่มที่เดินทางลำบาก สอดคล้องกับวารุณี อ่อนละม้าย²⁸ และ Chien et al.²⁹ ที่พบว่าเพิ่มอัตราการตรวจสุขภาพได้จริง แต่หากขาดการประชาสัมพันธ์หรือไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มวัยทำงาน เช่น กรณีของนฤมล คำอ่อน³⁰ ก็เปรียบเสมือน “ตั้งร้านอยู่ในซอยลึก” ที่ไม่มีใครรู้จักการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการแม่ข่าย ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และเสริมบทบาท อสม. จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อดึงดูดและขยายการเข้าถึงอย่างยั่งยืน

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ร่วมกับสมุดคู่มือจิตความดันโลหิต ใบแนะนำการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา และเข้าใจโรคได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Boonyasai RT, Somboonwit C, et al.³¹ พบว่าการใช้แนวทางการดูแลแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยเน้นการตัดสินใจร่วมและการสื่อสารแบบสองทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเข้าใจโรรมากขึ้น และเกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามความสำเร็จยังขึ้นกับทักษะการสื่อสารของบุคลากร และข้อจำกัดด้านเวลา เช่นในรายงานของ Cabana et al.³² ที่เสนอให้ใช้สื่อทางเลือก เช่น วิดีโอหรือภาษาท้องถิ่นควบคู่ไปด้วย

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลสุขภาพ มีการใช้เทคโนโลยี เช่น LINE OA, Google Forms และระบบเตือนนัด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย สื่อสารข้อมูล และเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับ ภูษิตา โพธิ์ชัยและคณะ³³ พบว่า Line OA ช่วยลดการขาดนัดและเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามสุขภาพ และวรรณภา แก้วกุล³⁴ รายงานว่า Google Forms ช่วยให้ทีมสุขภาพวิเคราะห์และวางแผนดูแลเฉพาะรายได้ดีขึ้น ในทางตรงข้ามจิราภรณ์ สันะวัฒน์³⁵ และ Nguyen et al.³⁶ ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบท เช่น การเข้าถึงอุปกรณ์ ความไม่มั่นใจในเทคโนโลยี และปัญหาการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งอาจกระทบต่อความต่อเนื่องในการดูแล ในกรณีของ แนวคิด NAMUANG Model ได้มีการจัดการข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) การออกแบบเทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ใช้อุปกรณ์ที่ใช้งานง่าย เช่น หน้าจอใหญ่ ตัวอักษรชัดเจน ใช้นุ่มนวล ฟังก์ชันจำกัดเฉพาะสิ่งจำเป็น ได้แก่การวัดความดัน การนัดหมาย 2) กิจกรรมฝึกอบรม “แบบตัวต่อตัว” สำหรับผู้สูงอายุ 3) สนับสนุนให้มี “ผู้ช่วยด้านเทคโนโลยี” ได้แก่ อสม. ดิจิทัลในหมู่บ้าน

แม้การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จะมีแนวทางชัดเจนและกลยุทธ์เชิงระบบตามแนวคิด Chronic Care Model พบว่าปัจจัยเชิงบริบทในพื้นที่ยังมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของแนวคิด “NAMUANG Model” ดังนี้

1. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ตำบลหน้าเมืองเป็นพื้นที่ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนค่อนข้างดี เนื่องจากเป็นจุดท่องเที่ยวของเกาะสมุย ส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการสนับสนุนสุขภาพของสมาชิกในบ้าน ทั้งด้านโภชนาการ ยา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำยังคงมีในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว หรือผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำให้ต้องวางระบบช่วยเหลือเฉพาะกลุ่ม เช่น การจัดตั้ง Mini Health Station Check สถานีสุขภาพ และทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus

2. ปัจจัยทางสังคม ชุมชนหน้าเมืองมีโครงสร้างสังคมที่แน่นแฟ้น มี อสม. ที่ได้รับการยอมรับในชุมชน และมีความร่วมมือที่ดีระหว่าง รพ.สต. เทศบาล โรงเรียน วัด และคณะกรรมการชุมชน ซึ่งเอื้อต่อการดำเนินงานในลักษณะ "บูรณาการข้ามภาคส่วน" ผู้สูงอายุและผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อบุคลากรสุขภาพ ทำให้สามารถถ่ายทอดแนวทางสุขภาพหรือกระตุ้นการดูแลตนเองผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายได้โดยไม่เกิดการต่อต้าน บทบาทของครอบครัวในวัฒนธรรมไทยยังเด่นชัด โดยเฉพาะครอบครัวขยาย ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วยโดยสมาชิกในบ้านเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้จริง

3. ปัจจัยทางวัฒนธรรม คนในพื้นที่มีวิถีชีวิตแบบชุมชนดั้งเดิม คำนึงเกี่ยวกับการพบปะกันที่วัด โรงเรียน และสถานบริการสุขภาพ จึงสามารถใช้สถานที่เหล่านี้เป็นจุดศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น โครงการ "ลดโซเดียม ลดโรคบริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย" หรือการตั้งทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus ความเชื่อทางสุขภาพที่ยังผสมผสานความดั้งเดิม เช่น ความเชื่อในสมุนไพร การนวดแผนไทย ฯลฯ จึงต้องออกแบบแนวทางให้ยืดหยุ่นและเคารพวัฒนธรรมเดิม พร้อมเสริมด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์อย่างเหมาะสม

สรุปเชิงวิเคราะห์ ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เอื้อต่อการลงทุนด้านสุขภาพ, ความเข้มแข็งของโครงสร้างสังคมชุมชน, และวัฒนธรรมท้องถิ่นที่สนับสนุนการรวมกลุ่มและการดูแลซึ่งกันและกัน เป็น "พื้นดินที่เหมาะสม" ต่อการเติบโตของ "NAMUANG Model" ทั้งนี้ การดำเนินงานควรตระหนักถึงความเหลื่อมล้ำบางส่วน และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและยั่งยืนในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กิจกรรมที่ดำเนินการ อาจเพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากต้องใช้เวลา ทรัพยากร และความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนกำหนดเป้าหมายในระยะยาว และจัดทำวิสัยทัศน์ร่วมกันเพื่อให้การดำเนินงานมีทิศทางที่ชัดเจนและยั่งยืน

2. การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร เช่น บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และสนับสนุนจากหน่วยงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อขอบเขตและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน หากมีการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและต่อเนื่อง จะสามารถขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมมากขึ้นและเกิดประสิทธิผลที่ยั่งยืน

3. ความต่อเนื่องของการดำเนินงานยังขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากไม่มีการผลักดันเชิงนโยบายหรือบรรจุแผนการดำเนินงานไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นทางการ อาจทำให้โครงการขาดความยั่งยืนเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ดังนั้นควรมีการเชื่อมโยงผลการวิจัยกับนโยบายและแผนงานของหน่วยงานในพื้นที่เพื่อการต่อยอดในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการควรนำแนวทางที่ได้ไปบูรณาการในระบบบริการ โดยเน้นความร่วมมือกับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน

2) ควรจัดกิจกรรมอบรมและให้ความรู้แก่ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ควรประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อบรรจุแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้สามารถขยายผลและสร้างความต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืน

4) ควรพัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน เช่น Smart Na-Muang Health เพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพ ส่งข้อความเตือน ติดตามอาการผู้ป่วย และสนับสนุนการสื่อสารระหว่าง อสม.-ครอบครัว-หน่วยบริการ เลือกใช้เทคโนโลยีที่ง่ายต่อการเข้าถึงของผู้สูงอายุ เช่น Line OA, โทรศัพท์พื้นฐาน, หรือการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลร่วมกับ อสม. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชนหรือจิตอาสาด้านดิจิทัล เพื่อเป็นพี่เลี้ยงเทคโนโลยีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

2.1) มีการดำเนินการวิจัยในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

2.2) ศึกษาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการสอบ, ผู้ทรงคุณวุฒิ และ ผู้บริหาร หัวหน้าส่วนราชการ บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะสมุย ภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน และบิดา มารดา บุคลากรมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตลอดจนทุกท่านที่ได้ให้ความเมตตากรุณา ให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือให้ความร่วมมือมาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCD เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย. 2566]. เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/pub-lish/1035820201005073556.pdf>
2. รัตนา พึ่งเสมา. โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2565;15(1):40-9.
3. HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย. 2566]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
4. สำนักวิชาการทางการแพทย์ กรมการแพทย์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
5. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook I: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1971.
6. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
7. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011;2:53–55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
8. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย. รายงานการดำเนินงานนโยบาย"คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs".สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2565.
9. สุริรัตน์ เพ็ชรรัตน์. การพัฒนานโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชน ภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(1):45-56.

10. อารีรัตน์ วงศ์ทอง. บทบาทนโยบายสาธารณสุขต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(3):210-9.
11. ศิริพร ศรีสุวรรณ. นโยบายเชิงสัญลักษณ์: อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2561;16(2):87-96.
12. Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions. Health Educ Res. 1998;13(1):87-108.
13. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy Plan. 2000;15(3):255-62.
14. ธัญญา หงษ์ทอง. การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพ ชุมชน. 2565;28(1):33-42.
15. วรรณภา แสงเดือน. กระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2561;22(4):409-18.
16. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. Am J Public Health. 2010;100(S1):S40-S46.
17. ประยูร ใจตรง. ข้อจำกัดของคณะทำงานสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพัฒนาสังคม. 2559;18(2):115-24.
18. ธนพร ชุ่มเชื้อ. ผลของการอบรมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):58-69.
19. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001;39(11):1217-23.
20. สุนทรทิพย์ เจริญพร. ผลของโปรแกรมครอบครัวร่วมใจต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2562;13(2):34-45.
21. จิตติพร วงษ์พานิช. ประสิทธิภาพของการอบรมระยะสั้นต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2560;10(1):22-9.
22. Clark NM, Gong M, Kaciroti N. A model of self-regulation for control of chronic disease. Health Educ Behav. 2013;41(5):499-508.
23. จารุวรรณ บุญศล. ผลของการจัดระบบคลินิกโรคเรื้อรังแบบแยกวันบริการต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;14(2):112-21.
24. ปาริชาติ กาญจนวงศ์, ชลลดา บุญประกอบ, พรณี วัฒนวงศ์. การมีส่วนร่วมของ อสม. ต่อการลดอัตราการขาดนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อ. วารสารสุขภาพชุมชน. 2564;25(1):43-50.
25. สุพัตรา กาบอุ่น. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบออนไลน์. วารสารพัฒนาสังคม. 2562;21(2):65-74.
26. วรรณภา ภู่อจ. การจัดการสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโดยทีมสหวิชาชีพ. วารสารการพยาบาล. 2562;36(3):85-94.

27. จิตติมา โพธิ์ทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน. 2560;11(2):120–8.
28. วารุณี อ่อนละม้าย. นวัตกรรมหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2562;25(3):97–105.
29. Chien SJ, Liao CC, Chen YT, Hsu YJ, Lee HC. Effectiveness of community-based blood pressure screening stations. BMC Public Health. 2020;20:1334.
30. นฤมล คำอ่อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเมือง. วารสารการพัฒนาชุมชน. 2561;21(4):102–9.
31. Boonyasai RT, Somboonwit C, et al. Adopting a patient-centered approach in service delivery could improve the quality of care for hypertension patients in primary care in Thailand. BMC Prim Care. 2023;24(1):88.
32. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999;282(15):1458–65.
33. ภูษิตา โพธิ์ชัย, พัทธา จันทร์อ่อน, ศุภชัย ปทุมวรรณ. การใช้ Line OA ในการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(3):298–307.
34. วราภรณ์ แก้วกุล. การใช้ Google Forms เพื่อการวิเคราะห์และวางแผนสุขภาพเฉพาะรายในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ. วารสารพยาบาลชุมชน. 2564;32(1):56–64.
35. จิราภรณ์ สีนะวัฒนา. การเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท: ปัจจัยและข้อจำกัด. วารสารสังคมสงเคราะห์. 2561;29(2):87–95.
36. Nguyen MH, Gruber J, Marler W, Hargittai E. Internet use and well-being among older adults during the COVID-19 pandemic. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2019;74(3):e61–e70.

Received: 2 Jun. 2025, Revised: 19 Jun. 2025

Accepted: 28 Jul. 2025

บทความวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 หรือลองโควิด (Long COVID) จังหวัดร้อยเอ็ด

เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹ อลงกรณ์ สุขเรืองกุล^{2*} สุธาสินี วงคะหาต³

บทคัดย่อ

ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 หรือภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นอาการที่ยังหลงเหลืออยู่หรือเกิดขึ้นใหม่หลังจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 สามารถเกิดได้ทุกระบบของร่างกาย ซึ่งอาการอาจดีขึ้นและหายไปเอง แต่บางรายอาจแย่ลงหรือกลับมาเป็นซ้ำได้ วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในผู้ที่เคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 325 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า ความชุกของภาวะลองโควิด ร้อยละ 80 เพศหญิง มีโอกาสเป็นลองโควิดมากกว่าเพศชาย 2.19 เท่า (Adj.OR=2.19; 95% CI: 1.24 – 3.86; p-value = 0.007) และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเป็นลองโควิดมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว 3.14 เท่า (Adj.OR =3.14; 95% CI: 1.62 – 6.09; p-value=0.001) ภาวะลองโควิดส่วนใหญ่ที่พบ คือ หงุดหงิดง่าย ความจำสั้นและสมาธิแย่ลง เหนื่อยล้าง่ายภายหลังจากทำกิจกรรม ใจสั่น เจ็บหรือแน่นหน้าอก ไอ ความอยากอาหารลดลง หายใจลำบาก ปวดศีรษะ หูอื้อหรือสูญเสียการได้ยิน และผมร่วง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน แม้ในผู้ที่มีอาการเพียงเล็กน้อยก็ยังจำเป็นต้องป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับภาวะลองโควิดมีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เพศหญิงและผู้มีโรคประจำตัว ซึ่งควรได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ : ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19/ลองโควิด/ความชุก/ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
(Post – COVID 19 Condition)

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^{2*}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

³อาจารย์ คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

*Corresponding author: alongkorn_s@rmutt.ac.th

*Original Article***Prevalence and Associated Factors of Post-COVID-19 Condition
(Long COVID) in Roi Et Province****Petcherut Sirisuwan¹, Alongkorn Sukrueangkul^{2*}, Suthasinee Wangkahat³****Abstract**

Post-COVID-19 condition, or Long COVID, refers to persistent or newly emerging symptoms following infection with SARS-CoV-2, which may affect multiple organ systems. These symptoms may improve, worsen, or recur over time. The objective of this study was to investigate the prevalence and associated factors of Long COVID. Data were collected using a questionnaire from 325 individuals with a history of COVID-19 infection. Descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis were used to analyze the data. The prevalence of Long COVID was 80%. Female participants were 2.19 times more likely to experience Long COVID than males (Adjusted OR = 2.19; 95% CI: 1.24–3.86; $p = 0.007$), and individuals with underlying conditions were 3.14 times more likely to develop Long COVID than those without comorbidities (Adjusted OR = 3.14; 95% CI: 1.62–6.09; $p = 0.001$). The most commonly reported symptoms were irritable, memory, and concentration loss, post-exertional malaise, palpitation, chest pain or pressure, dry cough, loss of appetite, dyspnea, headache, tinnitus or hearing loss, and hair loss—all of which negatively impacted work performance and daily life activities. Preventive measures against COVID-19 infection remain essential, even for those with mild symptoms. Public education on Long COVID is crucial, particularly for high-risk groups such as women and individuals with pre-existing health conditions, who require close monitoring, surveillance, and appropriate health guidance.

Keywords: Post-COVID-19 condition / Long COVID / Prevalence / Associated factors¹Asst. Prof., Lecturer, Faculty of Liberal Arts and Science Roi Et Rajabhat University^{2*}Lecturer, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi³ Lecturer, Faculty of Business Administration and Accountancy, Roi Et Rajabhat University*Corresponding author: alongkorn_s@rmutt.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งพบผู้ติดเชื้อรายแรกปี พ.ศ. 2562 ในประเทศจีน และกลายเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดใหญ่ทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลกที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 614,385,693 ราย และเสียชีวิต จำนวน 6,522,600 ราย² ประเทศไทยมีการยืนยันการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในปี พ.ศ. 2563 และมีการระบาดต่อเนื่องมาเป็นระยะ พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 1,574,612 ราย และเสียชีวิตจำนวน 16,633 ราย สาเหตุการติดเชื้อมาจากการสัมผัสเชื้อโรคโดยตรงจากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว เด็ก และผู้สูงอายุ³ ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตมาจากกลุ่มอาการอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction syndrome: MODS) และภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบอย่างรุนแรง (severe inflammatory response) โดยเฉพาะบริเวณปอดจนทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) รวมถึงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันทั่วร่างกาย (systemic thrombotic) จนทำให้เกิดความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย⁴

การติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยจากทางเดินหายใจ การสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ หรือพื้นผิวที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เชื้อไวรัสจะใช้ตัวรับ ACE2 โดยมีโปรตีนชนิด S เป็นตัวช่วยจับกับเซลล์และแบ่งตัวในทางเดินหายใจส่วนบนของมนุษย์⁵ ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันจะกระตุ้นไซโตไคน์ และอินเตอร์เฟอรอนให้กำจัดเชื้อไวรัส ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ อ่อนเพลีย ไอ มีเสมหะ และแพร่เชื้อไวรัสได้ ผู้ติดเชื้อที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ อินเตอร์เฟอรอนซึ่งทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายจะกำจัดเชื้อไวรัสได้ช้าลง การตอบสนองของภูมิคุ้มกันจึงเปลี่ยนไปสู่ปฏิกิริยาอักเสบที่ไม่จำเพาะ ทำให้เซลล์ในร่างกายเกิดความเสียหาย และหลังโมเลกุล Damage associated molecular patterns (DAMPs) ซึ่งกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบตามมา โดยเฉพาะเมื่อเกิดการติดเชื้อไวรัสในถุงลมปอด เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 helper T cells และ CD8 cytotoxic T cells จะเคลื่อนที่เข้ามาทำลายเนื้อปอดที่ติดเชื้อไวรัส ทำให้เซลล์เนื้อปอดถูกทำลาย และตายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเกิดการกระตุ้นแพกเตอร์การแข็งตัวของเลือดในเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดที่ไหลเวียนเข้ามาในปอดแข็งตัวเร็วขึ้น ผู้ติดเชื้อในระยะท้ายจึงมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันทั่วร่างกาย (systemic thrombotic) และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) จนเสียชีวิตในที่สุด⁶ ผลจากพยาธิสภาพดังกล่าวทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) ตามมาได้⁷

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มาก่อน ซึ่งอาการต่าง ๆ อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือหลงเหลือหลังรักษาหายก็ได้ โดยพบอาการผิดปกติในช่วง 3 เดือนนับจากเริ่มมีอาการโรค และมีอาการคงอยู่อย่างน้อย 2 เดือน ซึ่งผู้ที่หายจากโรคเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มักพบอาการผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา⁸ จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความชุกของภาวะลองโควิดได้ถึงร้อยละ 80 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: 65–92)⁹ โดยผู้ที่หายจากการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ร้อยละ 72.5 มีภาวะลองโควิดอย่างน้อย 1 อาการ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สูญเสียการรับกลิ่น รู้สีกว่ามาก่อนเนื้อในคอ ปวดศีรษะ ผอมว่อง บกพร่องทางสติปัญญา และการรับรู้ เหนื่อยง่าย เครียด และวิตกกังวลง่ายกว่าปกติ เป็นต้น^{10,11} ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิดได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย ภาวะหายใจลำบาก อาการผอมว่อง เพศหญิง ผู้สูงอายุ โรคปอด โรคอ้วน ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด และได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ การสูญเสียการรับกลิ่น และมีอาการท้องเสียขณะป่วยด้วยโรคโควิด

วิด-19^{12,13} ภาวะลองโควิดอาจดีขึ้นหรือแย่ลงก็ได้ รวมถึงอาจมีอาการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้⁷ ดังนั้นภาวะลองโควิดจึงมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก

จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยเฉพาะช่วงเทศกาลสำคัญซึ่งมีการรวมตัวกันของประชาชนที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด จึงทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 29 กันยายน 2565 มีผู้ติดเชื้อยืนยัน จำนวน 41,705 ราย และมีผู้เสียชีวิต 272 ราย โดยอำเภอที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุดห้าอันดับแรก คือ โพนทอง จำนวน 6,405 ราย สุวรรณภูมิ จำนวน 5,982 ราย เมืองร้อยเอ็ด จำนวน 5,853 ราย เสดภูมิ จำนวน 3,219 ราย และเกษตรวิสัย จำนวน 2,405 ราย ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 29 กันยายน 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 54,849 ราย และข้อมูลเมื่อวันที่ 1 มกราคม - 29 กันยายน 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 41,705 ราย ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเพียง 9 เดือน¹⁴

การศึกษาในประเทศไทย พบความชุกภาวะลองโควิด ร้อยละ 29.99-64.87 อาการที่พบบ่อย คือ ผม่วง ภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม หายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ หลงลืม ปวดข้อ ปวดจุกที่สัมพันธ์กับอาการลองโควิด ได้แก่ เพศหญิง ความรุนแรงของอาการขณะติดเชื้อ โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน ระหว่างการรักษาได้รับยาต้านไวรัส Antiviral ได้รับออกซิเจน ความโดดเดี่ยวเมื่อถูกแยกตัวจากสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาป¹⁵ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลจึงยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ติดเชื้อที่สงสัยว่าเป็นโควิด-19 แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันทางการแพทย์ หรือไม่ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 (Long COVID) ในประชาชนที่มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในชุมชน เพื่อให้สามารถครอบคลุมผู้ติดเชื้อในทุกระดับความรุนแรงของอาการ รวมถึงผู้ที่เข้ารับและไม่ได้เข้ารับการรักษาในระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะลองโควิด ในผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด ในจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด ในจังหวัดร้อยเอ็ด ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อายุ 20 ปีขึ้นไป เคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 และอาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 325 ชุด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ธันวาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

1) ภาวะลองโควิด (Long COVID) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นในบุคคลที่มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งได้รับการยืนยันหรือสงสัย โดยอาการมักปรากฏภายในระยะเวลาโดยเฉลี่ย 3 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการของโรคโควิด-19 และคงอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยโรคอื่น อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก และภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ทั้งนี้อาจพบอาการอื่นร่วมด้วย⁸

2) ผู้มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 หมายถึง ผู้มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ที่ได้รับการตรวจรักษาในสถานบริการสุขภาพ หรือผู้ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยการตรวจด้วยชุดตรวจโควิด-19 แบบเร่งด่วน (ATK) ด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลสัมภาษณ์การติดเชื้อครั้งล่าสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และเคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 และอาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับ กรณีวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และการประมาณค่าสัดส่วนที่มีการแจกแจงตัวแปรตามเป็นแบบทวินามของ Hsieh และคณะ¹⁶ โดยใช้ค่าสัดส่วนเพศกับการเกิดภาวะลองโควิดจากการศึกษาของเมธาวี หวังชาลาบวร และคณะ แทนค่าในสูตร¹⁷ และปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ หาค่าความสัมพันธ์คร่าวๆหลายตัวแปร และปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor หรือ VIF^{16,18} จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 313 คน และในการเก็บข้อมูลได้เพิ่มจำนวนแบบสอบถามร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหาย และการได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ครบถ้วน ทำให้มีจำนวนชุดแบบสอบถามที่ต้องเก็บรวบรวมทั้งสิ้น 325 ชุด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย 1) ผู้ติดเชื้อโควิด-19/ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 หรือสงสัยการติดเชื้อครั้งสุดท้ายจากการตรวจชุดตรวจโควิด-19 แบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit : ATK) ก่อนวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ทั้งที่เข้ารับและไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล 3) ได้รับค่าจ้าง และยินดีให้ข้อมูลการวิจัย และ 4) มีภูมิลำเนา และทำงานในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมออกจากการวิจัย 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ และ 2) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง และไม่สามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประวัติการป่วยโควิด-19

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) จำนวน 7 ข้อ นำมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข¹⁹ เป็นแบบประเมินการนอนไม่หลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0-4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 0-7 คะแนน คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย 8-14 คะแนน คือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ 15-21 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง และ 22-28 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) 2Q 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ <7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7-12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13-18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) CAT จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) เป็นการประเมินอาการความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเอง นำมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post

COVID syndrome) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข¹⁹ โดยมีช่วงคะแนนระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) อาการรุนแรงน้อย CAT < 10 และ 2) อาการรุนแรงมาก CAT ≥ 10

ส่วนที่ 6 แบบประเมิน MMRC dyspnea scale (คะแนนความรู้สึกเหนื่อย) จำนวน 5 ข้อ นำมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข¹⁹ เป็นแบบวัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0-4 คือ '0' คือ ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยเลยแม้ต้องออกกำลังกายอย่างหนัก '1' คือ ความรู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้องเดินเร็วๆ หรือเดินขึ้นที่สูงเล็กน้อยเท่านั้น '2' คุณเดินได้ช้ากว่าคนที่อายุใกล้เคียงกันเนื่องจากเหนื่อย หรือ ต้องหยุดเดินเพื่อพักหายใจ เมื่อเดินอยู่ในบ้าน '3' คุณต้องพักหายใจหลังเดินได้ระยะทาง 90 เมตร (100 หลา) หรือหลังเดินทางราบได้เพียง 2-3 นาที และ '4' คือ เหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้หรือเหนื่อยเมื่อต้องไล่สื้อหรือถอดสื้อ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) อาการรุนแรงน้อย mMRC = 0-1 และ 2) อาการรุนแรงมาก mMRC = 2

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะอาการเหนื่อยล้า Fatigue severity scale (FSS)¹⁹ ฉบับภาษาไทย (Cronbach's alpha=0.88) มีการวัดระดับความเห็นด้วย 7 ระดับ คือ '1' ไม่เห็นด้วยเลย จนถึง '7' เห็นด้วยอย่างมาก และวินิจฉัยว่ามีอาการเหนื่อยล้า เมื่อคะแนนรวม ≥ 36

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นมีจำนวน 80 ข้อ ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา²⁰ (Content Validity) และได้สัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 0.86 เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษาและปรับปรุงแก้ไข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สร้างเครื่องมือแบบสอบถาม แบบประเมิน ส่งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ทำการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างแก้ไข และจัดเตรียมให้พร้อมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การส่งหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทั้ง 5 อำเภอที่เป็นพื้นที่วิจัย
3. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะลองโควิด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิด จำนวน 325 คน ใน 5 พื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สูงสุด ได้แก่ อำเภอโพธารอง สุพรรณบุรี เมืองร้อยเอ็ด สกลบุรี และอาจสามารถ โดยสุ่มตำบลแบบง่ายอำเภอละ 1 ตำบล เก็บข้อมูลตำบลละ 65 คน โดยการประสานขอข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ
4. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และการบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล การลงรหัสข้อมูลการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนต่ำสุด-ค่าคะแนนสูงสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistics regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีการทดสอบเงื่อนไขตามข้อตกลงเบื้องต้น ในการคัดเลือกตัวแปรเข้าโมเดล ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นที่นำเข้าสู่โมเดลได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตัวแปรที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด 2) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม 3) number of event โดย one parameter ≥ 10 outcome (number

of y occurrence) ทดสอบสถิติไคส์แควร์ ตัวแปรอิสระทุกตัวที่เป็นตัวแปรแรงนับที่มี % number of event $\leq 10\%$ ต่อ 1 พารามิเตอร์ พิจารณาค่าคาดหวังในแต่ละเซลล์มีค่าน้อยกว่า 5 ต้องไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด ถ้าไม่ผ่านกฎข้อนี้ แก้ไขโดยการจัดกลุ่มใหม่ กรณีมากกว่า 2 กลุ่ม ให้จัดกลุ่มใหม่เป็น 2 กลุ่ม และทดสอบใหม่ 4) Multicollinearity ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ควรเกิดปัญหา Multicollinearity พิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคือ ถ้าค่า VIF มากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้น ๆ มีความสัมพันธ์กันในระดับมากหรือกล่าวว่ามีหลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มากพอที่จะทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity โดยค่า VIF ที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 4 หรือ 5¹⁸ และ 5) ตัวแปร x มีค่า P-value จากการวิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยงแบบตัวแปรเดียวน้อยกว่า 0.25 6) The number of parameter (OR) should not more than number of events/10 จำนวนพารามิเตอร์ใน final model ต้อง ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวน event ของ outcome 7) การวิเคราะห์แบบควรวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) การวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value > 0.05 จากการทดสอบ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนั้น ๆ กับโมเดล ออกทีละตัวแปร จนกว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่า p-value > 0.05 และ 8) การทดสอบภาวะรูปร่างปกติ หรือความกลมกลืนกัน (Goodness of fit) ของโมเดล ด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow goodness-of fit ใช้สถิติ Chi-Square

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 056/2565 ลงวันที่ 12 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.85 มีอายุระหว่าง 40–59 ปี ร้อยละ 38.16 อายุเฉลี่ย 47.78 ปี (S.D. = 17.78) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวสมส่วน ร้อยละ 40.31 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.50 (S.D. = 4.15) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.46 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร เลี้ยงสัตว์/ประมง ร้อยละ 32.31 มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 42.15 โดยค่าเฉลี่ยของรายได้ครัวเรือนอยู่ที่ 16,305.97 บาท (S.D. = 14,995.26) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.15 และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.46 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 95.69 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.62 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ ไขมันในเลือดสูง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโควิด-19 ในจังหวัดร้อยเอ็ด (n=325)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	214	65.85
ชาย	111	34.15
อายุ(ปี)		
20-39 ปี	111	34.15
40-59 ปี	124	38.16

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
60 ปีขึ้นไป	90	27.69
Mean $\pm$ S.D.= 47.78 $\pm$ 17.78 Min = 20 Max = 89		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 kg/m ²)	26	8.00
น้ำหนักสมส่วน (18.5 - 22.9 Kg/m ²)	131	40.30
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 kg/m ²)	71	21.85
โรคอ้วน ($\geq$ 25.0 kg/m ²)	97	29.85
Mean $\pm$ S.D.= 23.50 $\pm$ 4.15 Min = 15.06 Max = 44.53		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	142	43.69
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	10.46
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	58	17.85
อนุปริญญา/ปวส.	19	5.85
ปริญญาตรีขึ้นไป	72	22.15
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	44	13.53
เกษตรกร เลี้ยงสัตว์/ประมง	105	32.31
รับจ้างทั่วไป	54	16.62
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	33	10.15
รับราชการ/ข้าราชการเกษียณ	25	7.69
พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	8.00
พนักงานบริษัทเอกชน	15	4.62
นักศึกษา	23	7.08
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
$\leq$ 5,000 บาท	16	4.92
5,000-10,000 บาท	163	50.15
10,001-15,000 บาท	57	17.54
$\geq$ 15,000 บาท	89	27.38
Mean $\pm$ S.D.= 16,305.97 $\pm$ 14,995.25 Median = 10,000 Min = 800 Max = 80,000		
การสูบบุหรี่/การสัมผัสควันบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	280	86.15
เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	15	4.62
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	30	9.23
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	203	62.46
เคยดื่มในอดีต	25	7.69

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบันยังดื่มอยู่ 1-7 ครั้ง/สัปดาห์	29	8.93
นาน ๆ ครั้ง	68	20.92
การได้รับวัคซีนโควิด 19		
ยังไม่ได้รับ	14	4.31
ได้รับแล้ว	311	95.69
รับแล้ว 1-2 เข็ม	176	56.60
รับแล้ว 3-4 เข็ม	135	43.40
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	193	59.38
มี (ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ ไช้มนในเลือดสูง)	132	40.62

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 มีภาวะลองโควิดอย่างน้อย 1 อาการ จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยจำแนกเป็นอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 อาการนอนไม่หลับ (insomnia) กลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 16.01 นอนไม่หลับระดับปานกลาง ร้อยละ 4.92 และระดับรุนแรง ร้อยละ 0.30 โดยค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับ เท่ากับ 4.04 คะแนน (S.D. = 4.93) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 22 คะแนน

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depress) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 93.85 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 4.92 โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า อยู่ที่ 1.01 คะแนน (S.D. = 2.87) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 19 คะแนน

2.3 อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากระดับอาการรุนแรงน้อย ร้อยละ 82.15 และมีอาการรุนแรงมาก ร้อยละ 17.85 โดยค่าเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากอยู่ที่ 5.32 คะแนน (S.D. = 5.38) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 27 คะแนน

2.4 ภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (post-exertional malaise; PEM) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรมอยู่ในระดับอาการรุนแรงน้อย ร้อยละ 65.85 และรุนแรงมาก ร้อยละ 34.15 โดยค่าเฉลี่ยของภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรมอยู่ที่ 1.25 คะแนน (S.D. = 1.31) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 4 คะแนน

2.5 อาการอ่อนเพลีย (fatigue) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาการอ่อนเพลียระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 91.69 และรุนแรงมาก ร้อยละ 8.31 โดยค่าเฉลี่ยอาการอ่อนเพลียอยู่ที่ 19.12 คะแนน (S.D. = 9.87) คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และสูงสุด 55 คะแนน

2.6 อาการลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 ดังนี้ อาการหงุดหงิด ร้อยละ 40.30 ความจำสั้นหลงลืม ร้อยละ 40.00 ใจสั่น ร้อยละ 30.15 การเจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 28.30 อาการไอบ่อย ร้อยละ 20.00 อาการอยากอาหารลดลง ร้อยละ 19.69 ปวดศีรษะ ร้อยละ 16.61 อาการหูอื้อ ร้อยละ 16.30 ผม่ว ร้อยละ 15.38 อาการขับเสมหะมากขึ้น ร้อยละ

14.15 ประจำเดือนผิดปกติ ร้อยละ 9.84 โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ รอบประจำเดือนเคลื่อนจากเดิม รอบเดือนมามากผิดปกติ รอบเดือนมากระปริดกระปรอย และจำนวนวันที่มีประจำเดือนยาวนานขึ้น โรคผิวหนัง ร้อยละ 7.38 โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ผื่นแดง มีอาการคัน ผื่นลมพิษ และกลาก การเสียการรับรส ร้อยละ 7.07 มีไข้เป็นช่วง ๆ ร้อยละ 6.15 การรับกลิ่นผิดปกติ ร้อยละ 5.85 และมีอาการท้องเสียถ่ายเหลว ร้อยละ 5.53 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ อาการของโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด (n=325)

อาการของโควิด	จำนวน	ร้อยละ
1. ปวดศีรษะ	54	16.61
2. ผม่ว	50	15.38
3. ความจำสั้น หลงลืม	130	40.00
4. มีไข้เป็นช่วง ๆ	20	6.15
5. อาการไอบ่อย	65	20.00
6. ใจสั่น	98	30.15
7. การเจ็บแน่นหน้าอก	92	28.30
8. การเสียการรับรส	23	7.07
9. การรับกลิ่นผิดปกติ	19	5.85
10. อาการขับเสมหะมากขึ้น	46	14.15
11. หงุดหงิด	131	40.30
12. อาการอยากอาหารลดลง	64	19.69
13. โรคผิวหนัง (ผื่นแดง มีอาการคัน, ผื่นลมพิษ, กลาก)	24	7.38
14. ประจำเดือนผิดปกติ (รอบประจำเดือนเคลื่อนจากเดิม, มากระปริดกระปรอย, มามากผิดปกติ)	32	9.84
15. อาการท้องเสียถ่ายเหลว	18	5.53
16. หูอื้อ	53	16.30

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistics regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิด คือ เพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการเป็นลองโควิดมากกว่าเพศชาย 2.19 เท่า (Adj.OR=2.19; 95% CI: 1.24 – 3.86; p-value = 0.007) และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการเป็นลองโควิดมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว 3.14 เท่า (Adj.OR =3.14; 95% CI: 1.62 – 6.09; p-value=0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด (n=325)

ปัจจัย	จำนวน	%Long COVID	Crude OR	Adj.OR	95% CI	P-value
เพศ						0.007
ชาย	111	70.27	1	1	-	
หญิง	214	85.05	2.41	2.19	1.24 – 3.86	
การมีโรคประจำตัว						0.001
ไม่มี	193	73.06	1	1	-	
มี	132	90.15	3.38	3.14	1.62 – 6.09	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของการเกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) ร้อยละ 80 โดยอาการลองโควิดที่พบบ่อย ได้แก่ หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 40.30 ความจำสั้น และสมาธิแย่ง ร้อยละ 40.00 มีภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม ร้อยละ 34.15 ใจสั่น ร้อยละ 30.15 เจ็บหรือแน่นหน้าอก ร้อยละ 28.30 ระคายเคืองในทางเดินหายใจ และไอบ่อย ร้อยละ 20.00 ความอยากอาหารลดลง ร้อยละ 19.69 หายใจลำบาก ร้อยละ 17.85 ปวดศีรษะ ร้อยละ 16.61 และสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 16.30 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของการเกิดภาวะลองโควิดสูงถึงร้อยละ 80 น่าจะเป็นผลมาจากเมื่อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ SARS-CoV-2 เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ และอาจลุกลามไปยังหลายระบบภายในร่างกาย แม้ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะตรวจไม่พบเชื้อไวรัสแล้ว แต่ผลจากการเกิดพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทำให้ผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา และคงอยู่นานอย่างน้อย 2 เดือน เรียกว่า “กลุ่มอาการโควิดระยะยาว” (Post COVID-19 condition or long COVID) และพบอาการได้หลากหลาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อหรือข้อ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติของสมาธิ และการนอนหลับ และการศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประเมินความรู้สึกและความจำผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงทำให้มีโอกาสที่จะพบการเกิดอาการอย่างน้อย 1 อาการของภาวะลองโควิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของโลเปซ-เลออน, ซานดร้า และคณะ⁹ พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ประมาณร้อยละ 80 มีอาการหลงเหลืออย่างน้อยหนึ่งอาการในระยะยาว โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดห้าอันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 58) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 44) สมาธิลดลงหรือมีความผิดปกติด้านความสนใจ (ร้อยละ 27) ผม่ว (ร้อยละ 25) และหายใจลำบาก (ร้อยละ 24)

ภาวะลองโควิดสามารถพบได้ทั้งผู้ที่มีประวัติ SARS-CoV-2 หรือผู้ที่สงสัยยังไม่ได้รับการยืนยัน และกลุ่มผู้ที่มีอาการของโรคระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของแวน เคสเซล ชาม และคณะ พบว่า อัตราการเกิดอาการภาวะลองโควิดมีตั้งแต่ร้อยละ 10-35 อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ไอ เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ บกพร่องทางสติปัญญา และการรับรู้ และสูญเสียการรับกลิ่น²¹ และสอดคล้องกับเมธาวิ หวังชาลาบวร และคณะ ได้ศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่า มีความชุกของการเกิดภาวะลองโควิด ร้อยละ 64.87 โดยอาการที่พบ คือ ผม่ว ภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (PEM) หายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ¹⁷

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า เพศหญิง มีโอกาสเกิดภาวะลองโควิด มากกว่าเพศชาย 2.19 เท่า (Adj.OR=2.19; 95% CI: 1.24-3.86; p -value = 0.007) อธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะทางธรรมชาติของเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอกว่าเพศชาย รวมถึงมีความสนใจ และเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อเกิดอาการไม่สบายหรือรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงไปรับการตรวจรักษาทันที และได้รับการวินิจฉัยว่ามีกลุ่มอาการโควิดระยะยาวมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการโควิดระยะยาวของผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในเมืองมิลาน ประเทศอิตาลีของ ไบ และคณะ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสดังกล่าวมากกว่าเพศชาย 3.32 เท่า (Adj.OR=3.32; 95% CI: 1.78-6.17; p -value<0.0001) โดยเพศหญิงเกิดกลุ่มอาการโควิดระยะยาวร้อยละ 81.70 กลุ่มอาการที่พบบ่อย คือ เหนื่อยล้า หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก สูญเสียการรับกลิ่น ผอมลง นอนไม่หลับ หายใจลำบาก และความจำสั้น และสมาธิแย่ง²²

ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะลองโควิดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว 3.14 เท่า (Adj.OR =3.14; 95% CI: 1.62 – 6.09; p -value=0.001) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคในกลุ่ม NCDs เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด ภูมิแพ้ และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลง ดังนั้นจึงติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ง่ายกว่าคนที่มีความแข็งแรง การติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทำให้เกิดพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การเกิดพังผืดของถุงลม หลอดลมฝอยอักเสบเรื้อรัง และเกิดพังผืดตามมา รวมถึงเกิดพังผืดในกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น ดังนั้นกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวจึงเกิดภาวะลองโควิดได้มากกว่าคนที่มีความแข็งแรง สอดคล้องกับทิลีย์เจห์ และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการลองโควิด ในประเทศสโลวีเนีย พบว่า การมีโรคประจำตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการลองโควิด เช่น ผู้ที่เป็นโรคปอดมีโอกาสดังกล่าวมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี 4.93 เท่า (Adj.OR=4.93; 95% CI: 1.33–18.27; p <0.005)²³ และสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของโค๊ะ และคณะ ที่ระบุถึงภาวะสุขภาพพื้นฐานเดิม (Pre-existing conditions) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคในระยะเฉียบพลัน และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) โดยผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหืดหลอดลม (asthma bronchial) มีอัตราการเกิดลองโควิดถึงร้อยละ 94 นอกจากนี้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะลองโควิด เนื่องจากภาวะอักเสบเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่รุนแรงขึ้นในระยะเฉียบพลันของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19 ในระยะต่อมา²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะลองโควิดเป็นพยาธิสภาพที่หลงเหลือจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะหลายระบบ ดังนั้นควรมีการติดตามศึกษาภาวะลองโควิดในระยะยาว เช่น การติดตามความชุกของการเกิดภาวะลองโควิดในระยะ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน
2. ควรมีการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ต่างสายพันธุ์กัน
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะลองโควิด เพื่อส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะลองโควิดให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ
4. ควรมีการศึกษาข้อมูลการเกิดภาวะลองโควิดอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถือเป็นโรคประจำถิ่นที่ต้องเฝ้าระวัง และมีการระบาดเป็นระยะ แต่เมื่อติดเชื้อ SARS-CoV-2 ก็มีโอกาที่จะเกิดภาวะลองโควิดได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the coronavirus study group. *BioRxiv*. 2020.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. Geneva: WorldHealthOrganization; 2022 Aug 3 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://covid19.who.int>
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 ก.ค. 25 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
4. Oboza P, Ogarek N, Olszanecka-Glinianowicz M, Kocelak P. The main causes of death in patients with COVID-19. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(5):2165-2172.
5. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. 2020;181(2):271-280.e8.
6. Zhu Y, Sharma L, Chang D. Pathophysiology and clinical management of coronavirus disease (COVID-19): a mini-review. *Front Immunol*. 2023;14:1116131.
7. Chippa V, Aleem A, Anjum F. Post-acute Coronavirus (COVID-19) Syndrome. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 19, 2024.
8. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. Geneva: WHO; 2021. Report No.: WHO/2019-nCoV/Post_COVID-19_condition/Clinical_case_definition/2021.1.
9. Lopez-Leon, Sandra et al. “More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis.” *medRxiv : the preprint server for health sciences* 2021.01.27.21250617. 30 Jan. 2021, doi:10.1101/2021.01.27.21250617. Preprint.
10. Augustin M, Schommers P, Stecher M, et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;6:100122.
11. Nasserie T, Hittle M, Goodman SN. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e2111417.
12. อีรพงศ์ ตัญเจริญสุขจิต. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Post-acute COVID Syndrome (Long COVID) ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานกระบือ. *วารสารกรมการแพทย์*. 2566;48(1):51–9.
13. ศุภานัน วงศ์เสริมสิน, จารุณชัช ชีโนรโส, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. อาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของลงโควิด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*. 2565;47(3):233–40.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สถานการณ์โควิด-19 ร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สสจ. ร้อยเอ็ด; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.184.6/news_info/view.php?id=7361

15. Di Gennaro F, Belati A, Tulone O, Diella L, Fiore Bavaro D, Bonica R, et al. Incidence of long COVID-19 in people with previous SARS-CoV-2 infection: a systematic review and meta-analysis of 120,970 patients. *Intern Emerg Med*. 2023;18(5):1573–81.
16. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998;17(14):1623–34.
17. เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2565;16(1):265–84.
18. Myers RH. *Classical and modern regression with applications*. 2nd ed. Boston: PWS-KENT; 1990.
19. กรมการแพทย์. การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564 ธ.ค. 16 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dms.go.th/covid19>
20. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
21. van Kessel SAM, Olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, van Jaarsveld CHM. Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Fam Pract*. 2022;39(1):159–67.
22. Bai F, Tomasoni D, Falcinella C, Barbanotti D, Castoldi R, Mulè G, et al. Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect*. 2022;28(4):611.e9–611.e16.
23. Tleyjeh IM, Saddik B, AlSwaidan N, AlAnazi A, Ramakrishnan RK, Alhazmi D, et al. Prevalence and predictors of Post-Acute COVID-19 Syndrome (PACS) after hospital discharge: A cohort study with 4 months median follow-up. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260568.
24. Koc, Ho Cheng et al. “Long COVID and its Management.” *International journal of biological sciences* vol. 18,12 4768-4780. 11 Jul. 2022, doi:10.7150/ijbs.75056

Received: 9 Jun. 2025, Revised: 4 Jul. 2025

Accepted: 14 Jul. 2025

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ของการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ:
กรณีศึกษาอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมาอารียา เทียงสูงเนิน¹ ชุติกานต์ สุปน¹ อาทิตยา เบ้ามะโน¹ จิรัญญา บุรีมาศ^{1*}

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคผักและผลไม้ อาจมีบทบาทในการชะลอความเสี่ยงของสมอง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในผู้สูงอายุไทยเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้ยังมีจำกัด โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงความแตกต่างด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคและชนิดของผักและผลไม้ตามบริบทของพื้นที่ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 322 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – มกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบพหุคูณ นำเสนอค่า Adjusted odd ratios (AORs) และช่วงเชื่อมั่น 95% (95% CIs)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 36.0 และ 48.1 ตามลำดับ พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 24.5 ผู้ที่บริโภคผักไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.85 เท่า (AOR=4.85, 95%CI: 2.56–9.19, $p<.001$) และผู้ที่บริโภคผลไม้ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.14 เท่า (AOR=2.14, 95%CI: 1.11–4.12, $p=.024$) เมื่อเทียบกับผู้ที่บริโภคเพียงพอ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: สมองเสื่อม ผู้สูงอายุ การบริโภค ผักและผลไม้ โภชนาการ

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

* Corresponding author E-mail: Jiranya.b@nrru.ac.th

Original Article

Association of Fruit and Vegetable Consumption with Dementia Risk
Among Older Adults: A Case Study of Nong Bunmak District,
Nakhon Ratchasima Province

Ariya Thiangsungnoen¹ Chutikan Supon¹Athitaya BaoMano¹ Jiranya Bureemas^{1*}**Abstract**

Dementia is a significant public health concern with a rising prevalence among the elderly. Nutritional health promotion, particularly through the consumption of fruits and vegetables, may play a role in delaying cognitive decline. However, research on this association among Thai older adults remains limited, particularly considering variations in dietary behaviors and the types of fruits and vegetables consumed in different local contexts. This cross-sectional analytical study aimed to investigate the association between fruit and vegetable consumption and the risk of dementia among older adults in Nong Bun Mak District, Nakhon Ratchasima Province. The study included 322 participants aged 60 years and older, selected through multi-stage sampling. Data were collected using a questionnaire from October 2023 to January 2024. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values, were used to describe the data. Inferential statistics were analyzed using multiple logistic regression to calculate adjusted odds ratios (AORs) and 95% confidence intervals (95% CIs).

The findings revealed that most participants consumed inadequate amounts of vegetables and fruits, with 36.0% and 48.1% respectively. The prevalence of dementia risk was 24.5%. Participants with inadequate vegetable intake had a 4.85-fold increased risk of dementia (AOR=4.85, 95%CI: 2.56–9.19, $p<.001$), while those with inadequate fruit intake had a 2.14-fold increased risk (AOR=2.14, 95%CI: 1.11–4.12, $p=.024$) compared to those with adequate intake. These findings suggest that adequate consumption of fruits and vegetables can help reduce the risk of dementia among older adults. Therefore, promoting appropriate dietary behaviors is an essential strategy for preventing dementia in this population.

Keywords: Dementia, Older adults, Consumption, Fruits and vegetables, Nutrition

¹Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University

* Corresponding author E-mail: Jiranya.b@nrru.ac.th

บทนำ

โครงสร้างประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา โดยพบสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 14.5 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2567 หรือประมาณ 13.5 ล้านคน¹ การเพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก และส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาข้อมูลระดับโลก พบว่าอุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมรูปแบบอื่นในประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 507.9 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2533 เป็น 569.4 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายปีที่ผ่านมา² และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562–2563) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 8.1 โดยพบมากเป็นอันดับสอง และมีความชุกสูงในเพศหญิง³ ซึ่งปัญหานี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและก่อให้เกิดภาระทางการเงินในการดูแลสุขภาพ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมสภาพในการทำงานของสมอง ส่งผลต่อความคิด ความจำ การเรียนรู้ การใช้ภาษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมักเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น⁴ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ อาการซึมเศร้า การแยกตัวทางสังคม การไม่ออกกำลังกาย การบาดเจ็บที่ศีรษะ และพฤติกรรมบริโภคอาหาร⁵⁻⁸ การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะผักและผลไม้ มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม^{9, 10} เนื่องจากเป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ สารต้านอนุมูลอิสระ และไฟโตนิวเทรียนท์ (Phytonutrients) โดยเชื่อว่ามีส่วนช่วยลดกระบวนการอักเสบและภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) ที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมของเซลล์ประสาท¹¹⁻¹³ หลายการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมลดลง¹⁴⁻¹⁶ กลไกเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับการชะลอการเกิดพลาต (Beta-amyloid plaques) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคอัลไซเมอร์ รวมถึงการส่งเสริมการทำงานของหลอดเลือดที่สมอง สารต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามินซี วิตามินอี และฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) มีบทบาทในการปกป้องเยื่อหุ้มเซลล์สมองจากการถูกทำลายโดยอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของกระบวนการเสื่อมของสมอง นอกจากนี้ โยอาอาหารในผักและผลไม้ยังช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับความเสื่อมของสมอง¹⁷⁻¹⁹

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 400 กรัมต่อวันหรือ 5 หน่วยบริโภค²⁰ โดยบริโภคผักอย่างน้อย 3 ส่วนต่อวัน และผลไม้อย่างน้อย 2 ส่วนต่อวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ซึ่งปริมาณ 1 ส่วนของผักหมายถึงผักสดใบประมาณ 1 ถ้วยตวง หรือผักสุก ½ ถ้วยตวง ในขณะที่ 1 ส่วนของผลไม้หมายถึงผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล เช่น กล้วยหอม ส้ม แอปเปิ้ล หรือผลไม้หั่น ½ ถ้วยตวง เกณฑ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการบริโภคเพื่อสุขภาพของประเทศไทย และมีความสำคัญเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ของคนไทยครั้งที่ 1 พ.ศ. 2561 พบอัตราการบริโภคผักและผลไม้ในเพศหญิงร้อยละ 27.6 และเพศชายร้อยละ 24.1 โดยประชากรไทยบริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยเพียง 3.7 ส่วนต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าข้อเสนอมาตรฐานที่ให้บริโภค 5 ส่วนต่อวัน โดยเกือบหนึ่งในสองของประชากรไทยบริโภคผักน้อยกว่า 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน และบริโภคผลไม้ไม่น้อยกว่า 1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน อีกทั้งมีแนวโน้มการบริโภคผักและผลไม้ลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้เพียงพอมิเพียงร้อยละ 29.1²¹

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสร้างภาระต่อระบบสาธารณสุข การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของพฤติกรรมบริโภคอาหารกับภาวะสมองเสื่อม จะช่วยสนับสนุนนโยบายสุขภาพเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการและป้องกันโรคในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด แม้ว่าจะมีงานวิจัยจากต่างประเทศที่แสดงความเชื่อมโยงระหว่างอาหารกับภาวะสมองเสื่อม แต่ยังขาดข้อมูลเชิงพื้นที่โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีบริบทด้านวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงชนิดผักและผลไม้ที่นิยมบริโภคแตกต่างออกไป²² งานวิจัยนี้จะช่วยเติมช่องว่างของความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าวในระดับชุมชน ภายใต้บริบทของพื้นที่ชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเด็นนี้ยังมีจำกัด และจำเป็นต่อการสนับสนุนการออกแบบนโยบายและแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนถึงสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนามาตรการส่งเสริมโภชนาการและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนการกำหนดนโยบายสาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและลดภาระจากโรคสมองเสื่อมในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เน้นศึกษาประเด็นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์การบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษานี้คือผู้สูงอายุเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของประชากร โดยคาดการณ์ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มที่มีการบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอและไม่เพียงพอ เท่ากับ 0.16 และ 0.29 ตามลำดับ โดยอ้างอิงจากงานวิจัยก่อนหน้านี้²³ การคำนวณขนาดตัวอย่างกำหนดค่า $\alpha=0.05$, $\beta=0.2$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 322 คน ที่เพียงพอต่อการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติโรคทางระบบประสาทหรือจิตเวชที่มีผลต่อสมาธิและความจำ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคพาร์กินสัน หรือโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาจกระทบต่อการประเมินภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ รวมถึงผู้ที่อยู่ระหว่างการรับประทานยารักษาโรคสมองเสื่อม หรือได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะความสามารถของสมองผิดปกติมาก่อน

สำหรับการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นตอนที่หนึ่ง ทำการสุ่มตำบลด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยพื้นที่อำเภอหนองบุญมากประกอบด้วย 9 ตำบล ซึ่งสามารถแบ่งตำบลตามขนาดของประชากรออกเป็นกลุ่มใหญ่ กลาง และเล็ก ผู้วิจัยสุ่มเลือกจากแต่ละกลุ่มมากลุ่มละ 1 ตำบล โดยการจับฉลากได้จำนวน 3 ตำบล ขั้นตอนที่สอง ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเลือกหมู่บ้านสุ่มตำบลละ 4 หมู่บ้าน ขั้นตอนที่สาม จัดทำ

ทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุจากทะเบียนบ้านแต่ละหมู่บ้าน และสุ่มตัวอย่างให้เป็นสัดส่วนตามขนาดประชากรของแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมข้อความ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติการหกล้ม และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale –TGDS-15) ที่แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติโดยณทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ²⁴ มีจำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ซึ่งตอบตามความรู้สึกและประสบการณ์ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คำถามแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก (ใช่/ ไม่ใช่) ในการให้คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนนเมื่อตอบ “ใช่” ส่วนคำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนนเมื่อตอบ “ไม่ใช่” คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 2 ระดับคือ ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (0–4 คะแนน) และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (5–15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การบริโภคผักและผลไม้ พัฒนาแบบสอบถามโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล²¹ เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ปริมาณความถี่ ความเพียงพอในการรับประทานผักและผลไม้ วิธีการได้มา สถานที่ซื้อ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนคือ บริโภคเพียงพอ หมายถึง รับประทานผัก ≥ 3 ส่วนต่อวัน หรือรับประทานผลไม้ ≥ 2 ส่วนต่อวัน และบริโภคไม่เพียงพอ หมายถึง รับประทานผัก < 3 ส่วนต่อวัน หรือรับประทานผลไม้ < 2 ส่วนต่อวัน

ส่วนที่ 4 การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Mental State Examination, Thai version (MMSE - Thai) ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์²⁵ มีจำนวน 11 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ด้านการรู้คิด ด้านความจำ การคิดวิเคราะห์ การเข้าใจความหมายและการสื่อสาร และด้านมิติสัมพันธ์ มีคะแนนเต็มแตกต่างกันไปตามจำนวนข้อที่ถูกประเมิน และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนผู้ที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมคือ (1) ผู้สูงอายุอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) ≤ 14 คะแนน (2) ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา ≤ 17 คะแนน (3) ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ≤ 22 คะแนน

แบบสอบถามฉบับนี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพโดยการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งให้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (Item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR-20 สำหรับข้อมูลความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ส่วนการบริโภคผักและผลไม้ และการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และ 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยประสานงานกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นัดหมายและชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างพร้อมให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์รายบุคคลทีละข้อ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และความสอดคล้องกันของคำตอบของแบบสอบถามทั้งหมด จากนั้นนำแบบสอบถามมากำหนดรหัส บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ก่อนนำผลการวิเคราะห์ไปเขียนรายงานนำเสนอในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา โดยนำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้วยการวิเคราะห์ Simple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์แบบรายตัวแปรโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น นำเสนอค่า Crude odds ratios (ORs), 95% confidence intervals (95% CIs) และ p-value ต่อมาใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (Multiple logistic regression) โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน และคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) ซึ่งเริ่มต้นวิเคราะห์ด้วยการนำตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลจำนวนทั้งหมด 12 ตัวแปร หากตัวแปรใดมีค่า p-value มากกว่า .05 จะถูกพิจารณานำออกจากโมเดล หลังจากการคัดออกพบว่าเหลือตัวแปรในโมเดลสุดท้ายจำนวน 8 ตัวแปร ตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์สูงระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยคำนวณค่า Variance Inflation Factors (VIFs) และประเมินความเหมาะสมของแบบจำลองด้วย Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test นำเสนอค่า Adjusted odds ratios (AORs), 95% CIs และ p-value โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งคำนึงถึงการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่รับรอง HE-158-2566 วันที่ 17 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 322 คน พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ย 70 ปี (SD=8.3) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.8 ศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 80.1 ปัจจุบันยังคงประกอบอาชีพร้อยละ 90.7 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาทร้อยละ 47.2 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 39.4 ออกกำลังกายร้อยละ 52.2 ดื่มสุราร้อยละ 20.8 สูบบุหรี่ร้อยละ 22.1 มีประวัติการหกล้มร้อยละ 10.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 46.9 และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.9 หากพิจารณาในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม พบว่า สัดส่วนของเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 23.8 และ 25.3 ตามลำดับ) กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่พบในผู้ที่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 56.7 และมี

รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาทร้อยละ 40.1 ต่ำสุราร้อยละ 35.8 สูบบุหรี่ร้อยละ 25.4 มีประวัติการหกล้มร้อยละ 48.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 35.1 และผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

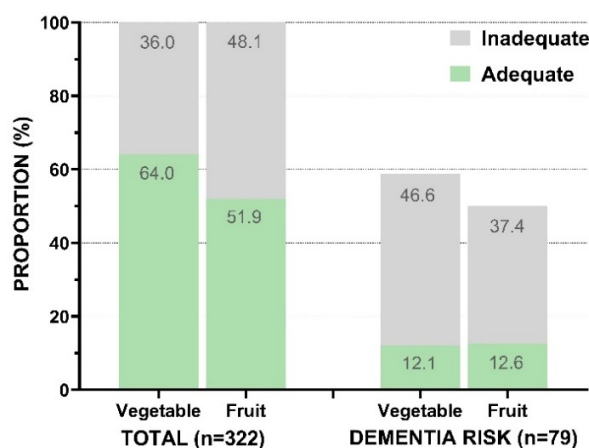
ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร (n=322)

ปัจจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n=322)	กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม (n=79)
เพศ		
หญิง	168 (52.2)	40 (23.8)
ชาย	154 (47.8)	39 (25.3)
อายุ (ปี)		
60-69	185 (57.4)	44 (23.8)
≥ 70	137 (42.6)	35 (25.6)
Mean=70.0; SD=8.3; Median=67; Max=95; Min=60		
สถานภาพสมรส		
สมรส	199 (61.8)	59 (29.7)
โสด	80 (24.8)	10 (12.5)
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	43 (13.4)	10 (23.3)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	258 (80.1)	71 (27.5)
สูงกว่าประถมศึกษา	64 (19.9)	8 (12.5)
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน		
ทำงาน	292 (90.7)	62 (21.2)
ไม่ได้ทำงาน	30 (9.3)	17 (56.7)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 4,000	152 (47.2)	61 (40.1)
≥ 4,000	170 (52.8)	18 (10.6)
Mean=4439; SD=3772; Median=4000; Max=25000; Min=500		
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	35 (10.9)	11 (31.4)
ปกติ (18.5 – 22.9)	127 (39.4)	36 (28.4)
น้ำหนักเกิน (23.0 – 24.9)	71 (22.1)	16 (22.5)
อ้วน (25.0 – 29.9)	78 (24.2)	13 (16.7)
อ้วนอันตราย (≥ 30)	11 (3.4)	3 (27.3)
Mean=23.1; SD=3.5; Median=22.9; Max=33.7; Min=16.7		
มีการออกกำลังกาย	168 (52.2)	31 (18.5)

ปัจจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n=322)	กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม (n=79)
ดื่มสุรา	67 (20.8)	24 (35.8)
สูบบุหรี่	71 (22.1)	18 (25.4)
มีประวัติการหกล้ม	33 (10.3)	16 (48.5)
มีโรคประจำตัว	151 (46.9)	53 (35.1)
มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	48 (14.9)	24 (50.0)

หมายเหตุ: นำเสนอข้อมูลในรูปแบบจำนวนและร้อยละ

การวิเคราะห์สัดส่วนการบริโภคผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างบริโภคผักและผลไม้เพียงพอร้อยละ 36.0 และร้อยละ 48.1 ตามลำดับ หากพิจารณาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ด้านการบริโภคผัก พบว่า ความเสี่ยงในกลุ่มที่บริโภคผักไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มที่บริโภคเพียงพอร้อยละ 46.6 และร้อยละ 12.1 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการบริโภคผลไม้พบว่า ความเสี่ยงในกลุ่มที่บริโภคผลไม้ไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มที่บริโภคเพียงพอร้อยละ 37.4 และร้อยละ 12.6 ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สัดส่วนการบริโภคผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบรายตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การออกกำลังกาย การดื่มสุรา ประวัติการหกล้ม โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า การบริโภคผัก และการบริโภคผลไม้ โดยผู้ที่มิคู่สมรสมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.95 เท่า (OR=2.95, 95%CI: 1.42–6.12) เมื่อเทียบกับผู้ที่โสด ผู้ที่ไม่ได้ทำงานมีโอกาสเกิดความเสี่ยงเป็น 4.85 เท่า (OR=4.85, 95%CI: 2.24–10.53) และผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 4,000 บาท มีโอกาสเกิดความเสี่ยงเป็น 5.66 เท่า (OR=5.66, 95%CI: 3.15–10.17) นอกจากนี้ การไม่ออกกำลังกาย (OR=2.00, 95%CI: 1.19–3.36) การดื่มสุรา (OR=2.03, 95%CI: 1.13–3.63) ประวัติการหกล้ม (OR=3.38, 95%CI: 1.61–7.06) การมีโรคประจำตัว (OR=3.02, 95%CI: 1.77–5.15) และความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (OR=3.98, 95%CI: 2.10–7.54) ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการบริโภคผักและผลไม้ พบว่าผู้ที่บริโภคผักไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 6.31 เท่า (OR=6.31, 95%CI:

3.62–10.98) และผู้ที่บริโภคผลไม้ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความเสี่ยงเป็น 4.16 เท่า (OR=4.16, 95%CI: 2.37–7.29) เมื่อเทียบกับผู้ที่บริโภคเพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย	จำนวน	Dementia Risk (%)	Crude OR	95%CI	p-value
เพศ					.752
หญิง	168	23.8	1	1	
ชาย	154	25.3	1.09	0.65–1.80	
อายุ					.716
60-69 ปี	185	23.8	1	1	
≥ 70 ปี	137	25.6	1.10	0.66–1.83	
สถานภาพสมรส					.007*
โสด	80	12.5	1	1	
สมรส	199	29.7	2.95	1.42–6.12	
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	43	23.3	2.12	0.80–5.59	
ระดับการศึกษา					.197
สูงกว่าประถมศึกษา	64	12.5	1	1	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	258	27.5	1.71	0.76–3.85	
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					< .001*
ทำงาน	292	21.2	1	1	
ไม่ได้ทำงาน	30	56.7	4.85	2.24–10.53	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					< .001*
< 4,000	152	40.1	5.66	3.15–10.17	
≥ 4,000	170	10.6	1	1	
ดัชนีมวลกาย					.303
ต่ำกว่าเกณฑ์	35	31.4	1.16	0.51–2.61	
ปกติ	127	28.4	1	1	
น้ำหนักเกิน	71	22.5	0.74	0.37–1.45	
อ้วน	78	16.7	0.51	0.25–1.03	
อ้วนอันตราย	11	27.3	0.95	0.24–3.77	
การออกกำลังกาย					< .001*
มี	168	18.5	1	1	
ไม่มี	154	31.2	2.00	1.19–3.36	
การดื่มสุรา					.019*

ปัจจัย	จำนวน	Dementia Risk (%)	Crude OR	95%CI	p-value
ไม่ดื่ม	255	21.6	1	1	
ดื่ม	67	35.8	2.03	1.13–3.63	
การสูบบุหรี่					.856
ไม่สูบ	251	24.3	1	1	
สูบ	71	25.4	1.06	0.58–1.94	
ประวัติการหลั่ง					.001*
ไม่มี	289	21.8	1	1	
มี	33	48.5	3.38	1.61–7.06	
โรคประจำตัว					< .001*
ไม่มี	171	15.2	1	1	
มี	151	35.1	3.02	1.77–5.15	
ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า					< .001*
ไม่มี	274	20.1	1	1	
มี	48	50.0	3.98	2.10–7.54	
การบริโภคผัก					< .001*
เพียงพอ (≥ 3 ส่วนต่อวัน)	206	12.1	1	1	
ไม่เพียงพอ (< 3 ส่วนต่อวัน)	116	46.6	6.31	3.62–10.98	
การบริโภคผลไม้					< .001*
เพียงพอ (≥ 2 ส่วนต่อวัน)	167	12.6	1	1	
ไม่เพียงพอ (< 2 ส่วนต่อวัน)	155	37.4	4.16	2.37–7.29	

* p-value < .05. CI, confidence interval; OR, odd ratios.

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบพหุคูณ พบว่า การบริโภคผักและผลไม้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังจากปรับอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว โดยการบริโภคผักไม่เพียงพอหรือบริโภคน้อยกว่า 3 ส่วนต่อวัน มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.85 เท่า (AOR= 4.85, 95%CI: 2.56–9.19, $p<.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่บริโภคผักในปริมาณที่เพียงพอ ขณะที่การบริโภคผลไม้ไม่เพียงพอหรือน้อยกว่า 2 ส่วนต่อวัน มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.14 เท่า (AOR=2.14, 95%CI: 1.11–4.12, $p=.024$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย	จำนวน	Dementia Risk (%)	AOR ^a	95%CI	p-value
การบริโภคผัก					
เพียงพอ (≥ 3 ส่วนต่อวัน)	206	12.1	1	1	< .001*
ไม่เพียงพอ (< 3 ส่วนต่อวัน)	116	46.6	4.85	2.56–9.19	

ปัจจัย	จำนวน	Dementia Risk (%)	AOR ^a	95%CI	p-value
การบริโภคผลไม้					
เพียงพอ (≥ 2 ส่วนต่อวัน)	167	12.6	1	1	
ไม่เพียงพอ (< 2 ส่วนต่อวัน)	155	37.4	2.14	1.11–4.12	.024*

^a ปรับอัตราเสี่ยงของปัจจัยด้านอายุ รายได้ การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การทกล้ม โรคประจำตัว และความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

* p-value < .05. CI, confidence interval; AOR, adjusted odd ratio.

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 36.0 และร้อยละ 48.1 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phulkerd et al.²⁶ ที่ศึกษาปัจจัยด้านประชากรและสังคมที่ส่งผลต่อการบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย พบความชุกของการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 65.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคไม่เพียงพอ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพออาจเกิดจากการเข้าถึงผักผลไม้ที่จำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อย การคุ้นเคยกับการบริโภคอาหารพลังงานสูงและเนื้อสัตว์ การมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ฟันไม่ดี เคี้ยวลำบาก หรือท้องอืด นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมอาจมีผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร เช่น ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนในเรื่องการบริโภคผักและผลไม้ หรือไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของผักและผลไม้ต่อสุขภาพ ดังนั้น การรณรงค์และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงผักและผลไม้ได้สะดวกจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบความชุกของความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 24.5 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tantanokit et al.²⁷ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบความชุกร้อยละ 18 โดยปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศชาย อายุที่เพิ่มขึ้น ได้รับการศึกษาน้อย และโรคเบาหวาน ทั้งนี้ ความแตกต่างของความชุกในแต่ละการศึกษาอาจเกิดจากความหลากหลายของลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่ เครื่องมือประเมินที่ใช้ และความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงตามบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนส่งผลต่อความชุกของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ

การบริโภคผักไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kishida et al.¹⁴ ที่ทำการวิจัยแบบไปข้างหน้าเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนญี่ปุ่นอายุ 50–79 ปี พบว่า การบริโภคผักและผลไม้มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความเสี่ยงสมองเสื่อมทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะวิตามินซีซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สัมพันธ์กับการชะลอการเกิดพยาธิสภาพของสมอง และการศึกษาของ Huang et al.¹⁵ ที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของผักผลไม้กับกระบวนการรู้คิดและภาวะรู้คิดถดถอยในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า การบริโภคผักและผลไม้มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองที่ดีขึ้นและมีความเสี่ยงที่ต่ำลง โดยผักตระกูลกะหล่ำปลี ผักใบเขียว และผักสีเข้มโดยเฉพาะสีแดงหรือสีเหลือง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับอีกหลายงานวิจัย²⁸⁻³¹ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ผักมีวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งช่วยลดความเครียดออกซิเดชันและการอักเสบของระบบประสาท จึงมีบทบาทสำคัญในการปกป้องสมอง^{11, 12, 18}

การบริโภคผลไม้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lyu et al.¹⁷ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผลไม้ที่มีฟลาโวนอยด์สูงกับอุบัติการณ์สมองเสื่อมในกลุ่มวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคผลไม้ในวัยกลางคนช่วยลดความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมจากทุกสาเหตุร้อยละ 44 และยังพบว่าผลไม้จำพวกแอปเปิ้ล สาลี่ ส้ม และบลูเบอร์รี่ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงในผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะฟลาโวนอยด์ที่อยู่ในผลไม้ โดยเฉพาะแอนโทไซยานินและฟลาโวนอล มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระช่วยลดความเครียดออกซิเดชันในเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดความเสี่ยงของระบบประสาท ยับยั้งการสร้างสารสื่อการอักเสบที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่สมอง เช่น IL-6 และ TNF- α นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มการทำงานของเยื่อหุ้มหลอดเลือดและการไหลเวียนเลือดที่สมองผ่านการกระตุ้นของไนตริกออกไซด์³²⁻³⁵ การเพิ่มทั้งปริมาณและความหลากหลายของการบริโภคผักและผลไม้ในช่วงวัยกลางคน อาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะรู้คิดบกพร่องในวัยสูงอายุ³⁶

ข้อค้นพบหลักของงานวิจัยนี้คือ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ และช่วยยืนยันแนวโน้มดังกล่าวในบริบทของชุมชนชนบทประเทศไทย อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ (1) รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน (2) อาจมีอคติจากข้อมูลคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ที่ได้ข้อมูลจากการประเมินตนเอง ทำให้การประมาณขนาดความสัมพันธ์อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าความเป็นจริง การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่มีความแม่นยำขึ้น เช่น แบบบันทึกการบริโภคอาหาร หรือการตรวจวัดทางชีวเคมีโดยตรง (3) การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เพียงอำเภอเดียว อาจจำกัดความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้กับประชากรในวงกว้าง (Generalizability) เนื่องจากความแตกต่างของบริบทชุมชนในแต่ละพื้นที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ได้ ดังนั้น เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความเป็นตัวแทนระดับประเทศ ควรมีการศึกษาซ้ำในพื้นที่และกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้นในอนาคต และ (4) แม้งานวิจัยนี้จะมีการควบคุมปัจจัยกวนหลักแล้ว แต่ยังคงมีปัจจัยกวนอื่นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ เช่น รูปแบบการบริโภคอาหาร ระดับกิจกรรมทางกาย และการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นต้น

โดยสรุป การบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพออาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จึงควรสนับสนุนให้บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่นอย่างรอบด้าน เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยรณรงค์และสนับสนุนให้รับประทานผักและผลไม้ เน้นการเข้าถึงผักและผลไม้ในระดับชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาสนับสนุนการปลูกและบริโภคผักผลไม้ในระดับครัวเรือน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาที่มีการติดตามระยะยาว เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลอย่างชัดเจน และขยายขอบเขตการศึกษาไปยังประชากรต่างพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในบริบทต่าง ๆ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรหน่วยงานเครือข่าย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ระบบสถิติทางการทะเบียน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>.
2. Su M, Wang T, Zou C, Cao K, Liu F. Global, regional, and national burdens of Alzheimer's disease and other forms of dementia in the elderly population from 1999 to 2019: A trend analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *Ibrain*. 2024;10(4):488-99.
3. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
4. Orlova OV, Boiko DI, Bodnar LA, Zhyvotovska LV. Cognitive dysfunction and disturbed daily activities of people with dementia impact the psychological stress in family caregivers depending on their anxiety and depression severity. *Health Psychology Open*. 2024;11:20551029241305549.
5. Luchesi BM, Kajiyama MT, Abreu AR, Kwiatkoski M, Martins TCR. Monitoring risk factors for dementia in middle-aged and older adults: a longitudinal study. *Dement Neuropsychol*. 2024;18:e20230095.
6. Gaertner B, Fuchs J, Kuhnert R, Neuhauser H. Dementia risk factors and cognitive function in a nationwide population-based sample aged 65+. *European Journal of Public Health*. 2024;34(Supplement_3):ckae144.238.
7. Wang M, Fan C, Han Y, Wang Y, Cai H, Zhong W, et al. Associations of modifiable dementia risk factors with dementia and cognitive decline: evidence from three prospective cohorts. *Frontiers in Public Health*. 2025; 13:1529969.
8. ชลิต เขาวีโลย, วินัย พูลศรี และธีรนนท์ ตันพาณิชย์. แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2565;8(2):8-15.
9. Chen H, Dhana K, Huang Y, Huang L, Tao Y, Liu X, et al. Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay diet and risk of dementia: three prospective studies and meta-analysis of cohort studies. *medRxiv*. 2022:2022.10.16.22281155.
10. Dobrova I, Marston L, Mukadam N. Which components of the Mediterranean diet are associated with dementia? A UK Biobank cohort study. *GeroScience*. 2022;44(5):2541-54.
11. Jalouli M, Rahman MA, Biswas P, Rahman H, Harrath AH, Lee I-S, et al. Targeting natural antioxidant polyphenols to protect neuroinflammation and neurodegenerative diseases: a comprehensive review. *Frontiers in Pharmacology*. 2025;16:1492517.
12. Zheng Y, Chen X, Yi Q, Lu M, Huang L, Tao Y, et al. Dietary antioxidants, cognitive impairment and dementia: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*. 2023;19(S23):e073233.

13. Haskell-Ramsay CF, Docherty S. Role of fruit and vegetables in sustaining healthy cognitive function: evidence and issues. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2023;82(3):305-14.
14. Kishida R, Yamagishi K, Iso H, Ishihara J, Yasuda N, Inoue M, et al. Fruit and Vegetable Intake and Risk of Disabling Dementia: Japan Public Health Center Disabling Dementia Study. *The Journal of Nutrition*. 2024;154(6):1842-52.
15. Huang L, Zhao C, Gao M, Tao Y, Chen X, Chen H, et al. Associations of vegetable and fruit intake with cognitive function and its decline: Two longitudinal studies. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2024;28(6):100223.
16. Zhou Y, Wang J, Cao L, Shi M, Liu H, Zhao Y, et al. Fruit and Vegetable Consumption and Cognitive Disorders in Older Adults: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in Nutrition*. 2022;9:871061.
17. Lyu C, Jacques PF, Doraiswamy PM, Young B, Gurnani AS, Au R, et al. Flavonoid-Rich Fruit Intake in Midlife and Late-Life and Associations with Risk of Dementia: The Framingham Heart Study. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*. 2024;11(5):1270-9.
18. Liu S, Luo J, Xiao Z, Wu W, Liang X, Zhao Q, et al. Low Intake of Total Antioxidant Nutrients as a Risk Factor for Incident Dementia in Older Adults: The Shanghai Aging Study. *Neuroepidemiology*. 2024;1-11.
19. Gaudio S, Rukh G, Di Ciommo V, Berkins S, Wiemerslage L, Schiöth HB. Higher fresh fruit intake relates to larger grey matter volumes in areas involved in dementia and depression: A UK Biobank study. *NeuroImage*. 2023;283:120438.
20. World Health Organization. Fruit and vegetable intake [Internet]. 2012 [cited 2024 July 19]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3417>.
21. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/09/Vegetable-consumption-national.pdf>.
22. ชวนนท์ อัมอาบ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2562;28(5):782-91.
23. Chan R, Chan D, Woo J. A cross sectional study to examine the association between dietary patterns and cognitive impairment in older Chinese people in Hong Kong. *J Nutr Health Aging*. 2013;17(9):757-65.
24. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Van Reekum R. The Use of GDS-15 in Detecting MDD: A Comparison Between Residents in a Thai Long-Term Care Home and Geriatric Outpatients. *J Clin Med Res*. 2013;5(2):101-11.
25. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

26. Phulkerd S, Thapsuwan S, Thongcharoenchupong N, Soottipong Gray R, Chamratrithirong A. Sociodemographic differences affecting insufficient fruit and vegetable intake: a population-based household survey of Thai people. *Journal of Health Research*. 2020;34(5):419-29.
27. Tantanokit T, Bosittipichet T, Leesri T. The Study of Prevalence and Associated Factors of Dementia in the Elderly. *Siriraj Medical Journal*. 2021;73(4):224-35.
28. Deng Y, Deng J, Jiang K, Shi Y, Feng Z, Wu R, et al. Correlation between Vegetable and Fruit Intake and Cognitive Function in Older Adults: A Cross-Sectional Study in Chongqing, China. *Nutrients*. 2024;16(18):3193.
29. Smith L, López Sánchez GF, Veronese N, Soysal P, Oh H, Kostev K, et al. Association of Fruit and Vegetable Consumption With Mild Cognitive Impairment in Low- and Middle-Income Countries. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2023;78(8):1410-6.
30. Qin A, Wang M, Xu L. Increased Intake of Vegetables and Fruits Improves Cognitive Function among Chinese Oldest Old: 10-Year Follow-Up Study. *Nutrients*. 2023;15(9):2147.
31. Kimura Y, Yoshida D, Ohara T, Hata J, Honda T, Hirakawa Y, et al. Long-term association of vegetable and fruit intake with risk of dementia in Japanese older adults: the Hisayama study. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):257.
32. Jennings A, Thompson AS, Tresserra-Rimbau A, O'Neill JK, Hill C, Bondonno NP, et al. Flavonoid-Rich Foods, Dementia Risk, and Interactions With Genetic Risk, Hypertension, and Depression. *JAMA Network Open*. 2024;7(9):e2434136-e.
33. Flieger J, Forma A, Flieger W, Flieger M, Gawlik PJ, Dzierżyński E, et al. Carotenoid Supplementation for Alleviating the Symptoms of Alzheimer's Disease. *International Journal of Molecular Sciences*. 2024;25(16):8982.
34. Diptayan A, Jayati B, Bitihotra D, Bani Kumar P. Review on the Effective Implications of Plant-generated Polyphenols as Novel Therapeutic Agents against Neurodegenerative Diseases. *Current Traditional Medicine*. 2024;10:1-19.
35. Krikorian R, Shidler MD, Summer SS. Early Intervention in Cognitive Aging with Strawberry Supplementation. *Nutrients*. 2023;15(20):4431.
36. Sheng L-T, Jiang Y-W, Alperet DJ, Feng L, Pan A, Koh W-P. Quantity and variety of fruit and vegetable intake in midlife and cognitive impairment in late life: a prospective cohort study. *British Journal of Nutrition*. 2023;129(12):2084-93.

Received: 10 Jun. 2025, Revised: 24 Jun. 2025

Accepted: 1 Jul. 2025

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง
โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลาธันวา ตันตินาม^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย การกลับมารักษาซ้ำ ในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสะเดา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 จำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi square และ Stepwise multiple regression analysis ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 39.34 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วย โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 23.57$) อาชีพ ($\chi^2 = 13.11$) ระยะเวลาที่เริ่มปวดหลัง ($\chi^2 = 6.52$) และโรคประจำตัว ($\chi^2 = 34.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ โรคประจำตัว (Beta = 0.394) อายุ (Beta = 0.276) ระยะเวลาเริ่มปวดหลัง (Beta = 0.276) การดื่มสุรา (Beta = 0.171) และการออกกำลังกาย (Beta = -0.218) ซึ่งร่วมกันทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้ร้อยละ 45.4 ซึ่งควรได้รับการพิจารณาในกระบวนการวางแผนการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม โดยเน้นการป้องกันการเกิดซ้ำและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ทำท่าทางในการทำงานที่ถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้แรงงานหรือมีโรคประจำตัวร่วม

คำสำคัญ : ปัจจัย, การกลับมารักษาซ้ำ, โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

^{1*}นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ประเทศไทย

*Corresponding author E-mail: thnw.arch@gmail.com

*Original Article***Predictive Factors of Readmission among Patients with Chronic Low Back Pain: Sadao Hospital, Songkhla Province**Thanwa Tantinam^{1*}**Abstract**

This survey research aimed to investigate the factors associated with and predictive of readmission among patients with chronic low back pain. The sample consisted of 122 patients who received treatment for chronic low back pain at Sadao Hospital between October 1, 2023, and September 30, 2024. The data were collected using patient record forms and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that 39.34% of the patients had readmission. Factors significantly associated with readmission at a significance level of 0.05 included age ($\chi^2 = 23.57$), occupation ($\chi^2 = 13.11$), duration of initial back pain ($\chi^2 = 6.52$), and presence of comorbidities ($\chi^2 = 34.55$). Predictive factors of readmission, which were statistically significant at the 0.05 level, included comorbidities (Beta = 0.394), age (Beta = 0.276), duration of initial back pain (Beta = 0.276), alcohol consumption (Beta = 0.171), and exercise (Beta = -0.218). These factors jointly accounted for 45.4% of the variance in readmission.

The findings suggest that these predictive factors should be considered in comprehensive care planning, with an emphasis on recurrence prevention and the promotion of appropriate health behaviors, such as proper working posture and regular physical exercise particularly among manual laborers and individuals with underlying health conditions.

Keywords: Chronic low back pain; Readmission; Risk factors

^{1*} Medical Doctor, Professional Level, Sadao Hospital, Songkla province, Thailand

*Corresponding author E-mail: thnw.arch@gmail.com

บทนำ

ความเจ็บปวดของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Pain) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ความเจ็บปวดนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคลและระบบบริการสุขภาพ¹ ซึ่งพบว่า โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (Chronic Low Back Pain) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก มีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² ข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 4.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยร้อยละ 12 ของผู้ป่วยมีอาการเรื้อรังและต้องกลับมารักษาซ้ำอย่างต่อเนื่อง³

การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบบ่อย จากปัจจัยหลายประการ เช่น การจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความล้มเหลวในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁴ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย รวมถึงลักษณะการทำงาน เช่น การยกของหนักหรือการนั่งทำงานในท่าเดิมเป็นเวลานานมีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนี้ ระบบสนับสนุนจากครอบครัวและองค์กรก็มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำ⁵⁻⁸

โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ โดยผลกระทบที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมักประสบปัญหาการเคลื่อนไหวที่ลดลง เช่น การยืน การเดิน หรือการก้ม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน⁹ และอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือต้องหยุดงานเป็นเวลานาน ส่งผลทางสังคม ด้วยอาจทำให้เกิดความขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจในที่ทำงาน จากการหยุดงานบ่อยครั้งหรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง⁹ หรือในกรณีที่รุนแรงอาจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว อาจนำไปสู่การแยกตัวจากสังคม⁵ ซึ่งผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองเป็นผลกระทบทางจิตใจ เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างปกติ^{4,10}

การดูแลรักษาโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เป็นภาวะที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมหลายมิติ ทั้งวิธีการรักษา ระยะเวลา และค่าใช้จ่าย โดยวิธีการรักษาแบ่งออกเป็นวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น กายภาพบำบัด การยืด การเสริมสร้างกล้ามเนื้อ และเพิ่มความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง การนวดแผนไทยและการบำบัดด้วยความร้อนช่วยลดอาการปวด การรักษาแบบใช้ยา Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) เพื่อบรรเทาอาการปวด รวมถึงการฉีดยาสเตียรอยด์เฉพาะที่เพื่อลดอาการปวดเฉียบพลัน^{2,9,11} ด้านระยะเวลาการรักษามักอยู่ที่ 6-12 เดือน โดยเฉพาะการใช้วิธีการรักษาแบบกายภาพบำบัดและการนวดไทย ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง¹² มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของการรักษาอยู่ที่ประมาณ 500-1,000 บาทต่อครั้ง ในโรงพยาบาลเอกชน และ 200-300 บาทต่อครั้ง ในโรงพยาบาลของรัฐ¹³

โรงพยาบาลสะเดา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จำนวน 30 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 896 1,497 1,613 ราย ตามลำดับ รวมถึงผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจำนวน 116 155 178 ราย ตามลำดับ¹⁴ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาและส่งต่อกายภาพบำบัดจากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานี้ขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และปัจจัยการทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังทั้งในด้านส่วนบุคคล ประวัติทางการแพทย์ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การหาแนวทางพัฒนาการจัดการโรคในกลุ่มผู้ป่วยนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

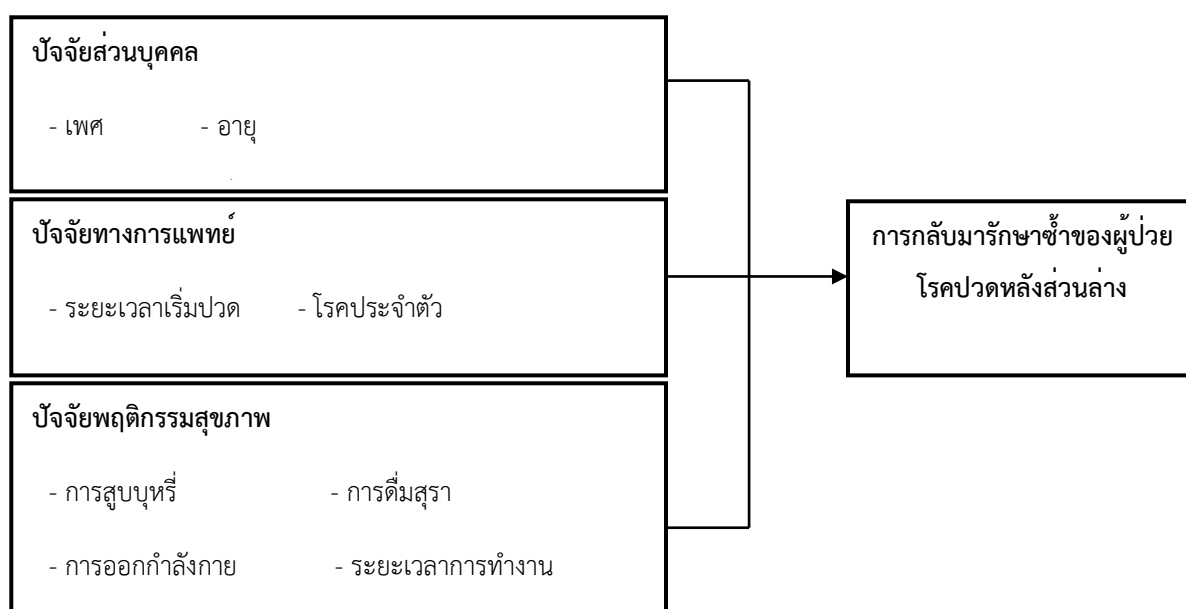
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยประวัติทางการแพทย์และการรักษา ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำนายนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย) ปัจจัยทางการแพทย์ (ระยะเวลาเริ่มปวด โรคประจำตัว วิธีการรักษา) ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ระยะเวลาการทำงาน ระยะเวลาการนอนหลับ) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา วันที่ 1 มีนาคม 2568 (SDSK11/ปีพ.ศ. 2568)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล สะเดา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 จำนวน 178 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน คัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากโดยไม่ใส่คืน ผู้วิจัยได้กำหนดหมายเลขของประชากรและใส่ทุกหมายเลขรวมกันจับฉลากออกจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีประวัติการรักษาโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลสะเดา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567
2. ข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนครบถ้วน
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. สิ้นสุดการรักษาโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในโรงพยาบาลสะเดา
2. ไม่สามารถติดต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตามแบบสอบถามได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำรา เอกสาร บทความ วิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และอาชีพ

ส่วนที่ 2 ประวัติทางการแพทย์ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังส่วนล่าง การวินิจฉัย โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 การรักษา จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการรักษาที่ได้รับ ความต่อเนื่องในการรักษา ความถี่ของการกลับมารักษา

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ระยะเวลาการทำงาน และระยะเวลาการนอนหลับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามและนำเครื่องมือที่ได้จากการพัฒนานำไปหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ และด้านกายภาพบำบัด เพื่อหาดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงก์ (Index of item objective congruence; IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 0.92

การดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติการดำเนินงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสะเดา ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเดิม นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแบบบันทึกข้อมูล มีขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวชระเบียนผู้ป่วย และทำการนัดผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติม ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และอธิบายสิทธิและประโยชน์ที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับ ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้ง

ชี้แจงการยกเลิกถอนตัวการร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อในครั้งที่ทำการติดตามเพื่อเก็บข้อมูลที่เพิ่มเติมจากข้อมูลเวชระเบียน จากนั้นทวนสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ผลเพื่อหาความสัมพันธ์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์สมการพหุคูณโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.28 อยู่ในกลุ่มอายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 24.60 มีอายุเฉลี่ย 46.57 ± 16.31 ปี มากกว่าครึ่งมีอาชีพทำงานโรงงาน ร้อยละ 51.64 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 25.00-29.99 อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.07 โดยก่อนมาได้รับการรักษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เริ่มปวดหลังน้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 71.31 มากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.74 ได้รับการรักษาหลักด้วยการรับยาแก้ปวด ร้อยละ 47.54 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.41 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 91.80 และไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 78.69 ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 93.44 และเกินครึ่งนอนหลับมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 50.82 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 60.66 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	53.28
หญิง	57	46.72
อายุ		
≤ 20 ปี	21	17.21
21 – 30 ปี	30	24.60
31 – 40 ปี	25	20.49
41 – 50 ปี	21	17.21
> 50 ปี	25	20.49
อาชีพ		
ว่างงาน/แม่บ้าน	36	29.51
ข้าราชการ / ลูกจ้างหน่วยงานรัฐ	4	3.28
พนักงานออฟฟิศ	7	5.74
ทำงานโรงงาน	63	51.64

(Mean ± S.D. = 46.57 ± 16.31 , Max = 91, Min = 18)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทำสวน	12	9.83
ค่าดัชนีมวลกาย		
< 18.50	5	4.10
18.50 – 22.99	39	31.97
23.00 – 24.99	22	18.03
25.00 – 29.99	44	36.07
≥ 30.00	12	9.83
(Mean ± S.D. = 24.87±4.46, Max = 39.51, Min = 13.82)		
ระยะเวลาที่เริ่มปวดหลัง		
< 3 เดือน	87	71.31
3 – 6 เดือน	28	22.95
> 6 เดือน	7	5.74
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	68	55.74
มีโรคประจำตัว	54	44.26
การรักษา		
นวดแผนไทย	19	15.57
รับประทานยาสมุนไพร	4	3.28
กายภาพบำบัด	15	12.30
รับประทานยาแก้ปวด	58	47.54
ฉีดยาแก้ปวด	26	21.31
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	92	75.41
สูบบุหรี่	30	24.59
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	112	91.80
ดื่มสุรา	10	8.20
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	96	78.69
1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์	18	14.75
> 3 ครั้ง/สัปดาห์	8	6.56
ระยะเวลาการทำงาน		
≤ 8 ชั่วโมงต่อวัน	114	93.44
> 8 ชั่วโมงต่อวัน	8	6.56

(Mean ± S.D. = 4.75±3.85, Max = 10, Min = 0)

ระยะเวลาการนอนหลับ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
< 8 ชั่วโมงต่อวัน	60	49.18
≥ 8 ชั่วโมงต่อวัน	62	50.82
(Mean ± S.D. = 7.25±1.39, Max = 10, Min = 4)		
การกลับมารักษาซ้ำ		
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	74	60.66
กลับมารักษาซ้ำ	48	39.34

ปัจจัยสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ ระยะเวลาที่เริ่มปวดหลังก่อนรับการรักษา และโรคประจำตัว กับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 122)

ปัจจัย	จำนวนกลับมารักษาซ้ำ (ร้อยละ)		χ ²	p-value
	ไม่รักษาซ้ำ	รักษาซ้ำ		
เพศ				
ชาย	44 (36.07)	21 (17.21)	2.886	0.089
หญิง	30 (24.59)	27 (22.13)		
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 35 ปี	28 (22.95)	0 (0.00)	23.572	<0.001*
35 ปีขึ้นไป	46 (37.70)	48 (39.34)		
อาชีพ				
ว่างงาน/หน่วยงานรัฐ/พนักงานออฟฟิศ	19 (15.57)	28 (22.95)	13.111	<0.001*
ทำงานโรงงาน/ทำสวน	55 (45.08)	20 (16.39)		
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)				
น้อยกว่า 25.00	44 (36.07)	22 (18.03)	2.177	0.140
25.00 ขึ้นไป	30 (24.59)	26 (21.31)		
ระยะเวลาที่เริ่มปวดหลังก่อนรับการรักษา				
น้อยกว่า 3 เดือน	59 (48.36)	28 (22.95)	6.515	0.011*
3 เดือนขึ้นไป	15 (12.30)	20 (16.39)		
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	57 (46.72)	11 (9.02)	34.553	<0.001*
มีโรคประจำตัว	17 (13.93)	37 (30.33)		
การรักษา				
การแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด	43 (35.25)	30 (24.59)	0.234	0.629

ปัจจัย	จำนวนกลับมารักษาซ้ำ (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	ไม่รักษาซ้ำ	รักษาซ้ำ		
ฉีดยาและรับประทานยาแก้ปวด	31 (25.41)	18 (14.75)		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	54 (44.26)	38 (31.15)	0.602	0.438
สูบบุหรี่	20 (16.39)	10 (8.20)		
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่มสุรา	70 (57.38)	42 (34.43)	1.947	0.163
ดื่มสุรา	4 (3.28)	6 (4.92)		
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	54 (44.26)	42 (34.43)	3.664	0.056
ออกกำลังกาย	20 (16.39)	6 (4.92)		
การทำงาน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง/วัน	69 (56.56)	45 (36.89)	0.012	0.912
มากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน	5 (4.10)	3 (2.46)		
การนอนหลับ				
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/วัน	39 (31.97)	21 (17.21)	0.934	0.334
มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง/วัน	35 (28.69)	27 (22.13)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

การศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ประกอบด้วยตัวแปรที่ทำการศึกษาดังนี้

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย) ข้อมูลทางการแพทย์และการรักษา (ระยะเวลาเริ่มปวด โรคประจำตัว วิธีการรักษา) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ระยะเวลาการทำงาน ระยะเวลาการนอนหลับ) โดยตัวแปรไม่ได้อยู่ในระดับอันตรภาค (Interval scale) หรือระดับมาตราส่วน (Ratio scale) ได้ทำการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยให้แต่ละตัวมีค่า 0 กับ 1 เช่น เพศชาย กำหนดเป็น 0 และเพศหญิง กำหนดเป็น 1 และตัวแปรตาม คือ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ปวดโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบภาวะ Multicollinearity พบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.804 – 0.975 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกัน และได้ค่า VIF (Variance inflation factors) อยู่ระหว่าง 1.026 – 1.243 ซึ่งถ้าค่า VIF > 10 จะแสดงถึงการมีสหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายมากหรือมีภาวะร่วมของตัวแปรสูง จากผลการทดสอบนี้สรุปได้ว่า ไม่มีภาวะ Multicollinearity ของตัวแปร

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงลำดับค่า Beta จากมากไปน้อย ได้แก่ โรคประจำตัว (Beta = 0.394) อายุ (Beta = 0.276) ระยะเวลาเริ่มปวดหลัง (Beta = 0.276) การดื่มสุรา (Beta = 0.171) และการออกกำลังกาย (Beta = -0.218) โดยสามารถร่วมกันทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้ ร้อยละ 45.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 122)

ปัจจัย	B	S.E. _b	Beta	t	p-value
อายุ	0.321	0.088	0.276	3.648	<0.001*
ระยะเวลาเริ่มปวดหลัง	0.298	0.079	0.276	3.783	<0.001*
โรคประจำตัว	0.388	0.075	0.394	5.158	<0.001*
การดื่มสุรา	0.304	0.124	0.171	2.455	0.016*
การออกกำลังกาย	-0.259	0.086	-0.218	-3.025	0.003*
ค่าคงที่ (Constant)	-0.080	0.076	-1.053		0.294

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีอายุเฉลี่ย 46.57 ปี และประกอบอาชีพ การทำงานในโรงงานมากที่สุด ซึ่งแสดงถึงลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้แรงในการทำงานสูง และอาจมีท่าทางในการทำงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ร่างกายที่ทำให้เกิดการปวดหลัง และอาจเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำในของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ผลการวิจัยนี้มีข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับงานศึกษาของ จิราภรณ์ แซ่ตัน¹⁵ ที่ศึกษาผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน เช่น โรงงานและก่อสร้าง มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมาเป็นซ้ำของอาการปวดหลัง เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องยกของหนักหรือเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ โดยขาดท่าทางที่เหมาะสม ในด้านภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Heuch et al.¹⁶ และ ศิริพร ชูชาติ¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของไทย ที่มี BMI เกินมาตรฐาน มีแนวโน้มกลับมาพบแพทย์ซ้ำมากกว่าผู้มีน้ำหนักปกติ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาในครั้งนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา แต่มีสัดส่วนผู้ที่ไม่ออกกำลังกายสูงถึง 78.69% ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหลังอ่อนแรง และการพัฒนาสู่ภาวะปวดเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาวดี วงศ์ภักดี¹⁸ ที่ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคอีสานพบว่า การไม่ออกกำลังกายสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังและความถี่ของการมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ได้แก่ อายุ อาชีพ ระยะเวลาที่เริ่มปวดก่อนเข้ารับการรักษา และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เนื่องจากพบว่าความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งสอดคล้อง การศึกษาของ ฌักซดา ศิริมาสกุล¹⁹ ที่มีผลการศึกษาว่า ช่วงอายุที่มากขึ้นจะพบสัดส่วนของอาการปวดหลังที่มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงและมีอายุ 51 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.0 นอกจากนี้ยังพบว่าอายุเป็นปัจจัยเสริมหนึ่งที่สัมพันธ์กับโอกาสในการปวดหลังได้

อาชีพ พบว่าสัมพันธ์กับกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง อาจเกิดจากลักษณะของงาน เช่น การบิดเอี้ยวตัว การก้มตัว การยกของหนัก การสัมผัสแรงสั่นสะเทือนขณะทำงาน พบว่าลักษณะการทำงานเหล่านี้มี

สัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ดังการศึกษาของ จิรฉัตร ตั้งเจริญสมุทร และคณะ²⁰ พบว่า ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม หรือรับจ้างทั่วไป โดยมีท่าทางการทำงานและวิถีชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกัน เช่น การก้มๆ เงยๆ หรือการอยู่ในท่านั่งนานๆ มักทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ง่าย ซึ่งกลุ่มอาชีพเหล่านี้คิดเป็นประมาณร้อยละ 40 ของประชากรวัยแรงงาน และมักเป็นแรงงานนอกระบบที่อาจขาดความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ระยะเวลาที่เริ่มปวดก่อนเข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง อาจด้วยว่าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาการปวดหลังอาจกลายเป็นโรคปวดหลังเรื้อรังได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และเศรษฐกิจ

โรคประจำตัว สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เนื่องจากโรคประจำตัวบางโรคอาจเพิ่มความเสี่ยงให้ปวดหลังเรื้อรัง กลับมาเป็นซ้ำบ่อย และตอบสนองต่อการดูแลรักษาได้ยากขึ้น ดังการศึกษาของ นิรุติ ผึ้งผล และคณะ²¹ ที่พบว่า ความเครียด วิดกกังวล และการนอนไม่หลับยังผลกระทบต่อสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยในระยะยาว

ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เรียงลำดับค่า Beta จากมากไปน้อย ได้แก่ โรคประจำตัว อายุ ระยะเวลาเริ่มปวดหลัง การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย โดยสามารถร่วมกันทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้ ร้อยละ 45.4 สามารถอธิบายได้ดังนี้ โรคประจำตัว เช่น ภาวะอ้วน โรคทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว เพราะเป็นปัจจัยสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค อายุพบว่าในช่วงอายุ 45–59 ปี มีโอกาสเกิดอาการซ้ำมากกว่ากลุ่มอายุน้อย (OR ประมาณ 2.1) รวมถึงผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาน้อยกว่า ด้านระยะเวลา พบว่าอาการปวดหลังระยะเวลาสั้นไม่เกิน 6 เดือน มักมีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่า และลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสปวดหลังรายสัปดาห์สูงขึ้น (OR 2.39; 95% CI 1.21–4.72) นอกจากนี้พบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูง มีโอกาสฟื้นตัวจากอาการปวดได้ดีกว่า และลดโอกาสกลับมาเป็นซ้ำในระยะยาวถึงเกือบสองเท่า²²⁻²³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและลักษณะงานมีบทบาทอย่างมากในการเกิดอาการซ้ำ การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่ผสมผสานกายภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม จึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีกขาดการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน เบาหวาน หรือภาวะทางจิตเวช เพื่อให้คำแนะนำและดูแลเชิงรุกก่อนเกิดภาวะปวดหลังเรื้อรัง
2. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับแรงงานในโรงงานหรืออาชีพใช้แรง เช่น การอบรมท่าทางการทำงานที่เหมาะสม การยืดกล้ามเนื้อระหว่างวัน และการให้ความรู้เรื่อง ergonomic
3. พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติที่ครอบคลุมการประเมินและการวางแผนการดูแลโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังแบบเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มประกอบอาชีพแรงงาน กลุ่มที่มีโรคประจำตัว เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 25(2): 173–83, 2011.
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet Lond Engl. 391(10137): 2356–67, 2018.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2563.
4. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet Lond Engl. 391(10137): 2368–83, 2019.
5. Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G, Hartvigsen J. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. Spine. 38(24): 2118–23, 2013.
6. จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปกรณ์, พงศ์เทพ สุธีรัฐ, ทวีศักดิ์ วงศ์ศิริติเมธาวี. การจัดการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 10(2): 1–13, 2566.
7. กชกร ชัยพฤกษ์, สุชาดา กองทอง, จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์, ชุตินา กลิ่นหอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานเก็บขยะมูลฝอย อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม. 5(1): 43–8, 2565.
8. Shafagati N, Fite K, Patanarut A, Baer A, Pinkham C, An S, et al. Enhanced detection of respiratory pathogens with nanotrapp particles. Virulence. 7(7): 756–69, 2016.
9. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. Spine J Off J North Am Spine Soc. 8(1): 8–20, 2008.
10. Voon V, Krack P, Lang AE, Lozano AM, Dujardin K, Schüpbach M, et al. A multicentre study on suicide outcomes following subthalamic stimulation for Parkinson’s disease. Brain J Neurol. 131(Pt 10): 2720–8, 2008.
11. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Rehabil. 29(12): 1155–67, 2015.
12. จุฑารัตน์ ว่องกิตติการ, เกษร สำเภาทอง, กิตริวี จิรวัดน์สถิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังด้วยบริการการแพทย์แผนไทยในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 9(6): 430–8, 2567.
13. Banerjee S, Argáez C. Multidisciplinary Treatment Programs for Patients with Acute or Subacute Pain: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines, 2019. เข้าถึงเมื่อ 19 เมษายน 2568, จาก <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546002/>.

14. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน, 2025. เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2568, จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/74b22d3ae96848ef364e6b1a26da8f37>.
15. จิราภรณ์ แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเป็นซ้ำของอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยคลินิกโรคกระดูกและข้อ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 35(2): 45–56, 2560.
16. Heuch I, Heuch I, Hagen K, Zwart JA. Body mass index as a risk factor for developing chronic low back pain: a follow-up in the Nord-Trøndelag Health Study. Spine. 38(2): 133–9, 2013.
17. ศิริพร ชูชาติ. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับความรุนแรงของอาการปวดหลังเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 13(4): 598–607, 2562.
18. สุภาวดี วงศ์ภักดี. พฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปวดหลังเรื้อรัง. วารสารสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 10(1): 22–30, 2563.
19. ณัฏฐา ศิริมาสกุล. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 30(2): 2565.
20. จิรฉัตร ตั้งเจริญสมุทร, อรพรรณ ชัยมณี และ วรณา จงจิตโรไพศาล. ภาวะอาการปวดหลังส่วนล่างเนื่องจากการทำงานในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 9(3): 326-336, 2562.
21. นิรุติ ผึ้งผล, วราภรณ์ รัตนพาหิระ, สุพรรณษา สุขสมทรง และ ชลบุษ ทับทิมทอง. ปัจจัยทำนายความตั้งใจป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้ป่วยในคลินิกแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 4(2): 33-43, 2564.
22. Linda Karoliina Nieminen, Liisa Maria Pyysalo and Markku Juhani Kankaanpaa. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. Pain report. 6(2021): 1-17, 2021.
23. ณัฐพงศ์ ศรีสุขโข, พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล, สิทธิพันธุ์ ไชยนันท์ และ นาถนัดดา มรกตศรีวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 17(1): 84-112, 2564.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน
ของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธรศศิมา แพงพา¹ ภูวลี ภูวรรณ² และจรินทร์ทิพย์ ขมชายผล^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ในตำบลธาตุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนที่รับผิดชอบการคัดแยกขยะ จำนวน 343 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.26 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ได้แก่ เพศ (p -value=0.005) ระดับการศึกษา (p -value=0.043) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s=0.130$) ความรู้ ($r_s=0.227$) ทักษะ ($r_s=0.381$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($r_s=0.211$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ($r_s=0.344$) และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ($r_s=0.687$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($r_s=-0.199$) สอดคล้องกับทฤษฎีตามแบบแผน ที่พบว่าความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการลดและการคัดแยกขยะในครัวเรือน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำโครงการหรือมาตรการส่งเสริมการคัดแยกขยะในระดับครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง เน้นการสร้างแรงจูงใจและความตระหนัก เช่น ครัวเรือนต้นแบบคัดแยกขยะ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานให้เอื้อต่อการคัดแยกขยะ เช่น การจัดหาถังขยะแยกประเภทที่เพียงพอ

คำสำคัญ: ขยะมูลฝอย พฤติกรรม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏยโสธร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏยโสธร

* Corresponding author : E-mail: Ketwadee_chom@snru.ac.th

Original Article

Factors Associated with the Behavior of Reducing and Separating Solid Waste in People's Household Waste in That Subdistrict, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province

Sasima Phaengpha¹ Phoowasit Phoolawan² Jarinthip Chomchaipon^{2*}

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the level of behavior and the factors associated with household waste reduction and separation behaviors among residents in That Subdistrict, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 343 household representatives responsible for waste separation, selected using multi-stage sampling. Data were collected through questionnaires and analyzed using descriptive and inferential statistics, including mean, standard deviation, frequency, percentage, chi-square test, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that the majority of the respondents (70.26%) demonstrated a good level of household waste reduction and separation behaviors. Statistically significant factors associated with such behaviors included gender (p -value = 0.005) and education level (p -value = 0.043). Positive correlations were found with monthly income ($r_s=0.130$), knowledge ($r_s=0.227$), attitude ($r_s=0.381$), conformity to reference groups ($r_s=0.211$), perceived behavioral control ($r_s=0.344$), and behavioral intention ($r_s=0.687$). Conversely, a negative correlation was found with the number of household members ($r_s=-0.199$).

These findings are consistent with the Theory of Planned Behavior, which highlights behavioral intention as a key predictor of household waste reduction and separation. Therefore, relevant agencies should implement continuous programs or measures that promote waste separation at the household level, emphasizing incentives and awareness building, such as model households for waste separation. Local administrative organizations should also develop supportive infrastructure, such as providing adequate categorized waste bins.

Keywords: Solid waste, behavior, Theory of Planned Behavior

¹ Master of Public Health Program at Sakon Nakhon Rajabhat University.

² Assistant Professor in the Health Science at Sakon Nakhon Rajabhat University.

* Corresponding author : E-mail: Ketwadee_chom@snru.ac.th

บทนำ

ปัจจุบัน โลกกำลังเผชิญกับวิกฤตขยะมูลฝอยอย่างรุนแรง โดยมีการผลิตขยะมูลฝอยชุมชน (Municipal Solid Waste: MSW) มากกว่า 2.1 พันล้านตันต่อปีทั่วโลก แต่มีเพียงร้อยละ 16 หรือ 323 ล้านตันเท่านั้นที่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม¹ ส่วนที่เหลือกลายเป็นขยะตกค้างที่สร้างผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพมนุษย์ เช่น การปนเปื้อนในดิน น้ำ อากาศ และการแพร่กระจายของโรค โดยข้อมูลระบุว่าผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับขยะมากถึง 5 ล้านคนต่อปี² ในบริบทของประเทศไทย ปี 2566 มีปริมาณขยะมูลฝอยสูงถึง 26.95 ล้านตัน โดยเฉลี่ยมีคนที่ทิ้งขยะวันละ 1.12 กิโลกรัม/คน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 5 แต่สามารถจัดการได้อย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 38 และนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้เพียงร้อยละ 34³ ทำให้รัฐบาลให้ความสำคัญกับปัญหานี้โดยประกาศให้การจัดการขยะเป็นวาระแห่งชาติ และผลักดันผ่านยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมถึงนโยบาย “จังหวัดสะอาด” ที่เน้นการลดและคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทางตามหลัก 3Rs ได้แก่ Reduce, Reuse และ Recycle⁴

จังหวัดสกลนครเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เผชิญปัญหาขยะที่จัดอยู่ในกลุ่มขยะมูลฝอยเยอะ โดยมีปริมาณขยะมูลฝอยสูงถึงวันละ 872 ตัน แต่สามารถกำจัดได้อย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 16.66⁵ โดยเฉพาะในตำบลธาตุ อำเภอนวนนิวาส มีทั้งหมด 22 หมู่บ้าน ประชากร 14,465 คน มีปริมาณขยะเกิดขึ้นวันละ 5-7 ตัน หรือเฉลี่ย 0.6 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน แต่เก็บขยะได้เพียง 4 ตัน/วัน ทำให้เกิดขยะตกค้างกว่า 30 ตันต่อเดือน⁵ โดยจำแนกขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลธาตุได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ ขยะอินทรีย์ ร้อยละ 55.40 ขยะทั่วไป ร้อยละ 29.05 ขยะรีไซเคิล ร้อยละ 15.00 และขยะอันตราย ร้อยละ 0.55 จึงจะเห็นว่าขยะอินทรีย์ จะมีปริมาณการทิ้งขยะของคนในชุมชนมากที่สุด สาเหตุหลักเกิดจากการเก็บขนและกำจัดที่ไม่เหมาะสม การทิ้งขยะรวมกันทุกประเภท และพฤติกรรมบริโภคที่พึ่งพาบรรจุภัณฑ์แบบใช้ครั้งเดียว แม้ว่าการบริหารส่วนตำบลธาตุจะมีความพยายาม ในการรณรงค์ เช่น โครงการธนาคารขยะ การจัดถังขยะเปียกทุกครัวเรือน และการส่งเสริมแนวคิด 3Rs แต่ยังไม่สามารถผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดจังหวัดสะอาดได้โดยเฉพาะการคัดแยกขยะอย่างมีประสิทธิภาพ⁶ ส่งผลให้งบประมาณการจัดการขยะสูง และเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม⁵ การคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทางโดยเฉพาะในระดับครัวเรือน เป็นแนวทางที่มีต้นทุนต่ำและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶⁻⁷ โดยมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว เช่น ความรู้ เจตคติ การรับรู้ การสนับสนุนจากชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน⁸⁻⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการอธิบายพฤติกรรมคัดแยกขยะ เนื่องจากสามารถวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ เจตคติ (Attitude) อิทธิพลทางสังคมหรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และการรับรู้ในการควบคุมตนเอง (Perceived Behavioral Control) ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมจริง¹¹⁻¹² อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการวิเคราะห์การจัดการขยะในระดับครัวเรือนภายใต้บริบทของสังคมไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงต้องการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและคัดแยกขยะของประชาชนในตำบลธาตุ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยอิงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - เดือนมิถุนายน 2568

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร ได้แก่ ครัวเรือนในเขตตำบลธาตุ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4,301 ครัวเรือน จาก 22 หมู่บ้าน⁵

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนที่ทำหน้าที่คัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนเขตพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 343 คน ซึ่งได้มาโดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างการประมาณค่าสัดส่วน จากสูตร¹³ ค่าสัดส่วนตัวแทนประชากร เท่ากับ 0.59²¹ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดกลุ่มหมู่บ้านตามขนาด S, M, L

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มหมู่บ้านตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่กลับ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน

ขั้นตอนที่ 4 การสุ่มครัวเรือนภายในหมู่บ้าน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 343 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยมีดังนี้ 1) เป็นตัวแทนสมาชิกในครัวเรือน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 1 คน ต่อ 1 ครัวเรือน ไม่เป็นผู้พิการทางร่างกาย และต้องเป็นผู้ที่สามารถจัดการขยะในครัวเรือนได้ อาศัยอยู่จริง ในเขตตำบลธาตุไม่น้อยกว่า 1 ปี 2)ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออก เขียนได้และพร้อมให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัยมีดังนี้ 1) เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองเสื่อม 2) มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องเข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพในครอบครัว การใช้บริการรับซื้อของเก่า ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะของ อปท. และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Checklist) และข้อคำถาม แบบเติมคำสั้นๆในช่องว่าง (Short answer)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 12 ข้อ โดยตัวเลือกตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การแปลผลของบลูม¹⁴ ดังนี้ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 (8-9 คะแนน) ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีมาตราในการประเมิน 5 ระดับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ มีส่วนอย่างยิ่ง ค่อนข้างมีส่วน ไม่แน่ใจ ไม่มีส่วน และไม่มีส่วนอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ ทำได้ง่ายอย่างยิ่ง ทำได้ค่อนข้างง่าย เฉยๆ ทำได้ยาก และทำได้ยากมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจอย่างยิ่ง มั่นใจมาก เฉยๆ ไม่แน่ใจ และไม่มั่นใจเลย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามส่วนที่ 3 - 7 ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹⁷ ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC ของข้อคำถามในแต่ละข้อค่า 0.67 ขึ้นไป ซึ่งยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซ์¹⁶ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไป try out กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ในพื้นที่หมู่ 2 บ้านพัฒนา ตำบลกุดเรือคำ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนครจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ KR-20¹⁷ กำหนดค่าไม่ต่ำกว่า 0.70 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74

2.2 คำนวณด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคซ์ (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นไม่ต่ำกว่า 0.70 ดังนี้ ด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.72 ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เท่ากับ 0.90 ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เท่ากับ 0.81 ด้านความตั้งใจในการปฏิบัติ เท่ากับ 0.90 ด้านพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน เท่ากับ 0.73 ดังนั้น แบบสอบถามฉบับนี้ถือว่ามีความเที่ยงที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1.สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้ในการอธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความรู้ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยทำหนังสืออนุเคราะห์ถึงกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย และเพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดแล้วนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และจัดทำรายงานวิจัย

2.ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาข้อมูลไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะและรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ และผู้วิจัยและจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2568 เลขที่ IEC NO. HE68-001

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี สรุปผล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 มีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี ร้อยละ 53.06 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.64 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 39.94 มีรายได้เฉลี่ยในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 61.52 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน ร้อยละ 57.14 เป็นสมาชิกในครัวเรือน ร้อยละ 50.44 เคยนำขยะมูลฝอยไปขายที่ร้านรับซื้อของเก่า ร้อยละ 54.81 ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะมูลฝอยของ อบต.ธาตุ ตำบลธาตุ (พนักงานเก็บขยะ) มีความเพียงพอ ร้อยละ 95.36 ด้านรถเก็บขยะ มีความเพียงพอ ร้อยละ 99.13 ด้านถังรองรับขยะมูลฝอย มีความเพียงพอ ร้อยละ 94.75 และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอย ส่วนใหญ่ได้รับจากหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 63.85 จากครอบครัว/เพื่อนบ้าน ร้อยละ 60.06 และจากเสียงตามสาย ร้อยละ 53.06 ตามลำดับ

2.ด้านความรู้เกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 76.09 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.33 และมีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 7.58 ตามลำดับ

3. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.64 รองลงมา มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.36 โดยภาพรวมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51

4. ด้านการคัดแยกตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการคัดแยกตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.64 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.36 โดยภาพรวมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32

5. ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.83 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.17 โดยภาพรวมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.24

6. ด้านความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.46 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.54 โดยภาพรวมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.34

7. ด้านพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.26 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.74 โดยภาพรวมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.58 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทัศนคติ การคัดแยกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล (n = 343)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ต่ำ	26	7.58
ปานกลาง	56	16.33
สูง	261	76.09
ทัศนคติ		
ปานกลาง	87	25.36
สูง	256	74.64
การคัดแยกตามกลุ่มอ้างอิง		
ปานกลาง	87	25.36
สูง	256	74.64
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม		
ปานกลาง	14	4.08
สูง	329	95.92
ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม		
ปานกลาง	14	4.08
		211

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	329	95.92
พฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
ปานกลาง	102	29.74
ดี	214	70.26

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

ผลการศึกษา พบว่า พบว่าปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะ มูลฝอยในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ (p-value = 0.005) ระดับการศึกษา (p-value = 0.043) ส่วนปัจจัยไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพในครอบครัว การนำขยะมูลฝอยไปขายที่ร้านรับซื้อของเก่าหรือขายในโครงการธนาคารขยะ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยระดับบุคคลกับพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล (n = 343)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมกรดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน			
	จำนวน (ร้อยละ)		χ ²	p-value
	ปานกลาง	ดี		
เพศ				
ชาย	32 (9.33)	115 (35.53)	7.818	0.005*
หญิง	70 (20.41)	126 (36.73)		
อาชีพ				
รับจ้างทั่วไป	33 (2.04)	90 (33.82)	6.088 ^a	0.283
เกษตรกร	61 (17.78)	123 (35.86)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6 (1.75)	11 (3.21)		
พนักงานของรัฐ/เอกชน	1 (0.29)	12 (3.50)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (0.29)	5 (1.4)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	21 (6.12)	38 (11.08)	9.869	0.043*
มัธยมศึกษาตอนต้น	32 (9.33)	105 (30.61)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	41 (11.95)	65 (18.95)		
อนุปริญญา/ปวส.	3 (0.87)	15 (4.37)		
ปริญญาตรี	5 (1.46)	18 (5.25)		
สภาพในครอบครัว				
หัวหน้าครอบครัว	52 (15.16)	108 (31.49)	4.875	
สมาชิกในครอบครัว	50 (14.58)	133 (38.77)		

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน			
	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	ปานกลาง	ดี		
การนำขยะมูลฝอยไปขายที่ร้านรับซื้อของเก่าหรือขายในโครงการธนาคารขยะ				
ไม่เคย	39 (11.37)	116 (33.82)	2.834	0.092
เคย	63 (18.37)	125 (36.44)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**Fisher's Exact Test: p-value = 0.005

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคล ความรู้ ทักษะ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปฏิบัติกับพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s=0.130$, p-value=0.016) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($r_s=-0.199$, p-value < 0.001) ความรู้ ($r_s=0.227$, p-value<0.001) ทักษะ ($r_s=0.381$, p-value<0.001) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($r_s=0.211$, p-value<0.001) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ($r_s=0.344$, p-value<0.001) และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ($r_s=0.687$, p-value<0.001) ส่วนปัจจัยที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ความรู้ ทักษะ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกับพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลธาตุ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร (n=343)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมลดและการคัดแยกขยะมูลฝอย	
	ค่าความสัมพันธ์ (r_s)	p-value
อายุ	-0.032	0.553
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.130	0.016*
สมาชิกในครอบครัว	-0.199	<0.001*
ความรู้	0.227	<0.001*
ทักษะ	0.381	<0.001*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	0.211	<0.001*
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	0.344	<0.001*
ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม	0.687	<0.001*

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในตำบลธาตุ อำเภอมโนรพ จ.สุพรรณบุรี มีพฤติกรรมการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับดี ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่แม้จะเป็นชุมชนกึ่งชนบท ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของกิจกรรมที่ส่งเสริมจากภาครัฐ โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เช่น โครงการธนาคารขยะ การจัดอบรมการแยกขยะ และการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อเสียงตามสายและสื่อออนไลน์ เช่น Facebook และ LINE มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับครัวเรือนได้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงและมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง รวมถึงมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงและมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁰ ที่ระบุว่า ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเองและแรงจูงใจจากสังคม (กลุ่มอ้างอิง) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจริง

ทั้งนี้ พฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะที่กลุ่มตัวอย่างทำได้ดี คือ การคัดแยกขยะที่มีมูลค่า เช่น ขวดพลาสติกและโลหะ ซึ่งสามารถขายสร้างรายได้เสริมให้กับครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมเหล่านี้มักเกิดขึ้นมากในบริบทประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งประชาชนมีแรงจูงใจจากผลตอบแทนทางเศรษฐกิจที่เลือกคัดแยกขยะรีไซเคิลที่สามารถสร้างรายได้และให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจมากกว่าขยะประเภทอื่น²⁵ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการลดการใช้ถุงพลาสติก และการแยกขยะอินทรีย์เพื่อทำปุ๋ยหมัก ยังอยู่ในระดับต่ำ แม้จะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านพื้นที่จัดเก็บ กลิ่นเหม็น หรือขาดระบบรองรับที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า โครงสร้างพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะ²³

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงที่มีพฤติกรรมจัดการขยะในครัวเรือนมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมในครัวเรือน และภาระหน้าที่ในการดูแลบ้านและความรับผิดชอบในกิจวัตรประจำวัน^{18-20,22} นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาและรายได้สูงมักมี ทรัพยากรและการเข้าถึงข้อมูลมากกว่า ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการขยะที่ดีกว่า^{12,19-20, 24-25} เช่น ถึงแยกขยะ หรืออุปกรณ์รีไซเคิลได้มากกว่า เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เมื่อจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการลดและแยกขยะกลับมีแนวโน้มลดลง โดยครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก พฤติกรรมการใช้ชีวิตและรูปแบบการบริโภคที่แตกต่างกันทำให้เกิดปริมาณขยะมูลฝอยมากขึ้น และมีความยากในการควบคุมหรือจัดการอย่างเป็นระบบ อาจเนื่องจากขาดความร่วมมือที่ชัดเจนภายในครอบครัว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งล้วนสามารถอธิบายได้โดยกรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ระบุว่าทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมจริง¹⁰ จะเห็นได้จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานของรัฐที่จัดกิจกรรมรณรงค์ของ อบต.การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายและสื่อออนไลน์ อย่างต่อเนื่อง และการพูดคุยแนะนำในชุมชน ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจทางสังคมให้เกิดการปฏิบัติจริง¹² อีกประเด็นสำคัญคือ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมจริงได้อย่างแม่นยำ¹⁰ โดยเฉพาะในบริบทของตำบลธาตุที่เป็นชุมชนกึ่งชนบท กลุ่มอ้างอิงในระดับชุมชนและครัวเรือนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน เช่น การพูดคุย การแนะนำจากชุมชน การสร้างบุคคลต้นแบบหรือครัวเรือนต้นแบบในการจัดการขยะมูลฝอย หรือการสร้างแรงจูงใจทางสังคมจากโครงการ เช่น การสะสมแต้มในธนาคารขยะ หรือการได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน เป็นต้น

โดยเฉพาะพฤติกรรมในการตั้งใจจะลดการใช้พลาสติก เช่น การพกถุงผ้า หรือการใช้ของซ้ำ เพื่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นได้จริง จากการได้รับแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว เพื่อน กลุ่มอ้างอิง กลุ่มชุมชนหรือโครงการที่มีแรงจูงใจ

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าบริบทของตำบลธาตุซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งชนบทที่ยังมีความสัมพันธ์ระดับครัวเรือนและกลุ่มชุมชน การใช้กลุ่มอ้างอิงในชุมชนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์จึงมีความสำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมกิจกรรมที่ให้เกิดการการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจึงมีบทบาทในการผลักดันพฤติกรรมด้านการจัดการขยะ ผลการศึกษายังยืนยันว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีความเหมาะสมในการอธิบายพฤติกรรมการลดและคัดแยกขยะในครัวเรือน และจากผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการจัดการขยะ มีการจัดหาถังแยกขยะแต่ละประเภทในระดับชุมชน มีต้นแบบครัวเรือนสามถุงสามแยก และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนา กลุ่มอ้างอิงให้เป็นต้นแบบในชุมชน โดยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงง่ายและต่อเนื่อง ที่จะช่วยขับเคลื่อนพฤติกรรมให้มีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาและส่งเสริมระบบแรงจูงใจแก่ประชาชนในรูปแบบที่เป็นรูปธรรมจัดให้มีถังขยะแยกประเภทในระดับครัวเรือนและชุมชน บูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ ส่งเสริมการจัดการขยะในเชิงระบบและการดำเนินงานในระยะยาว มีครัวเรือนต้นแบบด้านการคัดแยกขยะ

1.2 ผู้นำชุมชน/อสม. /กลุ่มอ้างอิงในชุมชน ขับเคลื่อนพฤติกรรมในด้านการจัดการขยะในการเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการขยะในครัวเรือน

1.3 สถานศึกษา บูรณาการองค์ความรู้เรื่องการจัดการขยะเข้าสู่หลักสูตรปลูกฝังนิสัยการคัดแยกขยะในกลุ่มนักเรียน และเยาวชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบมีส่วนร่วมหรือการวิจัยแบบผสมผสาน โดยใช้พลังชุมชนขับเคลื่อนการจัดการด้านขยะมูลฝอย โดยร่วมกับตัวแทนครัวเรือน ชุมชน และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ที่เน้นให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นการจัดการขยะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ และเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาชี้แนะ แนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตาและเอาใจใส่อย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Bank. What a waste 2.0: A global snapshot of solid waste management to 2050 [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2019 [cited 2025 Jun 14]. Available from:
2. Hoornweg D, Bhada-Tata P, Kennedy C. Environment: Waste production must peak this century. Nature. 2013;502(7473):615–617.
3. กรมควบคุมมลพิษ. แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2565–2570) เข้าถึงได้จาก: <https://www.pcd.go.th/publication/28745/>.
4. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กระทรวงมหาดไทย. แผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน "จังหวัดสะอาด" ประจำปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น; 2562
5. องค์การบริหารส่วนตำบลธาตุ. รายงานผลการดำเนินการด้านการจัดการขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: อบต.ธาตุ; 2565.
6. ศรีนทร์ทิพย์ บุญจันทร์, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของแม่บ้านในตำบล บึงพระ อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก. ว.บัณฑิตศึกษา มร.วไลยอลงกรณ์ฯ. 2561;12(1).
7. ศุภฤกษ์ ธาราพิทักษ์วงศ์ และคณะ. การพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการขยะครบวงจรด้วยกระบวนการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมโดยชุมชนตำบลป่าแป๋ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ [รายงานการวิจัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่; 2562.
8. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของแม่บ้านในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. ว.วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ม.อบลฯ. 2561;20(1):203–212.
9. ศราวุฒิ ทับผดุง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มี การบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
10. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211.
11. พิรยา พูลศิริธร. การทำนายพฤติกรรมแยกขยะพลาสติกในครัวเรือนด้วยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและ การพิจารณาถึงผลลัพธ์ในอนาคต [วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
12. อภินันท์ นิลสุข, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของ ครัวเรือนในอำเภอบ้านดุง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. J Behav Sci Dev. 2565;14(2):19–38.
13. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
14. Bloom, B. Handbook on formative and summative evaluation of students' learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. Best JW. Education research. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
16. Cronbach, L.J. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper Collins Publishers; 1990.
17. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika 1937;2(3):151–160.
18. นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์, ชลวิพรรณ ปราณีธรรม. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ตำบลหนองปลิง อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม. ว.วิชาการ ม.ราชภัฏกาญจนบุรี. 2563;10(2):269–280.

19. ปกรณ์เกียรติ หมื่นสิทธิโรจน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนและผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมจากการจัดการขยะมูลฝอย: กรณีศึกษาโครงการอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรบางโหลง นิติบุคคล 1 จังหวัดสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์ วศ.ม.]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
20. ปิยธิดา สามสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการคัดแยกขยะมูลฝอยของครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ ส.ม.]: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
21. วิชุดา ใจเที่ยงตรง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดและการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2565.
22. วีรวัลย์ แก้วบุญชู, ภัทรพร ธรรมเสนา, พนิดา ธรรมสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะในครัวเรือนของประชาชน. ว.วิจัยและพัฒนา ม.ราชภัฏเลย. 2562;14(4):66–77.
23. Barr S. Factors Influencing Environmental Attitudes and Behaviors: A U.K. Case Study of Household Waste Management. *Environ Behav.* 2007;39(4):435–473.
24. Kamara AJ. Household participation in domestic waste disposal and recycling in the Tshwane Metropolitan Area: An environmental education perspective [dissertation]. Pretoria: University of South Africa; 2009.
25. Matsumoto S. Waste separation at home: Are Japanese municipal curbside recycling policies efficient? *Resour Conserv Recycl.* 2011;55(3):325–334.

Received: 17 Jun. 2025, Revised: 8 Jul. 2025

Accepted: 14 Jul. 2025

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานบุคลากรสาธารณสุขใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
สกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

จิราภรณ์ จำปาจันทร์¹ นลิตา สุพรรณ² สุปรียา วงศ์เจริญ²
ภัทรพล โพนไพรสันต์³ อนุวัฒน์ สุรินราช^{3*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 175 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยผ่านผู้ทรงตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = 0.96 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบและด้านนโยบายและการบริหารงาน สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 34.10 ($\text{adj.}R^2 = 0.341$) จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ปรับปรุงนโยบายและสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ ความพึงพอใจ ความสำเร็จในการทำงาน บุคลากรสาธารณสุข

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

²นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

³อาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

*Corresponding author E-mail :aoffsurinrach@snru.ac.th

Original Article

**Factors Predicting Satisfaction Regarding Work Success Among
Public Health Workers in Sub-District Health Promotion Hospitals After
the Transfer of Affiliation to the Sakon Nakhon Provincial Administration
Organization in Mueang District, Sakon Nakhon Province**

Jiraporn Jumpajan¹ Nalita Supan² Supriya Wongcharoen²
Phattarapon Ponprisan³ Anuwat Surinrach^{3*}

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the predictive factors of job success satisfaction among public health personnel workers in Sub-district Health Promotion Hospitals after being transferred of affiliation to the Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization in Mueang District, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 175 public health workers in Sub-district Health Promotion Hospitals who had been transferred of affiliation to the Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization, Mueang District, Sakon Nakhon Province. A simple random sampling method was used. Data were collected using a questionnaire that had been validated by three experts, resulting in a content validity index of 0.96. The reliability of the instrument was assessed using Cronbach's alpha, yielding a coefficient of 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as stepwise multiple regression analysis

The study found that two factors could predict job success satisfaction among public health personnel in Sub-district Health Promotion Hospitals in Mueang District, Sakon Nakhon Province: responsibility and policy and administration. These factors could collectively predict 34.10% of the variance in job success satisfaction (adjusted $R^2 = 0.341$). The findings from this study can be used to improve policies and working environments to enhance motivation and work efficiency.

Keywords: Satisfaction, Work Success, Public Health Personnel

¹Assistant Professor in Health Science Program, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

² Student, Health Science Program, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

³Lectuer in Health Science Program, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

*Corresponding author E-mail :aoffsurinrach@snru.ac.th

บทนำ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีเป้าหมายคือการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมในปี 2564 มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะได้รับงบประมาณสนับสนุนโดยตรงจากสำนักงบประมาณ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาความขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปอยู่กับ อบจ. มีศักยภาพที่สูงขึ้น สามารถจัดบริการได้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็วและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยมีกฎหมายรองรับตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 2550 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยมีบัญญัติคือเพื่อให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแล จัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมาย ผลการประเมินความพร้อมในการรับการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ปี 2564 พบว่ามียอบจ.ที่รับถ่ายโอนภารกิจรวม 49 จังหวัด รพ.สต. จำนวน 3,384 แห่ง บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 22,265 คน ตามเกณฑ์ความพร้อมของอบจ.คือมีความพร้อมในระดับดีเลิศ สามารถรับการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ทุกแห่งในเขตพื้นที่จังหวัด1

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินการปฏิรูปการบริหารจัดการภาคสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น หนึ่งในนโยบายสำคัญคือการ ถ่ายโอนการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจและส่งเสริมความรับผิดชอบท้องถิ่นในการบริหารจัดการสุขภาพ การถ่ายโอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริการสุขภาพมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น และสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น2 แม้ว่านโยบายนี้จะมีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการศึกษาและวิเคราะห์อย่างละเอียด เนื่องจากความพึงพอใจของบุคลากรถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างขวัญและกำลังใจ รวมถึงการรักษาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งอาจมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่การพัฒนาระบบสุขภาพเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังการถ่ายโอนยังคงเน้นบทบาทและหน้าที่หลัก 5 ประการ ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพในชุมชน 2) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเน้นการดูแลรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังเบื้องต้นในชุมชน 3) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเน้นการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ 4) ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภคเน้นการให้บริการฉุกเฉินและคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพและ5) การประสานงานกับหน่วยงานอื่นเน้นการเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ3,4

การจัดการและบริหารงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานในระดับท้องถิ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฏิบัติการ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการและดูแลสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการภายในองค์กรและคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน⁵ ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายภายหลังการถ่ายโอนบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน⁶ การศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนการบริหารงานไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจถึงความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาการบริหารงานและการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁷

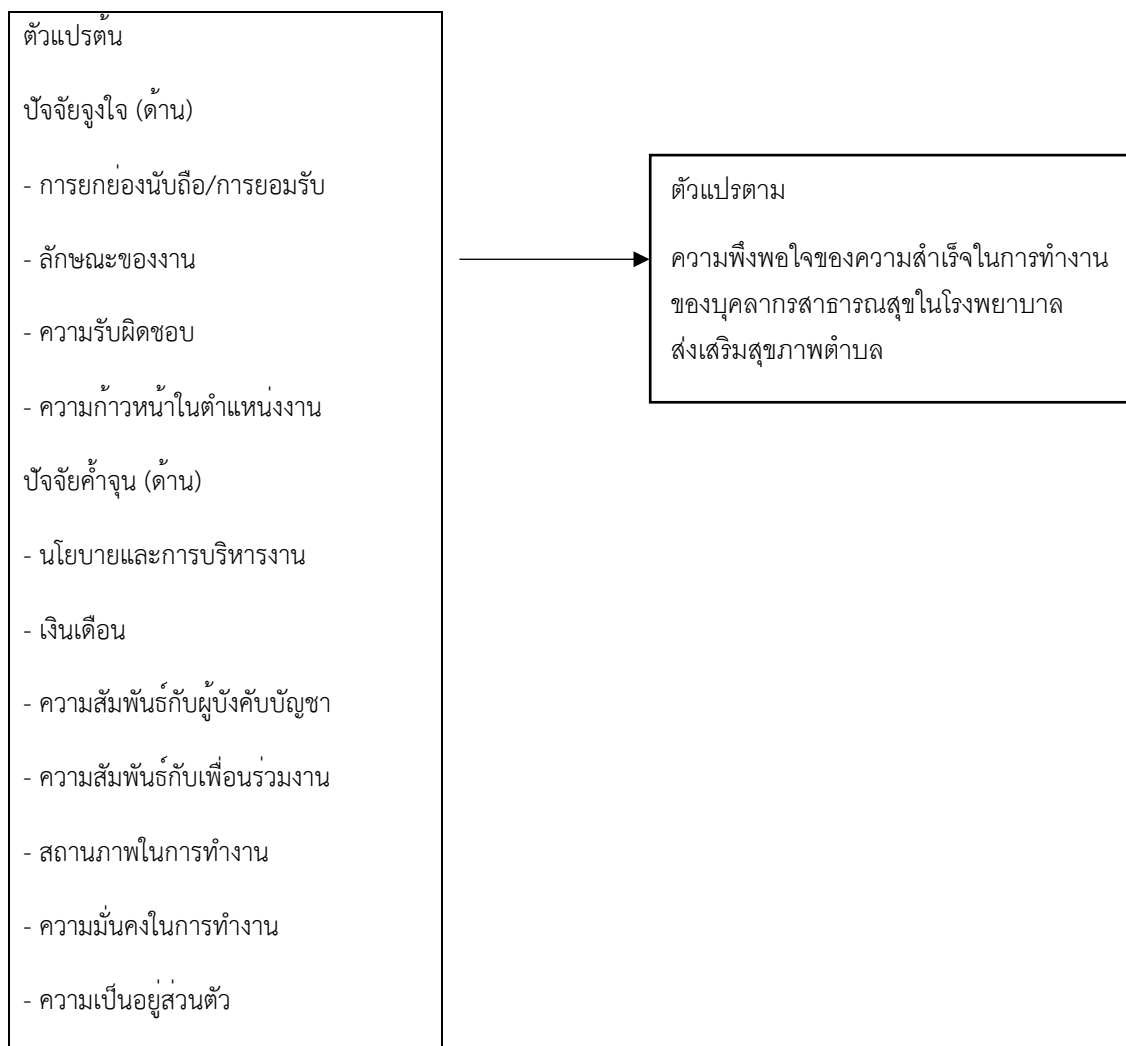
ในปี พ.ศ. 2560 เริ่มมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีการถ่ายโอน รพ.สต.จำนวน 24 แห่ง เพื่อให้การบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นการเปลี่ยนแปลงนี้เป็น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่มีผลกระทบทั้งในด้านการบริหารและการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อการเปลี่ยนแปลงในการบริหารงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอน และทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร เพื่อให้สามารถเสนอแนวทางในการพัฒนาการบริหารงานและการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยแนวคิดทฤษฎีของ Frederick Herzberg⁹ เป็นกรอบแนวทางในการวิเคราะห์ ดังนี้:



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) ศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร เขตอำเภอ จังหวัดสกลนคร จำนวน 24 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 222 คน กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตร Cohen⁸ โดยการกำหนดค่า Z-score ของระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 Power ($1-\beta$) = 0.8 และค่า Effect Size = 0.3 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 175 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการเขียนฉลาก หมายเลขบุคลากรที่ทำงานในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบังเอิญจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมผ่านการเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร หมายเลขสำคัญโครงการ HE 67-036 เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร แบ่งเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน กลุ่มสาขาวิชาชีพ ตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนมาองค์การบริหารส่วนจังหวัด อ่างทอง จังหวัดสกลนคร สร้างโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Frederick Herzberg⁹ มี 2 ปัจจัย จำนวน 45 ข้อ

1. ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการยกย่องนับถือหรือการยอมรับ ด้านลักษณะของงาน ด้านความรับผิดชอบ และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน จำนวน 15 ข้อ

2. ปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 7 ด้านคือ ด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านเงินเดือน ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านสภาพในการทำงาน ด้านความมั่นคงในการทำงานและด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว รวมจำนวน 30 ข้อ

การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์โดยใช้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ช่วงเท่าๆกัน นำมาจัดกลุ่มและแบ่งความหมายซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบิร์ต¹⁰ ดังนี้

$$\frac{5-1}{5} = \frac{4}{5} = 0.8$$

ระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ใช้เกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ ตามแรงจูงใจในแต่ละด้าน

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	4.21-5.00	หมายถึง มีแรงจูงใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	3.41-4.20	หมายถึง มีแรงจูงใจมาก
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	2.61-3.40	หมายถึง มีแรงจูงใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	1.81-2.60	หมายถึง มีแรงจูงใจน้อย
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	1.00-1.80	หมายถึง มีแรงจูงใจน้อยที่สุด

3. ความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามความพึงพอใจในการทำงานเป็นคำถามที่มีลักษณะเชิงบวก ซึ่งข้อคำถามแบบสัดส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) ในรูปแบบของลิเคิร์ต Likert Scale โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด หมายถึง 5 คะแนน ความพึงพอใจระดับมาก หมายถึง 4 คะแนน ความพึงพอใจระดับปานกลาง หมายถึง 3 คะแนน ความพึงพอใจระดับน้อย หมายถึง 2 คะแนน ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด หมายถึง 1 คะแนน

การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์โดยใช้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ช่วงเท่าๆกัน นำมาจัดกลุ่มและแบ่งความหมายซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์10 ดังนี้

$$\frac{5-1}{5} = \frac{4}{5} = 0.8$$

ระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ใช้เกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ ตามความพึงพอใจในแต่ละด้าน

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	4.21-5.00	หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	3.41-4.20	หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	2.61-3.40	หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	1.81-2.60	หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	1.00-1.80	หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเลือกพรสศ.ในอำเภอใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยนำผลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.97 ซึ่งค่าที่ได้มีคุณภาพตามเกณฑ์และนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร เพื่อขอรายชื่อและข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นแจกให้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 24 แห่ง ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และใช้เวลาในการตอบอย่างเหมาะสมเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมแบบสอบถามกลับคืนเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D)

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

- การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ
- ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ .499 และค่า VIF เท่ากับ 2.006
- ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.3044

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 78.9) มี อายุเฉลี่ย 42.2 ปี และมีรายได้เฉลี่ย 25,491.09 บาทต่อเดือน ด้านวุฒิการศึกษา ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (ร้อยละ 57.7) สำหรับสายงาน บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 32.6) และ พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 18.3) ขณะที่บุคลากรสายสนับสนุนที่มีจำนวนมากที่สุดคือ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 24.0) เมื่อพิจารณาประเภทของบุคลากร ข้าราชการมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) รองลงมาคือ ลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 34.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร (n=175)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	21.1
หญิง	138	78.9
อายุ (ปี)		
$\bar{X}$ =42.2 S.D.=10.39 Min =22 Max =60		
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
$\bar{X}$ =25,491.09 S.D.=17423.92 Min=5000 Max =70000		
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	60	34.3
ปริญญาตรี	101	57.7
ปริญญาโท	13	7.4
ปริญญาเอก	1	0.6
ตำแหน่งงานสายวิชาการ		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	32	18.3
นักวิชาการสาธารณสุข	57	32.6
แพทย์แผนไทย	19	10.9
นักวิชาการทันตสาธารณสุข	5	4.4
ตำแหน่งงานสายสนับสนุน		
เจ้าพนักงานการเงินและการบัญชี	5	2.9
นักจัดการทั่วไป	11	6.3
เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์	4	2.3
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	42	24.0
ประเภทบุคลากร		
ข้าราชการ	80	45.7
พนักงานของรัฐ	10	5.7
ลูกจ้างประจำ	25	14.3
ลูกจ้างชั่วคราว	60	34.3

จากการศึกษาาระดับปัจจัยจิตใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า โดยรวมแล้วบุคลากรมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$ S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านลักษณะของงานเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด ($\bar{X} = 4.27$ S.D. = 2.55) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.95$ S.D. = 0.64) ในส่วนของปัจจัยค่าจ้าง ซึ่งหมายถึงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81$ S.D. = 0.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุดคือ ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 3.89$ S.D. = 0.91) รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.94) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัจจัยจิตใจและปัจจัยค่าจ้างของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (n=175)

ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค่าจ้างของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร	Mean	S.D.	แปลผล
ปัจจัยจิตใจ	3.97	0.77	มาก
1.การยกย่องนับถือ	3.88	0.74	มาก
2.ลักษณะของงาน	4.27	2.55	มากที่สุด
3.ความรับผิดชอบ	3.95	0.64	มาก
4.ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	3.77	0.79	มาก
ปัจจัยค่าจ้าง	3.81	0.61	มาก
1.นโยบายและการบริหารงาน	3.73	0.64	มาก
2.เงินเดือน	3.58	0.78	มาก

ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร	Mean	S.D.	แปลผล
3.ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา	3.89	0.91	มาก
4.ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	3.88	0.94	มาก
5.สภาพภาพในการทำงาน	3.69	0.64	มาก
6.ความมั่นคงในการทำงาน	3.81	0.86	มาก
7.ความเป็นอยู่ส่วนตัว	3.85	0.70	มาก

จากการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในด้านความสำเร็จในการทำงาน พบว่าโดยรวมแล้วบุคลากรมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 4.02 S.D. = 0.62) รองลงมาคือ การรู้สึกว่าการทำงานมีความหมายและสร้างผลกระทบที่ดี มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 4.01 S.D. = 0.63) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (n=175)

ความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร	Mean	S.D.	แปลผล
ความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงาน	4.01	0.57	มาก
1.การมีโอกาสเติบโตในตำแหน่งงานหรือได้รับความก้าวหน้า	3.99	0.67	มาก
2.การปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จตามเป้าหมาย	4.02	0.62	มาก
3.การรู้สึกว่าการทำงานมีความหมายและสร้างผลกระทบที่ดี	4.01	0.63	มาก

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหารงาน โดยปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบเป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด (Beta=.442) และรองลงมาได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหารงาน (Beta=.188) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทั้ง 2 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 34.10 (adj.R²=.341) และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย .4595 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (n=175)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.870	.227		8.233	<0.001
ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ	0.385	.076	.442	5.068	<0.001

ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารงาน	0.166	.077	.188	2.161	0.032
---------------------------------	-------	------	------	-------	-------

R= .590 R² = .349 adj.R²= .341 SEEST =.4595

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ เป็นตัวแปรที่มีทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด (Beta=.442) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารงาน (Beta=.188) โดยทั้งสองปัจจัยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนว่าหากองค์กรส่งเสริมลักษณะงานที่ทำหาย มีคุณค่าเหมาะสมกับศักยภาพ รวมถึงการให้การยอมรับและมีนโยบายการบริหารที่ดี จะช่วยเสริมสร้างความพึงพอใจของบุคลากรต่อองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโมเดลมีความสามารถในการทำนายระดับความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงาน (adj.R²=.341) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญและควรให้ความสำคัญในการพัฒนานโยบายบริหารบุคลากรต่อไป

ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสะท้อน เมื่อบุคลากรสาธารณสุขได้รับมอบหมายภารกิจที่ชัดเจน มีความสำคัญต่อองค์กร และสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระภายในขอบเขตของงาน จะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการทำงานและการรับรู้ถึงความสำเร็จของตนในวิชาชีพ นอกจากนี้ ความรับผิดชอบยังเกี่ยวข้องกับการได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจภายในและเพิ่มแรงผลักดันในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Herzberg's Two-Factor Theory⁹ ที่จัดให้ “ความรับผิดชอบ” เป็นหนึ่งใน ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อความพึงพอใจอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงลดความไม่พึงพอใจ หากแต่ช่วยกระตุ้นการมีส่วนร่วม ความคิดสร้างสรรค์ และความทุ่มเทต่อองค์กรอย่างยั่งยืน ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมมาร หยาดไธสงค์ และประจักษ์ บัวผัน¹¹ ชี้เห็นว่าการได้รับมอบหมายงานที่เหมาะสมกับศักยภาพ และการมีส่วนร่วมในการออกแบบวิธีการทำงาน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สร้างแรงจูงใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพในหลายพื้นที่ที่พบว่าบุคลากรมีความต้องการให้ผู้บริหารสนับสนุนการพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการทำงาน และลดความเครียดจากภาระงานที่ซับซ้อนหรือหลากหลาย¹²⁻¹³ และผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยด้านความรับผิดชอบที่ปฏิบัติไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล¹⁴⁻¹⁶

นอกจากนี้ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารงานสามารถทำนายความพึงพอใจของความสำเร็จในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนสังกัดสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริินภา ภูชาดา และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีแผนงานที่ชัดเจน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น ล้วนส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในองค์กรสาธารณสุข ซึ่งความสุขในการทำงานถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรมอบหมายภารกิจที่ชัดเจนและมีความสำคัญให้บุคลากร เพื่อให้รู้สึกว่าคุณค่าและมีบทบาทสำคัญต่อองค์กร ซึ่งจะช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจและแรงจูงใจในการทำงาน
2. หน่วยงานควรส่งเสริมให้บุคลากรได้เรียนรู้เพิ่มเติม เช่น การอบรมหรือศึกษาต่อ เพื่อให้สามารถทำงานได้ดีขึ้นและลดความเครียดจากภาระงานที่ซับซ้อน
3. ควรวางแผนและจัดการงานอย่างโปร่งใส มีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการทำงาน ซึ่งจะช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีและทำให้บุคลากรรู้สึกมีความสุขในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกและหลากหลายมากขึ้น โดยใช้ทั้งแบบสอบถาม (เชิงปริมาณ) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (เชิงคุณภาพ) จะช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ ความรู้สึก และความต้องการของบุคลากรได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมเช่น ภาวะผู้นำของผู้บริหาร การสนับสนุนจากองค์กร หรือคุณภาพชีวิตในการทำงาน ซึ่งอาจมีผลต่อความพึงพอใจและประสิทธิภาพของบุคลากร และช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้นในการพัฒนานโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนครและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่สำคัญ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กรุงเทพมหานคร: กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น, 2566
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การบริการสุขภาพ, สืบค้นวันที่ 1 เมษายน 2568. จาก <https://www.opdc.go.th>.
3. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ. คู่มือการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ., สืบค้นวันที่ 8 กรกฎาคม 2568. จาก https://cnto.moph.go.th/upload_files/แนวทางการถ่ายโอน%20เล่มสีน้ำเงิน.pdf.
4. Hfocus. สรุปเส้นทางการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ., สืบค้นวันที่ 8 กรกฎาคม 2568 จาก <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29374>. Robbins SP, Judge TA. Organizational Behavior. 18th ed. Boston: Pearson; 2019.
5. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. รายงานผลการติดตามและประเมินผล การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ สืบค้นวันที่ 8 กรกฎาคม 2568 จาก <https://www.dloc.go.th>
6. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ., สืบค้นวันที่ 1 เมษายน 2568. จาก <https://old.nationalhealth.or.th/th/node/3890>.

7. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1988.
8. Herzberg F, et all. The Motivation to Work. New York: John and Son, 1959.
9. Best, J. W. Research in Education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1977.
10. เปรมมารการ หยาตไธสงค์ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 22(2): 175-188; เมษายน-มิถุนายน, 2565.
11. คมกริช ถานทองดี และประจักษ์ บัวผัน. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 19(3): 154-165, 2562.
12. นครินทร์ ประสิทธิ์ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18(2): 65-77; เมษายน-มิถุนายน, 2561.
13. วิลาสินี วงศ์ผาบุตร และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 21(3): 186-199; กรกฎาคม-กันยายน, 2564.
14. อิมฤทัย ไชยมาตย์, และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 21(3): 172-185; กรกฎาคม-กันยายน, 2564.
15. นาทยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวผัน และมกรพันธ์ จุฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 20(2): 84-95; เมษายน-มิถุนายน, 2563.
16. ศิริินภา ภูษาดา, มกรพันธ์ จุฑะรสก และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(2): 74-96; เมษายน - มิถุนายน, 2566

Received: 17 Jun. 2025, Revised: 1 Jul. 2025

Accepted: 5 Jul. 2025

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

วีระพล นวลภักดี^{1*} กุลชญา ลอยหา² คมสันต์ ธงชัย²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุรินทร์ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทักษะชีวิต โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอเขวาสินรินทร์ จำนวน 41 คน ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภोजอมพระ ได้รับโปรแกรมปกติ จำนวน 41 คน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ วิเคราะห์และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านประชากร และสถิติเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ (Paired t-test) และใช้สถิติ (Independent t-test) เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจาก (Mean=10.20 S.D.=4.33) เป็น (Mean=14.80 S.D.=2.12) และหลังการทดลองมีผลต่างค่าคะแนนในทุกด้านสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปขยายผลให้ครอบคลุมนักเรียนกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ : ทักษะชีวิต, การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

^{1*} นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*Corresponding author E-mail: weerapon.ng66@ubru.ac.th

Original Article

The Effects of Life Skills Promotion Program to Prevention Unwanted Pregnancy Behaviors in Junior High School at Kwaosinarin District, Surin Province

Weerapon Naunpakdee^{1*}, Kulchaya Lolha², Comsun Thongchai²

Abstract

This research is a quasi-experimental study aimed at evaluating the effects of a life skills enhancement program combined with social support on pregnancy prevention behaviors among lower secondary school students in Surin Province. The study applies life skills concepts by integrating self-efficacy theory with support. The sample was divided into two groups: the experimental group and the control group. The experimental group consisted of 41 lower secondary school students from a high school in Khwao Sinarin District, who received the life skills enhancement program for 12 weeks. The control group consisted of 41 lower secondary school students from a high school in Chom Phra District, who received the regular program for the same duration. The research was conducted over 12 weeks. Data were analyzed and presented using statistical methods such as frequency, percentage, mean, standard deviation, demographic data, and comparative statistics to assess the differences in life skills scores and pregnancy prevention behaviors between the experimental and control groups. The paired t-test and independent t-test were used to compare the mean differences in life skills scores and pregnancy prevention behaviors between the two groups.

The research results showed that the experimental group had an increase in behavioral skills scores from (Mean=10.20 S.D. =4.33) to (Mean=14.80 S.D. =2.12) and after the experiment, the score differences in all aspects were higher than before the experiment and higher than the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level. This indicates that the program is effective in influencing pregnancy prevention behaviors among lower secondary school students. Therefore, the program should be expanded to cover target students and other areas with similar contexts.

Keyword: Life Skill, Pregnancy prevention, Middle School Students

^{1*} Master of Public Health student in Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

² Assistant Professor. Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

*Corresponding author: E-mail: weerapon.ng66@ubru.ac.th

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 19 ปี¹ ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้าน วุฒิภาวะ เศรษฐฐานะ ศักยภาพในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังขาดความพร้อมในหลายๆด้าน จึงมีวัยรุ่นที่สมควรจะมีครอบครัว หรือบุตรที่ต้องให้การดูแลโดยปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น การคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม การศึกษา การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย การเข้าถึงทางการแพทย์และสาธารณสุข ความเชื่อทางศาสนา หรือการที่มีประวัติครอบครัวตั้งครรภ์เมื่อวัยรุ่น การตั้งครรภ์และคลอดบุตรทั่วโลกในปี 2022 ประมาณร้อยละ 13 ของวัยรุ่นหญิงที่คลอดบุตรก่อนวัยอันควร หรือการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่น อาจส่งผลต่อพัฒนาการต่อสุขภาพของวัยรุ่น และส่งผลต่อการศึกษา การดำเนินชีวิตและสุขภาพ ซึ่งเด็กวัยรุ่นหลายคนที่ตั้งครรภ์ถูกแรงกดดันหรือถูกบังคับให้ออกจากโรงเรียน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโอกาสทางการศึกษาและอนาคต การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและการคลอดบุตรยังมีผลกระทบทางสังคม รวมถึง การตีตราในสังคมตลอดจนเกิดการบังคับการแต่งงาน วัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นตอนต้น มีความเสี่ยงสูงต่อผลกระทบด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เนื่องจากร่างกายไม่พร้อมทางร่างกาย เสี่ยงครรภ์เป็นพิษ เยื่อโพรงมดลูกอักเสบ และการติดเชื้อในระบบส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเสียชีวิตในวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี² ในประเทศไทยถือว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาอันดับที่ 2 ของอาเซียนในปี พ.ศ. 2559 และจากการวิเคราะห์สถานการณ์อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 7 ของอาเซียนเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับภูมิภาค และอยู่ในอันดับที่ 5 ของ WHO Region³ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย ปี พ.ศ.2560 - 2565 พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากร คิดเป็นร้อยละ 39.6, 35.0, 31.3, 28.7, 24.4 และ 21.0 และมีการคลอดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 11.1, 9.3, 8.5, 8.1, 7.7 และ 7.5 ยังคงเป็นอัตราที่สูงอยู่⁴

สถานการณ์การคลอดมีชีพและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของจังหวัดสุรินทร์ ข้อมูลในปี 2564 - 2566 พบอัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 10-14 ปี อยู่ที่ 0.8, 0.7, และ 0.8 และการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 24.1, 20.3 และ 19.5^{4,5,6} จากข้อมูลระดับจังหวัดสุรินทร์ภาพรวมมีแนวโน้มลดลงแต่พบรายงานข้อมูลแยกเป็นรายอำเภอในปีงบประมาณ 2566 ที่กำหนดเกณฑ์เป้าหมายอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ของจังหวัดที่กำหนดไม่เกิน 0.7 พบอัตราการคลอดบุตรสูงสุดสามอันดับแรกของจังหวัดสุรินทร์ได้แก่ อำเภอเขวาสินรินทร์ ร้อยละ 1.32 อำเภอจอมพระ ร้อยละ 1.27 และอำเภอกาบเชิง ร้อยละ 1.18 ซึ่งยังมีค่าเฉลี่ยที่สูงเกือบสองเท่าที่กำหนดและยังพบหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์สะสมจำนวนกว่า 782 ราย และหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ซ้ำจำนวน 111 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.19⁷

การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทุกมิติของชีวิตเด็กและครอบครัว และยังส่งผลกระทบข้ามรุ่นสู่ลูกที่เกิดมาจากการตั้งครรภ์ด้วย ซึ่งมีหลักฐานพบว่าบุตรสาวของแม่วัยรุ่นมีโอกาสตั้งครรภ์และกลายเป็นแม่วัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 33 สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุต่ำกว่า 18 ปี และร้อยละ 17 สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 18 - 19 ปี เปรียบเทียบกับกรณีบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีโอกาสตั้งครรภ์และกลายเป็นแม่วัยรุ่นเพียงร้อยละ 11⁸ ในปี พ.ศ.2559 ได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มุ่งเน้นป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างบูรณาการบนพื้นฐานสิทธิของโดยมีเป้าหมายลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปี 2569⁹ ลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.5 : 1 พัน และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 : 1 พัน¹⁰

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ จึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยนำเอาแนวคิดทักษะชีวิต Life Skills¹¹ ที่เป็นแนวคิดที่ใช้ในพัฒนานักเรียนในทุกระดับชั้น มาประยุกต์ใช้กับทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Self-Efficacy¹² ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วม ซึ่งวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของชีวิตในหลายๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความอยากรู้อยากลอง มีพัฒนาการทางเพศที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สังคม โปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะชีวิตที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันการแก้ปัญหาในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นต่อไป¹³ ผู้วิจัยหวังว่าจะทำให้เกิดนำไปสู่การปฏิบัติจริงและผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ และแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และคุณครูเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในการดำเนินชีวิตช่วงวัยรุ่นได้เหมาะสมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

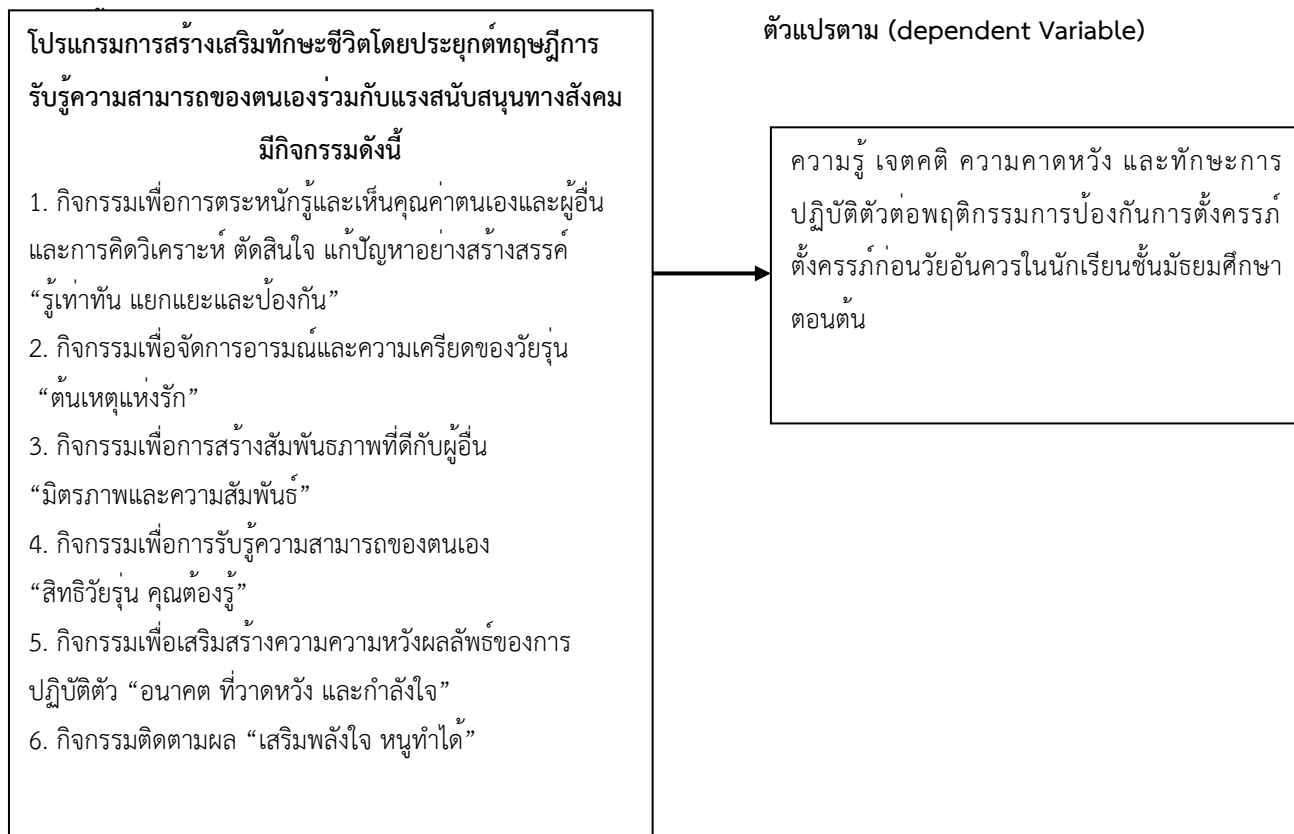
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุรินทร์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test Post-test Design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดำเนินการวิจัยระหว่าง 10 มกราคม – 31 มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสุรินทร์ ปีการศึกษา 2567

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 โรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอเขวาสินรินทร์และอำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁴

$$\text{จากสูตร} \quad n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

n คือ จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_α คือ ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β คือ การกำหนดอำนาจในการทดสอบ 95% ดังนั้น $\beta = 0.05$ ดังนั้น $Z_\beta = 1.64$

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนร่วม ซึ่งได้จากการศึกษาของ (อัญชลี ภูมิจันทิก : 2554) เรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การส่งเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม โดยการศึกษาที่มีตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 64 คน เป็นกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.17 คะแนนเฉลี่ย 36 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 4.99 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.59

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad \sigma^2 &= \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ \sigma^2 &= \frac{(32 - 1)(2.17)^2 + (32 - 1)(4.99)^2}{(32 + 32) - 2} \\ \sigma^2 &= 14.81 \end{aligned}$$

Δ^2 คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ย (Effect size) คำนวณจาก $(\mu_1 - \mu_2)^2$ = ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเท่ากับ 3.57

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad n/\text{กลุ่ม} &= \frac{2(14.81)(1.64 + 1.64)^2}{(3.57)^2} \\ n/\text{กลุ่ม} &= 26 \text{ คน} \end{aligned}$$

แสดงว่าการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 26 คน แต่ในกระบวนการวิจัยในครั้งนี้อาจมีการสูญหายระหว่างการศึกษาดทดลอง จึงมีการเพิ่มตัวอย่าง โดยนำอัตราการสูญหายจากการติดตามผล (Drop out) มาใช้ในการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์¹⁴

$$\text{จากสูตร} \quad n_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

เมื่อกำหนด n คือ ขนาดตัวอย่างที่กำหนด

n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R คือ สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 20 คือ 0.20

$$\text{nadj} = \frac{26}{(1 - 0.2)^2}$$

$$= 40.63 \text{ คน}$$

คำนวณขนาดตัวอย่างหลังการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหาย ได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการศึกษาในครั้งนี้มี กลุ่มทดลองจำนวน 41 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 41 คน รวมทั้งสิ้น 82 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2567 ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีสภาพร่างกายแข็งแรงพร้อมที่จะร่วมกิจกรรมได้
3. มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และรับอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย
4. สามารถสื่อสารการพูดด้วยภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัว ที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรม
2. ย้ายโรงเรียน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบด้วย 1. โปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้ ระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์ (ระยะเวลากิจกรรมครั้งละ 50 นาที)

1. กิจกรรมเพื่อการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่นและการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ แก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ “รู้เท่าทัน แยกแยะและป้องกัน”
2. กิจกรรมเพื่อจัดการอารมณ์และความเครียดของวัยรุ่น “ต้นเหตุแห่งรัก”
3. กิจกรรมเพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น “มิตรภาพและความสัมพันธ์”
4. กิจกรรมเพื่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง “สิทธิวัยรุ่น คุณต้องรู้”
5. กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความความหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว “อนาคต ที่วาดหวัง และกำลังใจ”
6. กิจกรรมติดตามผล “เสริมพลังใจ หนูทำได้”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ทักษะชีวิตและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัดกรอบแนวคิด และความเหมาะสมทางภาษา เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา นำคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Iem Objective Congruence :IOC) ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.95

2. การหาความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด เป็นโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในอำเภอเมืองสุรินทร์ โดยใช้การทดสอบความเที่ยงตรงตาม วิธีของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20) เท่ากับ 0.72 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบราซ (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อหาความเที่ยงของเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์เท่ากับ 0.77 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์เท่ากับ 0.76 และการปฏิบัติตัวต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมดไปวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญการทดสอบที่ 0.05 ความเชื่อมั่น 95% ตามรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดย วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารเลขที่โครงการวิจัย COA No.122/2567 รับรอง ณ วันที่ 10 มกราคม 2568 – 9 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.5 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 13 - 14 ปี มีพี่หรือน้อง ร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่พักอาศัยขณะศึกษากับพ่อกับแม่ ร้อยละ 61.0 มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.6 ส่วนใหญ่มีแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 68.3 มีการรับคำปรึกษาเมื่อไม่สบายใจจากแม่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.0 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแอปพลิเคชันฯ ออนไลน์ ร้อยละ 61.0 และส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายมาโรงเรียนจากผู้ปกครองไม่เพียงพอ ร้อยละ 80.5

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.1 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 13 - 14 ปี มีพี่หรือน้อง ร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่พักอาศัยขณะศึกษากับพ่อกับแม่ ร้อยละ 61.0 มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.1 ส่วนใหญ่มีแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 82.9 การรับคำปรึกษาเมื่อไม่สบายใจจากแม่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแอปพลิเคชันฯ ออนไลน์ ร้อยละ 65.9 และส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายมาโรงเรียนจากผู้ปกครองไม่เพียงพอ ร้อยละ 90.2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเสริมสร้างทักษะชีวิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=41) พบว่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตเท่ากับ (16.95±.60) หลังทดลองเท่ากับ (21.53 ±.25) คะแนนด้านเจตคติเท่ากับ (16.95±.60) หลังทดลองเท่ากับ (21.53 ±.25) คะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ (12.65 ±.60) หลังทดลองเท่ากับ (15.00 ±.24) และคะแนนการปฏิบัติตัวเท่ากับ (10.19 ±.67) หลังทดลองเท่ากับ (14.80 ±.33) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยในทุกด้านพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ด้านของการสร้างเสริมทักษะชีวิต	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Mean Difference $\bar{(d)}$	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตและการป้องกันการตั้งครรภ์						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	41	6.12 ±(1.27)	.261	-3.992	-2.934	<0.001
หลังทดลอง	41	9.58 ±(.08)				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	41	5.22 ±(1.50)	.277	-1.828	-.708	<0.001
หลังทดลอง	41	6.48 ±(2.00)				

ด้านของการสร้างเสริมทักษะชีวิต	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Mean Difference $\bar{(d)}$	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
2. เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	41	16.95 $\pm$ (.60)	.503	-5.603	-3.567	<0.001
หลังทดลอง	41	21.53 $\pm$ (.25)				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	41	16.07 $\pm$ (3.69)	.319	-.864	.425	.496
หลังทดลอง	41	16.29 $\pm$ (3.52)				
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	41	12.65 $\pm$ (.60)	.418	-3.187	-1.496	<0.001
หลังทดลอง	41	15.00 $\pm$ (.24)				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	41	10.71 $\pm$ (3.81)	.237	.107	1.064	.018
หลังทดลอง	41	10.12 $\pm$ (3.17)				
4. ด้านทักษะการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	41	10.19 $\pm$ (.67)	.534	-5.689	-3.530	<0.001
หลังทดลอง	41	14.80 $\pm$ (.33)				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	41	7.61 $\pm$ (6.60)	.680	-2.007	.739	.356
หลังทดลอง	41	8.24 $\pm$ (3.59)				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเสริมสร้างทักษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=41) พบว่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตเท่ากับ (6.12 $\pm$ 1.75) กลุ่มเปรียบเทียบ (5.22 $\pm$ 1.50) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.14) หลังทดลองเท่ากับ (9.58 $\pm$ 0.55) กลุ่มเปรียบเทียบ (6.48 $\pm$ 2.00) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) คะแนนด้านเจตคติ เท่ากับ (16.95 $\pm$ 3.85) กลุ่มเปรียบเทียบ (16.07 $\pm$ 3.69) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = .296) หลังทดลองเท่ากับ (21.53 $\pm$ 1.65) กลุ่มเปรียบเทียบ (16.29 $\pm$ 3.52) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ (12.65 $\pm$ 3.86) กลุ่มเปรียบเทียบ (10.70 $\pm$ 3.81) หลังทดลองเท่ากับ (15.00 $\pm$ 1.55) กลุ่มเปรียบเทียบ (10.12 $\pm$ 3.18) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และด้านพฤติกรรมปฏิบัติตัว เท่ากับ (10.19 $\pm$ 4.33) กลุ่มเปรียบเทียบ (7.61 $\pm$ 6.59) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = .039) หลังทดลองเท่ากับ

(14.80 $\pm$ 2.12) กลุ่มเปรียบเทียบ (8.24 $\pm$ 3.59) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ด้านของการสร้างเสริม	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Mean	95% CI		p-value
ทักษะชีวิตฯ			Difference (d)	Lower	Upper	
1. ความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตและการป้องกันการตั้งครรภ์						
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	6.12 $\pm$ (1.75)	.902	.184	1.620	.014
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	5.22 $\pm$ (1.50)				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	9.58 $\pm$ (0.55)	3.097	2.452	3.742	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	6.48 $\pm$ (2.00)				
2. เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร						
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	16.95 $\pm$ (3.85)	.878	-.783	2.539	.296
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	16.07 $\pm$ (3.69)				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	21.53 $\pm$ (1.65)	5.243	4.033	6.454	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	16.29 $\pm$ (3.52)				
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ						
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	12.65 $\pm$ (3.86)	1.951	.263	3.639	.024
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	10.70 $\pm$ (3.81)				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	15.00 $\pm$ (1.55)	4.878	3.772	5.983	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	10.12 $\pm$ (3.18)				
4. ด้านทักษะการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร						
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	10.19 $\pm$ (4.33)	2.585	.132	5.038	.039
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	7.61 $\pm$ (6.59)				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41	14.80 $\pm$ (2.12)	6.561	5.264	7.857	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	41	8.24 $\pm$ (3.59)				

สรุปและอภิปรายผล

(1.) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนความรู้ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.014$) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ศรีไชย¹⁵ ที่ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในโรงเรียนชีววิทยาสามัญ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหลังการวิจัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศด้านทักษะชีวิตและด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(2.) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนด้านเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.296$) และหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา กิ่งมาลาและคณะ¹⁶ เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มได้รับโปรแกรม กลุ่มได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น สูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(3.) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.024$) และหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ¹⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะการคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมเสี่ยง ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารและทักษะการกับจัดการอารมณ์และความต้องการของตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

(4.) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ มีคะแนนด้านพฤติกรรมกรรมการการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.039$) และหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนด้านพฤติกรรมกรรมการการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร กนแกม¹⁸ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะชีวิต และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบที่เหมาะสมของกิจกรรมตามบริบทของนักเรียน หรือกลุ่มของวัยรุ่นที่มีความต้องการเรียนรู้ที่หลากหลาย และการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือถูกต้อง ตามยุค 4.0 ที่เน้นใช้สื่อต่างๆที่ทันสมัย น่าสนใจ ดึงดูด บวกกับเทคโนโลยีสารสนเทศ แอปพลิเคชันต่างๆ ที่จะเป็นสื่อสร้างสรรค์ในรูปแบบต่างๆที่ตอบโจทย์กับแต่ละกลุ่ม อันที่จะสามารถประยุกต์และพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีศึกษาในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ Action Research โดยสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการและสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อระบุความต้องการ หรือระบุทักษะชีวิตที่ยังขาด และนำมาพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา หรือ วัยรุ่นที่เหมาะสม เจาะจงกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, 2014; The U.S. National Library of Medicine, 2014 สืบค้นออนไลน์ เมื่อวันที่ 15 ต.ค.67
2. UNICEF: Earlychild bearing. (2021). Accessed: May 10,2022 <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/> สืบค้นออนไลน์เมื่อวันที่ 1 พ.ย.67 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-healthstatistic-reports/worldhealthstatistics_2022.pdf [database on the Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 20].
3. สำนักอนามัยเจริญพันธ์.(2564). สถิติการคลอดแม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ.2564 Statistics on Adolescent Births, Thailand 2021 สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. (2564) สืบค้นออนไลน์ <https://rh.anamai.moph.go.th/th> เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ต.ค.67
4. สำนักอนามัยเจริญพันธ์.(2565). สถิติการคลอดแม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ.2565 Statistics on Adolescent Births, Thailand 2022 สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. (2565) <https://rh.anamai.moph.go.th/th> เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ต.ค.67
5. สำนักอนามัยเจริญพันธ์.(2566). สถิติการคลอดแม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ.2566 Statistics on Adolescent Births, Thailand 2023 สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. (2566) <https://rh.anamai.moph.go.th/th> เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ต.ค.67

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (2566). รายงานสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นจังหวัดสุรินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2566. สุรินทร์ : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์; 2566
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2564) รายงานฉบับสมบูรณ์ การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ และวิธีการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2567 https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2022/04/2021_05_การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และวิธีแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย.pdf
8. สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. <https://rh.anamai.moph.go.th/th>
9. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา <https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/hpc9-cluster-young/?reload> สืบค้นออนไลน์เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ต.ค. 67
10. กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). ทักษะชีวิต หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ :2551
11. Strecher, V., et al. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Hhealth Education Quarterly. 13(1), 73-91.
12. นิตยา เพ็ญศิริธนา (2564). ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน กรุงเทพมหานคร.บทความวิชาการ วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(3),1-16
13. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย Statistics for health science research. 2553 อรุณ จิรวัฒน์กุล. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์, 2553 พิมพ์ครั้งที่ 1
14. นิตยา ศรีไชย, สุภาพร ใจการุณและกฤษฎา ลอยหา (2563) โปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในโรงเรียนสีทวนวิทยาสามัคคี ตำบลชีซอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร มจร.อุบลปริทรรศน์,5(3),165—78
15. ชลดา กิ่งมาลา, เอื้อจิต สุขพล, ภาวินี แพงสุขและวัชร หวังมัน (2562) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี(27)2,158-165
16. ภาสิต ศิริเทศ, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, ศุภชัย ปิตกุลตั้งและกรวรรณ ยอดไม้ (2560) ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสารสาธารณสุขศาสตร์ (47)3: 241-254
17. บุษกร กนแกม, ดวงกมล ปิ่นเฉลียวและทิพย์มัมพร เกษโกมล (2564) ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.2021;8(1),196-210

Received: 26 Jul. 2025, Revised: 28 Jul. 2025

Accepted: 1 Sep. 2025

บทความวิจัย**ประสิทธิผลโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดในอำเภอพล
จังหวัดขอนแก่น**วาสนา โยธานัก^{1*} นันทนา มวลเมืองสอง¹ สุภัทราภรณ์ ผลบุญภิรมย์¹**บทคัดย่อ**

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และครอบคลุมในปี 2568 ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มิถุนายน 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจงจำนวน 66 คน กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา และแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 87 และ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Z Test ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงจากยาเสพติดในกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และมีพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) การศึกษาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมชี้ให้เห็นว่า สามารถเพิ่มความพร้อมในการเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูได้ และลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้มีความผิดปกติทางจิต จากยาเสพติดได้ ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น

คำสำคัญ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมรุนแรง ความผิดปกติทางจิต¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

*Corresponding Author Email: tungmugark@gmail.com

Original Article

Effectiveness of Motivational Interviewing with Social Support on Violent Behavior in Patients with Substance-Induced Mental Disorders in Phon District, Khon Kaen

Wassana Yothanak^{1*} Nantana Mualmueangsong¹Suphattaraporn Phonbunphirom¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a motivational interviewing program with Social Support on Violent Behavior in Patients with Substance-Induced Mental Disorders in Phon District, Khon Kaen. The sample consisted of 66 patients with mental and behavioral disorders who received inpatient treatment at Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province, with their families, during February to June 2025. The participants were purposively selected and assigned into an experimental group (33 participants) and a control group (33 participants). Data were collected using the Readiness to Change and Treatment Needs Scale and the Violent Behavior Assessment Scale, which demonstrated Cronbach's alpha coefficients of 0.87 and 0.93, respectively. Data were analyzed using the Z test. The result found that after the intervention, patients with mental and behavioral disorders due to substance use in the experimental group had significantly higher readiness to change compared to before receiving the program and compared to the control group ($p < .05$). Furthermore, their violent behaviors were significantly lower than before the intervention and lower than those in the control group ($p < .05$).

The study demonstrates that the motivational interviewing program with social support can enhance readiness for rehabilitation and reduce violent behaviors in individuals with mental and behavioral disorders from substance use. Therefore, it is recommended that this program be implemented, particularly in community hospital settings across Khon Kaen Province.

Keywords: Motivational interviewing, violent behavior, mental disorder, substance abuse

¹Professional Nursing, Phon Hospital, Khon Kaen Province

*Corresponding Author Email: tungmugark@gmail.com

บทนำ

อุบัติการณ์การใช้สารเสพติดทั่วโลกจากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติในปี 2564 พบว่า มีผู้ใช้สารเสพติดกว่า 284 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 299 ล้านคนภายในปี 2573 ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (2567) พบว่า ระหว่างปี 2564–2566 มีผู้ใช้ยาเสพติดและเข้ารับการบำบัดเฉลี่ยปีละกว่า 40,000 ราย โดยในจำนวนนี้พบว่า มีผู้ที่มีอาการทางจิตจากยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.92 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 17.15 ในปี 2566 และมีพฤติกรรมรุนแรงสูงถึงร้อยละ 67 ในบางพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว เช่นในอำเภอพล พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 80–95 มีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมรุนแรง แม้จะผ่านกระบวนการรักษาแล้วก็ตามหากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการป้องกันอาจทำให้มีพฤติกรรมรุนแรงจริงในอนาคต

ผลจากการใช้ยาเสพติด ส่งผลต่อจิตใจและระบบประสาท ก่อให้เกิดพิษเรื้อรังทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม เกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น¹ ปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน คือ อาการความผิดปกติทางจิต ซึ่งมักแสดงพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และการทำงานของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ และมีแนวโน้มผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน เช่น ยาบ้า และไอซ์เพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามแม้กระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการ โดยเฉพาะนโยบาย “พลังบำบัด พลังชุมชน” ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2566–2570 ที่เน้นการบำบัดฟื้นฟูแบบองค์รวมในบริบทของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังคงเผชิญข้อจำกัดในการลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นส่งผลต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้เสพติแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น มีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน¹ รวมทั้งผู้ป่วยเสพติแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานีหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 94.44 มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจากระยะล่งเลเป็นระยะมีแรงจูงใจ² อีกทั้ง การสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยหลังได้รับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ³

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น มีบทบาทสำคัญในการดูแล บำบัด และฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด โดยให้บริการผ่านแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย อาทิ การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) โปรแกรมจิตสังคมแบบบูรณาการ (Matrix Program) การให้คำปรึกษาคู่ครอบครัว (Family Counseling) รวมถึงการจัดโครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อเสริมสร้างกระบวนการฟื้นฟูอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่สามารถจัดการ

ปัญหาดังกล่าวได้ จากข้อมูลในปี 2567 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทั้งสิ้น 175 ราย โดยมีเพียง 123 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 70 ที่สามารถบำบัดได้ครบตามเกณฑ์ ขณะเดียวกันมีผู้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำภายใน 1 เดือนถึงร้อยละ 55 และในจำนวนนี้แสดงพฤติกรรมรุนแรงรวมกับความผิดปกติทางจิต ต้องกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในถึงร้อยละ 16 แม้จะได้รับการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนแล้วก็ตาม และในกลุ่มผู้ป่วยนี้ ยังคงกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำและมีพฤติกรรมรุนแรงร่วมกับอาการทางจิตเกิดขึ้นอีกครั้งคิดเป็นร้อยละ 9 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการบำบัดฟื้นฟูในปัจจุบัน ที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของปัญหาได้อย่างครอบคลุม ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และความปลอดภัยของชุมชนในพื้นที่อำเภอพล และที่ผ่านมายังไม่เคยนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อช่วยส่งเสริมและเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวในการป้องกันพฤติกรรมก่อความรุนแรงของระบบการบำบัดฟื้นฟูในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการเข้ารับการรักษา ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ เพิ่มพลังในการปรับตัวของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับสังคมได้ และช่วยลดความกังวลของประชาชนในชุมชนอำเภอพลได้อย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง คะแนนพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด Motivational Interviewing ของ Miller และ Rollnick⁴ มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยหากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับทั้งคำปรึกษาเชิงแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลต่อการตระหนักในปัญหา การสนใจปัญหา การตั้งใจต่อการเปลี่ยนแปลง และการแสดงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนสามารถลดปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายลงได้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ สองกลุ่ม และวัดผลสองครั้ง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงจากยาเสพติดในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และครอบครัวในปี 2568 จำนวน 144 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงจากยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น และครอบครัวในปี 2568 ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มิถุนายน 2568 ที่แพทย์ให้กลับบ้านได้ เลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power⁵ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) $\alpha = .05$ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = .29$ (ขนาดกลาง) ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษานี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 66 คน กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ มีคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง มีคะแนนของความผิดปกติทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 หรืออยู่ในระดับน้อยเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีบุคคลในครอบครัวสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 คน หรือมากกว่า 1 คน ไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอด เช่น ถูกดำเนินคดี ถูกส่งต่อเพื่อการรักษาอื่น หรือย้ายถิ่นฐาน และถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงจากยาเสพติดในอำเภพล จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล⁶ ประกอบด้วย 3 ระยะ 6 สัปดาห์ จำนวน 6 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจในวัตถุประสงค์ในความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงประกอบไปด้วย กิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม "รู้ฉัน รู้เธอ"

วัตถุประสงค์ สร้างความสัมพันธ์และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของกิจกรรม

รูปแบบกิจกรรมเป็นการสนทนาและกิจกรรมกลุ่มร่วมกับบุคคลในครอบครัวที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างความไว้วางใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ภาษาที่สุภาพและชัดเจนในการแสดงความต้องการและความรู้สึกของตนเอง สอนการฟังอย่างตั้งใจ เพื่อเข้าใจมุมมองของผู้อื่นโดยไม่รีบตัดสิน

ประโยชน์ เพิ่มการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว ความเข้าใจในเป้าหมายของโปรแกรม ลดความเครียดของผู้ป่วย และความขัดแย้งในการสนทนา

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม "ปักหมุดก่อนเดินทาง"

วัตถุประสงค์ เพิ่มความตระหนักถึงผลกระทบของการใช้ยาเสพติด และประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

รูปแบบกิจกรรมเป็นการประเมินส่วนบุคคลและการพูดคุยเพื่อสร้างแรงจูงใจและระบุเป้าหมายร่วมกันกับบุคคลในครอบครัว

ประโยชน์ เพิ่มความตระหนักในตนเอง แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดความเครียดของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลงมือเปลี่ยนแปลง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม "อะไรบ้างที่ลังเล"

วัตถุประสงค์ ค้นหาความลังเลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเพื่อจัดการการใช้ยาเสพติด

รูปแบบกิจกรรมเป็นการบำบัดกลุ่มร่วมกับบุคคลในครอบครัวโดยเปิดโอกาสให้พูดคุยและแก้ไขปัญหา

ประโยชน์ ลดความลังเลและเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงในการจัดการกับการใช้ยาเสพติด

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม "แนวแน่แก้ไขเปลี่ยนใหม่"

วัตถุประสงค์ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยตั้งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและผลกระทบของการใช้ยาเสพติด

รูปแบบกิจกรรมเป็นการจัดเวิร์กช็อปการศึกษาและการถามตอบแบบโต้ตอบ

ประโยชน์ เพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดและผลกระทบของการใช้ยาเสพติด

ระยะที่ 3 เสริมสร้างความมั่นใจและการกระทำที่ต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม "ฉันทำได้"

วัตถุประสงค์ สร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงในตนเอง และการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบกิจกรรมเป็นการฝึกทักษะและการจำลองสถานการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเปลี่ยนแปลงในตนเอง และ ลดความลังเลในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด

ประโยชน์ เพิ่มความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม "เชื่อมั่น ฉันทำได้แน่"

วัตถุประสงค์ เสริมความมั่นใจให้ผู้ผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงในตนเอง และการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด

รูปแบบกิจกรรมเป็นการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อเสนอแนะส่วนตัวร่วมกับบุคคลในครอบครัว

ประโยชน์ เพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด และลดความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมความรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและยาเสพติดจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส สิทธิการรักษา ประวัติการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัด การสนับสนุนจากครอบครัว ประวัติการเข้ารับการรักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้ยาเสพติด ระดับขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข⁷ (2561) มีจำนวน 18 ข้อ คะแนนรวม 126 คะแนน โดยในแต่ละข้อมีระดับคะแนนดังนี้ 1 = ไม่มีอาการ, 2 = มีอาการขั้นต่ำสุด, 3 = มีอาการเล็กน้อย, 4 = มีอาการปานกลาง, 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง, 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8D]¹ มีจำนวน 19 ข้อ คะแนนเต็ม 95 คะแนน ซึ่งมีลักษณะเป็น Likert scale 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรง โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale)⁸ มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนรวม 32 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 24.35-32.00 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง คะแนน 16.69-24.34 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับปานกลาง คะแนน 9-16.68 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินอาการทางจิต แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา และแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรง ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบ Content Validity แต่นำมาตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูทางจิตในอำเภอใกล้เคียง จังหวัดขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation of Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อม

ผู้วิจัยจัดทำเอกสารขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Ethics Committee) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลอำเภอฟล และศูนย์สุขภาพจิตที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และกระบวนการเก็บข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือที่ถูกต้อง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Data) ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการรักษาทำการวิเคราะห์ด้วยแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา แบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการทดลอง ทำการเก็บข้อมูลซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับการประเมินก่อนการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ บันทึกผลการสังเกตพฤติกรรมความรุนแรง การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และการตอบสนองต่อการสนับสนุนทางสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง คณะแผนกพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Z-Test

พหุศาสตร์ชีวสารสนเทศ

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 23 มกราคม 2568 รหัส COE068/2567

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 75.76 อายุอยู่ในช่วงอายุ 26 – 35 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 42.42 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 60.61 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 53.03 รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 57.58 สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 78.79 มีประวัติการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเคยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 68.18 มาตรวจตามแพทย์นัดจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 60.61 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยการสนับสนุนจากคู่สมรส จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 มีประวัติการใช้ยาเสพติด/เคยใช้ยาเสพติดจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 87.88 และมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่อยู่ในขั้นสูงจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนน/ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Z-Test (n=66)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		z	p-value
	(n = 33)		(n = 33)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงภาพรวม						
กลุ่มทดลอง	65.24	6.78	78.33	5.92	8.47	<0.000*
กลุ่มควบคุม	61.12	7.02	61.27	6.89	3.12	<0.067
2.พฤติกรรมรุนแรง						
กลุ่มทดลอง	25.32	6.15	21.18	5.87	5.24	<0.000*
กลุ่มควบคุม	24.59	5.92	24.47	5.64	2.21	<0.060

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Z-Test (n=66)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		z	p-value
	mean	SD	mean	SD		
1. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง						
กลุ่มทดลอง	65.24	6.78	78.33	5.92	3.22	0.036*
กลุ่มควบคุม	61.12	7.02	61.27	6.89		
2. พฤติกรรมรุนแรง					7.04	0.038*
กลุ่มทดลอง	25.32	6.15	21.18	5.87		
กลุ่มควบคุม	24.59	5.92	24.47	5.64		

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) ดังตารางที่ 1

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรุนแรง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรุนแรง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) ดังตารางที่ 2

อภิปรายผล

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชื่อว่าแรงดันต่อผู้บำบัดและแรงจูงใจของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดเกิดจากสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดสามารถใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อค้นหาและลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัดได้ โดยยึดผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง โดยช่วยให้ตระหนักถึงความล้มเหลวและแก้ไขความล้มเหลวซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยผู้ที่มีความล้มเหลวต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ความไม่แน่ใจที่จะทำให้ก้าวเข้าสู่ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรได้ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดสามารถรับมือกับปัญหาและความยากลำบากได้ดียิ่งขึ้น โดยส่งผลดีทั้งทางด้านจิตใจและทางร่างกายช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดที่ได้รับการสนับสนุน นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดสามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและมีความสุข

จากการได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดในอำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยประยุกต์โดยจากแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมโดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่า พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากยาเสพติดกลุ่มทดลองเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่สูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มที่รับโปรแกรมตามปกติ อีกทั้งมีพฤติกรรมรุนแรงลดลง และต่ำกว่ากลุ่มที่รับโปรแกรมตามปกติอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ โยธิน ศิรินันท์¹ เรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนทดลองมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความตั้งใจ และด้านการลงมือกระทำ และระดับสูง คือ ด้านการยอมรับ หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่า ด้านความตั้งใจแตกต่างกัน โดยหลังทดลองและระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่าก่อนทดลอง ($p\text{-value} \leq 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ธรรมภัฏ⁹ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงขึ้นกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศราพร แก้วลายและคณะ¹⁰ เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรพล อาศน์สุวรรณ¹¹ เรื่อง แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อการสมัครใจบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจและมีผลต่อการสมัครใจบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดควรนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปเป็นแนวทางการดำเนินงานในแผนบริการสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นมาตรการมาตรฐานในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เช่น โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต, ชุมชน, เรือนจำ
2. ควรพัฒนาเป็นคู่มือ/แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้บำบัดสารเสพติดสำหรับบุคลากรสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว รวมถึงการเก็บข้อมูลในระดับพื้นที่ เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาเชิงนโยบาย
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในมิติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัด เพื่อสร้างโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. โยธิน ศิรินันท์, ชนะพล ศรีฤาชา และวิมา อิศรางกูร ณ อยุธยา. ประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2065; 9(2): 159-69.
2. อมาวสี กลั่นสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(1):90-95
3. อรุณกมล ทราบรัมย์ และรัชนิกร อุปเสน. ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลทหารบก. 2564; 25(1): 257-265
4. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013.
5. ภาณุรัตน์ ศรีมงคล. การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาแอมเฟตามีน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23(2): 408-18.
6. สุพัตรา จันทร์สุวรรณ. ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน. The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi. 2023; 6(2): 67-78.
7. รัชดาวรรณ จำเริญไวย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(1): 477-486
8. หวาน ศรีเรือนทอง. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559; 61(3): 253-66.
9. จุฬาลักษณ์ ธรรมปัต. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
10. เกศราพร แก้วลาย. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิต. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2563; 4(7): 153-65.
11. วรพล อาศน์สุวรรณ. แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อการสมัครใจบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2567; 20(1): 5-14

Received: 9 Apr. 2025, Revised: 2 May 2025

Accepted: 6 May 2025

บทความวิจัย

**แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร**นันทนา จันทมุงคุณ¹ ภูวลีธิ์ ภูลวรรณ² และจรินทร์ทิพย์ ชมชายผล^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Descriptive-Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวน 1,086 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 274 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม โดยมีความเชื่อมั่นที่สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง 0.81 – 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple linear regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.79 มีอายุเฉลี่ย 50.82 ปี (S.D. = 6.90) มี การปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.86 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.94 โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($b=0.952$, $p=0.002$) มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยกระตุ้นและเสริมข้อมูลที่ถูกต้องให้แก่ อสม. ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ไข้เลือดออก, บทบาท, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร* Corresponding author : E-mail: Ketwadee_chom@snru.ac.th

Original Article

Social Support Affecting the Role of Dengue Hemorrhagic Fever
Prevention and Control on Village Health Volunteer in Phang Khon
District, Sakon Nakhon Province

Nanthana Chanthamungkhun¹ Phoowasit Phoolawan²Jarinthip Chomchaipon^{2*}

Abstract

This research is a descriptive cross-sectional study aimed at examining the social support influencing the role performance in the prevention and control of dengue fever among village health volunteers in Phang Khon District, Sakon Nakhon Province. The population consisted of 1,086 village health volunteers in Phang Khon District. A sample of 274 participants was selected using a two-stage stratified random sampling method. The research instrument was a questionnaire with a Cronbach's alpha reliability coefficient ranging from 0.81 to 0.86. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression analysis.

The research findings revealed that the majority of the participants were female (66.79%) with an average age of 50.82 years (S.D. = 6.90). The level of role performance in dengue fever prevention and control was moderate (59.86%), while the level of social support was high (83.94%). It was found that informational support ($b=0.952$, $p=0.002$) significantly influenced the role performance in dengue fever prevention and control among village health volunteers (p -value < 0.05). Therefore, relevant agencies should develop and support the dissemination of accurate information from public health personnel to stimulate and enhance the effectiveness of village health volunteers in performing their duties efficiently.

Keyword: Dengue Hemorrhagic Fever, Role, Village Health Volunteer.

¹ Master of Public Health Program at Sakon Nakhon Rajabhat University.

² Assistant Professor in the Health Science at Sakon Nakhon Rajabhat University.

* Corresponding author : E-mail: Ketwadee_chom@snru.ac.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในกลุ่มโรคติดต่อมาโดยยุงลาย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่อมาโดยแมลง พ.ศ. 2566–2575 โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักและดำเนินมาตรการควบคุมโรคตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข¹ทั้งในระยะก่อนระบาด ระยะระบาด และระยะหลังระบาด รวมถึงการใช้แอปพลิเคชันในการรายงานลูกน้ำยุงลายอีกด้วย แต่จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วย 150 ราย อัตราป่วย 13.09 ต่อประชากรแสนคน โดยไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต² ทั้งนี้อำเภอพังโคนเป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงสุดที่ 32.43 ต่อประชากรแสนคน และยังคงพบการระบาดต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 11 ราย อัตราป่วย 21.00 ต่อประชากรแสนคน เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดของเขตสุขภาพที่ 8³

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพังโคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ได้ตระหนักถึงสถานการณ์อัตราการป่วยของโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มขึ้น และมีแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติงานตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคของ อสม. ทั้งการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนเคมีภัณฑ์ควบคุมโรค การแจ้งข้อมูลข่าวสารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น แต่ยังคงพบอัตราการป่วยของโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มขึ้น และโดยจากการสำรวจปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า อสม. บางส่วนขาดการประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้ประชาชนสำรวจลูกน้ำยุงลาย และกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนตนเองอย่างต่อเนื่อง บางส่วนมีปัญหการใช้การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. รู้สึกว่าใช้งานยาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. บางคนไม่มีพื้นฐานการใช้งานสมาร์ตโฟน⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ⁵ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม.⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. โดยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁷ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนนี้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและภาคภูมิใจในบทบาทของ อสม. 2) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยกระตุ้นและเสริมข้อมูลที่ถูกต้องให้แก่ อสม. ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การสนับสนุนทางเครื่องมือ เช่น อุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 4) การสนับสนุนทางการประเมินผล ซึ่งช่วยให้ อสม. ปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางสื่อมวลชน การรณรงค์ให้คำแนะนำด้านสุขภาพทางสื่อคำแนะนำจากบุคคลอื่น และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการยกย่องชื่นชมให้กำลังใจ อสม. มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.^{8,9} ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในบางพื้นที่พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน การได้รับการนิเทศงาน การได้รับการฝึกอบรม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁴ อาจมีผลมาจากสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมของชุมชนที่เป็นชุมชนเมืองขยายตัว และการเข้ามาทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมาด้วยใจจึงไม่สนใจต่อปัจจัยที่ต้องการสนับสนุนมากนัก

จากข้อมูลข้างต้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในพื้นที่อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ทำให้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม

บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁷ ว่าแรงสนับสนุนสังคมด้านใดที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ และเสริมแรงสนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อ อสม. ได้ปฏิบัติงานได้ตามบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวน 1,086 คน¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 274 คน ซึ่งได้มาโดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างการประมาณค่าสัดส่วน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของเดเนียล¹¹ ค่าสัดส่วนตัวแทน เท่ากับ 0.39⁸ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองขั้นตอน (Two-stage stratified random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกตำบลตัวแทนจากตำบลทั้งหมดในอำเภอด้วยการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งอำเภอพังโคนมีทั้งหมด 5 ตำบล สุ่มทั้งหมด 5 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลต้นผึ้ง จำนวน 41 คน 2) ตำบลพังโคน จำนวน 73 คน 3) ตำบลม่วงไข่ จำนวน 44 คน 4) ตำบลแร่ จำนวน 45 คน และ 5) ตำบลไฮหย่อง จำนวน 71 คน รวมทั้งสิ้น 274 คน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือก อสม. จากบัญชีรายชื่อ อสม. ของตำบลตัวแทนด้วยการสุ่มอย่างง่ายจนได้ตัวอย่างครบทุกรายตำบล รวมทั้งสิ้น 274 คน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยมีดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัยมีดังนี้ 1) เจ็บป่วยกะทันหัน 2) เสียชีวิต 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ซึ่งมีลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. เคยได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก การระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน และช่องทางการบันทึกรายงานลูกน้ำยุงลาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม¹² ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 32 - 40 คะแนน) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60 - 79 (คะแนน 24 - 31 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0 - 23 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย 1) การยกย่องชื่นชม 2) การได้รับข้อมูลข่าวสาร 3) การนิเทศงาน ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ และ 4) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อสอบแบบปรนัยชนิดที่ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เพียงพอและไม่เพียงพอ รวมจำนวน 17 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม¹² ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 24 - 29 คะแนน) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60 - 79 (คะแนน 18 - 23 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0 - 17 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามได้พัฒนาตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข รวมจำนวน 14 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม¹² ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 23 - 28 คะแนน) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60 - 79 (คะแนน 17 - 22 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0 - 16 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC ของข้อคำถามทั้งหมด ระหว่าง 0.76 - 1.00 และมีการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ 1) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. เท่ากับ 0.93 2) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.81 และ 3) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพังโคน
2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนแบบสอบถาม
3. แล้วนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและจัดทำรายงานวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) เพื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยมีตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย อาชีพ การยกย่องชื่นชม การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การนิเทศงาน ทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. และตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 เลขที่ IEC NO. HE67-078

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.79 มีอายุอยู่ในช่วง 51 – 60 ปี ร้อยละ 61.68 อายุเฉลี่ย 50.82 ปี (S.D. = 6.90) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.94 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.26 ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษา ร้อยละ 39.42 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 52.92 รายได้เฉลี่ย 5,829.20 บาท (S.D. = 4,785.80) ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. ส่วนมากอยู่ในช่วง 11 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.56 ระยะเวลาเฉลี่ย 15.66 (S.D. = 7.56) ในรอบ 1 ปี เคยได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันโรค ไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 77.37 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมามีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.30 มีการระบาดในชุมชนเฉลี่ย 1.72 (S.D. = 1.03) และส่วนใหญ่บันทึกรายงานลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2. ทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยด้านทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.87 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.31 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.82 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.08 (S.D. = 4.75)

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.94 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.80 คะแนน (S.D. = 3.84) ดังตารางที่ 1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.40 ด้านการนิเทศงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.20 การยกย่องชื่นชม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.10 การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (n=274)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ภาพรวมแรงสนับสนุนทางสังคม	16 (5.84)	28(10.22)	230 (83.94)
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร	16 (5.84)	24(8.76)	234 (85.40)
ด้านการนิเทศงาน	16 (5.84)	41(14.96)	217 (79.20)
ด้านการยกย่องชื่นชม	32 (11.68)	39(14.23)	203 (74.09)
ด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก	67 (24.45)	17(6.21)	190 (69.34)
$\bar{x}$ = 25.79, S.D = 3.84, Max = 29, Min = 16			

*เมื่อเกณฑ์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม มีค่าระหว่าง 0-29 คะแนน เมื่อแบ่งเป็นรายด้านมีเกณฑ์ดังนี้ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีค่าระหว่าง 0-8 คะแนน, ด้านการนิเทศงาน มีค่าระหว่าง 0-8 คะแนน, ด้านการยกย่องชื่นชม มีค่าระหว่าง 0-8 คะแนน และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าระหว่าง 0-5 คะแนน

4. การปฏิบัติตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.86 รองลงมาในระดับสูง ร้อยละ 39.05 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.09 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.25 (S.D.=3.20) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=274)

การปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-16)	3	1.09
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 17-22)	164	59.86
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 23-28)	107	39.05

$\bar{X}$ = 21.25, S.D. = 3.20, Max = 28, Min = 15

*เมื่อเกณฑ์คะแนนบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าระหว่าง 0-28 คะแนน

5. แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

การวิเคราะห์แรงสนับสนุนที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร โดยใช้ Multiple linear regression analysis ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว และคำนึงการตรวจสอบความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) มีค่ามากที่สุด คือ 3.894 ไม่เกิน 10 แสดงว่าค่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธี All Enter ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ของการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ของการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 274)

ตัวแปร	B	SE	Beta	T	95%CI	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล						
อาชีพหลัก						
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0	Ref				
เกษตรกร	1.217	0.669	0.159	1.82	-0.101 - 2.534	0.070
รับจ้าง	1.534	0.868	0.138	1.77	-0.175 - 3.244	0.078
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1.377	1.000	0.098	1.38	-0.592 - 3.346	0.170

ตัวแปร	B	SE	Beta	T	95%CI	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม						
การยกย่องชื่นชม	-0.018	0.259	-0.007	-0.07	-0.527 - 0.492	0.945
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.952	0.300	0.349	3.17	0.360 - 1.543	0.002*
การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและ	0.129	0.185	0.052	0.70	-0.234 - 0.493	0.485
ควบคุมโรคไข้เลือดออก						
การนิเทศงาน	0.173	0.284	0.066	0.61	-0.385 - 0.733	0.541
ทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.	-0.055	0.037	-0.082	-1.48	-0.128 - 0.018	0.141
Constant = 13.24, R ² = 0.19						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า 1) อาชีพ ได้แก่ เกษตรกร มีค่า $b=1.217$ และ $p\text{-value}=0.070$ รับจ้าง มีค่า $b=1.534$ และ $p\text{-value}=0.078$ แม่บ้าน/พ่อบ้าน มีค่า $b=1.377$ และ $p\text{-value}=0.170$ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร 2) การยกย่องชื่นชม มีค่า $b=-0.018$ และ $p\text{-value}=0.945$ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร 3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีค่า $b=0.952$ และ $p\text{-value}=0.002$ มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อ อสม. ได้รับข้อมูลข่าวสาร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน การปฏิบัติตามบทบาทจะเพิ่มขึ้น 0.952 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ได้ร้อยละ 26.22 4) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่า $b=0.129$ และ $p\text{-value}=0.485$ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร 5) การนิเทศงาน มีค่า $b=0.173$ และ $p\text{-value}=0.541$ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร 6) ทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีค่า $b=-0.055$ และ $p\text{-value}=0.141$ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-60 ปี ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. ส่วนมากอยู่ในช่วง 11 – 15 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า อสม. เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมายาวนาน ในส่วนระดับการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่าการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในพื้นที่ในหลายๆจังหวัด^{8,9} ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าบทบาทหน้าที่หลักในการปฏิบัติงานในระยะก่อนการระบาดของโรค

ไขเลือดออกที่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุดคือ ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ BIG CLEANING WEEK (ป๊อกลีนนิ่ง วีค) ในระยะระบาด คือ เข้าร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นในการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (แหล่งน้ำขัง) และในระยะหลังระบาดคือ ลงพื้นที่ควบคุมโรคไขเลือดออกร่วมกับ รพ.สต. และหน่วยงานท้องถิ่นแสดงให้เห็นว่าภารกิจสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคไขเลือดออกในพื้นที่คือการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์โรคไขเลือดออกเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง¹⁵ เพื่อเป็นการตัดวงจรของการเกิดโรค โดยการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การกำจัดรวมถึงการได้แจกและใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำใช้ให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบเป็นภารกิจที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและบ่อยมากที่สุด¹⁴ อย่างไรก็ตามพบว่า อสม. ยังมีการปฏิบัติงานบางครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในแต่ละระยะ อาจจะเป็นเพราะว่าในการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการต่าง ๆ ที่จะให้ อสม. ดำเนินการ แต่ด้วยว่าโรคไขเลือดออกเป็นโรคประจำถิ่น จึงทำให้ อสม. ยังคงดำเนินการแบบเดิม ๆ หรืออาจจะไม่เข้าใจนโยบายที่มีมาตรการเข้ามาให้ดำเนินการอยู่ตลอดเวลา⁹ รวมถึงการแจ้งผลการเฝ้าระวังให้คณะกรรมการหมู่บ้านทราบ เพื่อให้คณะกรรมการหมู่บ้านแจ้งหน่วยงานท้องถิ่น (อปท.) ทราบ นั้นยังมีการปฏิบัติที่น้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าการสื่อสารและการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังคงต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หากแจ้งข้อมูลหรือไม่แจ้งจะทำให้ประชาชนไม่ระมัดระวัง เมื่อเกิดการระบาดของโรคไม่สามารถควบคุมได้ทัน⁸

2. แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

จากผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดย อสม.ในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมไขเลือดออก จาก หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ อินเทอร์เน็ต และโทรทัศน์ มากที่สุด ซึ่งต่างจากการศึกษาของสุรพล สิริปิยานนท์ ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไขเลือดออก ผ่านทางสื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน อสม. หรือคนในครอบครัว/ชุมชน มากที่สุด¹³ ซึ่งการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. การเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคไขเลือดออกจะช่วยให้ อสม. มีการวางแผนการปฏิบัติงานที่เหมาะสมและสามารถให้คำแนะนำกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจในการดำเนินงานมากขึ้น รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วทันสถานการณ์ จะทำให้เกิดการควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาในหลายๆพื้นที่ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของ อสม.^{8,16,17} โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีการให้คำแนะนำที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง^{18,19} รวมถึงการรับข่าวสารจากสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย หรือช่องทางสื่ออื่นๆ ที่สามารถเข้าถึงได้²⁰ มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไขเลือดออกของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไขเลือดออก โดยเฉพาะการได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคมานำใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค นอกจากนี้การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างกำลังใจ ประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการทำงานของ อสม.⁸ และยังสอดคล้องงานวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเฝ้าระวังและควบคุมโรคไขเลือดออกใน

อสม. อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่¹⁸ ที่ชี้ให้เห็นว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของอสม.

ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องกับ อสม. และเป็นข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งการได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพส่งผลให้ อสม. ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการนิเทศงานและการยกย่องชมเชย เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจและกระตุ้นให้ อสม. พัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรายงานและติดตามสถานการณ์โรค สนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้ อสม. สามารถดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของ อสม. ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาและสนับสนุนปัจจัยเหล่านี้ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ อาชีพหลัก ทักษะการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. การยกย่องชื่นชม การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการนิเทศงาน สอดคล้องกับการศึกษาในบางพื้นที่¹⁴ พบว่าปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุน การได้รับการนิเทศงาน การได้รับการฝึกอบรม การดำรงตำแหน่งอื่น ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจมีผลมาจากสภาพแวดล้อม สังคมที่มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีในการสื่อสารอย่างทันทั่วที่ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งการเข้ามาทำหน้าที่ อสม. นั้นมาด้วยใจจึงไม่สนใจต่อปัจจัยที่ต้องการสนับสนุนมากนัก

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรให้ความสำคัญในการแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ อสม. ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น กลุ่มไลน์, เฟซบุ๊ก หรือช่องทางอื่นๆ เพื่อให้ อสม. สามารถรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของ อสม. และส่งผลให้การป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เพราะการศึกษานี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อกระตุ้นให้ อสม. เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของ อสม. และส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. เพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอพังโคน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพังโคน ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ และอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง พ.ศ. 2566 – 2575 Vector-born Disease Management Strategy 2023-2032. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2565.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานประจำปี 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดสกลนคร ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566.
4. นรุตม์ อภิชาติอำมฤติ. การใช้สมาร์ตโฟนในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. ต.ค.-ธ.ค. 2565;42(2): 82-93.
5. พัทธธีรา พลิตี, ประจักษ์ บัวผัน, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. ม.ค.-เม.ย. 2567;30(1): 5-20.
6. ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญนภา บุญเสริม, ปรีดา บุราคร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. ม.ค.-เม.ย. 2567;39(1): 67-76.
7. House, J. S. Work stress and social support. California: Addison-Wesley, 1981.
8. วิภาวดี วุฒิเดช, พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารควบคุมโรค. ก.ค.-ก.ย. 2564;47(1): 804-814.
9. กฤษณะ พิมพ์ไทย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. พ.ศ.-ส.ศ. 2567;2(2):124-139.
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพังโคน. บันทึกข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพังโคน, 2567.
11. Daniel, W.W. Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons, 1995.
12. Bloom, B.S. and Block, J.H. Mastery learning: Theory and Practice. NewYork: Holt, Rinehart and Winston, 1975.
13. สุรพล สิริปยานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวาริชภูมิจังหวัดฟิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. เม.ย.-ก.ย. 2563;4(8): 85 – 103.

14. พนม นพพันธ์, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสหเวชศาสตร์. ม.ค.-ธ.ค. 2559;1(1): 39 – 62.
15. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
16. นภารัตน์ อุเงิน, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. ก.ค.-ธ.ค. 2566;34(2): 112 – 126.
17. สุจิตรา สุคนธมัต, ณัฐดี จันคำ, ภัทรวริน สามารถ, สุกัญญา แซ่หลิม. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านดินสอพอง ตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 13; 2564.
18. สิวลี รัตนปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารราชพฤกษ์. พ.ค.-ส.ค. 2561;16(2): 87-96.
19. อติเทพ จินดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 31(3): 555-568; กรกฎาคม - กันยายน, 2560.
20. หนึ่งบุรุษ ค่อมบุสดี, ทิวาภรณ์ ค่อมบุสดี. ปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. ม.ค.-มี.ค. 2568;31(1): 123 – 137.

Received: 9 Apr. 2025, Revised: 6 May 2025

Accepted: 17 May 2025

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย(MCI)ของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอดำรงวิทยารัษฎา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศกิตา ลำวีระประเสริฐ^{1*} สายหยุด มูลเพชร² สามารณ ใจเตี้ย³

บทคัดย่อ

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองเริ่มเสื่อมถอย โดยเฉพาะด้านความจำ แม้ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่โรคสมองเสื่อมในอนาคต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะ MCI และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอดำรงวิทยารัษฎา จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 295 คน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 67.70 ปี ผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษามีภาวะ MCI คิดเป็นร้อยละ 10.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโอกาสเกิดภาวะ MCI อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 75–79 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงสูงสุดเพิ่มขึ้นถึง 9 เท่า (Adjusted OR 8.97; 95% CI: 2.56–31.45) ขณะที่กลุ่มอายุ 70–74 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 3.7 เท่า และ 5.9 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60–64 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเกิดภาวะ MCI มากกว่าผู้ที่ไม่ได้โรคนี้อย่างน้อย 3.4 เท่า (Adjusted OR 3.38; 95% CI: 1.23–9.30) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มี BMI ปกติประมาณ 3 เท่า ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเกี่ยวกับชีวิตในอนาคตของตนเอง กลับพบว่ามีความเสี่ยงเกิดภาวะ MCI น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีความกังวลถึงประมาณร้อยละ 70 ข้อเสนอแนะ ควรมีการคัดกรองภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) อย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปี พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะน้ำหนักเกิน และกิจกรรมที่เสริมสร้างการตระหนักรู้และการมองอนาคต ซึ่งอาจมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

¹หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

²อาจารย์ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช,

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช,

* Corresponding Author E-mail:63856606@g.cmru.ac.th

*Original Article***Factors associated with the risk of dementia in the elderly In Hang Dong Subdistrict Municipality, Hang Dong District, Chiang Mai Province****Sagija Lumveeraprasert^{1*}, Saiyud Moolphate², Samart Jaitae³****Abstract**

Mild Cognitive Impairment (MCI) is a condition characterized by a decline in cognitive function, particularly memory, while the ability to perform daily activities remains intact. However, individuals with MCI are at a higher risk of progressing to dementia in the future. This study aimed to investigate the prevalence of MCI and its associated risk factors among older adults in Hang Dong Municipality, Hang Dong District, Chiang Mai Province. A cross-sectional survey was conducted involving 295 older adults aged 60 years and above, selected through purposive sampling. The research instruments included a personal information interview form and the Thai version of the Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2002). Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression with a significance level set at 0.05.

The results revealed that the average age of the participants was 67.70 years, and the prevalence of MCI was 10.2%. Significant factors associated with MCI included increasing age. In particular, those aged 75–79 years had the highest risk, while those aged 70–74 years and 80 years and above also showed elevated risks compared to the 60–64 years group. Additionally, participants with hypertension and those with a body mass index (BMI) greater than 25, classified as obese, had a higher likelihood of developing MCI. Conversely, participants who expressed concerns about their future showed a 70% lower risk of developing MCI compared to those without such concerns. The study suggests that regular screening for MCI should be implemented among high-risk groups, particularly those aged over 70 years, individuals with hypertension, and those who are overweight. Furthermore, promoting continuous health care, such as weight management, hypertension control, and engagement in activities that enhance awareness and future orientation, may help reduce the risk of developing dementia in the long term.

Keywords: Mild Cognitive impairment (MCI), Dementia, Older Adults

¹Graduate student, Master of Public Health Program, Field of Study: Public Health, Chiang Mai Rajabhat University

² Lecturer Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

³ Associate Professor Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

* Corresponding Author E-mail: 63856606@g.cmru.ac.th

บทนำ

ปัจจุบัน อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกลดลง ขณะที่อายุขัยเฉลี่ยกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่ม Baby Boomers ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลให้หลายประเทศเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่า ภายในปี 2573 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน และอาจสูงถึง 2 พันล้านคนในปี 2593 ⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำมาซึ่งความท้าทายที่สำคัญต่อระบบสุขภาพทั่วโลก

ในประเทศไทย สถานการณ์ดังกล่าวเริ่มปรากฏชัดเจนมากขึ้น โดยในปี 2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 13.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.4 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19 ในปี 2564 ⁽²⁾ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) สะท้อนให้เห็นถึงการเข้าสู่ "สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์" (Super-aged Society) อย่างแท้จริง การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุย่อมนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอยของสมอง โดยเฉพาะ โรคสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี ส่งผลกระทบต่อทั้งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและภาระต่อระบบสาธารณสุข จากข้อมูลการศึกษาประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี 2564 ระบุว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมอยู่ในช่วงร้อยละ 2-10 โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ได้แก่ ร้อยละ 1-2 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และสูงถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป ⁽³⁾ นอกจากนี้ การคาดการณ์ในปี 2562 ระบุว่า ในปี 2582 จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 ล้านคน และอาจสูงถึง 1.8 ล้านคนภายในปี 2602 ⁽⁴⁾

จังหวัดเชียงใหม่ถือเป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 318,959 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 27.16 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 1.13 ของผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ⁽⁵⁾

เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชนเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดกรองจำนวน 9,125 คน มีอัตราความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 4.31 และในกลุ่มนี้ ร้อยละ 45.8 ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ⁽⁶⁾ อัตราดังกล่าวถือว่าอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นในประเทศไทย โดยสูงกว่าหลายพื้นที่ชนบทที่มีสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต แต่ต่ำกว่าพื้นที่เมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) สูงกว่า เนื่องจากความเร่งรีบและความเครียดที่มากกว่า

จากสถานการณ์ดังกล่าว การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) ในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ส่งเสริม และพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ในผู้สูงอายุ การออกแบบการวิจัยลักษณะนี้ช่วยให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเกิดภาวะ MCI ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอดำรงวิทยารัษฎานุบำรุง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาช่วยสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันและสามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอดำรงวิทยารัษฎานุบำรุง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1200 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan (1970)⁽⁷⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 คน การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดสัดส่วนตาม 9 หมู่บ้านจากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอดำรงวิทยารัษฎานุบำรุง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไม่สามารถจะตอบคำถามได้

เก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data)

เครื่องมือที่ใช้และการวัดตัวแปร

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์จำนวน 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตใช้แบบสอบถาม 9Q (แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 ข้อ) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ร่วมกับแบบสอบถามสุขภาพทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา และส่วนที่ 3 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545 (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินนี้พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 30 คะแนน ครอบคลุมการประเมินสมรรถภาพทางความรู้คิด 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลาและสถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความสนใจและการคำนวณ (Attention and Calculation) ความจำระยะสั้น (Recall) การใช้ภาษา (Language) และทักษะการสั่งการและการปฏิบัติตามคำสั่ง (Visuospatial and Command) เกณฑ์การแปลผลเพื่อพิจารณาภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) จำแนกตามระดับการศึกษา ดังนี้ ผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ: ≤ 14 คะแนน ระดับประถมศึกษา: ≤ 17 คะแนน และการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา: ≤ 22 คะแนน⁽⁹⁾ ทั้งนี้ แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 เป็นเพียงเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมได้โดยตรง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยส่ง

แบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุและการวิจัยทางสุขภาพ ทำการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.90 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาลตำบลหางดง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เพื่อประชาสัมพันธ์การดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวทราบล่วงหน้า การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัยอย่างเหมาะสม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ ทั้งนี้ ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุแต่ละคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม สิทธิในการไม่ตอบคำถามบางข้อ หรือถอนตนออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูล และได้รับการขอคำยินยอมอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูล การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลข IRBCMRU 2022/127.23.06 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) และเชิงอนุมาน (Inferential Analysis) โดยเริ่มจากการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk Test เพื่อพิจารณาว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) หรือไม่ จากนั้นจึงเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมในการนำเสนอ ข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงแบบปกติจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนข้อมูลที่ไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติจะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (Median) และช่วงระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เช่น เพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส จะนำเสนอในรูปของจำนวน (Frequency) และร้อยละ (Percentage) เพื่อแสดงการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละลักษณะ ในส่วนของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) โดยรายงานผลในรูปของค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (95% Confidence Interval: CI) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

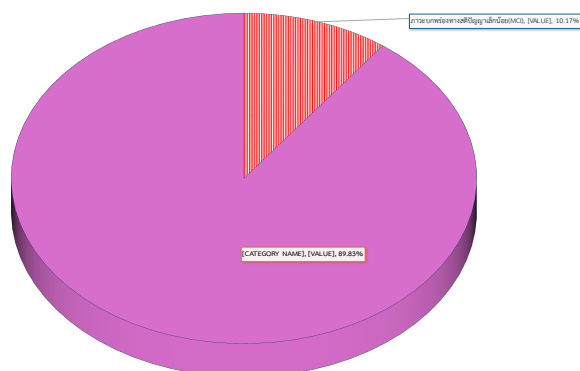
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทั้งหมดและผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 295 คน มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 10.17 อยู่ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี และ 70-74 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.67 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 36.67 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.00 มีประวัติเคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 70.00 ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าเกณฑ์ ($\leq 25 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 76.67 แสดงรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหมดและผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (จำนวน)(ร้อยละ) (n=295)	จำนวนผู้สูงอายุ MCI (จำนวน)(ร้อยละ) (n=30)
1.เพศ		
ชาย	100 (33.89)	13(43.33)
หญิง	195 (66.11)	17(56.67)
2.อายุ		
60-64	98 (33.20)	8(26.70)
65-69	111 (37.63)	5(16.70)
70-74	47 (15.50)	8(26.70)
75-79	24 (8.10)	6(20.00)
≥80	15 (6.10)	3(10.00)
ผู้สูงอายุทั้งหมด Mean= 67.70 S.D. = 2.26 / ผู้สูงอายุ MCI Mean= 70.28 S.D. = 6.56		
3.การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8 (2.70)	1 (3.30)
ประถมศึกษา	216 (73.20)	27 (90.00)
มัธยมศึกษา ขึ้นไป	71 (24.10)	2 (6.70)
4.อาชีพในอดีต		
กรรมกร รับจ้าง	93 (31.50)	9 (30.00)
เกษตรกรกรรม	47 (15.90)	6 (20.00)
ข้าราชการและพนักงาน	23 (8.00)	1 (3.30)
รัฐวิสาหกิจ		
พนักงานบริษัท	11 (3.70)	1 (3.30)
ธุรกิจส่วนตัว	65 (22.00)	10 (33.30)
แม่บ้าน	32 (10.80)	1 (3.30)
อื่นๆ (มีข้อมูลแล้ว)	24 (8.10)	2 (6.70)
5.การทำงานในปัจจุบัน		
ทำงานอยู่	135 (45.80)	15 (50.00)
ไม่ได้ทำงานแล้ว	160 (54.20)	15 (50.00)
6.มีปัญหาทางการเงิน		
มี	105 (35.60)	13 (43.30)
ไม่มี	190 (64.40)	17 (56.7)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด (จำนวน)(ร้อยละ) (n=295)	จำนวนผู้สูงอายุ MCI (จำนวน)(ร้อยละ) (n=30)
7.โรคความดันโลหิต			
	มี	146 (49.50)	8 (5.50)
	ไม่มี	149 (50.50)	22 (94.50)
8.โรคเบาหวาน			
	มี	145 (49.20)	11 (36.70)
	ไม่มี	150 (50.80)	19 (63.30)
9.โรคประจำตัวอื่นๆ			
	มี	68 (23.10)	15 (50.00)
	ไม่มี	227(76.90)	15 (50.00)
10. ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)			
	ปกติ	282 (95.60)	27 (90.00)
	มีภาวะซึมเศร้า	13 (4.40)	3 (10.00)
11.การหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา			
	เคยหกล้ม	246 (83.40)	21 (70.00)
	ไม่หกล้ม	49 (16.60)	9 (30.00)
12.ดัชนีมวลกาย (BMI)			
	ปกติตามเกณฑ์ (< 25 kg/m ²)	110 (37.30)	7 (23.30)
	มากกว่าเกณฑ์ (≥ 25 kg/m ²)	185(62.70)	23 (76.70)
ผู้สูงอายุทั้งหมด BMI Mean = 23.72 S.D. = 3.97 / ผู้สูงอายุ MCI BMI Mean= 25.18 S.D. = 2.64			

ส่วนที่ 2 จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างจำนวน 295 คน มีจำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 10.17 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) ผู้สูงอายุที่มีความกังวลในชีวิตของตนเองในอนาคตข้างหน้า และ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต โดยที่ อายุของผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วง 70 – 74 ปี, อายุ 75 – 79 ปี, อายุ ≥ 80 ปี มีโอกาสที่จะมีภาวะ (MCI) มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุ 60-64 ปี คิดเป็น 3.72, 8.97, 5.90 เท่า ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ≥ 25 (อ้วน) มีโอกาสที่จะมีภาวะ (MCI) มากกว่าผู้สูงอายุที่ BMI <25 คิดเป็น 2.42 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 2.42; 95% CI 1.00-5.86) และผู้สูงอายุที่มีความกังวลในชีวิตของตนเองในอนาคตข้างหน้า มีโอกาสที่จะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความกังวล 0.38 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 0.38, 95% CI 0.15-0.96) ผู้สูงอายุที่มีประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต 2.98 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 2.98, 95% CI 1.28-6.95) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (n=295)	จำนวนภาวะสมอง เสื่อม (n=30) (%)	Unadjusted Odd Ratio (95% CI)	Adjusted Odd ratio. (95% CI)	P- value
1.อายุ					
60 – 64 ปี	98	8(8.20)		Reference	
65 – 69 ปี	111	5(4.60)	0.55(0.17-1.73)	0.48(0.14-1.67)	0.25
70 – 74 ปี	47	8(17.00)	2.30(0.81-6.59) *	3.72(1.13-12.23)	0.03*

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (n=295)	จำนวนภาวะสมอง เสื่อม (n=30) (%)	Unadjusted Odd Ratio (95% CI)	Adjusted Odd ratio. (95% CI)	P- value
75 -79 ปี	24	6(25.00)	3.75(1.16-12.12) *	8.97 (2.31-34.84)	0.00*
≥ 80 ปี	18	3(16.70)	2.25(0.54-9.45) *	5.90 (1.15-30.16)	0.03*
2.ดัชนีมวลกาย(BMI)					
< 25.00	110	7(6.30)		Reference	
≥ 25	185	23(14.00)	2.42(1.00-5.86) *	3.10(1.16-8.10)	0.02*
3.โรคความดันโลหิต					
ไม่มี	149	22(14.80)		Reference	
มี	146	8(5.50)	2.98 (1.28-6.95)	5.61(2.16-14.57)	0.001*
4.ความกังวลกับอนาคตของตนเองในอนาคต					
ไม่กังวล	259	23(8.90)		Reference	
มีความ กังวล	34	7(20.60)	0.38(0.15-0.96) *	0.19(0.06-0.58)	0.00*

*Significant with P value < 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต แต่หากผู้สูงอายุที่มีความกังวลในชีวิตของตนเองในอนาคตข้างหน้าจะเป็นปัจจัยป้องกันในการเป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI)

อายุที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) อายุที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) โดยกลไกหลักเกิดจากกระบวนการเสื่อมของสมองตามธรรมชาติ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและเกิดขึ้นในหลายระบบพร้อมกัน โดยเฉพาะบริเวณฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดเก็บความจำและกระบวนการเรียนรู้ พบว่าการทำงานของไซแนปส์ในบริเวณนี้มีแนวโน้มลดลงตามอายุ ประกอบกับการสูญเสียของเซลล์ประสาท (neuronal loss) อย่างต่อเนื่องในโครงข่ายประสาทหลักที่เกี่ยวข้องกับการประมวลผลข้อมูล¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการสะสมของโปรตีนผิดปกติ เช่น เบต้า-อะไมลอยด์ (β -amyloid) และ tau protein ซึ่งเป็นเครื่องหมายสำคัญของโรคอัลไซเมอร์และความผิดปกติทางสมองที่เกี่ยวข้องกับวัย โดยโปรตีนเหล่านี้สามารถกระตุ้นการอักเสบในสมอง ทำลายโครงสร้างของไซแนปส์ และเร่งให้เกิดการตายของเซลล์ประสาท¹¹ ขณะเดียวกัน การลดลงของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานทางปัญญา โดยเฉพาะอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งทำหน้าที่ส่งผ่านสัญญาณในระบบประสาทส่วนกลาง ก็พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI และโรคสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น¹²

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่า 25 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ที่สูงกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ถือเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ

บกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีหลายกลไกทางชีวภาพที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับเมตาบอลิซึม เซลล์ประสาท และหลอดเลือดสมอง ภาวะอ้วนส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินในสมอง ซึ่งลดประสิทธิภาพการเผาผลาญกลูโคส และส่งผลให้เซลล์ประสาททำงานผิดปกติ รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสื่อมของโครงข่ายประสาทที่เกี่ยวข้องกับความจำและการเรียนรู้¹³ นอกจากนี้การสะสมของไขมันในช่องท้องยังทำให้ร่างกายหลั่งสารไซโตไคน์ที่กระตุ้นการอักเสบเรื้อรังทั่วระบบร่างกาย ซึ่งสามารถแพร่เข้าสู่สมองผ่าน blood-brain barrier และนำไปสู่ neuroinflammation ที่ทำลายเซลล์ประสาทในระยะยาว¹⁴ ภาวะอ้วนยังสัมพันธ์กับการไหลเวียนเลือดในสมองที่ลดลง ความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็ก และภาวะขาดเลือดเฉพาะที่ในเนื้อสมอง (microvascular ischemia) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของ MCI ชนิดจากหลอดเลือด¹⁵ นอกจากนี้ ผู้ที่มีค่า BMI สูงมักมีระดับของโปรตีน BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) ต่ำกว่าปกติ ซึ่ง BDNF มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเจริญของเซลล์ประสาท และการเชื่อมโยงระหว่างไซแนปส์ การลดลงของ BDNF ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางความจำ การตัดสินใจ และการเรียนรู้¹⁶ ดังนั้น การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อยในระยะยาว

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) ภาวะความดันโลหิตสูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มักมีการเสื่อมของหลอดเลือดสมองตามวัย ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมความดันเลือดลดลงและก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังในระยะยาว¹⁷ ความดันโลหิตสูงส่งผลต่อหลอดเลือดในสมองโดยตรง ทั้งในด้านโครงสร้างของหลอดเลือดและการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วน of สมองที่มีบทบาทด้านความจำและการ ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในสมอง ความเสียหายของเซลล์ประสาท การลดลงของออกซิเจนในระดับจุลภาค (microvascular hypoperfusion) และภาวะเนื้อสมองขาวเสื่อม (white matter lesions)¹⁸ ผลกระทบสะสมเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการประมวลผลข้อมูล การตัดสินใจ และความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ MCI ในระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ งานวิจัยระบุว่า ความดันโลหิตที่สูงต่อเนื่องตั้งแต่วัยกลางคนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมในระยะยาวสูงขึ้นถึงสองเท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความดันปกติ¹⁹

ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเกี่ยวกับชีวิตของตนเองในอนาคตกลับพบว่าแนวโน้มที่จะเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) น้อยกว่า ซึ่งแตกต่างจากสมมติฐานทั่วไปที่มองว่า “ความกังวล” เป็นภาวะทางลบ ในบริบทนี้ ความกังวลอาจไม่ใช่ความวิตกกังวลที่เป็นอุปสรรค แต่เป็นลักษณะของ “การตระหนักรู้ในตนเอง” (Self-awareness) หรือ “การใส่ใจต่อสุขภาพและอนาคตของตนเอง” (future-oriented coping) ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพบแพทย์ตามนัด และการกระตุ้นตนเองให้ใช้สมองอย่างต่อเนื่อง²⁰ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการคิดถึงอนาคต (Future time perspective) และความสามารถในการปรับตัวทางอารมณ์มักมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และอาจมีความสามารถในการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางสติปัญญาได้ดีกว่า⁽²¹⁾ ขณะเดียวกันความกังวลในระดับที่เหมาะสมอาจกระตุ้นระบบประสาทให้เกิดการ “เฝ้าระวัง” (Cognitive vigilance) และส่งเสริมการทำงานของ Prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับ Executive function

สรุป จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) ในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น, ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 และ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยทางสุขภาพกายและสรีรวิทยาที่สะท้อนถึงความเสี่ยงของร่างกายตามวัยนอกจากนี้ยังพบว่าความกังวลเกี่ยวกับชีวิตในอนาคตมี

ความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความกังวลต่อชีวิตในอนาคตกลับมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่กังวล อาจสะท้อนถึงระดับของ การตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และการมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ การคิดวางแผน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ความกังวลต่ออนาคตในลักษณะสร้างสรรค์อาจถือเป็น “ปัจจัยป้องกัน” (protective factor) ที่ควรได้รับความสนใจในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตหรือกิจกรรมที่เสริมสร้างเป้าหมายและความหมายของชีวิตในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากการผลการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการคัดกรองภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย(MCI) อย่างสม่ำเสมอ ในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุเกิน 70 ปี มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะความดันโลหิตสูง และผู้ที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน
2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการควบคุมน้ำหนัก และความดันโลหิต ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI)
3. สนับสนุนกิจกรรมที่เสริมสร้างการมองอนาคตและความตระหนักในตนเอง เช่น การวางแผนชีวิต กิจกรรมสมาธิหรือการตั้งเป้าหมายในชีวิต อาจมีประโยชน์ต่อสุขภาพสมองในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรใช้การออกแบบการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยง และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (MCI) ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะสามารถระบุทิศทางของความสัมพันธ์ (เชิงเหตุและผล) ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2021.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566.
3. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. รายงานสถานการณ์โรคสมองเสื่อมในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สสส.; 2564.
4. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2566. เชียงใหม่: สสจ.เชียงใหม่; 2566.
6. เทศบาลตำบลหางดง. รายงานผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2566. เชียงใหม่: เทศบาลตำบลหางดง; 2566.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
8. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 ข้อ (9Q). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

9. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
10. Fjell AM, Walhovd KB. Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences. *Rev Neurosci*. 2010;21(3):187–221.
11. Hou Y, Dan X, Babbar M, Wei Y, Hasselbalch SG, Croteau DL, et al. Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nat Rev Neurol*. 2019;15(10):565–81.
12. Ferreira-Vieira TH, Guimaraes IM, Silva FR, Ribeiro FM. Alzheimer's disease: targeting the cholinergic system. *Curr Neuropharmacol*. 2016;14(1):101–15.
13. Jaiswal S, Sahu PK, Dubey P, et al. Insulin resistance in brain and its role in neurodegeneration in obesity. *Front Neurosci*. 2022; 16:884579. Available from: <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.884579>
14. Singh MK, Singh P, Maurya RP, Arya AK. Obesity and its neuroinflammatory impact on cognitive decline: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2024;14(1):2372. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-73099-z>
15. Chang H, Kim D, Park S, Lee JH. Obesity-related cerebral hypoperfusion and vascular cognitive impairment: a review of evidence. *Biomedicines*. 2023;11(12):3233. Available from: <https://doi.org/10.3390/biomedicines11123233>
16. Luo L, Huang S, Wang H, Xu Y. Adiposity, BDNF, and cognitive function in aging: mechanistic pathways and interventions. *Int J Mol Sci*. 2023;25(22):11955. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijms252211955>
17. Iadecola C, Yaffe K, Biller J, et al. Impact of hypertension on cognitive function: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2016;68(6):e67–e94.
18. Nation DA, Edmonds EC, Bangen KJ, et al. Blood pressure variability and white matter hyperintensities in dementia and cognitive aging. *Neurology*. 2019;92(9):e1276–83.
19. Walker KA, Power MC, Gottesman RF. Defining the relationship between hypertension, cognitive decline, and dementia: a review. *Curr Hypertens Rep*. 2017;19(3):24.
20. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110(15):5797–801. Available from: <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
21. Carstensen LL, Turan B, Scheibe S, Ram N, Ersner-Hershfield H, Samanez-Larkin GR, et al. Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychol Aging*. 2011;26(1):21–33. Available from: <https://doi.org/10.1037/a0021285>

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน และ ตุลาคม – ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน
4. การพิจารณาแบบ Double blind peer review ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนไม่ทราบตัวตนของกันและกัน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- พิมพ์ในไฟล์ Word
- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหา ทุกส่วน)
- กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

- ภาษาอังกฤษ ชื่อผู้วุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัด

กึ่งกลาง

- E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

6. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็น การจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกสู่คน² การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อวิทยา.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก้น.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ.“พฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ และต้องระบุเลขการรับรองจริยธรรมในบทความและแนบใบรับรองการได้รับอนุมัติจริยธรรม

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- ค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”เลขบัญชี “955-0-13237-4”(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com