วารสาร
สาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2569
Vol.6 No.1 January-April 2026
ISSN 2985-251X (Online)

2026



วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

(Thai Journal of Public Health and Health Education)

ISSN 2985-251X (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

- ด้านการสาธารณสุข (Public Health)
- ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences)
- ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)
- ด้านสุขภาพศึกษา (Health Education)
- ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health)
- ด้านการพยาบาล (Nursing)

ประเภทของบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)

ภาษาที่รับตีพิมพ์

- ภาษาไทย (Thai)
- ภาษาอังกฤษ (English)

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

กระบวนการพิจารณาบทความ

- บทความทุกบทความของวารสาร ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน ซึ่งไม่ได้สังกัดเดียวกันกับผู้นิพนธ์
- การประเมินเป็นแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-Blind Review)

ค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความ

- ทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เก็บค่าธรรมเนียมบทความละ 3,500 บาท

หมายเหตุ กองบรรณาธิการจะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธการตีพิมพ์ หรือกรณีที่ผู้เขียนบทความขอยกเลิกบทความ หลังจากบทความเข้าสู่กระบวนการ Review ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแล้ว

ขั้นตอนการชำระค่าธรรมเนียมบทความ

1. กองบรรณาธิการ แจ้งให้ผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากที่บทความผ่านกระบวนการปรับแก้เบื้องต้น (Pre review) แล้ว
2. ผู้นิพนธ์/ผู้วิจัย ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ชื่อบัญชี วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ร่วมกับชมรมศิษย์เก่า ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 662-5-42917-1
3. ส่งหลักฐานการโอนเงินในระบบของวารสารมายังช่องทาง Review Discussions พร้อมแจ้งข้อมูลชื่อ สกุล และสังกัด สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน และที่อยู่สำหรับจัดส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
4. กองบรรณาธิการตรวจสอบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม
5. กองบรรณาธิการออกใบเสร็จรับเงินส่งให้ผู้นิพนธ์/ผู้วิจัยในระบบของวารสาร
6. กองบรรณาธิการส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริงให้ผู้นิพนธ์/ผู้วิจัย ในกรณีที่แจ้งความประสงค์ไว้เท่านั้น

ขั้นตอนการประเมินบทความ

1. กองบรรณาธิการกลั่นกรองบทความหลังจากที่บทความส่งเข้ามายังระบบของวารสาร
2. แจ้งผู้เขียนบทความให้ปรับแก้เบื้องต้น (Pre-review) ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
    2.1 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นแล้ว แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมบทความ
    2.2 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นไม่สมบูรณ์ แจ้งให้ผู้เนิพนธ์ปรับแก้อีกครั้ง
    2.3 กรณีผู้นิพนธ์ไม่ปรับแก้ ปฏิเสธบทความ
3. หลังจากที่ผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมบทความแล้ว นำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ (Review)
4. บทความที่ผ่านการประเมิน มีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือจนกว่าบทความจะสมบูรณ์ จึงเข้าสู่กระบวนการเผยแพร่ตีพิมพ์
    4.1 กรณีที่ปรับแก้บทความไม่สมบูรณ์ แจ้งผู้นิพนธ์ปรับแก้อีกครั้ง
    4.2 กรณีที่ไม่ปรับแก้บทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ปฏิเสธการตีพิมพ์
5. วารสารออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ หลังจากที่ผู้นิพนธ์ปรับแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือจนกว่ากองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าบทความสามารถเผยแพรตีพิมพ์ได้

คำแนะนำทั่วไป

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างรอการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์จากวารสารอื่น

2. กระบวนการดำเนินการวิจัยต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยขั้นตอนการ Submission บทความ ขอให้แนบส่งสำเนาเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. บทความได้รับความยินยอมในการเผยแพร่ตีพิมพ์จากทีมวิจัยทุกคน

4. บทความเตรียมในรูปแบบของไฟล์ Microsoft Word

5. บทความจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบ Template ที่วารสารกำหนดทั้งเนื้อหาบทความ และรูปแบบการอ้างอิง จากคำแนะนำการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Author Guidelines) วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education) ISSN 2985-251X (Online)

6. กองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ หลังจากที่บทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้นิพนธ์ได้ปรับแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเท่านั้น

7. บทความที่ทางกองบรรณาธิการออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ไปแล้ว หากผู้นิพนธ์ขาดการติดต่อในขั้นตอนหลังการประเมิน หรือขาดการติดต่อการปรับแก้ไขบทความเพิ่มเติมก่อนการเผยแพร่ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการขอปฏิเสธการตีพิมพ์บทความของท่านในฉบับที่ออกหนังสือตอบรับไปแล้ว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความหลังจากที่ปรับแก้ไขบทความสมบูรณ์แล้วในฉบับต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

8. กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์อ่านและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดเป็นครั้งสุดท้ายและแจ้งให้ยืนยันการเผยแพร่ตีพิมพ์ หากไม่ได้รับการยืนยันเผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการจะไม่เผยแพร่บทความตีพิมพ์จนกว่าจะได้รับการยืนยันให้เผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้นิพนธ์ หากผู้นิพนธ์ขาดการติดต่อกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์บทความในวารสารฉบับดังกล่าว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความได้ในฉบับต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

9. เนื้อหาของบทความรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา เป็นเพียงความคิดเห็นของผู้นิพนธ์เท่านั้น กองบรรณาธิการจะไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดของเนื้อหาบทความที่เผยแพร่ไปแล้ว

10. บทความที่เผยแพร่ออนไลน์ไปแล้ว หากกองบรรณาธิการตรวจสอบพบว่าผิดต่อหลักจริยธรรมการวิจัย เช่น การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) การสร้างข้อมูลเท็จ (Fabrication) หรือพบการดัดแปลงข้อมูล (Falsification) บรรณาธิการสามารถถอดถอนบทความออกได้ (Retracted) ทันที

กองบรรณาธิการ
วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

ที่ปรึกษา	
ดร.นิธิศ ธานี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
นายแพทย์สุรพร ลอยหา	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการวารสาร	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
กองบรรณาธิการภายใน	
ดร.ปิยะณัฐฏ์ จันทวารีย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นฤมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ธวัชชัย เติมใจ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สมพร แก้วทอง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
กองบรรณาธิการภายนอก	
รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิมปทีปราการ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นายแพทย์ ดร.ขวัญชัย กุมภาพงษ์	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ทันตแพทย์หญิง ดร.ภัคชิสา คนสุภาพ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

กองบรรณาธิการภายนอก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

Kent Hamilton	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้จัดการวารสาร

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายสนับสนุน

นางสือมร โกสียบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
นายศรเพชร ไตรศรี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา มุ่งเน้นเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านการสาธารณสุข (Public Health) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health) ด้านการพยาบาล (Nursing) และด้านสุขภาพศึกษา (Health Education) กระบวนการพิจารณบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบันแบบ Double-Blind Review ซึ่งวารสารถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 2 (TCI 2) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 นั้น

การเผยแพร่ผลงานผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษานั้น ปีนี้วารสารเข้าสู่ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2569 มีการเผยแพร่บทความวิจัยจำนวนทั้งหมด 16 บทความ จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
1.	**ปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์** **Predictive Factors of Cervical Cancer Self-Screening Among Women Aged 20 Years and Above in the Health Service Area of Surin Province** กรรณิกา เพ็ชรักษ์, เกตุนรินทร์ บุญคล้าย, อรปรียา ผ่องใส; วรรณชาติ ตาเลิศ, อนุศร การะเกษ และเยาวพา วรรณแก้ว Kannika Phetcharak, Ketnarin Bunklai, Onpreeya Pongsai, Wannachart Talerd, Anusorn Karaket and Yaowapa Wannakaew	e277120
2.	**แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก** **The Approach to Reducing Anxiety Among Dental Patients age 18-59 years at the Dental Clinic for Education, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok** พุธิตา สมัคการ, ภัทรวดี สรรค์วรรธนะ, สุวิญชา ผาบุลาน, กฤษฎนัย ศรีใจ และพัสตราภรณ์ พยัคฆภาพ Phuthita Samakkan, Phattharawadee Sanwatthana, Suwincha Phabulan, Kridanai Srijai and Pastraporn Payukaparp	e277169
3.	**การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์** **The Development of Guidelines for Housing and Environmental Management of Fall Prevention among the Elderly in Chalermphrakiat District, Buriram Province** วิชัย เจริญสุข Wichai Charonesook	e278333
4.	**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา** **Factors Influencing Disease Prevention Behaviors for Helminth (Parasitic Worm) Infections Among the Moken Community in Mu Ko Surin National Park, Kuraburi District, Phang Nga Province** สยาม ชิ้นพงค์ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน Siam Chinpong and Boonprajuk Junwin	e278886

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
5.	**ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี** **Effects of a Community Participation-Based Self-Care Program on Patients with Substance Use Disorders in Sawang Wirawong District, Ubon Ratchathani Province** ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์ และณรงศักดิ์ เข็มเพชร Nutchanun Kamonroek and Narongsak Khempech	e279532
6.	**การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวโดยไม่ใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีสะเกษ** **Development of a nursing program to reduce aggressive behavior in psychiatric patients without the use of medication at Sisaket Hospital** เทียนทอง เอื้อสามาลย์ Tiantong Aersaman	e276683
7.	**ผลของโปรแกรมเพิ่มสุขต่อความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า จังหวัดอุบลราชธานี** **Effects of the Happiness Enhancement Program for Stress of Caregivers in Delay Development Child in Ubonratchathani** ธิดารัตน์ ทองหนุน และปิยะนันท์ นามกุล Thidarat Tongnoon and Piyanan Narmkul	e278971
8.	**การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์** **Developing a Model for Preventing Falls in the Elderly with the Participation of the Community in the Area of Responsibility of Ban Lamduan Subdistrict Health Promoting Hospital, Lamduan Subdistrict, Krasang District, Buriram Province** สัตนา ทวันเวช Sattana Thawanwetch	e279060
9.	**ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านต่อการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลัน 72 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลเด็จพระยุพราชเดชอุดม** **Developing a Home ward care Model for Post-Appendectomy Pain Management during the first 72 hours at Detudom Crown Prince Hospital** พักตร์พิมล จุลภักดีเกื้อหนุน และ ธนากร แสนโสม Phakphimon Julpakdeekurnun and Thanakorn Saensom	e277730

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
10.	**ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี** **Effects of a LINE- Based Knee Health Promotion Program on Knee Health Knowledge and Preventive Behaviors for Osteoarthritis Among Community-Dwelling Older Adults in Suphan Buri Province** บุษราภรณ์ สังวรณ์, วาสนา หลวงพิทักษ์, สุพรรณี เปี้ยวนาลาว, นิตยา เพ็งเหล็ง, บัวเงิน ช่างเกวียนดี, บุญสิตา เกิดฤทธิ์ และบุษกร มีผิว Bussaraporn Sangworn, Wasana Luangphituck, Supannee Peawnalaw, Nittaya Phengleng, Buangoen Changkeoiyndi, Boonsita Kerdrid and Butsakorn Meepiw	e279131
11.	**สมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็น ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ** **Desirable Competencies of Emergency Medical Personnel According to The Opinions of Stakeholders in the Primary Health Care System** ชฎาวัลย์ รุณเลิศ, วันเพ็ญ ยอดคง, สายฝน ตันตะโยธิน, ปัณณทัต พุทธรักษา, กาญจนา นิ่มสุนทร และธนาสิทธิ์ ไชยวุฒิ Chadawan Runlert, Wonpen Yodkong, Saifon Tantayothin, Punnathut Puttharaksa, Kanchana Nimsuntorn and Thanasit Chaiwut	e277845
12.	**ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี** **Factors Affecting the Level of Happiness and Organizational Commitment of Personnel at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Nonthaburi** ทิพวรรณ ท้ายเมือง และ วัชราภรณ์ ฉุนแสนดี Tippawan Taimuang and Vatcharaporn Chunsandee	e279136
13.	**การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก** **Developing a Model of Elderly Care through Family and Community Participation in Nikhom Phatthana Sub-district, Bang Rakam District, Phitsanulok Province** อัมราภรณ์ ภู่ระย้า, ศิริกนก กลั่นขจร, รุ่งทิวา บุญประคม และ กิตติศักดิ์ คัมภีระ Amaraporn Puraya, Sirikanok Klankhajhon, Roongtiva Boonpracom and Kittisak Kumpeera	e279179

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
14.	**ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง) ในตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่** **Factors Affecting Oral Health Care Behavior Among Elderly Ethnic Groups (Karen) Yangpiang Subdistrict, Omkoi District, Chiang Mai Province** วรรณิษา สีขวา และ ส่งศักดิ์ สุขสันต์ Wannisa Seekaow and Songsak Suksan	e278635
15.	**ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา** **Prevalence and factors associated with low birth weight infants at Bang Khla Hospital, Chachoengsao Province** อาริยา พัดชา Ariya Phatcha	e279695
16.	**ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในประชากรตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร** **Prevalence and Associated Factors of Opisthorchis Viverrini Infection in Phothiphaisan Sub-district, Kusuman District, Sakon Nakhon Province** รัตยา อิทธิพรม, เจษฎา ธัชแก้วกรพินธุ์, วีรวัฒน์ พัดไธสง และ ศรีวิภา ช่วงไชยยะ Rattaya Itthiphrom, Jessada Thutkawkorapin, Weerawat Patthaisong and Sriwipa Chuangchaiya	e279273

e277120

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์

กรรณิกา เพ็ชรักษ์[1], เกตุนรินทร์ บุญคล้าย[2], อรปรียา ผ่องใส[1], วรรณชาติ ตาเลิศ[1], อนุศร การะเกษ[3], เยาวพา วรรณแก้ว[1*]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3]โรงพยาบาลราษีไศล

(วันที่รับบทความ: 21 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 18 มกราคม 2569 ; วันที่ตอบรับ: 22 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 -พฤษภาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 130 คน ที่คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบสมัครใจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC ≥ 0.6) และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30.64 ปี (S.D. = 7.20) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 49.20 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 อาชีพหลักคือรับราชการ ร้อยละ 24.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 19,407 บาท (S.D. = 12,625.61) และไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองมาก่อน ร้อยละ 100 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.68, S.D. = 0.90) ปัจจัยที่ทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ (β = 0.93) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (β = 0.47) การจัดการตนเอง (β = -0.46) การสื่อสารสุขภาพ (β = -0.25) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (β = 0.25) ระดับการศึกษา (β = 0.14) และอายุ (β = 0.11) โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการตรวจได้ร้อยละ 84.10 ผลการศึกษานี้ชี้ว่าการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและเป็นมิตร เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการตรวจ ขณะเดียวกันควรออกแบบการสื่อสารเชิงรุกเพื่อแก้ไขความเชื่อมั่นเกินจริงในการดูแลสุขภาพตนเอง และเน้นการตัดสินใจเชิงสุขภาพ การยกระดับการศึกษา และกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย เพื่อนำไปสู่การยอมรับและการเข้าถึงการตรวจที่ยั่งยืนในสตรีไทย

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, การตรวจด้วยตนเอง, การคัดกรอง

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** เยาวพา วรรณแก้ว; yaowapa@bcnsurin.ac.th

e277120

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

Predictive Factors of Cervical Cancer Self-Screening Among Women Aged 20 Years and Above in the Health Service Area of Surin Province

Kannika Phetcharak[1], Ketnarin Bunklai[2], Onpreeya Pongsai[1], Wannachart Talerd[1],
Anusorn Karaket[3], Yaowapa Wannakaew[1*]

[1] Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[3]Rasi Salai Hospital

(Received: 21 August 2025; Revised: 18 January 2026 ; Accepted: 22 January 2026)

Abstract

This descriptive analytical study aimed to examine factors predicting the intention to undergo self-sampling cervical cancer screening among women in the health service area of Surin Province. Data were collected between December 2024 and May 2025 from 130 women of reproductive age aged 20 years and older who were selected using voluntary sampling. Data were obtained using a structured questionnaire with an acceptable content validity (index of item–objective congruence ≥ 0.6) and good reliability (Cronbach's alpha = 0.90). Data analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis, with the level of statistical significance set at $p < 0.05$.

The results showed that the majority of participants had a mean age of 30.64 years (S.D.= 7.20). Nearly half were single (49.20%), half had attained a bachelor's degree (50.00%), and the most common occupation was government service (24.60%). The average monthly income was 19,407 Thai Baht (S.D. = 12,625.61). All participants (100%) had never previously undergone self-sampling cervical cancer screening. Overall health literacy regarding self-sampling cervical cancer screening was at a moderate level (mean = 3.68, S.D. = 0.90). Multiple logistic regression analysis revealed that significant predictors of the intention to undergo self-sampling cervical cancer screening ($p < 0.001$) included media literacy ($\beta = 0.93$), access to health information and services ($\beta = 0.47$), self-management ($\beta = -0.46$), health communication ($\beta = -0.25$), decision-making for health practices ($\beta = 0.25$), educational level ($\beta = 0.14$), and age ($\beta = 0.11$). The model explained 84.10% of the variance in screening intention. These findings suggest that interventions to promote self-sampling cervical cancer screening should prioritize enhancing media literacy and improving access to convenient, user-friendly health services, as these factors exert the strongest influence on screening behavior. In addition, proactive health communication strategies are needed to address overconfidence related to self-care, while emphasizing informed health decision-

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

making, educational advancement, and age-specific strategies to achieve sustainable acceptance and uptake of self-sampling cervical cancer screening among Thai women.

Keywords: cervical cancer, self-sampling, screening

***Corresponding author**: Yaowapa Wannakaew; yaowapa@bcnsurin.ac.th

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่พบมากในสตรีวัยทำงานและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้หากมีการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ข้อมูลจากกรมการแพทย์ (2565) ระบุว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม โดยมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ในช่วงปี 2563–2565 อยู่ที่ร้อยละ 11.1, 13.8 และ 13.1 ตามลำดับ และส่วนใหญ่พบในสตรีอายุระหว่าง 30–60 ปี อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของผู้หญิงไทย โดยมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่อาจเพิ่มเป็น 9,790 คน ในปี 2568 และสูงขึ้นเป็น 11,000 คนในปี 2583 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) ข้อมูลล่าสุดจากกรมการแพทย์ในปี 2566 ยังยืนยันว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เฉลี่ย 5,422 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 15 คน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 2,238 คนต่อปี ขณะเดียวกัน สถาบันมะเร็งแห่งชาติยังระบุว่าโรคนี้อยู่ในอันดับที่ 3 ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทย (Hfocus, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ยังคงรุนแรงและจำเป็นต้องมีมาตรการแก้ไขอย่างจริงจัง ข้อมูลในระดับนานาชาติจาก International Agency for Research on Cancer (IARC, 2022) รายงานว่าในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 9,158 ราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 4,700 รายต่อปี ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี แต่ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการรักษามากกว่า 350 ล้านบาทต่อปี ทั้งในส่วนของค่าใช้จ่ายโดยตรงและค่าเสียโอกาสจากการสูญเสียกำลังแรงงานของสตรีในวัยทำงาน ส่วนในระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ระบุว่ามะเร็งปากมดลูกมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 466,000 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตกว่า 231,000 คน โดยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา แสดงให้เห็นว่ามะเร็งปากมดลูกไม่เพียงเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของผู้หญิงแต่ยังเป็นภาระสำคัญต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ สำหรับจังหวัดสุรินทร์เอง แม้ข้อมูลอาจล้าหลัง แต่จากการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของมะเร็งปากมดลูกอยู่ที่ 11.4 รายต่อประชากรหญิงหนึ่งแสนคน (ประชุมพร บูรณ์เจริญ, 2547) และจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์พบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 17.2 ของประชากรหญิงทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2567) ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนว่าภาระโรคยังมีอยู่จริงในระดับท้องถิ่น และการเข้าถึงการตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น การดำเนินมาตรการป้องกันที่เข้มแข็ง ทั้งการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV และการตรวจคัดกรองทั้งในรูปแบบมาตรฐานและการตรวจด้วยตนเองอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิต รวมทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีไทยในระยะยาว

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถือเป็นมาตรการสำคัญในการลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของโรคนี้ โดยในประเทศไทยมีการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตรวจด้วยวิธี Pap smear และการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA test) ซึ่งได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเกิดมะเร็งและสามารถนำไปสู่การรักษาที่ทันท่วงที (กรมการแพทย์, 2565) อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับความจำเป็น โดยมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น ความรู้สึกอาย ความไม่สะดวกในการเดินทาง การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้สตรีจำนวนหนึ่งพลาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ (Chansaenroj et al., 2022) เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าว มีการนำการตรวจคัดกรองแบบเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (self-sampling for HPV testing) มาใช้เป็นทางเลือกเสริม โดยงานวิจัยระบุว่าการตรวจด้วยตนเองมีความแม่นยำใกล้เคียงกับการเก็บตัวอย่างโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Nelson et al., 2017) และช่วยลดอุปสรรคด้านเวลา ความสะดวก และความอาย อีกทั้งยังเพิ่มการยอมรับและการเข้ารับบริการของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญ (Arbyn et al., 2018) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยอัตราการเข้ารับการตรวจด้วยตนเองยังคงอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 10–20 เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (Chansaenroj et al., 2022) ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการดังกล่าว ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตลอดจนความสามารถในการสื่อสารและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Nutbeam, 2008; Virtanen et al., 2019) ดังนั้น การส่งเสริมการตรวจคัดกรองทั้งในรูปแบบมาตรฐานและการตรวจด้วยตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่ยังคงมีอัตราการป่วยและการเสียชีวิตในระดับสูง ซึ่งจำเป็นต้องมีการดำเนินนโยบายเชิงรุกและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงอย่างทั่วถึง

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2008) เป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าว โดยแบ่งความรอบรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ (Functional health literacy) คือ ความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) คือความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อจัดการสุขภาพของตนเอง และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ (Critical health literacy) คือความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสม งานวิจัยในประเทศไทยสนับสนุนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมคัดกรอง เช่น Kiatlertdecha et al. (2019) พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านมและปากมดลูก และพบว่าเครื่องมือดังกล่าวสามารถสะท้อนทักษะการประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์ และกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ (2561) พบว่า การจัดการตนเองและการสื่อสารด้านสุขภาพมีผลต่อเจตนาของสตรีในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโดยตรงและทางอ้อม งานวิจัยล่าสุดโดย Kamolthip et al. (2025) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลในชนบทมีระดับความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ HPV สูงกว่าผู้ที่อาศัยในเมือง และการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตบ่อยครั้งสัมพันธ์กับระดับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ความรู้ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Boonchieng et al. (2024) ศึกษาสตรีมุสลิมภาคใต้และพบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบ Edutainment สามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิผล ขณะเดียวกัน หลักฐานจากต่างประเทศรายงานในทิศทางสอดคล้อง เช่น Phoolcharoen et al. (2021) ทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และยืนยันว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองและความเต็มใจที่จะใช้การตรวจ HPV ด้วยตนเอง รวมทั้งงานของ Arbyn et al. (2018) และ Polman et al. (2019) ที่ยืนยันว่าสตรีส่วนใหญ่มีความยอมรับสูงต่อวิธี self-sampling หากได้รับข้อมูลและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการคิดเชิงวิพากษ์ จึงเป็นกลไกสำคัญที่สามารถช่วยเพิ่มการตัดสินใจและการ ยอมรับการตรวจ HPV ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาระโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับบุคคลและสังคม (Chanchewarn et al., 2020; Termrungruanglert et al., 2021)

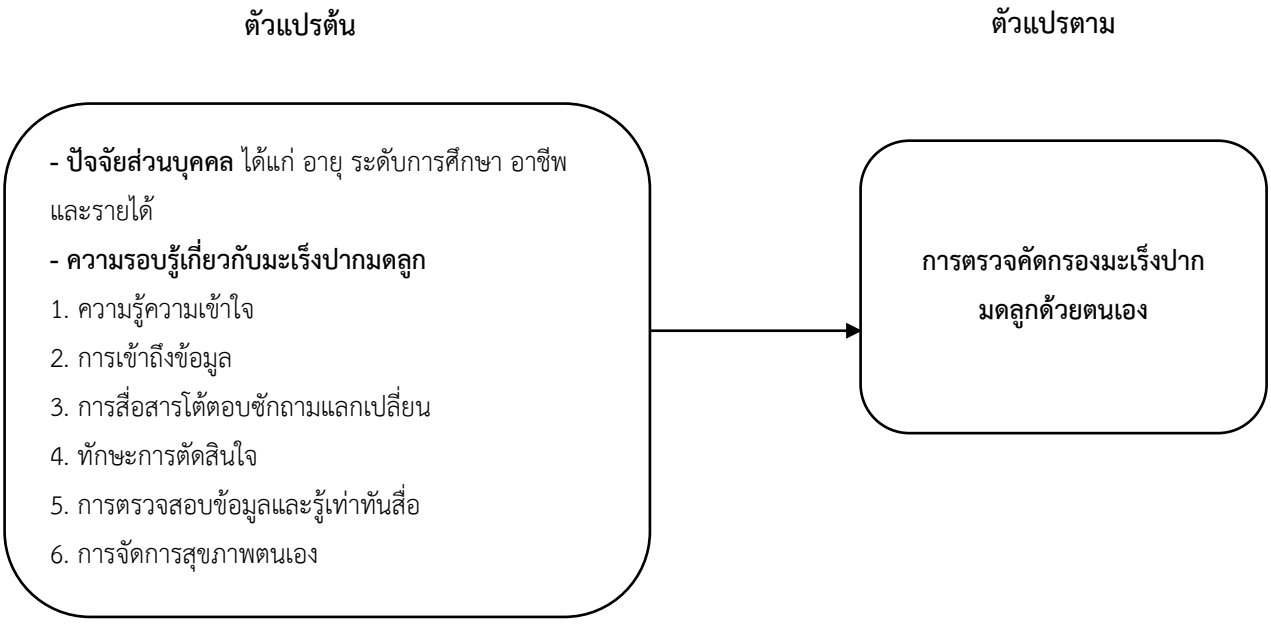
อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีช่องว่างขององค์ความรู้หลายประการที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม ประเด็นแรก คือ ปัจจัยทำนายความต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV self-sampling) ยังไม่ชัดเจน แม้งานวิจัยบางส่วนระบุว่าความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์การตรวจคัดกรองก่อนหน้า และทัศนคติต่อสุขภาพมีผลต่อการยอมรับการตรวจ แต่ยังขาดการศึกษาเชิงปริมาณที่มุ่งวิเคราะห์ปัจจัยทำนายในสตรีไทยโดยเฉพาะ (Phoolcharoen et al., 2021; Termrungruanglert et al., 2021) ประเด็นที่สอง คือ การเชื่อมโยงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับการยอมรับการตรวจยังมีจำนวนจำกัด แม้ว่า Nutbeam (2008) จะเสนอกรอบแนวคิดการแบ่งความรอบรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Functional, Interactive และ Critical health literacy แต่การนำกรอบดังกล่าวมาใช้เป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมการตรวจในบริบทสตรีไทยยังมีน้อย (Virtanen et al., 2019; Phoolcharoen et al., 2021) ประเด็นสุดท้าย คือ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อาจส่งผลต่อการยอมรับการตรวจ แต่ยังไม่มีงานวิจัยในประเทศไทยที่ผสานทั้งปัจจัยด้านประชากรและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างโมเดลทำนายอย่างเป็นระบบ (Termrungruanglert et al., 2021) การขาดองค์ความรู้เหล่านี้มีนัยสำคัญเชิงพื้นที่ เนื่องจากอัตราการตรวจคัดกรองในบางจังหวัดยังอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ การศึกษาที่เจาะจงในบริบทท้องถิ่นจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนปัจจัยทำนายทั้งในมิติสุขภาพและสังคม ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ในการออกแบบมาตรการส่งเสริมการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพในสตรีไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (descriptive-analytic study) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568

พื้นที่และประชากรที่ศึกษา พื้นที่เก็บข้อมูลอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ครอบคลุม 3 ตำบลหลัก ได้แก่ ตำบลในเมือง ตำบลตั้งใจ และตำบลนอกเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสตรีวัยเจริญพันธุ์อาศัยอยู่หนาแน่นและเป็นเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ประชากรเป้าหมายคือสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ทั้งสามตำบล รวมทั้งสิ้น 20,154 คน (เทศบาลเมืองสุรินทร์, 2568)

วิธีการสรรหาและประชาสัมพันธ์

ผู้วิจัยได้ใช้การประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง ได้แก่ การประกาศผ่านกลุ่มไลน์ชุมชน เฟซบุ๊กเพจของหน่วยงานท้องถิ่น และการติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจุดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเชิญชวนให้สตรีที่เข้าเกณฑ์สมัครใจเข้าร่วม ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนออนไลน์หรือที่หน่วยบริการ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น เช่น หมายเลขโทรศัพท์และรหัสยืนยันตัวตน เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูลก่อนส่งแบบสอบถาม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์อย่างน้อย 6 เดือน
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและทำความเข้าใจภาษาไทยได้
3. แสดงความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการ

เกณฑ์การคัดออก

1. แบบสอบถามที่ตอบไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์
2. กรณีพบข้อมูลซ้ำ (duplicate entry) จากการตรวจสอบหมายเลขโทรศัพท์หรือรหัสยืนยันตัวตน

กลุ่มตัวอย่าง

จากการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7 โดยตั้งค่าดังนี้ Test family: F tests; Statistical test: *Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero;* Effect size (f^2): 0.15; α error probability: 0.05; Power (1–β): 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 114 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบสมัครใจ (voluntary sampling) (Murairwa, 2015) โดยประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มไลน์ชุมชน เฟซบุ๊กเพจของหน่วยงาน การติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนออนไลน์หรือที่หน่วยบริการ จากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นเพื่อป้องกันการซ้ำของผู้ตอบ เช่น ตรวจสอบจากหมายเลขโทรศัพท์และรหัสยืนยันตัวตนก่อนส่งแบบสอบถาม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ในเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ทางสุขภาพ 8 ข้อ (2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3 ข้อ (3) การสื่อสารสุขภาพ 3 ข้อ (4) การจัดการตนเอง 3 ข้อ (5) การรู้เท่าทันสื่อ 2 ข้อ และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 3 ข้อ ในการตอบแบบสอบถามใช้การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale; 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) ยกเว้นข้อคำถามในด้านความรู้ทางสุขภาพที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยให้คะแนน 1 สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 สำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง รวมคะแนนเต็ม 8 คะแนน จากทั้งหมด 8 ข้อ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

การแปลผลในด้านความรู้ทางสุขภาพ ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1956) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 7.00–8.00) จัดอยู่ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60–79 (ค่าเฉลี่ย 5.00–6.00) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ย 1.00–4.00) จัดอยู่ในระดับน้อย สำหรับด้านอื่น ๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1956) เช่นเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 4.00–5.00) จัดอยู่ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60–79 (ค่าเฉลี่ย 3.00–3.99) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ย 1.00–2.99) จัดอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ใช้สำหรับบันทึกผลการนำส่งการตรวจด้วยชุด HPV self-sampling ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลและสาธารณสุขจำนวน 3 คน ซึ่งประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00

จากนั้นได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability test) โดยการทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจริง เพื่อประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือในสภาพแวดล้อมจริง การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นพบว่า แบบสอบถามด้านความรู้ทางสุขภาพ มีค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ 0.82 ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 – พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (รหัส P-EC 02-07-66) (ต่ออายุครั้งที่ 1) หมดอายุ 22 สิงหาคม 2568
2) ประชาสัมพันธ์และรับสมัครอาสาสมัครตามช่องทางที่กำหนด
3) ให้คำอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วม รวมทั้งมาตรการรักษาความลับ
4) ผู้ที่ยินยอมลงนามในแบบฟอร์ม และตอบแบบสอบถามทางออนไลน์หรือแบบกระดาษ
5) ผู้ตอบแบบสอบถามที่สนใจสามารถรับชุดตรวจ HPV self-sampling เพื่อใช้จริง โดยบันทึกสถานะการใช้ในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปและคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามโดยใช้การป้อนข้อมูลซ้ำ (double entry) ในโปรแกรม SPSS version 23 เพื่อลดความผิดพลาด พร้อมทั้งตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้น ได้แก่ ค่าที่ขาดหายไป การเข้ารหัสข้อมูล ความเหมาะสมของการจัดกลุ่มตัวแปร และเงื่อนไขของการใช้สถิติไคสแควร์ (expected count ≥ 5 ในอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเซลล์) จากนั้นทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ เนื่องจากตัวแปรส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงจัดประเภท เช่น ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้สถิตินี้จึงเหมาะสมและเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรประเภทดังกล่าว

3) การวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ใช้การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression, Enter method) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (เลขที่รับรอง P-EC 02-07-66) เริ่มอนุมัติจริยธรรมวิจัยตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 22 สิงหาคม 2568 (ต่ออายุครั้งที่ 1) เพื่อให้มั่นใจว่างานวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมสากล ข้อมูลอาสาสมัครทั้งหมดได้รับการคุ้มครองสิทธิ ความสมัครใจ และความปลอดภัย โดยผู้เข้าร่วมได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ และลงนามในหนังสือยินยอมก่อนเข้าร่วม ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถูกเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง และจำกัดสิทธิการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมที่ได้รับชุดตรวจ HPV self-sampling ได้รับคำแนะนำการใช้อย่างปลอดภัย รวมทั้งช่องทางติดต่อเพื่อสอบถามข้อสงสัยและกรณีพบผลตรวจผิดปกติ ผู้วิจัยได้ประสานการส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจยืนยันและการรักษาต่อเนื่อง ทั้งหมดนี้ดำเนินการภายใต้มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่มุ่งคุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพของอาสาสมัคร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20–45 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 30.64 ปี (S.D. = 7.20) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 49.20 รองลงมามีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.10 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 อาชีพหลักคือรับราชการ ร้อยละ 24.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 19,407 บาท (S.D. = 12,625.61) และไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองมาก่อน ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 130)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	61.00	46.90
30-39	45.00	34.60
≥ 40	24.00	18.50
x = 30.64 (S.D. = 7.20), max = 45; min = 20		
สถานภาพ		
โสด	64.00	49.20
สมรส	56.00	43.10
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10.00	7.70
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	61.00	46.90
ปริญญาตรี	65.00	50.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4.00	3.10
อาชีพ		
รับราชการ	32.00	24.60
ธุรกิจส่วนตัว	24.00	18.50
พนักงานเอกชน	20.00	15.40
เกษตรกร	18.00	13.80
อื่น ๆ	36.00	27.70
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
5,000-10,000	44.00	33.85
10,001-20,000	29.00	22.31
20,001-30,000	33.00	25.38
30,001-40,000	19.00	14.62
≥ 40,001	5.00	3.84
x = 19,407 (S.D. = 12,625.61), max = 50,000 min = 0		

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.68, S.D. = 0.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.00, S.D. = 0.92) และมีความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.38, S.D. = 0.03) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

ความรอบรู้	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้สุขภาพ	6.50	1.45	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.76	0.91	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารสุขภาพ	3.67	0.90	ปานกลาง
ด้านการจัดการตนเอง	3.58	0.81	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.38	0.03	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	4.00	0.92	มาก
รวม	**3.68**	**0.90**	**ปานกลาง**

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ปัจจัยด้านอายุ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value <0.001 และปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value <0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

ตัวแปร	X^2	df	*p*-value
อายุ	65.12	16	<0.001*
ระดับการศึกษา	6.49	2	0.039*
การเข้าถึงข้อมูลฯ	79.25	9	<0.001*
การสื่อสารสุขภาพ	69.09	10	<0.001*
การจัดการตนเอง	73.85	9	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อ	102.93	7	<0.001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	58.48	8	<0.001*

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

* *p*-value<*0.05*

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter Method พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (P-value <0.001) ได้แก่ ด้านอายุ ระดับการศึกษา การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การรู้เท่าทันสื่อร่วมอธิบายการทำนายพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองได้ร้อยละ 84.10 (R^2= 0.841, F= 92.042, p <0.001) และพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้เท่าทันสื่อ สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองได้สูงสุด (β = 0.93, p <0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
อายุ	-0.01	0.17	-0.11	-2.50	<0.001*
ระดับการศึกษา	0.12	0.04	0.14	3.21	<0.001*
การเข้าถึงข้อมูลฯ	0.26	0.03	0.47	8.53	<0.001*
การสื่อสารสุขภาพ	-0.14	0.03	-0.25	-5.11	<0.001*
การจัดการตนเอง	-0.28	0.05	-0.46	-5.87	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อ	0.46	0.04	0.93	11.70	<0.001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	0.13	0.03	0.25	5.10	<0.001*

ค่าคงที่ (Constant) = -1.043, R^2 = 0.841, R2 Adjust = 0.832, df = 7, F = 92.042

**p*-value< *0.001*

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับการตรวจจริงในระดับที่ยังไม่สูงนัก แม้จะมีความรอบรู้ในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า แม้ผู้หญิงจำนวนมากจะมีความรู้และตระหนักถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง แต่ปัจจัยด้านความเข้าใจ ทัศนคติ ความสะดวกของระบบบริการ และการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจ (Arbyn et al., 2018; Chansaenroj et al., 2022; WHO, 2021)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระดับการศึกษา และอายุ โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้สูงถึงร้อยละ 84.10 สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงบูรณาการที่เสนอว่าความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Sørensen et al., 2015; Paakkari & Okan, 2020)

ในบรรดาปัจจัยทั้งหมด การรู้เท่าทันสื่อเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงที่สุด ($\beta = 0.93$, $p < 0.001$) ผลการค้นพบนี้ชี้ว่าผู้หญิงที่มีความสามารถในการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อจะมีแนวโน้มตรวจคัดกรองด้วยตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Paakkari และ Okan (2020) ที่ชี้ว่าการรู้เท่าทันสื่อเป็นหัวใจของการเผชิญกับข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัลซึ่งซับซ้อนและหลากหลาย อีกทั้งยังสอดคล้องกับหลักฐานในยุโรปที่ยืนยันว่าความสามารถในการจัดการข้อมูลสุขภาพสัมพันธ์โดยตรงกับการเลือกใช้พฤติกรรมป้องกันโรค (Sørensen et al., 2015) อีกปัจจัยที่สำคัญคือการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\beta = 0.47$, $p < 0.001$) ซึ่งผลการวิจัยชี้ว่าความสะดวกของระบบบริการและช่องทางข้อมูลที่เชื่อถือได้ส่งผลโดยตรงต่อการยอมรับต่อการตรวจ HPV self-sampling หลักฐานเชิงคุณภาพจากฟินแลนด์แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงจะตอบรับการตรวจได้มากขึ้นเมื่อมีบริการที่เป็นมิตรและเข้าถึงง่าย (Virtanen et al., 2019) และงานวิจัยเชิงระบบวิเคราะห์ยืนยันว่าการเพิ่มช่องทางบริการดังกล่าวช่วยเพิ่มอัตราการตรวจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการคัดกรองมาก่อน (Arbyn et al., 2018; Brewer et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์พบว่าการจัดการตนเอง ($\beta = -0.46$, $p < 0.001$) และการสื่อสารสุขภาพ ($\beta = -0.25$, $p < 0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์เชิงลบ สะท้อนว่าผู้ที่มีความมั่นใจสูงในการดูแลสุขภาพของตนเองอาจไม่รู้สึกถึงความจำเป็นในการตรวจคัดกรองเพิ่มเติม ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ด้วยแนวคิด self-sufficiency bias ซึ่งพบในงานวิจัยก่อนหน้าว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองสูงบางครั้งสัมพันธ์กับการลดการใช้บริการป้องกันโรค (O'Connor et al., 2018; Lim & Ojo, 2017) ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพควรได้รับการออกแบบเชิงรุกเพื่อท้าทายความเชื่อดังกล่าว และเน้นย้ำว่าการตรวจคัดกรองยังคงมีความจำเป็นแม้ในผู้ที่ประเมินว่าตนเองแข็งแรงดี

สำหรับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($\beta = 0.25$, $p < 0.001$) และระดับการศึกษา ($\beta = 0.14$, $p < 0.001$) ล้วนมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการตรวจ ซึ่งสะท้อนว่าความสามารถในการชั่งน้ำหนักประโยชน์-ความเสี่ยงและทุนทางปัญญาช่วยผลักดันให้ผู้หญิงก้าวจาก "ความตั้งใจ" ไปสู่ "การลงมือทำ" ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mendoza et al. (2021) ในฟิลิปปินส์ก็ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการตัดสินใจมีผลอย่างมากต่อการตรวจคัดกรอง ขณะที่ Nelson et al. (2017) รายงานว่าการมีข้อมูลที่เพียงพอและการตัดสินใจเชิงบวกเกี่ยวข้องกับการใช้ self-sampling ในอัตราที่สูงขึ้น อีกทั้งการศึกษายังพบว่าอายุเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Brewer et al. (2021) ที่แนะนำให้ใช้วิธีการสื่อสารและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันตามกลุ่มอายุเพื่อเพิ่มประสิทธิผล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ยืนยันว่า HPV self-sampling มีความแม่นยำใกล้เคียงกับการเก็บตัวอย่างโดยบุคลากรทางการแพทย์ และมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการตอบรับ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจมาก่อน (Arbyn et al., 2018; O'Connor et al., 2018) สำหรับบริบทประเทศไทย การศึกษาของ Chansaenroj et al. (2022) พบว่าการตรวจด้วยตนเองสามารถระบุการกระจายของสายพันธุ์ HPV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสนับสนุนการนำ self-sampling ไปใช้ในระบบบริการของประเทศ และสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งเป้าหมายยุติมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขภายในรุ่นต่อไป (WHO, 2021; IARC, 2022)

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนานโยบายหรือมาตรการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองควรมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เนื่องจากเป็นตัวทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์สูงสุด ซึ่งสะท้อนว่าสตรีที่สามารถคัดกรองและประเมินคุณภาพข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้องมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจด้วยตนเองมากขึ้น อีกทั้งการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่สะดวกและเป็นมิตรต่อผู้ใช้ยังเป็นอีกกลไกสำคัญที่จะช่วยลดอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจ นอกจากนี้ ค่าความสัมพันธ์เชิงลบของการจัดการตนเองและการสื่อสารสุขภาพชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพในอนาคตควรออกแบบเชิงรุกเพื่อแก้ไขความเชื่อมั่นเกินจริงในการดูแลสุขภาพตนเอง และกระตุ้นให้ตระหนักถึงความจำเป็นของการตรวจคัดกรอง แม้ในกลุ่มที่มองว่าตนเองแข็งแรงดี ขณะเดียวกัน การส่งเสริมการตัดสินใจเชิงสุขภาพ การยกระดับการศึกษา และการกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับช่วงอายุที่แตกต่างกัน จะช่วยเพิ่มโอกาสที่สตรีจะตัดสินใจตรวจคัดกรองในระดับสูงขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้จึงมีนัยสำคัญต่อการพัฒนามาตรการเชิงพื้นที่ที่มุ่งเน้นทั้งด้านการเสริมสร้างทักษะความรอบรู้และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มการยอมรับและการเข้าถึงการตรวจด้วยตนเองในสตรีไทยอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการ

ผลการศึกษาชี้ว่าการรู้เท่าทันสื่อและการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการควรมุ่งเน้นการจัดให้มีช่องทางการเข้าถึงบริการที่สะดวก ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น การบูรณาการบริการ HPV self-sampling ในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน ควบคู่กับการพัฒนาสื่อสารสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเข้าถึงได้ง่ายผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล ตลอดจนการจัดระบบติดตามผลหลังการตรวจอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการหลุดจากระบบบริการ ทั้งนี้ การพัฒนาระบบบริการที่เข้าถึงง่ายและให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ จะช่วยเพิ่มอัตราการตรวจ ลดความเหลื่อมล้ำ และสนับสนุนการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างยั่งยืนในระยะยาว

2. ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้

ผลการวิจัยสะท้อนถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ซึ่งสามารถนำไปบูรณาการในการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลและสาธารณสุข โดยเพิ่มเติมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเข้าถึง การประเมิน และการใช้ข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนการสื่อสารสุขภาพอย่าง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

มีประสิทธิภาพในยุคดิจิทัลลงในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น สุขศึกษา การพยาบาลอนามัยชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ การปรับหลักสูตรในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยยกระดับสมรรถนะของนักศึกษาเท่านั้น แต่ยังช่วยเตรียมความพร้อม บุคลากรสุขภาพรุ่นใหม่ให้สามารถออกแบบและดำเนินโปรแกรมสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3. ด้านนโยบายและระบบที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยสนับสนุนการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรี โดยเฉพาะการสร้างระบบสื่อสารสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเข้าถึงง่าย ควบคู่กับการจัดบริการคัดกรองที่ยืดหยุ่น เช่น การจัดจุดบริการ self-sampling ในหน่วยปฐมภูมิและชุมชน รวมถึงการมีระบบติดตามต่อเนื่องหลังการตรวจ เพื่อป้องกันการหลุดหายจากการรักษา การบูรณาการผลวิจัยนี้ในเชิงนโยบายจึงไม่เพียงช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรอง แต่ยังมีส่วนสำคัญในการลดภาระโรคและสนับสนุนเป้าหมายการยุติมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขตามกรอบยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะพื้นที่เดียว อาจยังไม่สะท้อนถึงพฤติกรรมสตรีไทยทั้งหมด ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้การสุ่มหลายขั้นตอน (multistage sampling) ครอบคลุมหลายจังหวัด ทั้งเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถนำไปอ้างอิงเชิงนโยบายระดับประเทศได้ดียิ่งขึ้น

2. การศึกษากลุ่มประชากรเฉพาะ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น สตรีที่มีประวัติการติดเชื้อ HPV ผู้ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมาก่อน หรือกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมักมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการและอาจมีปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกคน ในการดำเนินการเก็บข้อมูล และขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2565). *รายงานสถิติโรคมะเร็งประเทศไทย พ.ศ. 2563–2565*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข.

เทศบาลเมืองสุรินทร์. (2568). *จำนวนประชากร เทศบาลเมืองสุรินทร์*. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2568, จาก https://www.mosurin.go.th/history-rev2

ประชุมพร บูรณ์เจริญ. (2547). ความชุกของมะเร็งปากมดลูกในสตรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2545 – 30 กันยายน 2546. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, *19*(1), 13–20.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *สถานการณ์โรคมะเร็งประเทศไทยและการดำเนินงานป้องกันควบคุม*. กรมการแพทย์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

กระทรวงสาธารณสุข.

สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์และ กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2561). ดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข. 27*(6), 1058-1068.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2567). *รายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.* สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2568, จาก https://service.surinpho.digital/SPHO_Meeting_Sys/upload/Files/79_1683_1318_211217.pdf

Arbyn, M., Smith, S. B., Temin, S., Sultana, F., Castle, P., & Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing (2018). Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *The British Medical Journal (Clinical research ed.)*, *363*, k4823. https://doi.org/10.1136/bmj.k4823

Boonchieng, W., Wiangkam, T., Waeyang, H., & Pongthavornkamol, K. (2024). Effect of Edutainment program based on Health Belief Model on knowledge, attitude, and cervical cancer screening among Muslim women in Southern Thailand: A quasi-experimental study. *BMC Public Health, 24,* 1476. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19287-y

Brewer, N. T., et al. (2021). Increasing cervical cancer screening through behavioral interventions. *Preventive Medicine, 144,* 106396.

Bloom,B.J.(Ed.), Engelhart,M.D., Furst,E.J., Hill,W.H. & Krathwohl,D.R. (1956). TaxonomyofEducational Objectives: Handbook I: Cognitive Domain. New York: DavidMcKay,219-225.

Chanchewarn, S., Thana, S., & Thapsuwan, S. (2020). Barriers to cervical cancer screening among Thai women: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 21*(4), 1101–1108.

Chansaenroj, J., et al. (2022). Human papillomavirus genotype distribution in self-collected samples from women in Thailand. *Journal of Medical Virology, 94*(5), 2222–2230.

Hfocus. (2566). มะเร็งปากมดลูกคร่าชีวิตหญิงไทยกว่า 2,200 คนต่อปี พบป่วยใหม่เฉลี่ยวันละ 15 คน. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2024/01/29624

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). *Cervical cancer fact sheet*. World Health Organization. Retrieved from https://gco.iarc.fr/

Kamolthip, R., Pichainarong, N., Ussawawongaraya, P., Phacharos, A., Kongpradit, T., Charoenkiatkul, S., ... & Limprasert, W. (2025). Health literacy and knowledge about HPV, cervical cancer, and cervical cancer screening among nursing students in urban and rural areas of Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 26*(7), 2351–2359. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39987675/

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

Kiatlertdecha, P., Inmuong, Y., Phanthunane, P., & Yiengprugsawan, V. (2019). Development and validity testing of Health Literacy Scale for Breast and Cervical Cancer Prevention among Thai women. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 63*(3), 193–203. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/204963

Lim, J. N. W., & Ojo, A. A. (2017). Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *European Journal of Cancer Care, 26*(1), e12444.

Mendoza, N. B., et al. (2021). Health literacy and cervical cancer screening practices among Filipino women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 22*(4), 1105–1112.

Murairwa, S. (2015). Voluntary sampling design. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences, 4*(2), 185–200.

Nelson, E. J., et al. (2017). Self-collection for HPV testing to improve cervical cancer screening coverage: A systematic review. *Journal of Lower Genital Tract Disease, 21*(4), 345–351.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078.

O'Connor, M., et al. (2018). Self-sampling for HPV testing: Increased participation in cervical screening among non-attenders. *European Journal of Cancer Prevention, 27*(5), 457–462.

Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health, 5*(5), e249–e250.

Phoolcharoen, W., Srichan, W., Siri, S., & Puckpinyo, A. (2021). Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Southeast Asia: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(9), 4586. https://doi.org/10.3390/ijerph18094586.

Polman, N. J., Snijders, P. J. F., Kenter, G. G., Berkhof, J., & Meijer, C. J. L. M. (2019). HPV-based cervical screening: Rationale, expectations and future perspectives of self-sampling. *BJOG, 126*(2), 300–307.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health, 25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

Termrungruanglert, W., Khemapech, N., Tantitamit, T., Havanond, P., & Lertchaipattanakul, N. (2021). Acceptability of HPV self-sampling for cervical cancer screening among Thai women: A population-based study. *Journal of Gynecologic Oncology, 32*(2), e24.

Virtanen, A., et al. (2019). Barriers and facilitators to cervical cancer screening with HPV testing among women: A qualitative study. *BMC Women's Health, 19,* 125.

World Health Organization. (2021). *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *Cervical cancer*. Retrieved from http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer.

e277169

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก

พุธิตา สมัคการ[1], ภัทรวดี สรรค์วรรธนะ[1], สุวิญชา ผาบุลาน[1], กฤษฎนัย ศรีใจ[1*], และพัสตราภรณ์ พยัคฆภาพ[1]

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 20 สิงหาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 14 ตุลาคม 2568 ; วันที่ตอบรับ: 19 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวล และแนวทางการลดความวิตกกังวล ของผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่คลินิกทันตกรรม จำนวน 125 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรง และความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลได้ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุ การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวลในอาสาสมัคร 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และศึกษาแนวทางการลดความวิตกกังวลในอาสาสมัคร 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพด้วยวิธีสามเส้า วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและแนวทางการลดความวิตกกังวลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ได้แก่ การไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากครูอาจารย์ (β=0.22) การไม่ได้มารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์ (β=0.25) การเคยมีประสบการณ์ถูกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมมาก่อน (β=0.22) การไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน (β=0.18) และการไม่เคยมีประสบการณ์อุดฟันมาก่อน (β=0.19) โดยตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถทำนายความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 18.0 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวล ได้แก่ การใช้เครื่องมือทางทันตกรรม ผู้ให้บริการทันตกรรม การเข้ารับบริการทันตกรรมบางประเภท และได้รับบาดเจ็บจากการทำหัตถการ และแนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสภาพแวดล้อมในสถานบริการทันตกรรม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้บริการของสถานบริการ ช่วยให้ผู้เข้ารับบริการทันตกรรม ลดความวิตกกังวล เข้ารับบริการได้อย่างสม่ำเสมอ ลดปัญหาสุขภาพช่องปากและปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการรับบริการทางทันตกรรมต่อไป

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล, ผู้รับบริการทันตกรรม, คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** กฤษฎนัย ศรีใจ; kritdanai.s@scphpl.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

The Approach to Reducing Anxiety Among Dental Patients age 18-59 years at the Dental Clinic for Education, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

Phuthita Samakkan[1], Phattharawadee Sanwatthana[1], Suwincha Phabulan[1], Kridanai Srijai[1*], and Pastraporn Payukaparp[1]

[1] Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: 20 August 2025 ; Revised: 14 October 2025 ; Accepted: 19 January 2026)

Abstract

This mixed-method research aimed to study the factors influencing dental anxiety, the underlying causes of dental anxiety, and the approach to reducing anxiety among dental patients aged 18-59 years at the Dental Clinic for Education at the Sirindhorn College of Public Health in Phitsanulok. The quantitative component involved 125 participants receiving services at the clinic. Data were collected using a structured questionnaire and the validity and reliability of the dental anxiety scale was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.867. Descriptive statistics and multiple regression analysis were employed for data analysis. For the qualitative component, in-depth interviews were conducted with 10 participants to explore the underlying causes of dental anxiety, while focus group discussions with 8 participants were employed to investigate strategies for reducing anxiety. The quality of the qualitative tools was ensured using triangulation and data were analyzed using content analysis.

The results revealed that factors influencing dental anxiety included lack of knowledge or guidance from instructors (β=0.22), not receiving pit and fissure sealants or fluoride treatments (β=0.25), previous experience with dental instruments (β=0.22), no prior dental service experience (β=0.18), and no prior experience with dental fillings (β=0.19), which collectively accounted for 18.0% of the variance. The identified causes of anxiety included the use of dental instruments, dental care providers, certain types of dental treatments, and experiences of procedural injury. Strategies for reducing dental anxiety among patients was comprised of three components: the patients themselves, the dental care providers, and the clinical environment. The findings indicate that these factors can be applied to produce practical guidelines for dental service provision, helping patients to reduce anxiety, attend dental services regularly, and, consequently, prevent oral health problems and other complications that may arise after dental treatment.

Keywords: anxiety, dental patients, Dental Clinic for Education

***Corresponding author**: Kridanai Srijai; kritdanai.s@scphpl.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

บทนำ

ความวิตกกังวลทางทันตกรรมเป็นปัญหาสาธารณสุขหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการ เป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลทางทันตกรรมของผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะยกเลิกนัดหมายหรือไม่มาตามนัด ผู้ที่มีความวิตกกังวลทางทันตกรรมมีอัตราการเป็นโรคฟันผุ เหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรม อีกทั้งยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรและเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการทำหัตถการทันตกรรม ทั้งนี้ จากการศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรม พบความชุกโดยรวมของความวิตกกังวลทางทันตกรรม ร้อยละ 18 (Dadalti et al, 2021) ซึ่งความวิตกกังวลหรือความกลัวเฉพาะอย่าง พบมากกว่าความวิตกกังวลในเรื่องอื่น ๆ ถึงร้อยละ 6 และมีความชุกสูงกว่ากลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย ที่พบร้อยละ 3.1 (ปทานนท์ ขวัญสนิท ,วีร์ เมฆวิลัย, สุทธา สุปัญญา และคณะ, 2565) แม้ว่าความวิตกกังวลจะเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากความกลัวหรือความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งอาจมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก อาจเป็นอาการชั่วคราวในชีวิตประจำวัน แต่อาจส่งผลกระทบจนเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจที่รุนแรงได้ (World Health Organization, 2022)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลทางทันตกรรม พบว่า มีความวิตกกังวลทางทันตกรรมประมาณ 15.3% อยู่ในระดับมากร้อยละ 12.4 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.3 (Zsido et al, 2025) และจากการสำรวจโดยใช้ Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 9.70 อยู่ในระดับมากร้อยละ 7.8 ทั้งนี้ ขั้นตอนที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากที่สุด ได้แก่ การผ่าตัดช่องปาก (58.7%) และการรักษา (15.2%) โดยการหลีกเลี่ยงหรือเลื่อนนัดมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Peric & Tadin, 2024) และความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับทันตกรรม (Dadalti et al, 2021) รวมถึงผู้รับบริการทางทันตกรรมมักกังวลเรื่องความเจ็บปวดหรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการรับบริการที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลต่อความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทันตกรรมในครั้งถัดไป (ปณาลี พลอยมั่น, เบญจรัตน์ มีไผ่ขอ, พัชราภรณ์ ดีกัง และคณะ, 2567) และจากการศึกษาการจัดการความวิตกกังวลทางทันตกรรม พบว่า การจัดการสภาพแวดล้อม และการใช้สื่อเสียงและภาพต่าง ๆ เป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลระหว่างหัตถการทันตกรรม ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกเจ็บปวดลดลงและให้ความร่วมมือมากขึ้น (Quek et al, 2022; Gurav et al, 2022) และการใช้เสียงเพลงในขณะทำทันตกรรมสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้รับบริการได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) (ปณาลี พลอยมั่น, เบญจรัตน์ มีไผ่ขอ, พัชราภรณ์ ดีกัง และคณะ, 2567) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Klingberg et al (2009) พบว่า ความวิตกกังวลทางทันตกรรม มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยซึ่งมีลักษณะต่างกันไป ทั้งปัจจัยจากภายนอกที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ได้รับในอดีตโดยตรงหรือโดยอ้อม และภายในร่างกายที่มาจากภาวะสุขภาพจิตที่เกี่ยวกับวิตกกังวลและอารมณ์ รวมถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรม เพศ และความต้องการทางสังคม โดยรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลทางทันตกรรม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสถานการณ์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

การให้บริการในคลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษามีทั้งการตรวจช่องปาก อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ มุ่งเน้นการรักษากับเด็กนักเรียนและบุคคลทั่วไป มีการประสานงานให้บุคคลเข้ารับบริการกับผู้ให้บริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา โดยมีผู้รับบริการเฉลี่ยเดือนละ 151 คน (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก, 2568) แม้ว่าจะเคยมีการศึกษาการลดความวิตกกังวลในสถานบริการทันตกรรมด้วยวิธีการใช้เสียงเพลงอย่างได้ผล แต่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษามีลักษณะการให้บริการโดยนักศึกษาซึ่งแตกต่างออกไปกับสถานบริการทันตกรรมอื่น ๆ ที่มีทันตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้ให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความวิตกกังวลและไม่เข้ามารับบริการเป็นปัญหาในการทำงานของทันตบุคลากรที่เป็นนักศึกษา นำมาซึ่งปัญหาทั้งสภาวะทางจิตใจและสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก, 2567) ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลและเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล จะสามารถนำไปกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการลดความวิตกกังวลทางทันตกรรมของผู้รับบริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา อีกทั้งมีความสำคัญต่อทั้งผู้ให้บริการที่เป็นนักศึกษาและผู้รับบริการในพื้นที่ เพื่อให้ความวิตกกังวลลดลง รวมถึงลดปัญหาสุขภาพช่องปากและปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการเข้ารับบริการทางทันตกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อศึกษาแนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก

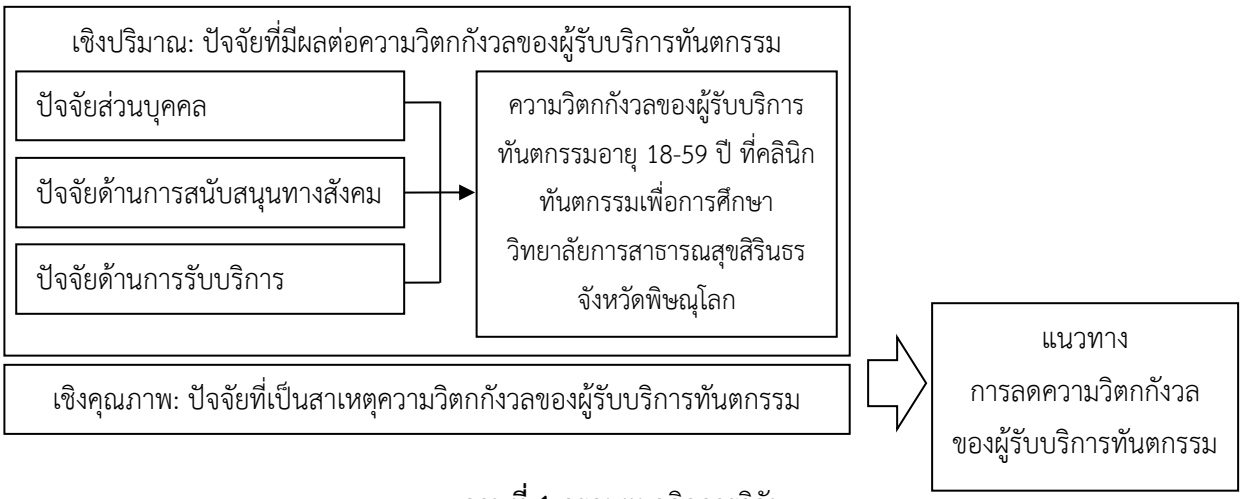
สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการรับบริการ มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม และสามารถพยากรณ์ความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลกได้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความวิตกกังวลทางทันตกรรมของ Klingberg et al (2009) โดยแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านสถานการณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed Method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวล และแนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก

ประชากร ผู้รับบริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก อายุ 18-59 ปี ช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 184 คน และผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา จำนวน 48 คน (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก, 2568)

เกณฑ์การคัดเข้า

การวิจัยเชิงปริมาณ: 1) เป็นผู้เข้ารับบริการทันตกรรม อุดฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน,เคลือบฟลูออไรด์ ขูดหินปูน หรือถอนฟัน อายุ 18-59 ปี ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 2) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิจัยเชิงคุณภาพ: 1) เป็นผู้เข้ารับบริการทันตกรรม อุดฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน,เคลือบฟลูออไรด์ ขูดหินปูน หรือถอนฟัน อายุ 18-59 ปี ที่มีความวิตกกังวล ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) เป็นผู้ให้บริการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ทันตกรรม ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา สำหรับการสนทนากลุ่ม และทั้งกลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก

การวิจัยเชิงปริมาณ: 1) ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 2) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยในขณะเก็บข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ: 1) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยในขณะเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้รับบริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณของ Cochran (1963) โดยกำหนดค่า 95%CI, z=1.96, p=0.5 และ e=0.05 ได้ตัวอย่าง(n_0) 385 คน จากนั้นทำ Finite Population Correction โดยคำนวณจากประชากรที่เข้ามารับบริการทันตกรรมย้อนหลังในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน(N) 184 คน ด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

แทนค่า

$$n = \frac{385}{1 + \frac{(385 - 1)}{184}}$$

$$n = 124.72$$

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 125 คน

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน แบ่งเป็น การเข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ที่มีความวิตกกังวล จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ที่มีความวิตกกังวล จำนวน 3 คน และผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา จำนวน 5 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ: ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยนำประชากรจากข้อมูลย้อนหลังมาคำนวณหาช่วงขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 184/125 เท่ากับ 1.47 หรือประมาณ 2 คน ดังนั้น ทุก ๆ 2 คนจะถูกเลือกเป็นตัวอย่าง 1 คน สุ่มเลือกหาคนแรกโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย สุ่มได้คนที่ 1 ดังนั้น ตัวอย่างที่เลือกจะเป็นคนที่มารับบริการลำดับที่ 1, 3, 5, 7, 9, ..., จนได้จำนวนครบ 125 คน

การวิจัยเชิงคุณภาพ: ใช้วิธีการคัดเลือกตามเกณฑ์ (Criteria sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีความวิตกกังวลทางทันตกรรม (จากแบบประเมินความวิตกกังวล) และผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ: ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และรายได้ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การเดินทางมารับบริการ ผู้ดูแลการมารับบริการ และแหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับทันตกรรม โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับบริการ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ประวัติการเคยได้รับบริการทันตกรรม จำนวนครั้งที่เคยได้รับบริการทันตกรรม สถานที่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม บุคลากรที่เคยให้บริการทางทันตกรรม ประเภทที่เคยรับบริการทันตกรรม ประสบการณ์จากสภาพแวดล้อมที่เคยรับบริการทันตกรรม ความรู้สึกจากการเคยได้รับบริการทันตกรรม และประเภทที่รับบริการทันตกรรมครั้งนี้ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ที่ประยุกต์จาก Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) เพื่อให้คำถามเข้าใจง่ายขึ้นและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีความวิตกกังวล วิตกกังวลต่ำ วิตกกังวลปานกลาง วิตกกังวลสูง และวิตกกังวลสูงมาก โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน การแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล, 11-20 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ, 21-30 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง, 31-40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง, และ 41-50 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูงมาก

การวิจัยเชิงคุณภาพ:

1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการถอดเทปบันทึกข้อมูล ในการหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล โดยใช้แนวคำถามจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด ได้แก่ สาเหตุของความวิตกกังวลในการรับบริการทันตกรรม ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการทันตกรรม และด้านการให้บริการและสภาพแวดล้อม

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลและการถอดเทปจากการสนทนากลุ่ม ในการหาแนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม โดยใช้แนวคำถามจากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลและปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวลจากการวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด ได้แก่ แนวทางการลดความวิตกกังวลในการรับบริการทันตกรรม ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการทันตกรรม และด้านการให้บริการและสภาพแวดล้อม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยเชิงปริมาณ: ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) มีค่ามากกว่า 0.5 จำนวน 62 ข้อ และต่ำกว่า 0.5 จำนวน 6 ข้อ ซึ่งข้อที่ต่ำกว่า 0.5 และข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อแนะนำ ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบใหม่ พบว่า ค่า IOC ในทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มผู้รับบริการทันตกรรม อายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม 0.867

การวิจัยเชิงคุณภาพ: ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธี 3 เส้า (Triangulation Method) ในด้านข้อมูล (Data Triangulate) โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งที่มาต่างกันในเรื่องเวลา สถานที่และบุคคล ด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulate) โดยใช้ผู้วิจัย 2 คนเก็บรวบรวมข้อมูล และด้านผู้เชี่ยวชาญ (Reviews Triangulation) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลกแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

การวิจัยเชิงคุณภาพ:

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้น ขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนได้ข้อมูลอิ่มตัวเป็นจำนวน 10 คน แล้วผู้วิจัยนำการบันทึกข้อมูลมาถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางลดความวิตกกังวลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 8 คน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความวิตกกังวล จำนวน 3 คน นักศึกษาและอาจารย์ที่ให้บริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา จำนวน 5 คน ใช้สถานที่ห้องประชุมอาคารทันตสาธารณสุขวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการสนทนาโดยผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้น ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 90 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำการบันทึกข้อมูลมาถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ: วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการรับบริการ และระดับความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ด้วย Multiple Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผลการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเป็นเส้นตรง (Linearity; F=5.211 p-value<0.001) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity; Residual Plot มีลักษณะกระจายรอบแนวนอน, เส้น Scale-Location Plot เป็นแนวนอน) ตัวแปรอิสระไม่สัมพันธ์กันเองสูงเกินไป (Multicollinearity; Tolerance=0.874-0.974 และ VIF=1.027-1.114) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน (Independence; Durbin-Watson=1.831) และความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ (Normality; p-value=0.200)

การวิจัยเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและแนวทางการลดความวิตกกังวล ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 6/2567.2.3.1 รับรองเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาความลับข้อมูลทุกอย่างระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และการทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่งานวิจัยแล้ว และระหว่างการเก็บข้อมูลหากมีข้อคำถามที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบ ก็มีอิสระที่จะไม่ให้ข้อมูลและสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ กับวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจและให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้รับบริการทันตกรรม ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.80 มีอายุเฉลี่ย 22.26 ปี (S.D.=7.25) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 91.20 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 61.60 มีรายได้เฉลี่ย 8,032.00 บาท (S.D.=7,710.68) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้รับบริการทันตกรรม ส่วนมากเดินทางมารับบริการโดยการเดิน ร้อยละ 53.60 โดยเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 76.00 ส่วนมากได้รับความรู้เกี่ยวกับทันตกรรมจากหลากหลายแหล่งความรู้ ร้อยละ 56.00 โดยได้รับความรู้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ เฟสบุค ไลน์ เป็นต้น ร้อยละ 19.20 จากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 11.20 จากบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น ร้อยละ 8.00 และได้รับความรู้จากครูอาจารย์ ร้อยละ 5.60 ปัจจัยด้านการรับบริการ พบว่า ผู้รับบริการทันตกรรม ส่วนมากเคยได้รับบริการทันตกรรมมาก่อน ร้อยละ 84.00 เข้ารับบริการเฉลี่ย 3.79 ครั้ง (S.D.=4.16) อยู่ในช่วง 1-4 ครั้ง ร้อยละ 56.80 ส่วนมากเคยเข้ารับบริการทันตกรรมจากหลายแหล่งบริการ ร้อยละ 50.40 ส่วนมากเคยได้รับบริการจากทันตบุคลากรที่หลากหลาย ร้อยละ 63.20 เคยเข้ารับบริการมากกว่า 2 ประเภท ร้อยละ 66.40 ส่วนมากเคยรับบริการทันตกรรมที่มีสภาพแวดล้อมหลายอย่างที่ทำให้วิตกกังวล ร้อยละ 60.80 ส่วนใหญ่มีความรู้สึกจากการเคยได้รับบริการทันตกรรมในเชิงบวก ร้อยละ 83.20 และการเข้ารับบริการทันตกรรมครั้งนี้ ส่วนมากเข้ารับบริการการอุดฟัน ร้อยละ 42.40 ความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรมโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$=12.50, S.D.=4.26) ส่วนมากไม่มีความวิตกกังวล ร้อยละ 60.00 เมื่อจำแนกตามประเภท พบว่า ผู้รับบริการทันตกรรมทุกประเภทมีความวิตกกังวล อยู่ในระดับต่ำ โดยเรียงตามลำดับ ได้แก่ อุดฟัน ($\overline{X}$=13.47, S.D.=5.17) ขูดหินปูน ($\overline{X}$=12.33, S.D.=3.21) ถอนฟัน ($\overline{X}$=12.16, S.D.=4.16) และเคลือบหลุมร่องฟันหรือเคลือบฟลูออไรด์ ($\overline{X}$=11.06, S.D.=2.35) ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ได้แก่ แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับทันตกรรม ประวัติการเคยได้รับบริการทันตกรรม ประเภทที่เคยรับบริการทันตกรรม ประสบการณ์จากสภาพแวดล้อมที่เคยรับบริการทันตกรรม และประเภทที่รับบริการทันตกรรมครั้งนี้ โดยเมื่อปัจจัยการไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากครูอาจารย์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 4.03 คะแนน ปัจจัยการไม่ได้มารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 2.40 คะแนน ปัจจัยการเคยมีประสบการณ์ถูกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมมาก่อน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 4.36 คะแนน ปัจจัยการไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 2.10 คะแนน และปัจจัยการไม่เคยมีประสบการณ์อุดฟันมาก่อน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 2.66 คะแนน ทั้งนี้ ตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมพยากรณ์ความวิตกกังวลของผู้รับบริการได้ร้อยละ 18.0 ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม (n=125)

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2 Change	b	s.e. of b	Beta	t	p-value
-การไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากครูอาจารย์	0.05	0.05	4.03	1.60	0.22	2.52	0.013*
-การไม่ได้มารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์	0.09	0.04	2.40	0.82	0.25	2.95	0.004*
-การเคยมีประสบการณ์ถูกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมมาก่อน	0.12	0.03	4.36	1.69	0.22	2.58	0.011*
-การไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน	0.15	0.03	2.10	0.98	0.18	2.15	0.033*
-การไม่เคยมีประสบการณ์อุดฟันมาก่อน	0.18	0.03	2.66	1.24	0.19	2.15	0.034*

*p-value<0.05, Constant (a)=14.75, R=0.42, R^2=0.18, Adjusted R^2=0.15, F=4.62, MSE=3.94,

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการพยากรณ์ความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

ระดับความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม = 14.75 + 4.03(ไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากครูอาจารย์) + 2.40(ไม่ได้มารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์) + 4.36(เคยถูกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมมาก่อน) + 2.10 (ไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน) + 2.66(ไม่เคยมีประสบการณ์อุดฟันมาก่อน)

2. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้รับบริการที่มีความวิตกกังวล จำนวน 10 คน พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวล ได้แก่ ความวิตกกังวลจากเครื่องมือการให้บริการทันตกรรม จากผู้ให้บริการทันตกรรม จากการเข้ารับบริการทันตกรรมบางประเภท และการได้รับบาดเจ็บจากการทำหัตถการทันตกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลจากการใช้เครื่องมือทันตกรรม กลัวเข็มฉีดยาเนื่องจากมีลักษณะแหลมคม กลัวเสียงและลักษณะเครื่องมือบางบางชนิด เช่น เครื่องกรอฟัน เครื่องขัดฟัน เป็นต้น

2) ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลจากผู้ให้บริการทันตกรรม จากประสบการณ์ที่เคยเข้ารับบริการที่ผู้ให้บริการพูดไม่ดี ไม่ให้คำแนะนำหรือชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบในขณะรับบริการ การได้รับบริการจากนักศึกษาที่ไม่มั่นใจว่ามีประสบการณ์มากน้อย

3) ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลจากการเข้ารับบริการทันตกรรมบางประเภท เช่น การถอนฟัน อุดฟัน เป็นต้น

4) ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลจากการได้รับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการทำหัตถการทันตกรรม เช่น วิตกกังวลว่าเครื่องมือจะถูกปากแล้วเจ็บ การฉีดยาชา

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในเชิงปริมาณ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวลของผู้รับบริการในเชิงคุณภาพ เมื่อนำผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วน มารวมกัน ผู้วิจัยสรุปว่าความวิตกกังวลมี 7 ปัจจัย ได้แก่ การไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากครูอาจารย์ การเคยมีประสบการณ์ถูกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมมาก่อน การไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน การไม่เคยมีประสบการณ์อุดฟันมาก่อน ความวิตกกังวลจากการเข้ารับบริการทันตกรรมบางประเภทที่ไม่ใช่การมารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์ เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน เป็นต้น ความวิตกกังวลจากผู้ให้บริการทันตกรรม และการได้รับบาดเจ็บจากการทำหัตถการทันตกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัจจัยทั้งหมดนี้ ไปใช้ในการหาแนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรมต่อไป

3. แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้รับบริการ 3 คน ผู้ให้บริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษาโดยเป็นนักศึกษา 3 คน และอาจารย์หมวดทันตกรรมคลินิก 2 คน เพื่อหาแนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม พบว่ามี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสภาพแวดล้อมในสถานบริการทันตกรรม และมีกิจกรรมโดยมีรายละเอียด ดังนี้

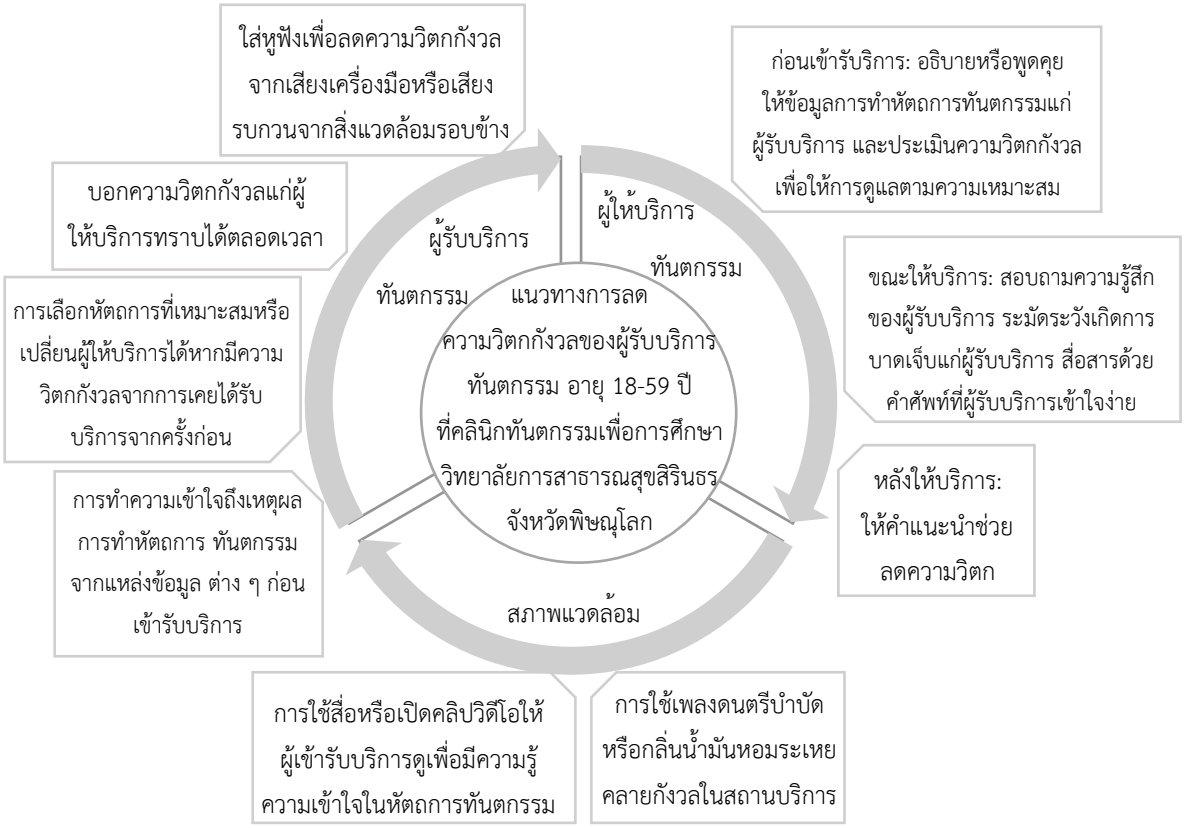
1) ผู้รับบริการ ได้แก่ การทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการทำหัตถการทันตกรรมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ การศึกษาข้อมูลและทำความรู้จักกับวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ในงานทันตกรรมก่อนเข้ารับบริการ การเลือกหัตถการที่เหมาะสมและสามารถเลือกหรือเปลี่ยนผู้ให้บริการได้หากมีความวิตกกังวลจากการเคยได้รับบริการจากครั้งก่อน สามารถบอกความกลัวหรือวิตกกังวลแก่ผู้ให้บริการทราบขณะทำหัตถการได้ตลอดเวลา รวมถึงการใส่หูฟังเพื่อลดความวิตกกังวลจากเสียงเครื่องมือหรือเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อมรอบ

2) ผู้ให้บริการ ได้แก่ ก่อนเข้ารับบริการ มีการอธิบายหรือพูดคุยให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้เข้าใจในขั้นตอน สาเหตุ ข้อดีข้อเสียของการทำหัตถการทันตกรรม และประเมินความวิตกกังวลเพื่อให้การดูแลตามความเหมาะสมแต่ละระดับ เช่น การพูดคุย การใช้ยาคลายกังวล หรือดมยา เป็นต้น ในขณะที่ให้บริการควรสอบถามความรู้สึกของผู้รับบริการ ระมัดระวังการเกิดการบาดเจ็บแก่ผู้รับบริการขณะทำหัตถการ สื่อสารให้ผู้รับบริการเข้าใจง่ายหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ที่ผู้รับบริการไม่เข้าใจแล้วอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล และหลังจากให้บริการแล้วควรให้คำแนะนำที่ช่วยลดความวิตกกังวล

3) สภาพแวดล้อมในสถานบริการทันตกรรม ได้แก่ สถานบริการมีสื่อหรือเปิดคลิปวิดีโอให้ผู้เข้ารับบริการดูเพื่อมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการทำหัตถการทันตกรรมว่ามีอะไรบ้าง วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ แต่ละประเภทอย่างไร การใช้เพลงดนตรีบำบัดหรือกลิ่นน้ำมันหอมระเหยคลายกังวลในสถานบริการ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายระหว่างเข้ารับบริการ

จากการวิเคราะห์แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม สามารถสรุปองค์ประกอบ และกิจกรรมลดความวิตกกังวลเป็นแผนภาพ ดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026



ภาพที่ 2 แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรมอายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ การไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากครูอาจารย์ การเคยมีประสบการณ์ถูกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมมาก่อน การไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน การไม่เคยมีประสบการณ์อุดฟันมาก่อน และการไม่ได้มารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรมอายุ 18-59 ปี ที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ ความวิตกกังวลจากการเข้ารับบริการทันตกรรมบางประเภท ความวิตกกังวลจากผู้ให้บริการทันตกรรม การได้รับบาดเจ็บจากการทำหัตถการทันตกรรม และความวิตกกังวลจากเครื่องมือการให้บริการทันตกรรม อภิปรายผลได้ดังนี้

การไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากครูอาจารย์ มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการ อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความวิตกกังวล ไม่ว่าผู้ที่มีความรู้น้อยหรือมากก็เกิดความวิตกกังวลได้เหมือนกัน โดยความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องสามารถช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและลดความเข้าใจผิด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

เกี่ยวกับความเจ็บปวดหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การขาดข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจและตีความสถานการณ์การเข้ารับบริการทันตกรรมว่าเป็นเรื่องที่น่ากลัวมากกว่าความเป็นจริง แตกต่างจากกลุ่มที่มีความรู้ไม่เพียงพอ มักจะเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเครื่องมือหรือขั้นตอนการรับบริการทันตกรรม ทำให้มีทัศนคติด้านลบและวิตกกังวลมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติ หนูราช, อุบลทิพย์ ไชยแสง, กรวิชญ์ ชิรวาณิชย์ และคณะ (2562) พบว่า การได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การสนับสนุนทางครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรักษาทางทันตกรรม และการขาดความรู้และประสบการณ์ด้านทันตกรรมเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความวิตกกังวลทางทันตกรรม อีกทั้งการได้รับข้อมูลและคำอธิบายเรื่องทันตกรรมอย่างเพียงพอสามารถช่วยปรับทัศนคติและลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ

การเคยมีประสบการณ์ถูกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมมาก่อน มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการ อธิบายได้ว่า เครื่องมือทันตกรรมมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้รับบริการ โดยเฉพาะเครื่องมือที่สร้างเสียงดังหรือมีลักษณะคม เช่น เครื่องกรอฟันและเข็มฉีดยาชา เป็นต้น ประกอบกับเครื่องมือที่ให้บริการในคลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา ส่วนมากใช้ในการให้บริการมานาน จึงมีอุปกรณ์บางอย่างที่เกิดเสียงดัง แม้ว่าจะมีการซ่อมบำรุงแต่ก็ไม่สมบูรณ์เหมือนเครื่องมือใหม่ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและคาดการณ์ถึงความเจ็บปวดล่วงหน้า โดยความกลัวหรือความวิตกกังวลดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากประสบการณ์ตรงจากการเข้ารับบริการทันตกรรมในอดีต หรือจากการได้ยินเรื่องราวเชิงลบจากผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ พุธรำไพ ปรึกษาดี (2568) พบว่า การฉีดยาชาก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวและอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและความสำเร็จของการรักษาทางทันตกรรม และการขาดประสบการณ์ด้านทันตกรรมจะทำให้ผู้รับบริการตีความสถานการณ์การทำฟันว่าเป็นภัยคุกคาม และนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการรักษา

การไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน การไม่เคยมีประสบการณ์อุดฟันมาก่อน และการไม่ได้มารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์ มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการ โดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้รับบริการไม่เคยเข้ารับบริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษามาก่อน ร้อยละ 16.00 และเข้ารับบริการน้อยครั้ง ร้อยละ 56.80 อธิบายได้ว่า ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการรับบริการทางทันตกรรมมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่เคยได้รับบริการมาก่อน เนื่องจากเกิดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้จัก เกิดความไม่แน่ใจและไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการรักษา โดยเฉพาะการอุดฟันมักเกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือที่มีเสียงดัง เช่น เครื่องกรอ รวมถึงการฉีดยาชา ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนมักจินตนาการถึงความเจ็บปวดและขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อน จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลล่วงหน้า ในขณะที่ผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์อุดฟันและได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะมีความคุ้นชินและมีระดับความวิตกกังวลลดลง ส่วนการมารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและฟลูออไรด์ผู้รับบริการจะมีความกลัวหรือวิตกกังวลน้อยกว่าบริการประเภทอื่น เนื่องจากไม่รู้สึกเจ็บ ไม่ต้องใช้ยาชา เป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการกลุ่มผู้รับบริการที่วิตกกังวลและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม โดยการเคลือบหลุมร่องฟันช่วยป้องกันหรือยับยั้งการลุกลามของรอยโรคฟันผุได้ 11–51% เมื่อเทียบกับการไม่เคลือบหลุมร่องฟัน และการใช้ฟลูออไรด์ในการรักษาทางทันตกรรมก็มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Shehri et al (2021) พบว่า ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์รับบริการทันตกรรม จะมีความวิตก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

กังวลมากขึ้น โดยเฉพาะต่อขั้นตอนที่ใช้เครื่องมือใหม่ ๆ หรือมีเสียงดัง โดยผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการอุดฟันมาก่อนจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่เคยเข้ารับบริการ ส่วนการเคลือบหลุมร่องฟันและการเคลือบฟลูออไรด์เป็นหัตถการที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและไม่ต้องใช้ยาชา จึงพบระดับความวิตกกังวลต่ำที่สุด โดยผู้ป่วยมองว่าเป็นเพียงขั้นตอนการป้องกันที่ง่ายและปลอดภัย

ความวิตกกังวลจากการเข้ารับบริการทันตกรรมบางประเภท เป็นสาเหตุความวิตกกังวลของผู้รับบริการ อธิบายได้ว่า หัตถการทางทันตกรรมเกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือ ระยะเวลาในการรักษา มักก่อให้เกิดความเจ็บปวด และความวิตกกังวล ส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะวิตกกังวลในการถอนฟันและอุดฟันมากกว่าบริการอื่น เพราะทำให้เกิดความเจ็บปวดและใช้เครื่องมือในการรักษาจำนวนมาก มีความซับซ้อนและมีเสียงดัง โดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การให้บริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษาส่วนมากเป็นการให้บริการอุดฟัน ขูดหินปูนและถอนฟัน ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับบริการเกิดความวิตกกังวลมากกว่าบริการอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shim et al (2018) พบว่า การอุดฟันและการถอนฟันเป็นหัตถการที่วัยรุ่นกังวลมากที่สุดเนื่องจากสัมพันธ์กับความเจ็บปวดและเสียงเครื่องกรอ และการขูดหินปูนก็เป็นหนึ่งในขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายและเพิ่มระดับความวิตกกังวลโดยเฉพาะในผู้ที่มีเหงือกอักเสบหรือคราบหินปูนหนา และการศึกษาของ Al-Shehri et al (2021) พบว่า ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การผ่าฟันหรือถอนฟันมาก่อน มักมีความวิตกกังวลสูงหากเคยมีประสบการณ์ด้านลบ ส่วนการเคลือบหลุมร่องฟันและการเคลือบฟลูออไรด์เป็นหัตถการที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและไม่ต้องใช้ยาชา จึงพบระดับความวิตกกังวลต่ำที่สุด โดยผู้ป่วยมักมองว่าเป็นเพียงขั้นตอนการป้องกันที่ง่ายและปลอดภัย

ความวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เกิดจากผู้ให้บริการทันตกรรม อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางทันตกรรมในแง่ของพฤติกรรมการสื่อสาร บุคลิกภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาทางทันตกรรม โดยผู้ให้บริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา ส่วนมากเป็นนักศึกษาซึ่งมีประสบการณ์ในบริการรวมถึงทักษะการสร้างความสัมพันธ์ การสื่อสารและการให้คำแนะนำ น้อยกว่าทันตบุคลากรอื่น ส่งผลให้ผู้เข้ารับบริการเกิดความวิตกกังวลมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Carter et al (2022) พบว่า ทันตบุคลากรมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจน การมีท่าทีเป็นมิตร และการสร้างความไว้วางใจได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ปฏิสัมพันธ์เชิงลบระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ เช่น การเพิกเฉยต่อความกังวลของผู้รับบริการสามารถทำให้ความวิตกกังวลรุนแรงขึ้นและนำไปสู่การหลีกเลี่ยงทันตกรรม และจากการศึกษาของบุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง (2561) พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ คือ เจ้าหน้าที่แต่งกายเรียบร้อย พูดจาด้วยความสุภาพไพเราะ มีผลต่อการรับบริการทันตกรรม

การได้รับบาดเจ็บจากการทำหัตถการทันตกรรม ทำให้ผู้รับบริการมีความวิตกกังวล อธิบายได้ว่า ผู้ที่เคยได้รับการบาดเจ็บจากการรับบริการทันตกรรมมาก่อน มักแสดงความกลัวและความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการบาดเจ็บ และการบาดเจ็บยังเป็นตัวกระตุ้นความทรงจำด้านลบ ทำให้ผู้รับบริการคาดการณ์เชิงลบต่อการรักษาครั้งถัดไป เช่น การถอนฟัน หรือการอุดฟัน ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด แม้เป็นการบาดเจ็บชั่วคราว แต่ผู้รับบริการจะจดจำความ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

เจ็บปวดนั้นเป็นความทรงจำด้านลบ ซึ่งส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อการรักษาครั้งต่อไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้บริการที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา ส่วนมากเป็นนักศึกษาซึ่งมีประสบการณ์และทักษะให้บริการทันตกรรมน้อยกว่าทันตบุคลากรอื่น ทำให้ผู้เข้ารับบริการเกิดความไม่มั่นใจ มีความวิตกกังวลและเกิดการบาดเจ็บจากการให้บริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนาถ แก้วบัวพันธ์ (2562) พบว่า ผู้รับบริการทันตกรรมจะมีความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตราย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวทำให้เกิดความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล

ความวิตกกังวลจากเครื่องมือการให้บริการทันตกรรม เป็นสาเหตุความวิตกกังวลของผู้รับบริการ อธิบายได้ว่า เครื่องมือทันตกรรมบางประเภทที่มีเสียงดังหรือมีลักษณะคม ทำให้ผู้รับบริการเกิดความกลัว และวิตกกังวล ทั้งนี้ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากประสบการณ์ตรงในอดีต หรือจากการรับฟังจากผู้อื่นแล้วทำให้เกิดความเจ็บปวดล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamrozzaman et al (2023) พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉีดยาชามากที่สุดรวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการขูดหินปูนและกรอฟัน เนื่องจากเป็นเครื่องมือทางทันตกรรมที่กระตุ้นความกลัวได้มากกว่าการทำหัตถการอื่น ๆ และเครื่องมือทางทันตกรรมเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นความกลัวและความวิตกกังวล โดยเฉพาะในผู้ที่มีประสบการณ์ด้านทันตกรรมไม่ดีในอดีต และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรักษา ซึ่งกระทบต่อสุขภาพช่องปากในระยะยาว

แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านสภาพแวดล้อมในสถานบริการทันตกรรม อธิบายได้ว่า 1) ผู้รับบริการในการศึกษาครั้งนี้ มีอายุเฉลี่ย 22.26 ปี (S.D.=7.25) เป็นวัยที่มีปัญหาทันตสุขภาพไม่มาก จึงไม่ได้สนใจในการเข้ารับบริการ ส่วนมากเป็นการติดตามจากนักศึกษาให้เข้ามารับบริการ เพื่อให้ได้รับการส่งเสริมการมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง เช่น การอธิบายวิธีการดูแลช่องปาก การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำฟัน จะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการใช้เทคนิคการหายใจลึก การฟังเพลงเบา ๆ หรือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ก็เป็นวิธีที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้รับบริการต้องมีความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวลด้วยตนเองก่อน 2) ผู้ให้บริการในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนมากเป็นนักศึกษา ควรมีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ตลอดจนการอบรมให้ทันตบุคลากรมีทักษะด้านจิตวิทยาและการจัดการผู้รับบริการที่มีความวิตกกังวล โดยนักศึกษาควรได้รับคำแนะนำ สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และได้รับการควบคุมดูแลจากอาจารย์อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ การให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งเรื่องที่เกี่ยวกับเครื่องมือทันตกรรม ตลอดจนการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การอธิบายขั้นตอนการรักษาล่วงหน้า การใช้เทคนิคและการสื่อสารอย่างเข้าใจ จะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับบริการทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gao et al (2020) พบว่า การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น และระยะเวลาในการรักษา สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ 3) สภาพแวดล้อมในสถานบริการทันตกรรม ควรมีการจัดการให้เหมาะสมในการช่วยลดความวิตกกังวลสำหรับผู้เข้ารับบริการ โดยการสร้างประสบการณ์ที่ดีตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับบริการ และเพื่อให้ผู้เข้ารับบริการให้ความร่วมมือใน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

การรับบริการทันตกรรม อาจใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้สื่อทางเสียงและภาพแบบต่าง ๆ ทั้งนี้ การให้บริการในคลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษาจะแตกต่างกับคลินิกทั่วไป เนื่องจากมีพื้นที่กว้างและมีเครื่องมือทันตกรรมเป็นจำนวนมาก อาจมีความยากลำบากในการจัดบริการที่สะดวกสบายและไม่เป็นส่วนตัว เกิดเสียงดังจากเครื่องมือหลายประเภทพร้อมกัน การลดความวิตกกังวลจึงต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษา การจัดการสภาพแวดล้อมและการใช้สื่อเสียง มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลระหว่างหัตถการทันตกรรม ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกเจ็บปวดลดลงและให้ความร่วมมือมากขึ้น และพบว่า การใช่เสียงเพลงที่ไม่มีเนื้อร้องในระดับความดังของเสียงเพลงที่ 60-90 เดซิเบล เปิดนานต่อเนื่อง 20 นาที ระหว่างการทำทันตกรรม สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้รับบริการได้ นอกจากนี้ การจัดให้มีที่พักรอตรวจกว้างขวางไม่แออัด มีขั้นตอนและป้ายกำกับชัดเจน มีสถานที่สะอาดเรียบร้อย และมีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่สะอาดปลอดภัย จะช่วยให้มีผู้รับบริการมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ควรบูรณาการทั้ง 3 องค์ประกอบ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดประสบการณ์เชิงบวก ช่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้รับบริการนำผลการวิจัยไปใช้เตรียมตัวสำหรับตนเองในการเข้ารับบริการ ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับบริการ และป้องกันปัญหาที่ตามมาจากความวิตกกังวลจนทำให้ไม่เข้ารับบริการทันตกรรม

2. ผู้ให้บริการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการให้บริการทันตกรรมในสถานบริการ เพื่อให้ผู้มารับบริการทันตกรรมมีความวิตกกังวลน้อยลง ส่งผลต่อความเชื่อมั่นและการกลับมาใช้บริการที่คลินิกทันตกรรม

3. ผู้บริหารคลินิกบริการทันตกรรมนำผลการวิจัยไปวางแผนสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การดูแลผู้รับบริการและจัดบริการทันตกรรม การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ที่มารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ และสร้างรูปแบบการลดความความวิตกกังวลของผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบคุณผู้รับริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลกทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

เอกสารอ้างอิง

ฐิติ หนูราช, อุบลทิพย์ ไชยแสง, กรวิชญ์ ชิรวาณิชย์ และเลิศลักษณ์ เรืองทอง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความวิตกกังวลในการรักษาทางทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูหาใต้ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *2*(3), 29-43.

บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(28), 85-102. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242630

ปณาลี พลอยมั่น, เบญจรัตน์ มีไผ่ขอ, พัชราภรณ์ ดีกัง และเมธิณี อินทรเทศ. (2567). ผลของเสียงเพลงเพื่อลดความวิตกกังวลของนักศึกษาที่เขารับบริการทันตกรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 10*(3), 609-622.

ปทานนท์ ขวัญสนิท, วีร์ เมฆวิลัย, สุทธา สุปัญญา, วรวรรณ จุฑา และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2565). ระบาดวิทยากลุ่มโรควิตกกังวลในคนไทย:การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 30*(3), 237-249.

ปิยนาถ แก้วบัวพันธ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้รับบริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 13*(30), 63-75.

พุธรำไพ ปรึกษาดี. (2568). ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบอกฉีดยาชาแบบปกติกับกระบอกฉีดยาชาลายการ์ตูนต่อการรับรู้ความเจ็บปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กในระหว่างการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางทันตกรรม. *วารสารกรมการแพทย์, 50*(2), 127-136.

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก. (2567). *คลินิกทันตกรรมเพื่อการศึกษา*. สืบค้นจาก https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=1574683780562896&id=100040638679625&mibextid=wwXIfr&rdid=URwAdpuz7hMes3LJ#

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก. (2568). *O12 สถิติการให้บริการในเวลาราชการคลินิกบริการทันตกรรม*. สืบค้นจาก https://www.scphpl.ac.th/?page_id=4713

Al-Shehri, H., Alasmari, A., Almalki, A., & Alsubaie, M. (2021). Dental anxiety among adults in Saudi Arabia: Prevalence and its association with previous dental experience. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, 13*, 323-330.

Carter, A. E., Carter, G., Boschen, M., AlShwaimi, E., & George, R. (2022). Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World Journal of Clinical Cases, 10*(5), 1489-1502.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

Cochran, W. G. (1963). *Sampling* techniques *(2nd ed.).* John Wiley & Sons.

Dadalti, M. T., Cunha, A. J., Souza, T. G., Silva, B. A., Luiz, R. R., & Risso, P. A. (2021). Anxiety about dental treatment - a gender issue. *Acta Odontológica Latinoamericana, 34*(2), 195-200. Retrieved from https://doi.org/10.54589/aol.34/2/195

Gao, X., Hamzah, S. H., Yiu, C. K. Y., McGrath, C., & King, N. M. (2020). Dental fear and anxiety in children and adolescents: Qualitative study using YouTube. *Journal of Medical Internet Research, 22*(1), e15423.

Gurav, K. M., Kulkarni, N., Shetty, V., Vinay, V., Borade, P., Ghadge, S., & Bhor, K. (2022). Effectiveness of audio and audio-visual distraction aids for management of pain and anxiety in children and adults undergoing dental treatment - A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 46*(2), 86-106. Retrieved from https://doi.org/10.17796/1053-4625-46.2.2

Kamrozzaman, M., Biswas, B. C., Akter, L., Ahmed, A., & Hossain, M. (2023). Assessing fear and anxiety related to dental instruments and procedures among patients. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 23(1, Ser. 10), 63-68. Retrieved from DOI: 10.9790/0853-2301106368

Klingberg, G., Raadal, M., & Arnrup, K. (2009). Dental fear and behavior management problems. In G. Koch & S. Poulsen (Eds.), *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach, 2*, 32-43. Wiley-Blackwell.

Peric, R., & Tadin, A. (2024). Associations between dental anxiety levels, self-reported oral health, previous unpleasant dental experiences, and behavioural reactions in dental settings: An adult e-survey. *Medicina, 60*(8), Article 1303. Retrieved from https://doi.org/10.3390/medicina60081303

Quek, J. S., Lai, B., Yap, A. U., & Hu, S. (2022). Non-pharmacological management of dental fear and anxiety in children and adolescents: An umbrella review. *European Journal of Paediatric Dentistry, 23*(3), 230-242. Retrieved from https://doi.org/10.23804/ejpd.2022.23.03.11

Shim, Y. S., Kim, A. H., Jeon, E. Y., & An, S. Y. (2018). Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine, 18*(4), 217-226.

World Health Organization. (2022). *Mental disorders: Anxiety disorders*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

Zsido, A. N., Kiss, B. L., Coelho, C. M., Matuz, A., Pasandideh Rahvard, P., & Birkas, B. (2025). A machine learning approach to investigate the role of fear of pain, personal experience, and vicarious learning in dental anxiety. *BMC Oral Health, 25,* Article 600. Retrieved from https://doi.org/10.1186/s12903-025-05973-9

e278333

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

วิชัย เจริญสุข[1*]

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

(วันที่รับบทความ: 21 พฤศจิกายน 2568 ; วันที่แก้ไข: 6 มกราคม 2569; วันที่ตอบรับ: 15 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 3 กลุ่ม คือ 1) ภาคีเครือข่าย คัดเลือกแบบเจาะจง 32 คน 2) ภาคีเครือข่าย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 285 คน และ 3) ผู้สูงอายุ สุ่มอย่างง่าย 331 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถาม และแบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง ตุลาคม 2566 - กันยายน 2568 สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม จำนวน 331 คน หลังการพัฒนาได้รูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ 2) การมีส่วนร่วมทุกระดับ และ 3) การจัดกิจกรรมหลักในรูปแบบ (ปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ, ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม, สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลต่อเนื่อง) ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบภาพรวมลักษณะการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และภาพรวมการมีส่วนร่วมทุกด้านของภาคีเครือข่ายหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังนั้น การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้านให้มีความเหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้ม ให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนและยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** วิชัย เจริญสุข; wichai.charonesook@gmail.com

e278333

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

The Development of Guidelines for Housing and Environmental Management of Fall Prevention among the Elderly in Chalermphrakiat District, Buriram Province

Wichai Charonesook [1*]

[1] Buriram Provincial Public Health Office

(Received: 21 November 2025 ; Revised: 6 January 2026 ; Accepted: 15 January 2026)

Abstract

This action research aimed to develop guidelines for housing and environmental management for fall prevention among the elderly in Chalermphrakiat district, Buriram province. The participants came from three groups: 1) Network Partners, 32 people recruited via purposive sampling for qualitative data; 2) Network Partners, 285 people recruited via stratified random sampling; and 3) the Elderly, 331 people recruited by simple random sampling. Data was collected using focus group discussions, in-depth interviews using interview guides, questionnaires, and the Thai-FRAT. Data collection was conducted from October 2023 to September 2025. Data analysis was performed utilizing descriptive and paired t-test statistics. Content analysis was used to examine the qualitative data at the 0.05 significance level.

The findings of the study indicated that, prior to the development of the intervention, the 331 participants were identified as being at risk of falls. of the guidelines developed for housing and environmental management for fall prevention among the elderly consisted of 3 main components: 1) Integrated Management, 2) All-level Participation, and 3) Core Activities. These included (1) home environment modification for elderly safety, (2) knowledge dissemination and practical training on fall prevention, (3) community and village health volunteer participation, and (4) home visit follow-ups and continuous reevaluation. The overall safety level related to housing and environmental management for the elderly after development and implementation of the guidelines was significantly higher than before (p-value <0.001). Moreover, the overall participation of network partners after the development and implementation was significantly higher than before (p-value < 0.001). In conclusion, improving and modifying both the indoor and outdoor environments to be suitable for the elderly's daily living can effectively prevent falls, promote safe and sustainable living, and enhance the overall quality of life for the elderly in the community.

Keywords: housing and environmental management, falls prevention, elderly

***Corresponding author**: Wichai charonesook; wichai.charonesook@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

บทนำ

ประชากรทั่วโลกในปัจจุบันมีอายุยืนยาวด้วยการพัฒนาทางด้านสุขภาพและการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ได้รับผลกระบทบอย่างมากทั้งด้านสังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศไทยได้มีการดำเนินการวางแผนและพัฒนานโยบายรองรับผู้สูงอายุปัจจุบันใช้แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการและความท้าทายที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ เป็นกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุของประเทศอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจพบผู้สูงอายุไทยในปี 2566 มีผู้สูงอายุที่ยังคงทำงาน 5.11 ล้านคน ร้อยละ 37.50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เป็นการประกอบอาชีพด้านการเกษตรและประมง ร้อยละ 86.80 จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน พบว่า ความถดถอยที่มีความเสี่ยงมากที่สุด คือ การมองเห็น รองลงมา คือ สุขภาพช่องปาก และการเคลื่อนไหวร่างกาย ตามลำดับ และการคัดกรองตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 5.50 ข้อมูลจากศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการจากการพลัดตกหกล้มโดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี และ 80-89 ปี เป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ฉุกเฉิน วิกฤต ในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 1,144 ราย และ 1,128 รายตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) รายงานการสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มพบผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ประวัติการใช้ยาเสี่ยง บ้านที่อยู่อาศัยที่มีบันไดก้าวขึ้นลง การต้องมีคนพยุงเดินความยากลำบากในการก้าวเท้าขึ้นตามวิธีของบันไดหรือขึ้นรถยนต์ การต้องใช้มือจับหรือเกาะยึดเครื่องเรือนขณะเดินในบ้าน ความบกพร่องทางการมองเห็น เป็นต้น (กองป้องกันการบาดเจ็บ, 2566) ในเขตสุขภาพที่ 9 ในปี 2566 มีประชากรผู้สูงอายุ 777,644 คน มีสัดส่วนต่อประชากรทั้งจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เท่ากับ 10.60, 12.50, 11.40 และ 10.10 ตามลำดับ ชี้ให้เห็นว่าในเขตนครชัยบุรินทร์ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ เมื่อแบ่งผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ทั้งหมดอยู่ในกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น สังคมและชุมชนได้ ร้อยละ 86.10 พึ่งพาตนเองได้บ้าง ร้อยละ 10.80 และอยู่ในกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ ร้อยละ 2.30 (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา, 2566)

การเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมสูงอายุของภาคเอกชนโดยมีตลาดสินค้าและบริการ รวมถึงพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อรองรับผู้สูงอายุด้านสุขภาพ การปรับปรุงที่อยู่อาศัย ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุ บริการรถสาธารณะ และบริการเช่าซื้ออุปกรณ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุ มีผลิตภัณฑ์เงินออมส่งเสริมการออมระยะยาวเพื่อการเกษียณ การจ้างงานผู้สูงอายุ รวมถึงชมรมผู้สูงอายุ ส่วนมาตรการของภาครัฐมีการเตรียมความพร้อมใน 4 มิติ คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อม รวมการผลักดันนโยบายและข้อมูลด้านผู้สูงอายุ การดำเนินงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การช่วยเหลือทางสังคม ตลอดจนการผลักดันให้ผู้สูงอายุได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (นิพา ศรีช้าง, 2562) ในมิติด้านสิ่งแวดล้อมมีการดำเนินงาน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับ 2) การให้ความารู้เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการพลัดตกหกล้ม และ 3) การส่งเสริมความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อม จากปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบผู้สูงอายุประสบเหตุหกล้ม 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ทั้งหมด การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุด ก้าวเท้าพลาด ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพและเสียชีวิตซึ่งกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวคนรอบข้าง และผู้ดูแล ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความสำคัญมี 4 ปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านร่างกายและความสามารถที่ลดลง เช่น การมองเห็น การเดิน การทรงตัว การรับรู้ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การสวมใส่รองเท้าและเสื้อผ้า การดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับยาที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวาง ไม่มีราวจับ และ 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้และระดับการศึกษา สัมพันธภาพในสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งขาดการสนับสนุนจากชุมชน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2564) นอกจากนี้รัฐบาลได้เตรียมพร้อมรับสถานการณ์ดังกล่าวเพื่อยกระดับการพัฒนากำลังคนกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ด้วยหลัก 4S โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการเตรียมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ (Age – Friendly Communities) เพื่อเป็นการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชนหรือเมือง และโครงสร้างพื้นฐานเดิมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้พิการมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมและบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมผู้สูงอายุและผู้พิการ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2566)

การพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การลื่นการสะดุดสิ่งกีดขวางการเสียการทรงตัว พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม การไม่มีราวจับในบริเวณที่มีความเสี่ยง สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในจังหวัดบุรีรัมย์จากการคัดกรองผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกตกหกล้มร้อย 5.50 ส่งผลให้เกิดกระดูกสะโพกหักได้ง่าย ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลให้เสียชีวิตจากการเกิดกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.90 - 23.208 และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ มีประชากร ผู้สูงอายุ 2,382 คน ร้อยละ 19.75 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน 1,767 คน ร้อยละ 74.18 พบว่าผู้สูงอายุที่มีที่ปัญหาการเคลื่อนไหว 130 คน ร้อยละ 7.35 มีปัญหาด้านสายตา 224 คน ร้อยละ 12.67 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2566) ซึ่งจังหวัดบุรีรัมย์มีรูปแบบการจัดบริการที่เรียกว่า “Buriram Elderly Seamless Care” เป็นการจัดบริการสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ มีการเตรียมตัวก่อนตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45-59 ปี) เพื่อที่จะกลายไปเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ และสุขภาพดี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภาคีเครือข่ายมีบทบาทร่วมสนับสนุนการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชน สนับสนุนการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมถึงการจ้างอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ (มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ, 2565) ในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากช่วยให้เข้าใจปัญหาตามบริบทจริง สร้างความตระหนักและความเป็นเจ้าของร่วมกัน เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รวมทั้งเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่งผลให้การป้องกันการหกล้มมีความเหมาะสม ยั่งยืน และสามารถขยายผลในระดับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีส่วนร่วมไม่เพียงสร้างแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการเสริมพลังชุมชน เพิ่มการรับรู้และมีผลต่อการป้องกันการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน จากการดำเนินงานของอำเภอเฉลิมพระเกียรติในประเด็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นลักษณะการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมแบบไม่มีระบบ ยังขาดแนวทางที่เป็นรูปธรรม ไม่มีการอบรมสร้างความตระหนักและการร่วมวางแผนจากครอบครัวและภาคีที่เกี่ยวข้อง เป็นการแก้ไขปัญหาแบบเฉพาะหน้า เช่น ปูกระเบื้องใหม่ ย้ายสิ่งของที่กีดขวาง ซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นในแต่ละราย ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมปลอดภัยและสามารถป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้ม จึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้นเพื่อให้เป็นแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและป้องกันการพลัดตกหกล้ม ให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนและยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

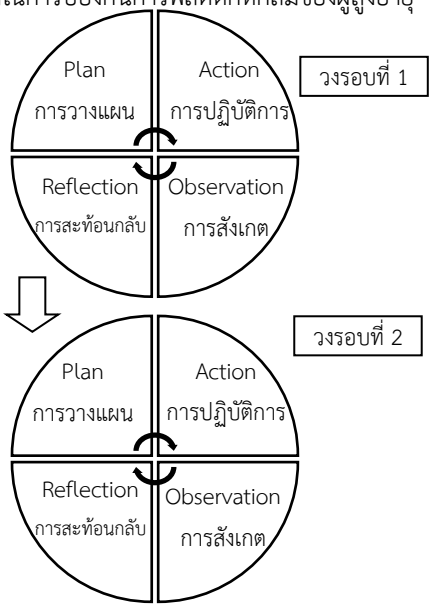
กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นเตรียมการวิจัย

- การศึกษาบริบท ทบทวนเอกสารและงานวิจัย
- ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการการพลัดตกหกล้ม ความต้องการด้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม
- ประสานงาน เตรียมความพร้อมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย

ขั้นดำเนินการวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ



ขั้นหลังการดำเนินการวิจัย

- ประเมินผลการพัฒนาเปรียบเทียบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายความเสี่ยงต่อการพลลัดตกหกล้ม
- กำหนดรูปแบบการดำเนินงานของพื้นที่ **“รูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์”**

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัจจุบันและปัญหาของที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ดำเนินการวิจัย พัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน และ 3) หลังการดำเนินการวิจัย การประเมินผลการพัฒนา และและกำหนดรูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและสภาพปัญหาของที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ ศึกษาบริบทชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชน จัดเตรียมรูปแบบการสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามหลักและคำถามรองในการสนทนากลุ่ม และรูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และนัดหมายเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนี้

ประชากร ภาคีเครือข่าย เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคม เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองช่างองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ภาคีเครือข่าย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ปฏิบัติงานในพื้นที่และมีประสบการณ์ในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมหรือการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 2) มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม การป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) ยินดีให้ข้อมูลตรงไปตรงมาและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย และ 4) อ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก 1) ขอถอนตัวและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ภาคีเครือข่าย จำนวน 1,097 คน และ 2) ผู้สูงอายุ จำนวน 2,382 คน

กลุ่มตัวอย่าง 1) ภาคีเครือข่าย จำนวน 285 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cochran (1977) และปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะกับประชากรจำกัด สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิแบ่งตามภาคี (stratified random sampling)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

กลุ่มตัวอย่าง 2) ผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 331 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cochran (1977) และปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะกับประชากรจำกัด สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) มีคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ Thai Falls Risk Assessment test (Thai – FRAT) 4 – 11 คะแนน 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและสภาพปัญหาของที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา ทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม ข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ รวบรวมข้อมูลด้านความคิดเห็น คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจความถูกต้องความตรง (Validity) โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) พบว่าทุกข้อความเหมาะสม ความครอบคลุม ความชัดเจน ความไม่มีอคติ และข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ เรื่องการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม และการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai - FRAT) (ลัดดา (เถียมวงศ์) เพชรประสมกูล และคณะ, 2551) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) อาชีพ 5) รายได้ 6) การพักอาศัย 7) ประวัติการหกล้ม และ 8) อุปกรณ์ช่วยในการเดิน

ส่วนที่ 2 การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ด้าน (15 ข้อ) ได้แก่ 1) ที่พักอาศัย (5 ข้อ) 2) สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน (5 ข้อ) 3) พื้นที่สาธารณะในชุมชน (5 ข้อ) เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผล 3 ระดับ มีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai - FRAT) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) การมองเห็นบกพร่อง 3) การทรงตัวบกพร่อง 4) การใช้ยา 5) ประวัติการหกล้ม และ 6) สภาพบ้านที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นแบบประเมินของกรมการแพทย์ (ลัดดา (เถียมวงศ์) เพชรประสมกูล และคณะ, 2551) การแปลผล 2 ระดับ มีความเสี่ยงต่ำต่อการพลัดตกหกล้ม (ต่ำกว่า 4 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต้องได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุข (4 – 11 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ และการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไป Try out กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.88

2. แบบสอบถาม สำหรับภาคีเครือข่าย เรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) บทบาทในการทำงาน 6) ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และ 7) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ การมีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) การมีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) การมีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ และการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไป Try out กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2568 โดยมีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะ 1 เตรียมการวิจัย ดำเนินการมีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและสภาพปัญหาของที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์ จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อติดต่อขอความอนุเคราะห์สถานที่ บุคลากร ข้อมูลการวิจัย และนัดหมายเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

ระยะ 2 ดำเนินการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

1) การประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) จากระบบรายงานการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ข้อมูลบริบทชุมชน เอกสาร ข้อมูลของชุมชน การสังเกต การสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในประเด็นแนวทางเดิมในการดำเนินการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเกิดจากการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนงาน สรุปข้อมูลจากการศึกษาเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ

2) การสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ พิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุด และจัดทำแผนงานโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนงานจากขั้นตอนที่ 1 พัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลพื้นฐานจากลักษณะการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านของผู้สูงอายุ ได้แก่ ที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน พื้นที่สาธารณะในชุมชน และความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้จัดเวทีกลุ่มย่อย (Focus group) แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบ มีระบบติดตามการปฏิบัติงาน การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

1) กิจกรรมปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ

2) กิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม

3) กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงานการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในระหว่างการปฏิบัติงานมีการตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัดผลการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) การสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบ รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปผลการสังเกตของทีมวิจัย และคืนข้อมูลต่างๆ ให้ชุมชน วิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง จุดแข็งที่ต้องพัฒนาเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับพื้นที่ และเพื่อวางแผนพัฒนาในรอบต่อไป นำไปสู่การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ แบบสอบถามสำหรับภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ผลและประเมินผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) คุณลักาณะส่วนบุคคล ระดับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ระดับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

23 วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลมาตรวจสอบความตรงด้วยวิธีสามเส้าโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เพื่อตรวจสอบซึ่งกันและกันแล้วนำมาจัดหมวดหมู่ แล้วใช้วิธีพรรณนาอธิบาย เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2566 เลขที่ BRO 2023-147 รับรองระหว่างวันที่ 4 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 3 กันยายน 2568 ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษา

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

วิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะต้องให้ข้อมูลและชี้แจงกับอาสาสมัคร และหากอาสาสมัครยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงเก็บ ซึ่งผู้วิจัยมีมาตรการในการ รักษาความลับโดยในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะกระทำเพียงระบุรหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

1.1 กระบวนการพัฒนาการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

1.1.1 การวางแผน (Planning) จากระบบรายงานการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ข้อมูลบริบทชุมชน พบว่าลักษณะของสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสมและสามารถก่อให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ มีประชากร ผู้สูงอายุ 2,382 คน ร้อยละ 19.75 ผู้สูงอายุที่มีที่ปัญหาการเคลื่อนไหว 130 คน ร้อยละ 7.35 มีปัญหาด้านสายตา 224 คน ร้อยละ 12.67 การประเมินความเสี่ยงผลการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม จำนวน 331 คนเนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่มพบข้อจำกัดด้านทรัพยากรของครอบครัวและชุมชน และความต้องการการสนับสนุนทั้งด้านความรู้และการเงิน ผลสะท้อนชี้ให้เห็นช่องว่างระหว่างความต้องการปรับปรุงและความสามารถในการดำเนินการจริง ซึ่งเป็นข้อมูลนำทางสำคัญในการออกแบบมาตรการในรอบต่อไป ภาคีเครือข่ายระบุจุดเสี่ยงในบ้านหลายจุด เช่น พื้นต่างระดับ สภาพบันไดไม่มีราวจับ พื้นลื่นบริเวณห้องน้ำ และการจัดวางของที่กีดขวางทางเดิน เสนอแนะการแก้ไขจุดเสี่ยง (เช่น ติดราวจับในห้องน้ำ ปูแผ่นกันลื่น ปรับพื้นให้เรียบ) โดยเริ่มจากผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง ปัญหาการเคลื่อนไหวและการใช้อุปกรณ์ช่วยผู้สูงอายุหลายคนมีปัญหาเรื่องความแข็งแรง การทรงตัว เสนอแนะให้มีการฝึกกิจกรรมเสริมความแข็งแรงเป็นกลุ่มย่อย ปัญหาพฤติกรรมความเชื่อและทัศนคติที่เป็นอุปสรรค ผู้สูงอายุมักยึดติดกับวิถีชีวิตเก่า ไม่อยากให้เปลี่ยนแปลงบ้าน เสนอแนะการใช้วิธีจูงใจผ่านการมีส่วนร่วม ให้ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของการตัดสินใจ

1.1.2 การปฏิบัติการ (Action) การจัดกิจกรรมตามแผนงาน พัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลพื้นฐานจากลักษณะการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านของผู้สูงอายุ ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อน พบว่า ภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบ ผลความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีลักษณะการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน อยู่ในระดับมีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุน้อย ค่าเฉลี่ย 1.50 (S.D. = 0.20) และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.68 (S.D. = 0.26) จากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระยะแรกยังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากขาดความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่แต่ยังไม่เป็นระบบ ควรจัดตั้งคณะทำงานหรือ “ทีมบ้านปลอดล้ม” เพื่อบูรณาการการทำงานและกำหนดบทบาทของแต่ละภาคีอย่างชัดเจน ในการรับรู้ปัญหาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักว่าบ้านของตนมีความเสี่ยง จึงควรมีการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้การสาธิตและการลงพื้นที่สำรวจบ้านร่วมกัน

1.1.3 การสังเกต (Observation) ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก วัดผลการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งนี้เนื่องจากมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้านให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ติดตั้งราวจับในห้องน้ำและทางเดิน ปรับพื้นทางเดินให้เรียบ ไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวาง ติดหลอดไฟเพิ่มให้แสงสว่างเพียงพอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นตรงกันว่า หลังจากได้รับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านแล้ว รู้สึก มั่นใจในการเคลื่อนไหวมากขึ้น และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น เช่น เดินเข้าห้องน้ำได้เองในตอนกลางคืนโดยไม่ต้องให้ลูกหลานช่วย ภาคีเครือข่ายมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหามากขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายหลายฝ่ายมีการทำงานครั้งนี้เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การสนับสนุนทรัพยากร ไปจนถึงการประเมินผล และการเกิดการตระหนักรู้ร่วมกันเกิดขึ้นจริงในชุมชน

1.1.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) การสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบ และคืนข้อมูลต่างๆ ให้ชุมชน วิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง จุดแข็งที่ต้องพัฒนา เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับพื้นที่ จากการสะท้อนผลการดำเนินงานพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ผลความสำเร็จของการพัฒนา (จุดแข็ง) ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่เห็นว่า การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่สร้างความร่วมมือและความเข้าใจในชุมชนอย่างแท้จริง ทุกฝ่ายได้เห็นปัญหาชัดเจนและร่วมกันแก้ไข บ้านหลายหลังปรับแล้วปลอดภัยขึ้นมา ชุมชนทำงานร่วมกันดี ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าได้มีส่วนร่วมในการปรับบ้านของตัวเอง เกิดพลังทางสังคม (social empowerment) และความร่วมมือในระดับชุมชนที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นจุดแข็งสำคัญของรูปแบบที่พัฒนา

2) ข้อจำกัดของการดำเนินงาน (จุดอ่อน) ผลการวิจัยเป็นไปในเชิงบวก แต่ผู้เข้าร่วมหลายฝ่ายยังเสนอแนวทางปรับปรุง เช่น บางบ้านงบประมาณยังไม่พอปรับปรุงทั้งหมด การติดตามผลยังไม่ต่อเนื่อง และในบางครอบครัวยังขาดความรู้เรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมหลังปรับปรุง แสดงให้เห็นความจำเป็นในการวางระบบติดตามต่อเนื่อง และการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลความปลอดภัยได้ด้วยตนเอง

3) การคืนข้อมูลและวางแผนพัฒนา หลังการสะท้อนผล มีการจัดเวที “คืนข้อมูลสู่ชุมชน” โดยผู้วิจัยและทีมภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน จุดแข็ง จุดอ่อน ในวงรอบที่ 1 และแนวทางพัฒนาในวงรอบที่ 2 จัดเวทีคืนข้อมูลช่วยให้ทุกคนรับรู้แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน การสะท้อนผลนอกจากจะช่วยวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

แล้วยังนำไปสู่วางแผนพัฒนาในวงรอบที่ 2 และการคืนข้อมูลสู่ชุมชนในวงรอบที่ 2 เป็นการสรุปผลการดำเนินงานและร่วมกันกำหนดการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเฉพาะของพื้นที่

1.2 รูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

จากการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการสร้างบ้านปลอดภัย ผู้สูงอายุมั่นใจ ชุมชนร่วมใจลดการหกล้ม โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน กระบวนการพัฒนาการวิจัย 4 ขั้นตอน (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 มุ่งเน้นประเมินความเสี่ยงด้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน มีการดำเนินกิจกรรมในระดับนำร่อง และพบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมบางจุดได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้น และนำผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาปรับแผนการดำเนินงานในวงรอบถัดไป และสามารถสรุปเป็นรูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ ดำเนินงานโดยคณะทำงานร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายระดับตำบล และระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กรมพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2) การมีส่วนร่วมทุกระดับ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผลร่วมกัน เพื่อสร้างความยั่งยืน

3) การจัดกิจกรรมหลักในรูปแบบ

กิจกรรมที่ 1 ปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ โดยแบบตรวจที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ แบบประเมิน Thai-FRAT และปรับปรุงบ้านให้อยู่ในสภาพปลอดภัย

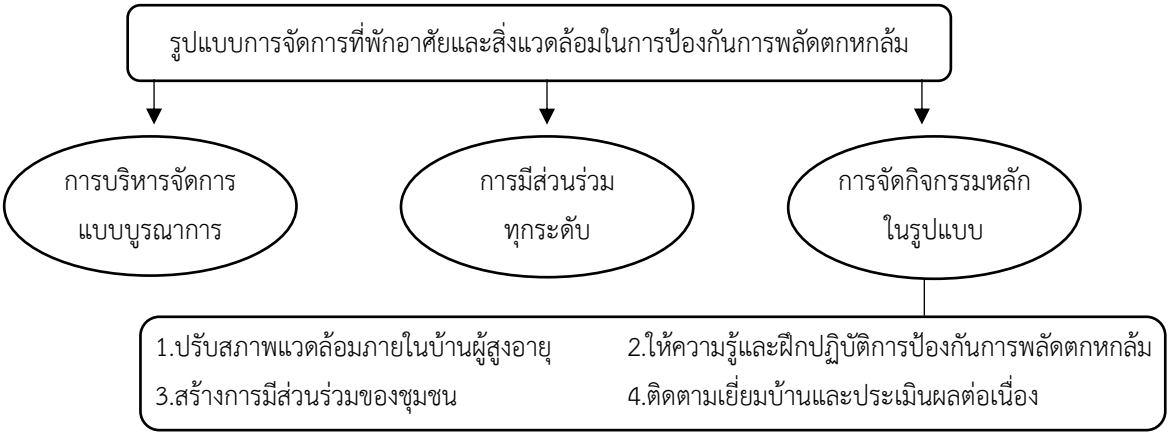
กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยจัดอบรมและฝึกปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย การออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพเท้าและการใช้รองเท้าที่เหมาะสม ผู้เข้าร่วมถ่ายทอดความรู้แบบเข้าใจง่าย และมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงในกลุ่มย่อย

กิจกรรมที่ 3 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อวางแผนและร่วมตัดสินใจดำเนินกิจกรรม พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น “นักเฝ้าระวังการหกล้ม” ให้สามารถประเมินความเสี่ยงและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลต่อเนื่อง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ปรับปรุงประเมินความปลอดภัยของที่พักอาศัยซ้ำ และติดตามเหตุการณ์การหกล้ม รวมทั้งจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อนำผลการติดตามมาสะท้อน ปรับปรุง และวางแผนการดำเนินงานต่อไป



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2. การประเมินผลรูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

2.1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.50 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 58.91 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.72 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.78 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.58 การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน ร้อยละ 42.90 เคยมีประวัติการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 78.25 และไม่อุปกรณ์ช่วยในการเดิน ร้อยละ 57.40

2.2 การเปรียบเทียบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม พบว่า ภาพรวมลักษณะการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนามีการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่มีความเหมาะสมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ (n=331)

การจัดการ	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.				
1.ที่พักอาศัย	1.50	0.27	น้อย	2.32	0.31	ปานกลาง	0.81	37.568	<0.001*
2.สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน	1.49	0.28	น้อย	2.33	0.32	ปานกลาง	0.84	35.598	<0.001*
3.พื้นที่สาธารณะในชุมชน	1.51	0.28	น้อย	2.29	0.28	ปานกลาง	0.77	39.068	<0.001*
ภาพรวม	**1.50**	**0.20**	**น้อย**	**2.32**	**0.25**	**ปานกลาง**	**0.81**	**49.328**	**<0.001***

*p-value<0.05

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมทุกด้านหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ (n=285)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.				
1.การวางแผนการดำเนินกิจกรรม	1.69	0.41	ปานกลาง	2.45	0.28	มาก	0.76	25.070	<0.001*
2.การตัดสินใจ	1.64	0.43	น้อย	2.38	0.29	มาก	0.73	24.588	<0.001*
3.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	1.63	0.34	น้อย	2.39	0.31	มาก	0.75	29.692	<0.001*
4.การประเมินผล	1.70	0.44	ปานกลาง	2.53	0.30	มาก	0.83	26.316	<0.001*
5.การรับผลประโยชน์	1.72	0.48	ปานกลาง	2.56	0.32	มาก	0.83	22.697	<0.001*
ภาพรวม	**1.68**	**0.26**	**ปานกลาง**	**2.46**	**0.15**	มาก	**0.78**	**45.061**	**<0.001***

**p*-value<0.05

2.3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ สภาพที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข ท้องถิ่น และชุมชน โดยรูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และที่พักอาศัยของผู้สูงอายุได้รับการปรับปรุงให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวและสามารถทำกิจวัตรประจำวัน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ได้ด้วยตนเองมากขึ้น เกิดพลังทางสังคมและความเข้มแข็งในระดับชุมชน อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณ และความต่อเนื่องในการติดตามผล จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบสนับสนุน การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว พร้อมนำผลการสะท้อนกลับและคืนข้อมูลสู่ชุมชนไปใช้วางแผนพัฒนาเพื่อให้รูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมมีความเหมาะสม ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน จากการศึกษาครั้งนี้มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ 2) การมีส่วนร่วมทุกระดับ และ 3) การจัดกิจกรรมหลักในรูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนจะเกิดประสิทธิผลสูงสุดเมื่อดำเนินการด้วยกระบวนการ บูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคชุมชน การมีหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อสม. และผู้นำชุมชน เข้ามาร่วมวางแผนและดำเนินงานร่วมกัน ช่วยให้เกิดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย และเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมเป็นระบบและต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม พบว่ามีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของชาตรี เชิดนาม และคณะ (2568) พบว่า รูปแบบการจัดสภาพแวดที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสาหรับผู้สูงอายุ มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ปรับพื้นทางเดิน ให้เรียบ ไม่ขัดมัน ไร้สิ่งกีดขวาง 2) ปรับสวิตช์เปิด ปิดไฟ ให้ใช้งานได้สะดวกปลอดภัย ให้แสงสว่างเพียงพอ 3) ห้องครัว จัดอุปกรณ์ เป็นหมวดหมู่ มีโต๊ะ เก้าอี้ นั่งรับประทานอาหาร 4) ห้องน้า ห้องส้วม เป็นคอนกรีตไม่ขัดมัน 5) สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีช่องระบายอากาศถ่ายเทได้ดี 6) สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านพื้นทางเดินเป็นระดับเดียวกัน สดคล้องกับการศึกษาของวรพจน์ ทำเนียบ และคณะ (2567) พบว่ารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ 1) โครงสร้างพื้นฐานของที่พักอาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และ 2) สิ่งอำนวยความสะดวกภายในที่พักอาศัย สอดคล้องกับการศึกษาของวีรพันธ์ ซื่อสัตย์ และคณะ (2562) พบว่ารูปแบบการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยครอบครัวนี้ได้องค์ประกอบ เรียกว่า SOMETS Model คือ 1) หลักการและนโยบาย 2) วัตถุประสงค์ 3) กลวิธีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม 4) การดำเนินงานดูแลด้านสิ่งแวดล้อมโดยครอบครัว 5) การนำรูปแบบไปใช้งาน และ 6) เงื่อนไขแห่งความสำเร็จ องค์ประกอบทั้งหมดนี้เป็นแนวทางที่จะพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยครอบครัวต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของวิสาขา ภู่เจริญ และคณะ (2564) พบว่า การจัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์ เพื่อใช้ในการเผยแพร่และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการพลังงานในครัวเรือน การจัดการน้ำในครัวเรือน การจัดการขยะในครัวเรือน และภูมิปัญญาชาวบ้านกับเกษตรอินทรีย์ ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่างมีซึ่งแนวทางดังกล่าวมีลักษณะสอดคล้องกับกิจกรรมที่ 1 ของรูปแบบในงานวิจัยนี้ คือ การปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการบูรณาการโครงสร้างทางกายภาพกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในระยะยาว รวมทั้งการสะท้อนถึงแนวทางการพัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นอย่างเหมาะสม ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ โดยกระบวนการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นแนวทางที่เหมาะสมและยั่งยืนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบใน การพัฒนาชุมชนอื่นๆ ได้ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสร้างสังคมที่ปลอดภัยสำหรับทุกช่วงวัย

2. การประเมินผลรูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมลักษณะการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนามีการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่มีความเหมาะสมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เช่น ติดตั้งราวจับในห้องน้ำและทางเดิน ปรับพื้นทางเดินให้เรียบ ไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวาง ติดหลอดไฟเพิ่มให้แสงสว่างเพียงพอ จะเห็นได้ว่าการปรับปรุงที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมมีผลสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจซื่อ (2565) พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ขาดความรู้ความเข้าใจและแนวทางในการป้องกันการหกล้ม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบัณฑิตา ทองนำ (2568) พบว่า หลังจากทดลองใช้รูปแบบการป้องกันพลัดตกล้ม พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรพจน์ ทำเนียบ และคณะ (2567) พบว่า พฤติกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ อยู่ระดับในระดับปานกลาง และสัมพันธ์กับความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงเกิดการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมั่นใจมากขึ้นการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยที่เหมาะสม มีความจำเป็นต่อการยกระดับพฤติกรรมและความรู้ของผู้สูงอายุเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดี ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมตามหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และผู้สูงอายุ ส่งผลให้บ้านและสิ่งแวดล้อมปลอดภัยต่อผู้สูงอายุมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์นี้เป็นหลักฐานที่สำคัญในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาวะและความปลอดภัยของผู้สูงอายุในระดับชุมชน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้วิจัยนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ และวางแผนดำเนินโครงการ“บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ” เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและลดภาระการดูแลระยะยาว

2. ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมถึงครอบครัวและชุมชนนำความรู้ และทักษะไปใช้ในการจัดบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละราย

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนำผลการวิจัยไปประกอบการจัดหางบประมาณและสนับสนุนงบประมาณในการการติดราวจับ พื้นกันลื่น การจัดแสงสว่างที่เพียงพอ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นคงและปลอดภัย หน่วยงานด้านพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายหรือมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการศึกษากลไกการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ช่วยเหลือ และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงและฐานะของครัวเรือน เพื่อให้การปรับปรุงที่พักอาศัยเกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมบริบทที่หลากหลายมากขึ้น เช่น พื้นที่เมือง ชนบท เพื่อเปรียบเทียบลักษณะสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้รูปแบบการจัดการที่พัฒนาขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมในทุกพื้นที่

3. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการศึกษาการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานตามรูปแบบ เช่น อัตราการลดการหกล้ม ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัว การติดตามภาวะการหกล้มหลังการปรับปรุงบ้านระยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุ 2566*. กรุงเทพฯ: โกโกพริ้นท์ (ไทยแลนด์).

กองป้องกันการบาดเจ็บ. (2566). *รายงานการสำรวจความรอบรู้ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.

ชาตรี เชิดนาม, สุรีรัตน์ สืบสันต์, และวิภาดา พนากอบกิจ. (2568). การพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 18*(1), 55-67.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจซื่อ. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4*(2), 255-269.

นิพา ศรีช้าง. (2562). *การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/th/site/offic/view/boe

บัณฑิตา ทองนำ. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลโคคลาน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 7*(1), 1-18.

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 17*(1), 255–271.

ลัดดา (เถียมวงศ์) เพชรประสมกูล, จิตติมา ทมาภิรัต, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2551). เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน. *วารสารสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย, 91*(12), 1823-1832.

วรพจน์ ทำเนียบ, ณัฐพร สนเผือก และนันท์นภัส ธนฐากร. (2567). รูปแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 19*(2), 52-66.

วิสาขา ภู่เจริญ และคณะ. (2564). รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 13*(1), 81-87.

วีรพันธ์ ซื่อสัตย์ และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 38*(4), 462-469

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. (2566). *รายงานการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566*. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2566). *รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุ งานส่งเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2566*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2564). *แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายงานกลุ่มผู้สูงอายุ ประเด็น เมืองที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2566). *ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ Age - Friendly Communities ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques*. (3rd ed), New York: John Wiley and Sons.

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner (3rd ed.). Victoria; Deakin University.

e278886

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา

สยาม ชิ้นพงค์[1], บุญประจักษ์ จันทร์วิน[2*]

[1]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 15 พฤศจิกายน 2568 ; วันที่แก้ไข: 13 กุมภาพันธ์ 2569; วันที่ตอบรับ: 19 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ประชากรที่ศึกษาคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ 153 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ แบบสอบถามผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 แบบสอบถามความรอบรู้มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.83 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.96 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และสถิติอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}$= 3.25, S.D.= 0.20) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ($\bar{X}$= 3.13, S.D.= 0.91) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X}$= 3.21, S.D.= 0.47) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X}$= 3.10, S.D.= 0.44) สำหรับด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X}$= 2.25, S.D.= 0.43) และด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$= 2.09, S.D.= 0.44) 2) พฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.74, S.D.= 0.21) และ 3) ปัจจัยที่สามารถทำนายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ โรคหนอนพยาธิ ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ และด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ โดยสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ร้อยละ 15.10

ฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ โดยจะต้องปรับกระบวนการให้ความรอบรู้ โดยพัฒนาล่าม หรือประชาชนชาวมอแกนมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการสื่อสารที่ถูกต้อง และเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, โรคหนอนพยาธิ, ชาวมอแกน, อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** บุญประจักษ์ จันทร์วิน; อีเมล boonprajuk2518@gmail.com

e278886

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Factors Influencing Disease Prevention Behaviors for Helminth (Parasitic Worm) Infections Among the Moken Community in Mu Ko Surin National Park, Kuraburi District, Phang Nga Province

Siam Chinpong[1], Boonprajuk Junwin[2*]

[1]The Office of Disease Prevention and Control 11, Nakhon Si Thammarat

[2*]Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: 15 November 2025 ; Revised: 15 February 2026; Accepted: 19 February 2026)

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the influence of health literacy on preventive behaviors against helminth infections among the Moken community in Mu Ko Surin National Park, Khura Buri District, Phang Nga Province. The study population consisted of 153 residents aged 15 years and older. Data were collected between May and July 2025. The research instrument was a questionnaire assessing health literacy and preventive behaviors regarding helminth infections. The questionnaire was validated by three experts, with content validity indices ranging from 0.67 to 1.00. The reliability coefficient was 0.83 for the health literacy scale and 0.96 for the preventive behavior scale. Statistical analyses, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, were used for data analysis and multiple regression analysis ($p < 0.05$) was preformed.

The results revealed that: 1) The levels of health literacy among participants were as follows: Access to health information ($\bar{x}$= 3.25, S.D. = 0.20), knowledge and understanding ($\bar{x}$= 3.13, S.D. = 0.91), decision-making skills ($\bar{x}$= 3.21, S.D. = 0.47), and media literacy ($\bar{x}$= 3.10, S.D. = 0.44) were at a moderate level and self-management ($\bar{x}$== 2.25, S.D. = 0.43) and communication skills ($\bar{x}$= 2.09, S.D. = 0.44) were at a low level. 2) Preventive behaviors against helminth infections were at a moderate level ($\bar{x}$= 2.74, S.D.= 0.21). 3) The factors predicting preventive behaviors against helminth infections were media literacy related to helminth infections, access to information about helminth infections, and communication skills regarding helminth infections. These factors explained 15.10% of the variance in preventive behaviors.

Therefore, relevant agencies should support and promote health literacy regarding helminth infections. The process of enhancing health literacy should be adapted by developing interpreters or training Moken community members to serve as village health volunteers to ensure accurate communication and appropriate access to information.

Keywords: Preventive behaviors, Helminth infections, Moken people, Mu Ko Surin National Park

***Corresponding author**: Boonprajuk Junwin; E-mail boonprajuk2518@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

บทนำ

โรคปรสิตหนอนพยาธิเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย โรคปรสิตหนอนพยาธิจะแสดงอาการมีความรุนแรงและผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตเพียงแต่ต้องใช้เวลานาน ทั้งนี้ยังเป็นปัจจัยเสริมให้มีอัตราตายเนื่องจากโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังบั่นทอนสุขภาพ เมื่อเป็นระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและพัฒนาการทางสมองหากเกิดขึ้นกับเด็ก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลประชาชนในระยะยาว ดังนั้น การวางแผนการป้องกันโรคปรสิต จึงเป็นแนวทางที่สำคัญที่สามารถควบคุมโรคและสามารถลดงบประมาณด้านสุขภาพของประชากรไทย ให้ภาครัฐได้อย่างเป็นรูปธรรม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรที่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินมีมากกว่า 1.5 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 24 ของประชากรโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตร้อนและกึ่งร้อน กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ เด็กวัยก่อนเรียนกว่า 267 ล้านคน และเด็กวัยเรียนจำนวน 568 ล้านคน โดยพบว่า ติดเชื้อพยาธิไส้เดือน (Ascaris lumbricoides) มากที่สุด รองลงมา พยาธิแส้ม้า (Trichuris trichiura) พยาธิปากขอ (Hookworm) และพยาธิเส้นด้าย (Strongyloides stercoralis) (World Health Organization, 2023) องค์กรอนามัยโลกจึงได้กำหนดโรคปรสิตหนอนพยาธิในลำไส้ และควรเป็นโรคที่ควรกำจัดให้หมดไปใน ค.ศ. 2030 จากนโยบายดังกล่าว จึงได้จัดให้มีการรณรงค์การใช้ยารักษาปรสิตหนอนพยาธิในลำไส้แบบ Mass Drug Admin-istration (MDA) ปีละ 2 ครั้ง แก่เด็กวัยเรียน (School Age Children; SAC) ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อของโรคมากกว่าร้อยละ 20 (World Health Organization, 2023) โดยได้มีการให้ MDA ในเด็กมากกว่า 600 ล้านคน ใน 112 ประเทศทั่วโลก

ด้วยกลยุทธ์ มาตรการ และรูปแบบการดำเนินงานที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดำเนินงานบูรณาการการควบคุมโรคหนอนพยาธิและโรคมาลาเรียในพื้นที่โครงการตามพระราชดำริฯ ในช่วง ปี 2558 เป็นต้นมา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ประเทศไทยได้ดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริฯ แสดงให้เห็นถึงอัตราชุกของโรคหนอนพยาธินักเรียนและเยาวชน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2565 – 2567 ที่พบอัตราการติดโรคหนอนพยาธิในนักเรียนร้อยละ 4.47, 2.26 และ 2.10 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2567 ผลการตรวจอุจจาระค้นหาโรคหนอนพยาธิมีความครอบคลุมร้อยละ 66.58 ตรวจพบหนอนพยาธิ ร้อยละ 0.39 โดยพบพยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า พยาธิปากขอ สรองจิลอย ร้อยละ 0.15, 0.08, 0.05 และ 0.05 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบมากกว่า 1 ชนิด 0.02 ซึ่งพื้นที่ที่มีอัตราการตรวจพบพยาธิมากที่สุดในทุกปี คือในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา โดยมีอัตราความครอบคลุม ร้อยละ 70.11 อัตราการตรวจพบพยาธิร้อยละ 14.75 เมื่อจำแนกความชุกของโรคตามชนิดหนอนพยาธิ พบพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 13.11 และพยาธิแส้ม้า ร้อยละ 1.64 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช, 2567) ด้านระบบสาธารณสุขและการขับถ่ายของชาวมอแกนยังไม่มีห้องน้ำ อาศัยวิธีการเจาะรูบริเวณมุมบ้านเพื่อขับถ่ายทิ้งทิ้งลงมาข้างล่าง หรือไปถ่ายในป่า หรือริมขอนไม้ ขณะไป

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ประกอบอาชีพก็ไม่ใส่รองเท้า (อาทิตยา หมื่นละม้าย, 2559) แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิ หากประชาชนขาดความรอบรู้และมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง

ชาวมอแกนเป็นชนเผ่าพื้นเมืองดั้งเดิมที่อาศัยตามเกาะแก่งและเรือกาบางอยู่ในแถบทะเลอันดามันบริเวณภาคใต้ฝั่งตะวันตกของประเทศไทย ส่วนใหญ่จะรู้จักกันในนามของ “ชาวเล” ในจังหวัดพังงา โดยเรียกตัวเองว่า มอแกน มีทั้งหมด 94 หลังคาเรือน 112 ครอบครัว มีประชากร 365 คน ประชากรส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเพราะยังขาดความรู้เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ไม่ค่อยเรียนหนังสือ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องป่วยเป็นโรคติดต่ออื่น ๆ ในอัตราที่สูง ไม่ชอบใช้ส้วมที่ทางการได้จัดสร้างให้ เนื่องจากเป็นห้องน้ำรวมและต้องเดินห่างไกลออ กจากตัวบ้าน และไม่ชอบสวมรองเท้า การใช้น้ำอุปโภคบริโภค ไม่ได้ผ่านการปรับปรุงระบบน้ำทำให้ประชากรในท้องถิ่นมีปัญหาเกี่ยวกับระบบโรคทางเดินอาหาร และการแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย ทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะพระทอง, 2568) ทั้งนี้ ชาวมอแกนยังมีการใช้ภาษาที่ต่างกันทำให้ยากต่อการสื่อสารกันได้ หากมีการเจรจากันด้วยภาษาของตัวเองแล้ว ก็ฟังกันไม่รู้เรื่อง ต้องใช้ภาษาใบ้ประกอบ และหากชาวมอแกนเจ็บไข้ได้ป่วยก็จะมีหมอพื้นบ้านที่รักษา โดยการเข้าทรงเพื่อเจรจากับวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ ขอให้ปัดเป่าความเจ็บป่วยออก (นฤมล อรุโณทัย, พลาเดช ณ ป้อมเพชร, อรุณ แถวจัตุรัส ฟาเทอร์, และจีระวรรณ์ บรรเทาทุกข์, 2549)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความหมายกว้างกว่าความรู้ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2558) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2557) จึงได้เสนอคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นที่ต้องพัฒนาและเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (Self-management) ฉะนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ จึงอาจจะกล่าวได้ว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำอาจจะส่งผลต่อการการเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรคในระดับที่ต่ำไปด้วย (Parker, 1995) และย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวมอีกด้วย (Yost, Webster, Baker, Choi, Bode, & Hahn, 2009) ฉะนั้น ความสามารถและทักษะของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ คิดวิเคราะห์ และเลือกรับปรับใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนและจัดการตนเองด้านสุขภาพ อันส่งผลไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการธำรงภาวะสุขภาพที่ดี และเผยแพร่แนวปฏิบัตินั้นไปสู่สังคม (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) และเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลต่อการพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคและอาจจะสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน ฉะนั้น หากชาวมอแกนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิที่ถูกต้องจะทำให้ชาวมอแกนสามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลใดเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้และเกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิมากที่สุด และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เสียเวลา และเสียค่ารักษาพยาบาลน้อยที่สุด และจากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น หากได้ทราบความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิของชาวมอแกน ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปพัฒนาการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

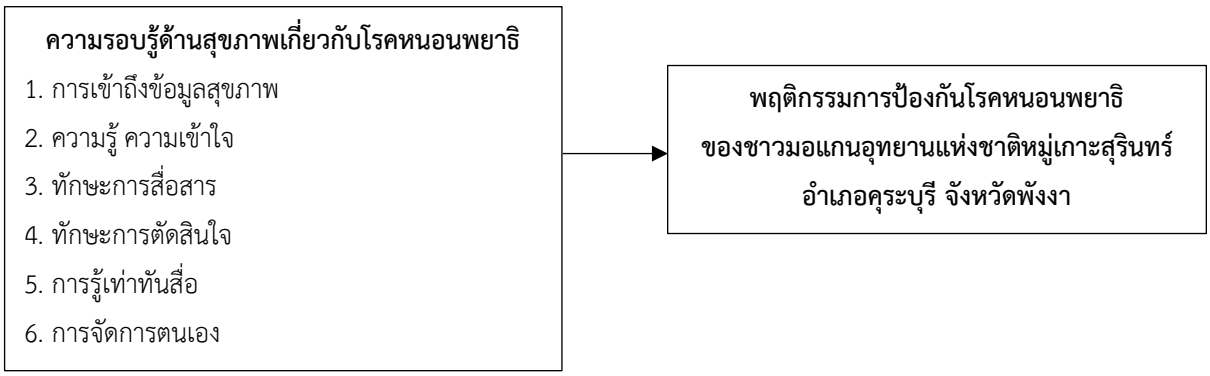
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิ ส่งเสริมการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิที่ถูกต้อง และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินการป้องกันโรคหนอนพยาธิในชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยลดอัตราติดเชื้อโรคหนอนพยาธิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ซึ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง มาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research)

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ทั้งหมดจำนวน 252 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะพระทอง, 2568)

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นตัวแทนหลังคาเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ไม่น้อยกว่า 1 ปี ติดต่อกัน 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจในคำถามภาษาไทยด้วยตัวเองหรือโดยผ่านล่ามได้ และ 4) ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโรงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล และ 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) =0.05 และค่า Power = 0.95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 146 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 จำนวน 8 คน รวมทั้งหมด 154 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากการหยิบฉลากรายชื่อที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การมีส้วมใช้ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ 5 ข้อ 2) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ 10 ข้อ 3) ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ 5 ข้อ 4) ด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ 5 ข้อ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ 5 ข้อ และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ 5 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert, 1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

สำหรับข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยทำการกลับคะแนนก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

แปลผลคะแนน โดยแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิจากคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พิจารณาจากคะแนนดิบ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง การรับอยู่ในระดับรู้ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert, 1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความดังนี้

คำถาม	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

สำหรับข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยทำการกลับคะแนนก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิจากคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พิจารณาจากคะแนนดิบ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.34 - 3.66 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.67 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนได้แก่ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช 1 ท่าน อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 1 ท่าน และสาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ให้ถูกต้อง และความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ามีข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อยก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนชุมชนชาวมอแกน เกาะพยายาม อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.89 ความรู้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.81 การสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.81 การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.85 การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.96 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.81 ภาพรวม เท่ากับ 0.83 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะพระทอง อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบโดยผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะพระทอง อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา และใช้ล่ามประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมอแกน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อคำถามในแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถาม แก่กลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะพระทอง อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา โดยใช้ให้เวลาตอบแบบสอบถาม 1 เดือน จากนั้นเก็บข้อมูลกลับคืนโดยส่งทางไปรษณีย์ มายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาพบว่าได้รับแบบสอบถามมาทั้งหมด 153 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.35

5. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

2. สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ โดยวิธี Stepwise ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ประกอบด้วย 1) การแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูล โดยพิจารณาจากกราฟฮิสโตแกรม พบว่า ลักษณะกราฟเป็นรูประฆังคว่ำ มีความสมมาตรและมีจุดยอดโค้งอยู่ตรงกลางจึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) 2) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง และทดสอบสถิติค่าเอฟ (F-test) พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (sig <.001) 3) ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

(Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .297 - .519 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) ระหว่าง 1.927 – 2.364 5) ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.763

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้พิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่รับรอง SCPHYLIRB-2568/275 วันที่รับรอง 29 เมษายน 2568 – 29 เมษายน 2569 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับและกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.17) และอยู่ในวัยทำงานตอนกลาง (อายุ 30 - 44 ปี) (ร้อยละ 54.25) มากกว่า 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.28) เกือบทั้งหมดไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 96.73) ประมาณ 2 ใน 5 ประกอบอาชีพประมง (ร้อยละ 41.18) ไม่มีการใช้ส้วมทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) และเกือบ 3 ใน 5 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิ (ร้อยละ 58.17)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ (n= 153)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	$\bar{x}$	SD.	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	3.25	0.20	ปานกลาง
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	3.13	0.91	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	2.09	0.44	ต่ำ
ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	3.21	0.47	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	3.10	0.44	ปานกลาง
การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	2.25	0.43	ต่ำ

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ($\bar{x}$= 3.25, S.D.= 0.20) รองลงมาคือ ด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ($\bar{x}$= 3.21, S.D.= 0.47) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ($\bar{x}$= 3.13, S.D.= 0.91) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ($\bar{x}$= 3.10, S.D.= 0.44) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ($\bar{x}$= 2.25, S.D.= 0.43) และด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$= 2.09, S.D.= 0.44)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ (n= 153)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ล้างผัก ผลไม้ ก่อนกิน	2.96	0.29	ปานกลาง
2. สวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน	2.22	0.54	ต่ำ
3. ถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง	2.31	0.56	ต่ำ
4. ล้างมือก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย	2.45	0.56	ปานกลาง
5. กินอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ แบบไม่สุกด้วยความร้อน	2.84	0.51	ปานกลาง
6. ขุดหลุมฝังกลบเวลาขับถ่ายในป่า	3.11	0.91	ปานกลาง
7. ตัดเล็บอาทิตย์ละ 1 ครั้ง	2.70	0.70	ปานกลาง
8. ส่งอุจจาระตรวจหาไข่หนอนพยาธิ	2.83	0.58	ปานกลาง
9. เมื่อ อสม. หรือเพื่อนบ้านให้คำแนะนำโรคพยาธิไส้เดือนจะทำให้ท่านสวมรองเท้า	2.89	0.51	ปานกลาง
10. เมื่อมีเจ้าหน้าที่มาแนะนำเรื่องโรคพยาธิแต่ไม่เข้าใจภาษา จึงสนใจฟังคำแนะนำ*	3.09	0.51	ปานกลาง
ภาพรวม	**2.74**	**0.21**	**ปานกลาง**

* เป็นข้อคำถามเชิงลบที่ผู้วิจัยทำการกลับคะแนนและกลับคำถามแล้ว

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$= 2.74, S.D.= 0.21) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ขุดหลุมฝังกลบเวลาขับถ่ายในป่า ($\bar{x}$= 3.11, S.D.= 0.91) รองลงมาคือ เมื่อมีเจ้าหน้าที่มาแนะนำเรื่องโรคพยาธิแต่ไม่เข้าใจภาษา จึงสนใจฟังคำแนะนำ ($\bar{x}$= 3.09, S.D.= 0.51) และล้างผัก ผลไม้ ก่อนกิน ($\bar{x}$= 2.96, S.D.= 0.29) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่า มี 2 ข้อที่อยู่ในระดับต่ำ คือ ท่านสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ($\bar{x}$= 2.22, S.D.= 0.54) และท่านถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง ($\bar{x}$= 2.31, S.D.= 0.56)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	*p* value
ค่าคงที่ 2.976				
ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	0.177	0.245	2.967	0.004**
ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ	-0.247	-0.217	-2.907	0.004**
ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ	0.084	0.175	2.216	0.035*

R = 0.410, R-Square = 0.168, $R\text{-Square}_{adj}$ = 0.151, SEets = 0.195, F = 10.012

*p value < 0.05, **p value < 0.01

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ และด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ กล่าวคือ เมื่อการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ เพิ่มขึ้น 0.177 หน่วย (b= 0..177) เมื่อการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ลดลง 0.247 หน่วย (b= -0.247) และเมื่อทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ เพิ่มขึ้น 0.084 หน่วย (b= 0.084) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ร้อยละ 15.1 (adjR^2 = 0.151) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) โดยสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

Yi = 2.976+0.177 (ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ) – 0.247(ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ) + 0.084(ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z = 0.245(ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ) – 0.217(ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ) + 0.175 (ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิมีทั้งหมด 4 ด้าน ที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล 2) ด้านทักษะการตัดสินใจ 3) ด้านความรู้ ความเข้าใจ และ 4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าด้วยบริบทและการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ทั้งหมดไม่มีส้วมใช้ (ร้อยละ 100.00) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 96.73) จากผลการวิจัยพบเพียงประเด็นเดียวที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ผู้ที่เดินเท้าเปล่าบนดินที่ชื้นแฉะ จะมีโอกาสติดเชื้อหนอนพยาธิ มากกว่าผู้ที่สวมรองเท้า ($\bar{X}$= 3.74, S.D.= 0.52) ซึ่งเป็นด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ประชาชนชาวมอแกนไม่ได้รับการศึกษาแต่ยังมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคหนอนพยาธิ หรืออีกประเด็นน่าจะ ประชาชนชาวมอแกนเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่อาจจะเป็นเพราะการสื่อสารที่เป็นภาษาระหว่าง อสม. และชาวมอแกนที่ต่างกัน จึงอาจจะทำให้ชาวมอแกนได้รับข้อมูลที่ผิดพลาดส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะเลือกในทางปฏิบัติตนเองเพื่อให้ปลอดจากโรคหนอนพยาธิ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$= 2.82, S.D.= 0.48) วิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ก่อนที่จะลงมือทำ ($\bar{X}$= 2.80, S.D.= 0.43) ในประเด็นการปรุงอาหาร เช่น เนื้อสัตว์ป่าแบบดิบๆ กิน จะไม่เสี่ยงเป็นโรคหนอนพยาธิ ($\bar{X}$= 2.61, S.D.= 0.56) สำหรับการเข้าถึงข้อมูลที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า บริบทพื้นที่ของชุมชมอแกนยังไม่มีไฟฟ้าใช้ และระบบอินเตอร์เน็ตยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ประกอบการชาวมอแกนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตทำให้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ชาวมอแกนขาดการเข้าถึงข้อมูลส่งผลให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลโรคหนอนพยาธิ เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือยังมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$= 2.55, S.D.= 0.61) สำหรับด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิก็อาจจะเป็นเพราะว่าอสม. ที่ให้ข้อมูลข่าวสาร แต่อาจจะมีประเด็นเรื่องภาษาที่ใช้ ซึ่งอาจจะมีการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง ผลการศึกษา แตกต่างกับการศึกษาของวัฒนศักดิ์ โสสุด และเกษราวดี คนหาญ (2567) ที่พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่มีบทบาทในการดูแลประชาชนในพื้นที่และได้รับส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ

สำหรับด้านที่อยู่ในระดับต่ำมี 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง และด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ โดยด้านการจัดการตนเองพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการพูดคุยตักเตือนกันในครอบครัว ให้ถ่ายอุจจาระในส้วม และสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน ($\bar{X}$= 1.73, S.D.= 0.89) ประเด็นนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ชาวมอแกนทั้งหมดไม่มีส้วมใช้ (ร้อยละ 100.00) ฉะนั้น ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนอนพยาธิจึงยังมีการจัดการไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ที่พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลที่ถูกต้องหรือแนะนำให้สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหนอนพยาธิได้บ่อยครั้ง ($\bar{X}$= 1.58, S.D.= 0.83) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า อสม. ที่ดูแลประชาชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา เป็นคนสัญชาติไทย และชาวมอแกนเกือบทั้งหมดไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 96.73) ถึงแม้ว่าชาวมอแกนจะเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิถึง ร้อยละ 58.17 ก็ตาม แต่ในการใช้ภาษาในการสื่อสารของอสม. อาจจะยังใช้คำที่ไม่ถูกต้อง และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคในบางประเด็น จึงทำให้มีการสื่อสารที่ผิดพลาด ส่งผลให้ทักษะการจัดการตนเอง และด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของวัฒนศักดิ์ โสสุด และเกษราวดี คนหาญ (2567) ที่พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่มีบทบาทในการดูแลประชาชนในพื้นที่และได้รับส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า พฤติกรรมบางประเด็นเกิดจากบริบทของการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ดังผลการศึกษาที่พบว่า ประชาชนชาวมอแกนขุดหลุมฝังกลบเวลาขับถ่ายในป่า ($\bar{X}$= 3.11, S.D.= 0.91) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าทั้งหมดไม่มีส้วมใช้ (ร้อยละ 100.00) ประกอบกับเมื่อมีเจ้าหน้าที่มาแนะนำเรื่องโรคพยาธิแต่ไม่เข้าใจภาษา จึงไม่สนใจฟังคำแนะนำ ($\bar{X}$= 3.09, S.D.= 0.51) ซึ่งการไม่มีส้วมใช้ และไม่เข้าใจภาษาจึงอาจจะทำให้ชาวมอแกนมีพฤติกรรมที่สามารถที่จะทำให้เกิดโรคหนอนพยาธิได้ ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของเมธี สุทธศิลป์ และสิริวิมล เกิดศรี (2568) ที่พบว่า นักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก มีพฤติกรรมใช้ส้วมเมื่อมีการขับถ่ายอุจจาระ เช่นเดียวกับการศึกษาของยุภาพร ศรีจันทร์, เมตตา คำอินทร์ และวราภรณ์ โพธิบัลลังค์ (2563) ที่พบว่า ประชาชนใน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

พื้นที่ทุรกันดาร อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิในระดับที่ต้องแก้ไข และการศึกษาของวรยุทธ นาคอ้าย, สุมาลี ซุยหาญ และวรปัชญ์ ตาละ (2563) ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับที่ถูกต้อง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าประชาชนในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน เป็นชาวไทย ที่เข้าใจภาษาสามาถทำให้มีการรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิที่ถูกต้อง

3. ตัวแปรที่สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชุมชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา จำนวน 3 ตัวแปร และสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 15.1 ($adjR^2$ = 0.151) อภิปรายผลได้ดังนี้

3.1 ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ สามารถทำนายโดยมีทิศทางไปทางบวก (b= 0.177) ทั้งนี้การที่ชาวมอแกนรู้เท่าทันสื่อย่อมส่งผลให้ชาวมอแกนสามารถเข้าใจ ประเมิน และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือโรคหนนอนพยาธิได้มากขึ้น เพราะสื่อประเภทต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลที่สื่อนำเสนอทั้งที่เป็นแผ่นพับ โปสเตอร์ หรือคำพูด จะมีจุดมุ่งหมายที่ต้องการให้ชาวมอแกนสามารถที่จะป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ถูกต้อง แต่ผลการศึกษาพบว่า ชาวมอแกนไม่ได้รับการศึกษาประกอบกับการใช้สื่อของ อสม. ซึ่งอาจจะเป็นคำพูด แผ่นพับ หรือโปสเตอร์ อาจจะยังทำให้ชาวมอแกนไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของชาวมอแกน แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหนอนพยาธิของชาวมอแกน ฉะนั้น การปรับใช้สื่อที่เป็นภาพ หรือวีดีโอ หรือพัฒนาประชาชนชาวมอแกนที่เป็นที่นับถือของชาวมอแกนมาเป็น อสม. เพื่อที่จะได้ดูแลประชาชนในพื้นที่ ก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้ชาวมอแกนสามารถเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิได้ถูกต้อง ฉะนั้น การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของชาวมอแกนมากที่สุด ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของธนากร วรัมพร, ยุวดี สาระพันธ์ และสุนิสา แสงจันทร์ (2564) ที่พบว่า การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมศรี สามารถ (2567) ที่ศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า การรู้เท่าทันสื่อของประชาชน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิส ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป และโรคเลปโตสไปโรสิสเป็นโรคที่มีความรุนแรงที่เห็นได้ชัดกว่าโรคหนอนพยาธิที่มีความรุนแรงระยะยาว

3.2 ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ สามารถทำนายโดยมีทิศทางไปทางบวก (b= 0.084) ทั้งนี้ในการที่ผู้สื่อสารมีทักษะการสื่อสารที่ดีย่อมแสดงถึงความสามารถเพื่อให้ชาวมอแกนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิได้ถูกต้อง รวมทั้งหากมีการสื่อสารที่ดีก็จะสามารถโน้มน้าวให้ชาวมอแกนยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง และทำให้ชาวมอแกนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคหนอนพยาธิได้เช่นกัน ถึงแม้การศึกษาจะพบว่า ชาวมอแกนไม่ได้รับการศึกษาทั้งหมด แต่หากการให้คำแนะนำของ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการใช้ภาษาที่เข้าใจตรงกันกับชาวมอแกน ก็จะทำให้ชาวมอแกนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ถูกต้องและเหมาะสม แตกต่างกับการศึกษาของธนากร วรัมพร, ยุวดี สาระพันธ์ และสุนิสา แสงจันทร์ (2564) ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิของประชาชนไม่มี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมศรี สามารถ (2567) ที่ศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า ด้านทักษะการสื่อสารของประชาชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิส ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ฉะนั้น เมื่อสื่อภาษาเดียวกัน สามารถที่รับรับรู้ข้อแนะนำต่าง ๆ ได้ถูกต้องมากกว่าชาวมอแกน ที่จะต้องใช้ อสม. เป็นล่ามเมื่อให้คำแนะนำ

3.3 ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ สามารถทำนายโดยมีทิศทางไปทางลบ (b= -0.247) อาจจะเป็นเพราะว่า อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ เป็นพื้นที่ที่ระบบไฟฟ้า และระบบสัญญาณเครื่องมือสื่อสาร หรืออินเตอร์เน็ตไม่สามารถที่จะใช้ได้ ประกอบกับชาวมอแกนไม่ได้รับการศึกษา จึงทำให้ขาดทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ไม่มีความรู้ในการค้นหาข้อมูล และขาดความรู้ในการใช้อุปกรณ์เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ตลอดจนความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือด้วยบริบทพื้นที่ของชาวมอแกนที่อาศัยอยู่ ประกอบกับวิถีชีวิตและปัจจัยส่วนบุคคลของชาวมอแกน อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่า การใช้หรือฟังภาษาไทยยังไม่ชัดจึงส่งผลชาวมอแกนเกิดความสับสนในสิ่งที่ตนเองได้รับรู้จากช่องทางอื่น จึงทำให้ประเด็นการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิจึงเป็นไปในทิศทางลบ แตกต่างกับการศึกษาของสมศรี สามารถ (2567) ที่ศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลของประชาชน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิส แต่มีความสัมพันธ์ในทางบวก อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป มีอินเตอร์เน็ตใช้ และมีทักษะในการค้นหาข้อมูล เพราะโรคเลปโตสไปโรซีสเป็นโรคที่พบบ่อย และมีความรุนแรงที่เห็นได้ชัดกว่าการเป็นโรคหนอนพยาธิ ฉะนั้น ประชาชนจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลได้และมีอิทธิพลเป็นไปในทิศทางบวก เช่นเดียวกับการศึกษา ของธนากร วรัมพร, ยุวดี สาระพันธ์ และสุนิสา แสงจันทร์ (2564) ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ

สำหรับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิด้านความรู้ ความเข้าใจ, ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ จากผลการวิจัยไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา อาจจะเป็นเพราะว่า ถึงแม้ว่าชาวมอแกนจะมีภาษาพูดเป็นของตัวเอง แต่ทั้งนี้ยังไม่สามารถที่จะเขียนเป็นภาษาไทยและมีสำเนียงที่ไม่ได้ถูกต้องมากนัก แต่ด้วยชุมชนมอแกนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สื่อสารให้ความรู้ พฤติกรรมบางประเด็นที่ได้จากการแนะนำ เช่น การสวมรองเท้าขณะเดินไปที่ต่าง ๆ ชาวมอแกนจึงตัดสินใจเลือกการปฏิบัติและจัดการตนเองที่ถูกต้อง ฉะนั้น ปัจจัยดังกล่าวจึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ แต่มีการศึกษาอื่นที่นำความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิไปพัฒนาโปรแกรม และผลการวิจัยพบว่า หลังพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ทำให้ประชาชนมีความรอบรู้เพิ่มขึ้น ฉะนั้น เป็นไปได้ว่าหากมีการออกแบบโดยเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมในมิติต่าง ๆ สำคัญและสามารถที่จะประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนพฤติกรรมผ่านแรงจูงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น (วันเพ็ญ เถาว์ทุมมา, 2567)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิจะอยู่ระดับปานกลางและต่ำ ความรอบรู้ที่มีอิทธิพล ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ และด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เป็นไปในทิศทางบวก ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคหนอนพยาธิ เป็นไปในทิศทางลบ จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีมาตรการเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. จะต้องสนับสนุนให้มีส้วมทุกหลังคาเรือน และส่งเสริมให้ใช้ส้วมอย่างถูกสุขาภิบาล โดยมีภาพหรือสื่อที่ใช้เสียงที่เป็นภาษาของชางมอแกน เพื่อให้สามารถที่จะปฏิบัติอย่างถูกต้อง

2. ปรับกระบวนการให้ความรอบรู้ โดยพัฒนาล่าม หรือพัฒนาประชาชนชาวมอแกนให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการสื่อสารที่ถูกต้อง และเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การให้คำแนะนำควรมีการปรับสื่อให้ทันสมัยและตรงกับบริบทของประชาชนชาวมอแกนที่จัดได้ว่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ เพื่อให้เหมาะสมกับประชาชนชาวมอแกน อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560-2579).* กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565.* กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.* กรุงเทพ ฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(ฉบับพิเศษ), 1-11.

ธนากร วรัมพร, ยุวดี สาระพันธ์, และสุนิสา แสงจันทร์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3*(2), 16-30.

นฤมล อรุโณทัย, พลาเดช ณ ป้อมเพชร, อรุณ แถวจัตุรัส ฟาเทอร์, และจีระวรรณ์ บรรเทาทุกข์. (2549). วิถีชีวิตมอแกน. กรุงเทพ ฯ: โครงการนำร่องอันดามัน สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2558). การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8*(2), 68-75.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

เมธี สุทธศิลป์ และสิริวิมล เกิดศรี. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในนักเรียนศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 7*(2), E279174

ยุภาพร ศรีจันทร์, เมตตา คำอินทร์, และวราภรณ์ โพธิบัลลังค์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่*. วารสารสาธารณสุขล้านนา, *6*(1), 119-128.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะพระทอง. (2568). *ข้อมูลสุขภาพศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ชุมชนมอแกน.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

วรยุทธ นาคอ้าย, สุมาลี ซุยหาญ และวรปัชญ์ ตาละ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคหนอนพยาธิของประชาชนในพื้นที่ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. *วารสารควบคุมโรค, 46*(4), 414-429.

วัฒนศักดิ์ โสสุด และเกษราวดี คนหาญ. (2567). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7*. รายงานการวิจัย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

วันเพ็ญ เถาว์ทุมมา. (2567). ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล (บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(6), 623-630.

สมศรี สามารถ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเลปโตสไปโรสิส ของประชาชน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่. *วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 55*(7), 1-15.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช. (2567). *ข้อมูลโรคติดต่อ.* กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

อาทิตยา หมื่นละม้าย. (2559). ประเพณีกินบุญ: พื้นที่ทางวัฒนธรรมของชาวมอแกลน กรณีศึกษาชุมชมอแกลนบ้านน้ำเค็ม ตำบลบางม่วง อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. รายงานการศึกษาหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปกร. กรุงเทพมหานคร.

Best, J. W. (1977). *Research in Education.* New Jersey: Prentice hall Inc

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* (2*nd* ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Method, 39*(2), 179-191. doi: 10.3758/bf03193146.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). Multivariate Data Analysis. 7th Edition, Pearson, New York.

Likert, R. (1932). A Technique for Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology, 140*, 5-55.

Parker, G. G. (1995). Structure and Microclimate of Forest Canopies. In: M. D. Lowman, & N. M. Nadkarni (Eds.), Forest Canopies (pp. 73-106). San Diego: Academic Press.

Yost, K. J., Webster, K., Baker, D. W., Choi, S. W., Bode, R. K., & Hahn, E. A. (2009). Bilingual Health Literacy Assessment Using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and Pilot Testing. *Patient Education and Counseling, 75*(3), 295-301.

World Health Organization. (2023). *Control of Tropical Diseases.* Geneva: World Health Organization.

e279532

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ณรงศักดิ์ เข็มเพชร[1] , ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์[2*]

[1] โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

[2*] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ:27 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 16 กุมภาพันธ์ 2569 ; วันที่ตอบรับ:17 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (AIC) ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยยาเสพติดในระบบติดตามผล (Aftercare) ของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 38 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมฯ และโปรแกรมที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และเทคนิค AIC ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Alpha) = 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องยาเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 9.33 เป็น 12.70 คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกยาเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มีการพัฒนาจากระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.80, S.D. =0.65) สู่ระดับดี ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. =0.55) และมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 4.30, S.D. = 0.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.83, S.D. = 0.65) การผนึกกำลังของชุมชนผ่านกระบวนการ AIC เป็นกลไกสำคัญในการสร้างตาข่ายทางสังคม (Social Safety Net) ที่ช่วยปรับเปลี่ยนเจตคติและเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขควรนำไปขยายผลเพื่อสร้างความยั่งยืนในการบำบัดรักษาต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลตนเอง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้ป่วยยาเสพติด, กระบวนการ AIC

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์ ; nutchanun@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Effects of a Community Participation-Based Self-Care Program on Patients with Substance Use Disorders in Sawang Wirawong District, Ubon Ratchathani Province

Narongsak Khempect[1], Nutchanun Kamonroek[2*]

[1] Sawang Wirawong Hospital, Ubon Ratchathani Province

[2*] Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: 27 December 2025; Revised: 16 February 2026; Accepted: 17 February 2026)

Abstract

This study examined the effectiveness of a self-care program integrated with the Appreciation, Influence, and Control (AIC) community participation process on health behaviors and intention to discontinue substance use. A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was conducted with 38 purposively selected patients with substance use disorders at Sawang Wirawong Hospital, Ubon Ratchathani (April–October 2025). The intervention integrated Orem's Self-Care Deficit Theory, the Health Belief Model (HBM), and AIC. Validated instruments (IOC 0.67–1.00; Cronbach's alpha 0.86) assessed knowledge, perceptions, self-care, and participation. Data were analyzed using paired t-tests ($p < .05$).

Post-intervention, substance abuse knowledge scores increased from 9.33 to 12.70. Perceived susceptibility, severity, and benefits significantly increased, while barriers decreased ($p < .001$). Self-care behaviors improved from moderate ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = 0.65) to good ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.55). Intention to discontinue substance use increased significantly ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.60, $p < .001$). Community participation was rated high ($\bar{X}$ = 3.83, S.D. = 0.65). Community synergy via AIC establishes a crucial "social safety net," effectively altering attitudes and enhancing patient self-care. Public health agencies should expand this model for sustainable rehabilitation.

Keywords: Self-care Program, Community Participation, Patients with Substance Use Disorders, AIC Process

***Corresponding author**: Nutchanun@scphub.ac.th; nutchanun@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บทนำ

พลวัตของปัญหายาเสพติดในปัจจุบันยังคงทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนเชิงโครงสร้าง โดยข้อมูลเชิงประจักษ์จากสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2022) สะท้อนวิกฤตการณ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่น่าวิตก พบปริมาณการตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนสูงถึง 151 ตัน และเคตามีนพุ่งสูงขึ้นเป็นประวัติการณ์ถึง 27.4 ตัน คิดเป็นอัตราการขยายตัวร้อยละ 167 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า แม้มาตรการปราบปรามจะสัมฤทธิ์ผลในบางพื้นที่ แต่ในกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขง โดยเฉพาะไทย เมียนมา และฟิลิปปินส์ กลับพบดัชนีชี้วัดความรุนแรงที่เพิ่มสูงขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวเร่งเร้าให้เกิดการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ตามมติสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษและนโยบายรัฐบาลไทย จากการมุ่งเน้นกระบวนการยุติธรรมทางอาญาเพียงลำพัง สู่การใช้สาธารณสุขนำการแก้ไขปัญหา ภายใต้วาทกรรม ผู้เสพคือผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาแบบบูรณาการเพื่อคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสร้างโอกาสในการกลับคืนสู่สังคม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อย่างไรก็ตาม ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดยังคงเผชิญความท้าทาย เนื่องจากภาวะการติดยาเสพติดเป็น "โรคสมองติดยาเรื้อรัง" ที่ต้องอาศัยระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย จิต และสังคม ไม่น้อยกว่า 3 เดือน (World Health Organization, 2004) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนจำเป็นต้องเกิดจากการรับรู้ภาวะเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ผนวกกับเจตคติและการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม (Subjective Norm) หากผู้ป่วยขาดการตระหนักรู้และแรงจูงใจภายใน ย่อมนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา (Treatment Failure) (ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี และ ศุภรดา วงศ์จำปา, 2566; บุบผา บุญญามณี และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2567)

ประเด็นปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการรักษาปรากฏชัดเจนในบริบทพื้นที่ของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลสถิติย้อนหลังระหว่างปี 2564–2567 บ่งชี้ว่าอัตราการคงอยู่ในการบำบัด (Retention Rate) อยู่ในเกณฑ์ต่ำและมีความผันผวนอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 2.67, 3.45, 28.81 และ 23.53 ตามลำดับ) ในขณะที่อัตราการขาดนัด (Drop out) ช่วงปี 2565–2567 ยังคงสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 52.75, 48.61 และ 45.39) ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) เพียงลำพังอาจไม่เพียงพอสำหรับบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท การขาดกลไกทางสังคมในการติดตามดูแล และช่องว่างของการเชื่อมต่อนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับรากหญ้า ถือเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (Research Gap) ที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษายังไม่เป็นที่น่าพอใจ (โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2568) เพื่อข้ามผ่านข้อจำกัดดังกล่าว การผนึกกำลังผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นกุญแจสำคัญ โดยเฉพาะกระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) ซึ่งเป็นเครื่องมือทางสังคมที่ช่วยเปลี่ยนสถานะของชุมชนจากผู้รับบริการสู่หุ้นส่วนการพัฒนา (Active Partner) กระบวนการนี้เปิดพื้นที่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และก่อให้เกิดพันธะสัญญาประชาคม ซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนมากกว่าการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-down Approach) (สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา, 2567; วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ, 2568)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

งานวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยการบูรณาการทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะรายบุคคล(Orem, Taylor, and Renpenning (2001) ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) เพื่อปรับโครงสร้างทางปัญญาและเจตจำนงในการเลิกสารเสพติด โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกการมีส่วนร่วมแบบ AIC ณ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษานี้มุ่งหวังที่จะปิดช่องว่างเชิงระบบและพฤติกรรม เพื่อยกระดับผลลัพธ์ทางการแพทย์ ลดอัตราการเสพซ้ำ และสร้างนวัตกรรมทางสังคมที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน สอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด

2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ตามกระบวนการ AIC

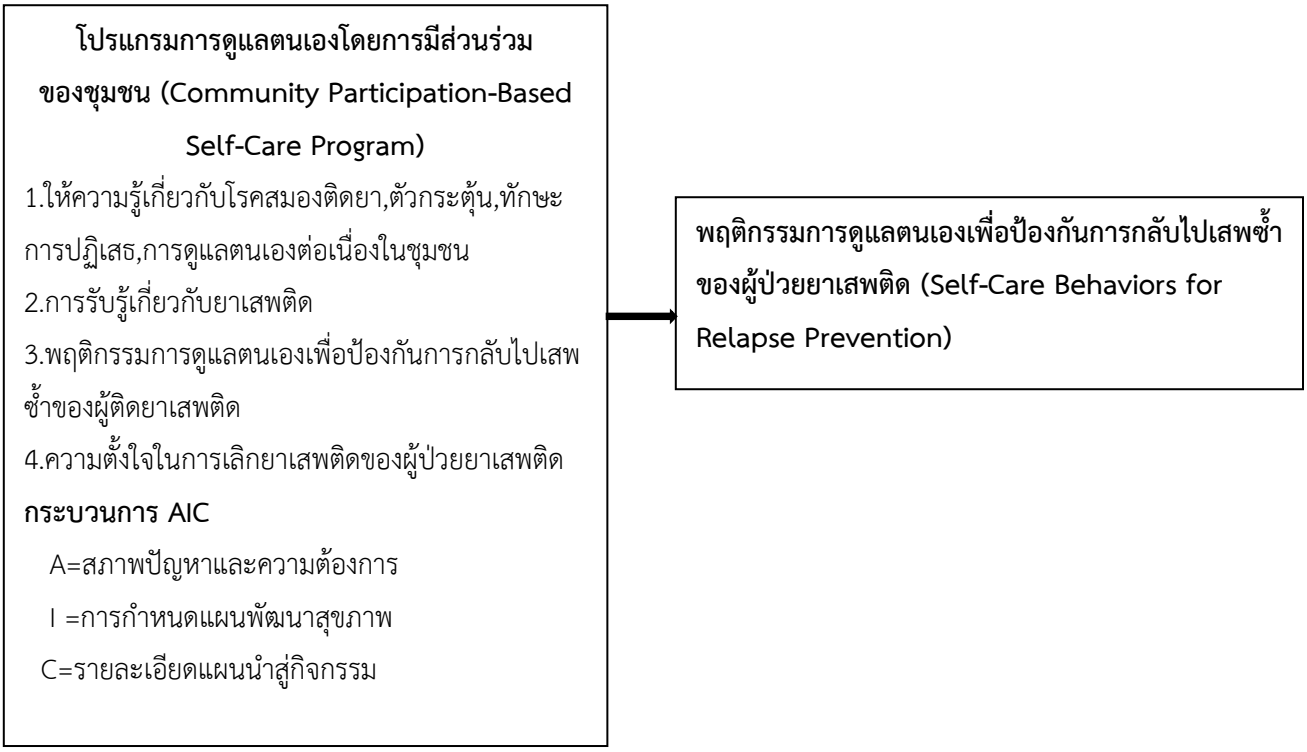
สมมุติฐานการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผู้ป่วยยาเสพติด มีระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความตั้งใจหยุดยาเสพติด และกระบวนการมีส่วนร่วมฯ เพิ่มมากขึ้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสังเคราะห์กรอบแนวคิดการวิจัยอาศัยการบูรณาการ 3 แนวคิดหลักเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ 1) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นแกนหลักในการพัฒนาขีดความสามารถ (Self-care Agency) ใน 4 มิติสำคัญ คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการภาวะเจ็บป่วย และสุขภาพจิต 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) ทำหน้าที่ปรับโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Restructuring) เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความตั้งใจ (Intention) ในการเลิกสารเสพติด และ 3) กระบวนการ AIC เป็นกลไกขับเคลื่อน (Operational Mechanism) ในการยกระดับชุมชนสู่การเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา (Active Partner) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงมิติภายในบุคคล (Self-care) เข้ากับมิติทางสังคม (Community Participation) เพื่อปิดช่องว่างของการบำบัดรักษาแบบเดิม ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation-Based Self-Care Program) ต่อพฤติกรรมการดูแล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด เริ่มทำการศึกษาตั้งแต่ 1 เมษายน 2568 ถึง 31 ตุลาคม 2568 ระยะเวลา 6 เดือน

ประชากร

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและอยู่ในระยะติดตามผล (Aftercare) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 ตุลาคม 2568 รวมทั้งสิ้นจำนวน 38 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Total population sampling) เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าวโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

1.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ในปี พ.ศ. 2567
2. ได้รับการตรวจประเมินไม่พบว่ามีโรคจิตร่วม สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้
3. มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง
4. สามารถพูดคุยภาษาไทยและสื่อสารได้
5. ยินดีเข้าร่วมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรงกำเริบ *ระหว่าง* การเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้ที่ย้ายที่อยู่ไปนอกเขตพื้นที่วิจัย ทำให้ไม่สามารถติดตามผลได้
3. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยกลางคัน (Withdrawal criteria)
4. ผู้ที่กลับไปเสพซ้ำและถูกดำเนินคดีทางกฎหมายระหว่างการวิจัย

2. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ภาคีเครือข่าย 5 เสาหลัก ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตำรวจ, ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน), อสม. และแกนนำครอบครัว รวม 34 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและผู้สนับสนุนตามกระบวนการ AIC

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการดูแลตนเอง (The Intervention Protocol)

โปรแกรมดำเนินการผ่าน 3 ระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการเสพซ้ำ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนายุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการ AIC

- **Appreciation (A)** วิเคราะห์สถานการณ์จริง ความเสี่ยง และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในการเลิกเสพยาเสพติดอย่างยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

- **Influence (I)** ระดมสมองเพื่อออกแบบกิจกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและจัดลำดับความสำคัญ
- **Control (C)** จัดตั้งระบบพี่เลี้ยงชุมชนและจัดทำแผนปฏิบัติการรายบุคคล

ระยะที่ 2 การขับเคลื่อนกิจกรรมบำบัด (Implementation)

- **Social Commitment** การทำพันธะสัญญาประชาคมต่อหน้าผู้นำชุมชนเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms)
- **Proactive Self-Management** การฝึกทักษะการรู้คิด (Cognitive Skill) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงและฝึกทักษะการปฏิเสธ (Refusal Skill)
- **Community Mentoring** ระบบคู่หู (Buddy) โดยแกนนำชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)
- **Self-Monitoring** การบันทึกพฤติกรรมในสมุด "บันทึกพิชิตเป้าหมาย" และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อยทุก 2 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

- วัดผลสัมฤทธิ์ผ่านแบบสอบถามหลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่พัฒนามาจากงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา, (2567) และ วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ, (2568) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ใช้สำหรับก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบและเป็นคำถามปลายเปิดแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องยาเสพติดคะแนน จำนวน 15 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ใช้เกณฑ์การแปลระดับความรู้ และความเข้าใจของ Bloom, 1971 โดยแบ่งระดับความรู้ เป็นระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80.0), ปานกลาง (ร้อยละ 60 -80) และ ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ ครอบคลุมโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการหยุดยา จำนวน 20 ข้อ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) และใช้การแปลผลคะแนนรวม (Total Score) โดยอิงเกณฑ์ร้อยละตามแนวคิดของ Bloom (1971) ซึ่งคำนวณจากคะแนนเต็ม 60 คะแนน คำนวณจากช่วงคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน และสูงสุด 60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (48-60 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (36-47 คะแนน) ระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (20-35 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน (ใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้มีส่วนร่วม) จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะ (Rating scale) มาตราส่วนประมาณค่าเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ทั้ง 4 ด้าน เป็นมาตรฐานวัด กำหนดเกณฑ์การวัด 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง 3 คะแนน) น้อย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

(2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผล โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ มากที่สุด (4.50-5.00) มาก (3.50-4.49) ปานกลาง (2.50-3.49) น้อย (1.50-2.49) น้อยที่สุด (1.00-1.49)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย(1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลให้คะแนน มีช่วงคะแนน 20 - 60 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ที่ประยุกต์ตามแนวคิดของ Bloom, 1971 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี (48 – 60 คะแนน) ปานกลาง (35 - 47 คะแนน) ไม่ดี (20 - 34 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ที่ 0.67 – 1.00 และ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการ ประสานงานขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและพื้นที่ดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์

2. การประสานกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรมแก่ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบติดตามผล (Aftercare) จำนวน 38 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน 34 คน เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3. การดำเนินการเก็บข้อมูล ในระยะก่อนทดลอง (Pre-test) ประเมินความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเริ่มโปรแกรม ระยะดำเนินการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (AIC) และระยะหลังทดลอง (Post-test) ประเมินซ้ำด้วยชุดแบบสอบถามเดิมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม พร้อมรวบรวมผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ

4. ความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทั้ง 38 ชุด (ร้อยละ 100) ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Statistical Significance at $p < 0.05$) ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ระดับความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรม วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean,$\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality Test)

การทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมใช้สถิติ Paired Samples t-test กำหนดค่าทดสอบนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (IRB: SSJ.UB 2568–03.006 วันที่ 31 มีนาคม 2568) โดยผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมที่ยังมีผลถึงปี 2569 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงสิทธิและลงนามยินยอมโดยสมัครใจ พร้อมสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและรายงานเฉพาะในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบติดตามผล (Aftercare) ของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ย 42.3 ปี (S.D. = 11.57) สถานภาพสมรสเป็นโสดและคู่ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 46.7 และ 43.3 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขายเป็นหลัก และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 15,467 บาท

2. **ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**

ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เรื่องยาเสพติด การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (N=38)

ตัวแปรที่ศึกษา (Variables)	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$(S.D.)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	MD	t	p-value
1. ความรู้เรื่องยาเสพติด	9.33 (1.53)	12.70 (0.83)	3.37	-13.04	< .001*
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ					
2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.20 (0.64)	3.80 (0.40)	1.6	-14.8	< .001*
2.2 การรับรู้ความรุนแรง	2.85 (0.58)	4.20 (0.50)	1.35	-15.2	< .001*
2.3 การรับรู้ประโยชน์	3.00 (0.60)	4.50 (0.45)	1.5	-13.5	< .001*
2.4 การรับรู้อุปสรรค	3.50 (0.70)	2.00 (0.55)	-1.5	10.5	< .001*
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.80 (0.65)	4.10 (0.55)	1.3	-11.5	< .001*
4. ความตั้งใจหยุดยาเสพติด	2.90 (0.75)	4.30 (0.60)	1.4	-12.8	< .001*

*p< .05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกมิติ ดังนี้ 1) ด้านความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (จาก 9.33 เป็น 12.70 คะแนน) 2) ด้านการรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการหยุดยาเพิ่มขึ้น ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการหยุดยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 3.50 เหลือ 2.00 คะแนน) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยลดกำแพงทางความรู้สึกที่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกยาได้จริง และ 3) ด้านพฤติกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.80, S.D. = 0.65) เป็นระดับดี ($\bar{X}$= 4.10, S.D. = 0.55) สอดคล้องกับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ในประเด็นของคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นและค่าความแตกต่าง (Mean Difference) ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -13.157$, $p < .001$) ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ของ Cohen's d เพื่อยืนยันขนาดของความเปลี่ยนแปลง พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.13 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม (Practical Significance) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (N=38) จำแนกตามบทบาทหน้าที่ พบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละมิติที่น่าสนใจ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน จำแนกตามรายด้าน

ประเด็นการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการปฏิบัติการ (Implementation)			
1.1 การสอดส่องดูแลพฤติกรรมและความเคลื่อนไหว	4.13	0.98	มาก
1.2 การเป็นผู้นำและร่วมแก้ไขปัญหาในชุมชน	3.53	1.12	มาก
เฉลี่ยรวมด้านการปฏิบัติการ	**3.83**	**0.95**	**มาก**
2. ด้านทรัพยากร (Resource Support)			
2.1 การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์	2.95	1.05	ปานกลาง
เฉลี่ยรวมด้านทรัพยากร	**2.95**	**1.05**	**ปานกลาง**
3. ด้านผลประโยชน์ (Benefit)			
3.1 การได้รับการยกย่องและการยอมรับจากสังคม	3.68	1.15	มาก
3.2 การได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน	3.58	1.08	มาก
เฉลี่ยรวมด้านผลประโยชน์	**3.63**	**1.02**	**มาก**
รวมเฉลี่ยทุกด้าน (Overall)	**3.47**	**0.98**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 2 พบว่า โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47, S.D. = 0.98) เมื่อพิจารณารายด้านพบรายละเอียดที่น่าสนใจ โดยด้านการปฏิบัติการ (Implementation) มีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 3.83, S.D. = 0.95) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสอดส่องดูแลพฤติกรรมและความเคลื่อนไหวในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 4.13, S.D. = 0.98) รองลงมาคือการเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X}$ = 3.53, S.D. = 1.12) สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนมีความตื่นตัวและพร้อมลงมือปฏิบัติในการเฝ้าระวังทางสังคม (Social Surveillance)

ด้านทรัพยากร (Resource Support) เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.95, S.D. = 1.05) บ่งชี้ว่า ชุมชนยังมีข้อจำกัดในการสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่อาจต้องพึ่งพาทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐเป็นหลัก

ด้านผลประโยชน์ (Benefit) ผู้เข้าร่วมโครงการรับรู้ผลประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.63, S.D. = 1.02) โดยเฉพาะการได้รับการยกย่องยอมรับจากสังคม ($\bar{X}$ = 3.68, S.D. = 1.15) ซึ่งถือเป็นแรงจูงใจทางสังคม (Social Incentive) ที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

อภิปรายผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดโอกาสการเสพซ้ำ โดยมีประเด็นอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด ดังนี้

1. ด้านข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 38 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า สำหรับการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,467 บาท ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับปานกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาตนเองหากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด

ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเป้าหมายมีระดับความตั้งใจในการหยุดเสพยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลเชิงวิชาการตามปรากฏการณ์และกรอบแนวคิดทฤษฎีได้ดังนี้ ความสำเร็จในส่วนของความตั้งใจที่เพิ่มขึ้นนั้น สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) โดยเฉพาะในระยะแรกคือการสร้างบรรยากาศแห่งความยอมรับ (Appreciation) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการลดทอนการตีตรา (Stigmatization) ต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับชุมชน เมื่อบรรยากาศแห่งการยอมรับเกิดขึ้น ย่อมส่งผลโดยตรงต่อ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) ตาม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) กล่าวคือ เมื่อคนในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนแสดงท่าทีสนับสนุนและยอมรับ แทนการตำหนิหรือกีดกัน จะเป็นแรงขับเคลื่อนเชิงบวก (Positive Reinforcement) ที่ปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ป่วย ส่งผลให้ความตั้งใจ (Intention) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกสารเสพติดมีความเข้มแข็งขึ้น และในมิติของพฤติกรรมการดูแลตนเองตาม แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาในส่วนของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) อย่างชัดเจน เช่น การเลือกออกกำลังกายและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นทางสภาพแวดล้อม ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยการเพิ่มขึ้นของ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งถูกเสริมพลัง (Empowerment) ผ่านขั้นตอนการวางแผนและร่วมตัดสินใจ (Influence and Control) ในกิจกรรมกลุ่มกระบวนการ AIC ทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์บริบทชีวิตจริงของตนเองและออกแบบแนวทางปฏิบัติที่ทำได้จริง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการกำกับตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ที่เน้นย้ำว่าการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพต้องบูรณาการมิติทางชีวภาพและสังคม (Bio-psycho-social approach) เข้าด้วยกัน และยังสอดรับกับผลงานวิจัยระดับนานาชาติของ Eddie et al. (2019) ในวารสาร Frontiers in Psychology ที่ระบุว่าการใช้พลังของประสบการณ์ร่วม (Lived Experience) และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นตัวแปรต้นที่ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Rate) ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว (Clinical setting) ซึ่งเป็นการยืนยันว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอสว่างวีระวงศ์มีมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบททางวิชาการระดับสากล นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ บุบผา บุญญามณี และ อรวรรณ หนูแก้ว

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

(2567) ที่ชี้ให้เห็นว่าการผสานแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความยั่งยืนในการเลิกยาเสพติด และสอดคล้องกับงานของ สยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว (2564) ที่ระบุว่าโปรแกรมการเสริมพลังสามารถยกระดับการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญเรือน สนิทวงศ์ณ อยุธยา และคณะ (2568) ที่ยืนยันว่ากระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและยกระดับอัตราความสำเร็จในการเลิกสารเสพติดได้ แม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคสูง

3. การปรับเปลี่ยนการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Perception) และความรู้

การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคที่ลดลง และการรับรู้ความรุนแรง/ประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้และการสะท้อนคิดในโปรแกรมช่วยปรับโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Restructuring) ของผู้ป่วยได้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี และศุภรดา วงศ์จำปา (2566) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปรับภาวะทางอารมณ์เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและเชื่อมั่นว่าอุปสรรคในการเลิกยาสามารถจัดการได้ย่อมส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่แน่วแน่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. บทบาทของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation & AIC)

จุดเด่นสำคัญของการศึกษานี้คือ กระบวนการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูงมากในด้าน การสอดส่องดูแลพฤติกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการใช้เทคนิค AIC (Appreciation, Influence, Control) ที่ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ เจน จันทรสุภาเสน และคณะ (2563) ที่ระบุว่าเทคนิค AIC เป็นเครื่องมือวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ทรงพลังในการสร้างองค์ความรู้และมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา (2567) และ วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ (2568) ที่ยืนยันตรงกันว่า ความสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดไม่ได้เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย (ผู้นำชุมชน, อสม., ฝ่ายปกครอง, ตำรวจ) โดยเฉพาะการติดตามดูแลในชุมชน (Community Based Treatment CBTx) ซึ่งช่วยลดอัตราการเสพซ้ำและทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม ดังที่พบในงานของ ประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) ที่รูปแบบการมีส่วนร่วมช่วยลดการเสพซ้ำได้ถึงร้อยละ 95.20 อธิบายเพิ่มเติม ได้ว่า

ผลการวิจัยที่พบว่าชุมชนมีการตื่นตัวและเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยเฉพาะด้าน การสอดส่องดูแลพฤติกรรม (Surveillance) และ การเข้าร่วมกิจกรรม (Participation) สะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์ทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายผ่านกรอบแนวคิดทางวิชาการได้ใน 3 มิติ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนผ่านสู่ การควบคุมทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ (Informal Social Control Transformation) การที่ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาผ่านกระบวนการ AIC ทำให้เกิด ประสิทธิภาพร่วมของชุมชน (Collective Efficacy) ซึ่งหมายถึงความเชื่อมั่นร่วมกันของสมาชิกในชุมชนว่าพวกเขามีศักยภาพที่จะจัดการปัญหาและควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา (2567) ที่ระบุว่าความสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือ ซึ่งแท้จริงแล้วคือการสร้างตาข่ายทางสังคม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

(Social Safety Net) ที่ถักทอโดยคนในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง แต่กำลังถูกดูแลและประคับประคองให้อยู่ในลู่ทางที่ถูกต้อง 2) ความสำเร็จของเทคนิค AIC ตามที่เจน จันทรสุภาเสน และคณะ (2563) ได้เสนอไว้นั้น สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory) โดยกระบวนการ A (Appreciation) และ I (Influence) ได้เปลี่ยนสถานะของคนในชุมชนจากผู้รับบริการ (Passive Recipient) ให้กลายเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา (Active Partner)เมื่อชุมชนได้ร่วมคิดและกำหนดกติกา (Control) พวกเขาจะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของทางจิตวิทยา (Psychological Ownership) ต่อโครงการส่งผลให้เกิดความผูกพัน (Commitment) และความรับผิดชอบที่จะทำให้โครงการสำเร็จ นี่คือเหตุผลทางพฤติกรรมศาสตร์ว่าทำไมระดับการเข้าร่วมกิจกรรมจึงสูงมาก และทำไมรูปแบบการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตามงานวิจัยของ วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ (2568) จึงมีประสิทธิภาพสูงเพราะมันขับเคลื่อนด้วยแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ของชุมชนเอง มิใช่การสั่งการจากภายนอก และ 3) การลดการตีตราและการคืนสู่สังคม (Destigmatization & Social Reintegration)

ผลการวิจัยของ ประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) ที่พบว่าการเสพซ้ำลดลงอย่างมาก เหลือเพียงร้อยละ 4.80 หรือไม่เสพซ้ำเลยถึงร้อยละ 95.20 สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital) กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ผู้นำ, อสม., ตำรวจ, ฝ่ายปกครอง) ช่วยสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการฟื้นฟู (Therapeutic Ecosystem) โดยช่วยลดการตีตรา (Stigma) ที่สังคมมีต่อผู้เสพ เมื่อผู้นำชุมชนและตำรวจเปลี่ยนบทบาทจากผู้ปราบปรามมาเป็นผู้ให้โอกาสจะช่วยเปิดพื้นที่ทางสังคม (Social Space) ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมายืนในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี (Social Reintegration) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับ (Social Acceptance) แรงกดดันที่จะกลับไปใช้ยาเพื่อหนีปัญหาจึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาด้านข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมด้านงบประมาณ แม้การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติจะสูง แต่ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรงบประมาณ และการได้รับค่าตอบแทนอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและระเบียบปฏิบัติของท้องถิ่น ที่ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมภาคประชาชนมีความซับซ้อนและขาดความคล่องตัวซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานอาสาสมัครในชนบทไทย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ พวงผกา สุริวรรณ (2564) ที่พบว่านโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรเป็นสิ่งจำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น แม้ชุมชนจะมีใจ (Heart) และมีแรง (Action) แต่ภาครัฐจำเป็นต้องหนุนเสริมทรัพยากรเพื่อให้กลไกนี้ยั่งยืน ตามข้อค้นพบของ กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ (2566) ที่ระบุว่าปัจจัยความสำเร็จคือการมีระบบสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐควบคู่ไปกับความเข้มแข็งของชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการข้ามหน่วยงาน โดยเฉพาะการผลักดันเข้าสู่แผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (สปสช.) เพื่อให้เกิดกลไกการสนับสนุนงบประมาณที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านรูปแบบการวิจัยซึ่งเป็นแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม แม้ผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นค่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากการศึกษานี้ใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนภายนอก ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้เป็นผลมาจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว แต่อาจได้รับอิทธิพลจากกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม AIC เช่น ความเกรงใจต่อผู้นำชุมชน หรือความต้องการเป็นที่ยอมรับ (Social Desirability) ซึ่งสะท้อนจากผลการวิจัยที่ พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการสอดส่องดูแลพฤติกรรมสูงที่สุด นอกจากนี้ ด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 ราย ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง การนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในบริบทอื่นที่มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงควรทำด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและเชิงนโยบาย

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (SOP) โดยใช้กระบวนการ AIC เป็นฐาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มีแนวทางเดียวกันในการเข้าถึงและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรบรรจุประเด็นการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ให้เป็นวาระหลัก และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมแก่แกนนำชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว มากกว่าการพึ่งพางบประมาณจากภาคสาธารณสุขเพียงมิติเดียว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Control Group) หรือเพิ่มระยะเวลาการติดตามผล (Long-term Follow-up) เป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Rate) อย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผู้ป่วยยาเสพติด กับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในรูปแบบอื่น ๆ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

เอกสารอ้างอิง

กรรณิกา สหเมธาพัฒน์. (2566). รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ในจังหวัดแห่งหนึ่ง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก*, *3*(3), 126-138. สืบค้นจาก https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000000184-0000001041.pdf

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด*. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/document/221101166727744069.pdf

ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, กรรณิกา ภูเพชร, นลินี เตชะวนิช, และ สุคนธา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. (2568). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, *17*(2), 1-18. สืบค้นจาก https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/265983

เจน จันทรสุภาเสน และคณะ. (2563). การใช้เทคนิค AIC เพื่อการเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์แมงกะพรุนน้ำจืด ในพื้นที่ตำบลหนองแม่นา อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. *สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์*. สืบค้นจาก https://research.pcru.ac.th/rdb/project/dataview?id=1502

บุบผา บุญญามณี, และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2567). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *10*(2). สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/267558

ประพัทธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, *6*(1), e268174. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/268174

พวงผกา สุริวรรณ. (2564). รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, *17*(2), 41–55. สืบค้นจาก https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/10463

ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี, และ ศุภรดา วงศ์จำปา. (2566). การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *33*(2), 1-10. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/265068

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2568). *รายงานผลการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2563 - 2567*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์.

วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรมมา, พิชิต คำภาเกะ, อังคาร มุ่งเกิด, และ วาสนา โยธานัก. (2568). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, *7*(1), e273093. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/273093

สันติ โพธิ์ทอง, และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. *วารสารร้อยแก่นสาร*, *9*(12), 1658-1675. สืบค้นจาก https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/275481

สยาภรณ์ เดชดี, และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2564). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *35*(1), 133–151. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/248561

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Retrieved from https://www.scribd.com/document/862723454/Research-in-Education-John-W-Best-3d-Ed-Englewood-Cliffs-N-J

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York, NY: McGraw-Hill.

Eddie, D., Hoffman, L., Vilsaint, C., Abry, A., Bergman, B., Hoeppner, B., & Kelly, J. F. (2019). Lived experience in new models of care for substance use disorder. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1052. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01052

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby. Retrieved from https://archive.org/details/nursingconceptso00dort/page/n5/mode/2up

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022*. Retrieved from https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html

World Health Organization. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/neuroscience-of-psychoactive-substance-use-and-dependence

e276683

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวโดยไม่ใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีสะเกษ

เทียนทอง เอื้อสามาลย์ [1]

[1]กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศรีสะเกษ

(วันที่รับบทความ: 3 สิงหาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 11 มกราคม 2569 ; วันที่ตอบรับ: 15 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนมากขึ้น รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการให้บริการสุขภาพจิต การพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัดในการจัดการพฤติกรรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลสำหรับลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้ระเบียบวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ดำเนินการศึกษา 4 ระยะ กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ได้แก่ พยาบาล 7 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองฯ 34 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเวช 34 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามต้องการจำเป็น แบบประเมินโปรแกรมการพยาบาลฯ โปรแกรมการพยาบาลฯ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนี PNI ทดสอบสมมติฐานด้วยการทดสอบ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมักจะแสดงความก้าวร้าวทั้งคำพูดและการแสดงออก ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมฯ วิเคราะห์ด้วยค่าดัชนี PNI>.02 พบว่ามี 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมกลุ่ม (PNI=.38) 2) การประเมินผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ (PNI=.36) 3)การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวกับปัจจัยทางกายภาพ (PNI=.28) โปรแกรมการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวางแผน 2) การบำบัดด้วยกิจกรรม 3) การส่งเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 5) การติดตามและประเมินผล โดยโปรแกรมที่ถูกพัฒนามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก (Mean=4.35) ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาลฯ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมก้าวร้าวเพียงเล็กน้อย (Mean=1.15) ลดลงจากก่อนทดลองใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) โปรแกรมการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ มีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริงและสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว เช่น 3-6 เดือน หรือมากกว่านั้น เพื่อวัดความคงที่ของพฤติกรรมผู้ป่วย และประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์จากโปรแกรม รวมทั้งศึกษาปัจจัยแวดล้อมหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใช้จริง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช, พฤติกรรมก้าวร้าว, โปรแกรมการพยาบาล

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** เทียนทอง เอื้อสามาลย์; tianthong.aersamane@gmail.com

e276683

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

Development of a nursing program to reduce aggressive behavior in psychiatric patients without the use of medication at Sisaket Hospital

Tiantong Aersaman[1]

[1]Department of Psychiatric Sisaket Hospital

(Received: 3 August 2025 ; Revised: 11 January 2026 ; Accepted: 15 January 2026)

Abstract

Currently, mental health problems are showing an increasing trend. Economic changes and lack of social support have led to a growing number of psychiatric patients. Aggressive behavior among psychiatric patients remains a frequently encountered problem in mental health service provision. The development of nursing interventions to reduce aggressive behavior is therefore essential, particularly in hospitals with limited resources for effectively managing this behavior. This research and development project aimed to develop a nursing program to reduce aggressive behavior in psychiatric patients using mixed-method research conducted in four phases. The target group for interviews consisted of 7 nurses. The sample group comprised 34 patient caregivers. The experimental group included 34 psychiatric patients. Research instruments included semi-structured interviews, needs assessment questionnaires, nursing program evaluation forms, the nursing program itself, and aggressive behavior assessment tools. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. A needs assessment was conducted using the PNI index, and hypotheses were tested using Independent t-tests.

The study found that psychiatric patients frequently displayed aggression through both verbal and behavioral expressions. The needs assessment for program development performed using a PNI index of >.02 revealed three main issues: 1) group activity organization (PNI=.38), 2) assessment of emotional and psychological impact (PNI=.36), and 3) assessment of aggressive behavior with physical factors (PNI=.28). The developed nursing program consisted of 5 steps: 1) assessment and planning, 2) activity therapy, 3) mental health promotion and relaxation, 4) appropriate environmental management, and 5) follow-up and evaluation. The developed program demonstrated high levels of appropriateness and feasibility for implementation (Mean=4.35). After implementing the nursing program, psychiatric patients showed only minimal aggressive behavior (Mean=1.15), representing a statistically significant decrease from pre-implementation levels (P<.05). The five-step nursing program that was developed is appropriate, practical, and capable of reducing aggressive behavior. Recommendations include conducting long-term follow-up evaluations lasting 3-6 months, or longer, to

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

measure behavioral stability in patients and assess the sustainability of program outcomes, as well as studying environmental factors and obstacles that may arise during actual implementation.

Keywords: psychiatric patients, aggressive behavior, nursing program

***Corresponding author**: Tiantong Aersaman; tianthong.aersamane@gmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชคือบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ (WHO, 2025) ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระทบการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวัน ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น(Qi Chen et al., 2024) โดยความผิดปกติทางจิตเวชมีหลายรูปแบบ อาทิ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ และโรควิตกกังวล ซึ่งแต่ละประเภทจะมีอาการและการรักษาที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจิตเวชมักมีความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม อารมณ์ และการรับรู้(American Psychiatric Association, 2021) ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากความเครียด และการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง หรือ ประสบการณ์ชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ จากรายงานต่างประเทศพบว่าประมาณร้อยละ 10 - 20 ของผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่อง(Oliveira et al., 2020) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วยล่าช้า

ในประเทศไทย จากรายงานของThai health report (โครงการสุขภาพคนไทย, 2025) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นความเครียดจากงาน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชจำนวนหนึ่งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี (WHO, 2025) ซึ่งส่งผลต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญของบุคลากรทางการพยาบาล เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลต่อการรักษา การดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชมักเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความเครียด การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความผิดปกติทางสภาพจิต หรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ (Hallet & Dickens, 2017) โปรแกรมการพยาบาลที่ออกแบบมาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชมุ่งเน้นไปที่การประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการดูแลเชิงจิตวิทยาและจิตสังคม เช่น โปรแกรมจัดการความโกรธ การเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเอง และการพัฒนาการเข้าสังคม (Needham, E., McCann, K., & Lowe, T.,2023) แนวทางที่ได้ผลในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม การฝึกอบรมบุคลากร และโปรแกรมการบำบัดเฉพาะกลุ่ม (Georgieva et al., 2021) ซึ่งกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำเป็นต้องอาศัยการประยุกต์ใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการบูรณาการวิธีการดูแลทั้งทางกายและจิตใจ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจและการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Sarma, 2022)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

โรงพยาบาลศรีสะเกษอยู่ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งในระยะเวลาที่ผ่านมา มีสถิติผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยการวินิจฉัย ทำร้ายตัวเองโดยเจตนา(Intentional self-harm) ปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 115 ราย 140 ราย และ125 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2562) และจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงมีพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบันมีจำนวนถึง 120 คน โดยที่การดูแลรักษาในระยะเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันดำเนินการโดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งถูกส่งต่อมาปรึกษาที่กลุ่มงานจิตเวช ซึ่งจะมีจิตแพทย์ไปให้การ บำบัดรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ และมีพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชไปร่วมให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยมีการประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ การให้การพยาบาลทางด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติในขณะที่นอนโรงพยาบาล และวางแผนจำหน่ายโดยประสานเครือข่ายในการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้จัดผู้รับผิดชอบงานเป็นรูปธรรม ซึ่งคล้ายกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่ที่ยังเป็นการดำเนินการเชิงรับและไม่มีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (ชัญน์รภัส สุทาวัน, 2565) จากความสำคัญของปัญหาด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าว รวมทั้งจากปัญหาด้านการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้จัดผู้รับผิดชอบงานเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษที่มีประสิทธิภาพสำหรับลดความก้าวร้าวของผู้ป่วยซึ่งสามารถลดผลกระทบที่ตามมาในหลายด้านได้

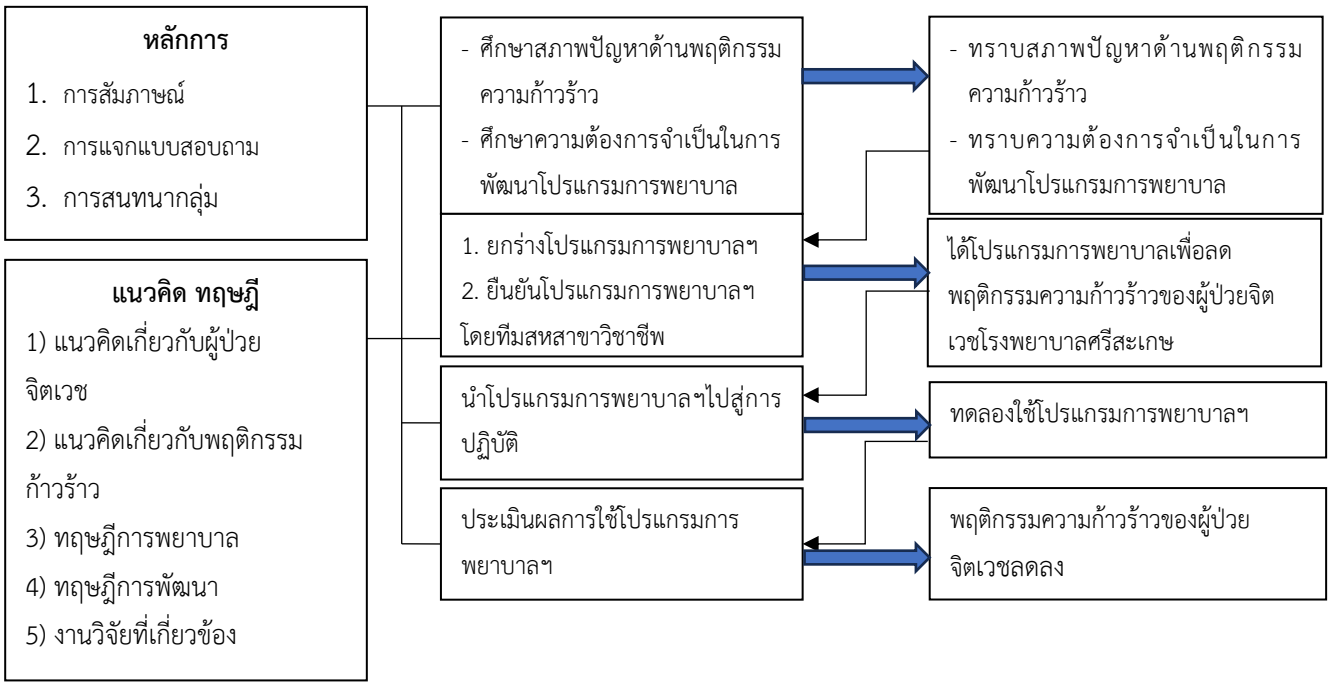
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช และความต้องการที่จำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินผลการนำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ออกแบบโดยประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) มาใช้ในการพัฒนากรอบการวิจัย ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input), กระบวนการ (Process), และ ผลลัพธ์ (Output) ซึ่งแสดงความเชื่อมโยงที่นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตัวแปรที่จัดกระทำในงานวิจัยนี้คือ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าว ออกแบบโปรแกรมโดยการบูรณาการระหว่างความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล กับแนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Dorothea Orem,2001) ทฤษฎีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Hildegard Peplau,1997) และทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Jean Watson,2008) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบ Exploratory Sequential Design โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research)เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล นำผลของการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล ตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ประชากร คือ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวนทั้งสิ้น 25 คน

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ คือ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 7 คน โดยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามแนวคิดของ Delbecq, et al. (1975) ที่พบว่าขนาดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เหมาะสมที่สุดคือ 7 – 21 คน จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) กำหนดคุณสมบัติให้เป็นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 3 ปี กำหนดเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1.เป็นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2. มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 3 ปี

4. สมัครใจให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก

1.เมื่อติดภารกิจเร่งด่วนขณะให้ข้อมูล

2.เมื่อต้องการยุติการให้ข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช

ประชากร คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เขารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 34 คน โดยกำหนดตามการคำนวณโดยโปรแกรม G*Power ที่ความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 Effect size = .50 (Cohen, 1969) จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง โดยกำหนดให้เป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตามสะดวก

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้เข้าใจในการสื่อสารด้วยภาษาไทย

2. เป็นผู้ปกครอง หรือญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. เป็นผู้สมัครใจให้ข้อมูล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

เกณฑ์คัดออก

1. เมื่อต้องการยุติการให้ข้อมูล

2. เมื่อตอบแบบสอบถามครบถ้วน

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นโดยวิธีการวิเคราะห์ดัชนี Priority Needs Index Modified ($PNI_{modified}$) กำหนดเกณฑ์ PNI>.02 จึงถือว่ามีความต้องการจำเป็น

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าว การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ ดำเนินการโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีร่วมกับการผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อยกร่างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชจากการทบทวนแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้รูปแบบจากนั้นนำยกร่างโปรแกรมการพยาบาลไปสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันความเหมาะสมและความเป็นไปได้

ประชากร คือ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวนทั้งสิ้น 25 คน

กลุ่มเป้าหมาย การสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน ขนาดกลุ่มเป้าหมายกำหนดตามแนวคิดของ Krueger & Casey (2008) ซึ่งระบุว่าจำนวนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 8 - 10 คน จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 10 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1.เป็นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2.มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3.มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 3 ปี

4.สมัครใจในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์คัดออก

1.เมื่อติดภารกิจเร่งด่วนขณะสนทนากลุ่ม

2.เมื่อต้องการยุติการร่วมสนทนากลุ่ม

ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้มาตรประมาณ 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

รูปแบบของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวโดยไม่ใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีสะเกษ มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Program for Aggression Management in Psychiatric

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

Patients) วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมคือ เพื่อ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่พึ่งยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองทางอารมณ์และพฤติกรรมได้ โดยมีโครงสร้างหลัก 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.การประเมินและวางแผน (Assessment and Planning) เน้นการประเมินปัจจัยกระตุ้นความก้าวร้าวอย่างครอบคลุม ซึ่งรวมถึงการประเมินพฤติกรรมและการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความก้าวร้าว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ วางแผนการดูแลรายบุคคลโดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ

2.การบำบัดด้วยกิจกรรม (Activity Therapy) มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะทางสังคมและการควบคุมตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมฝึกควบคุมพฤติกรรมและกิจกรรมสันทนาการ

3.การส่งเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย (Mental Health Promotion and Relaxation) ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการควบคุมอารมณ์และลดความเครียดของผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกสมาธิและการหายใจช้า (Mindfulness & Deep Breathing) และการออกกำลังกายเบา ๆ

4.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Appropriate Environmental Management) ใช้หลักการของMilieu Therapy ซึ่งเชื่อว่าสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์จะช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

5.การติดตามและประเมินผล (Follow-up and Evaluation) ขั้นตอนนี้เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมและการปรับปรุงแผนการดูแล

ระยะที่ 3 นำโปรแกรมการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมความก้าวร้าวผ่านการสอบถามผู้ปกครองผู้ป่วย ก่อนนำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษที่มีประวัติพฤติกรรมความก้าวร้าวจำนวน 120 คน

กลุ่มเป้าหมาย ในการทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาล คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติพฤติกรรมความก้าวร้าว จำนวน 34 คน กำหนดจำนวนตามการคำนวณโดยโปรแกรม G*Power ที่ความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบเท่า .95 Effect size = .50 จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติให้เป็นผู้ป่วย จิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

เกณฑ์คัดเข้า

1.เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2.เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ญาติหรือผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย

3.เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทย

เกณฑ์คัดออก

1.เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ หรือเริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.เมื่อญาติหรือผู้ปกครองขอยุติให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

องค์ประกอบของโปรแกรมประกอบไปด้วย 1.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีสะเกษพัฒนาขึ้น 2.การบำบัดด้วยกิจกรรม (Activity Therapy) 3.การส่งเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย 4.การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม 5.ติดตามและประเมินผลหลังจบโปรแกรมด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาล โดยมีระยะการดำเนินการต่อเนื่อง 1 เดือน

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้โปรแกรมการพยาบาล เพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษไปสู่การปฏิบัติ ทั้งก่อนและภายหลังจากกลุ่มเป้าหมายปฏิบัติตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน

กลุ่มเป้าหมาย ในการประเมินผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ คือผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 34 คน จากระยะที่ 3 ใช้แบบประเมินพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลจากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยการทดสอบแบบ Dependent t-test

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) ที่ดำเนินการ 4 ระยะ ผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับใช้เครื่องมือวิจัย ที่หลากหลายเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้เครื่องมือ 2 แบบ ได้แก่ 1)แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอ้างอิงจากแนวคิดของ Kvale & Brinkmann (2015) เกี่ยวกับการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพในงานวิจัย และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแนวคิดของ Peplau (1997) เกี่ยวกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบ่งเป็น 4 ส่วน รวม 12 ข้อ 2)แบบสอบถามความต้องการจำเป็น (Need Assessment Questionnaire) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอ้างอิงจากแนวคิดการประเมินความต้องการของ Kaufman & English (1979) และการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นของ Witkin & Altschuld (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป **จำนวน 4 ข้อ** ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 11 ข้อ ใช้มาตรประมาณ Likert Scale 5 ระดับในการให้คะแนน แปลผลโดยใช้การคำนวณค่าดัชนี Priority Needs Index Modified ($PNI_{modified}$) เป็นสูตรที่ปรับปรุงจากสูตร PNI ดั้งเดิม โดย นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิช(2550) PNI = (I - D) / D โดยกำหนด I=ระดับความสำคัญ (Importance/What should be) และ D = ระดับสัมฤทธิ์ผลปัจจุบัน (Degree of Success/What is) มีเกณฑ์การแปลดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

PNI > 0.20 = มีความต้องการจำเป็นสูง ต้องได้รับการพัฒนาเป็นลำดับแรก

PNI 0.10-0.20 = มีความต้องการจำเป็นปานกลาง

PNI < 0.10 = มีความต้องการจำเป็นต่ำ

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 มีเครื่องมือ 2 แบบ ได้แก่ 1)แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอ้างอิงจากแนวคิดการประเมินโปรแกรมของ Stufflebeam & Coryn (2014) และเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของ Borich (1980) แบ่งเป็น 3 ด้าน รวม 15 ข้อ ใช้มาตรประมาณ 5 ระดับในการให้คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best & Kahn (1997) แบ่งเป็นค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 = ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 = ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 = ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 = ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 = ระดับน้อยที่สุด 2)โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวซึ่งพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 และปรับปรุงจนสมบูรณ์ในระยะที่ 3 โดย พัฒนาจากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลหลายทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001), ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Peplau (1997), ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (2008) และผลการวิจัยจากระยะที่ 1 โครงสร้างโปรแกรม ประกอบไปด้วย คู่มือการปฏิบัติสำหรับพยาบาล แผนการปฏิบัติงานรายวัน และแนวทางการจัดการกรณีเหตุการณ์ฉุกเฉิน มีองค์ประกอบ 5 ขั้นตอนประกอบไปด้วย 1. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีสะเกษพัฒนาขึ้น 2. การบำบัดด้วยกิจกรรม(Activity Therapy) 3.การส่งเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย 4.การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม 5.ติดตามและประเมินผลหลังจบโปรแกรมด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาล โดยมีระยะการดำเนินการต่อเนื่อง 1 เดือน

ระยที่ 4 มีเครื่องมือในการประเมินผลก่อนและหลังได้แก่ 1)แบบสังเกตพฤติกรรมความก้าวร้าว (Aggressive Behavior Observation Form) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยดัดแปลงจาก Modified Overt Aggression Scale (MOAS) ของ Kay et al. (1989) และ Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) ของ Nijman et al. (1999) ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย โครงสร้างแบบสังเกตพฤติกรรม ประกอบด้วย 10 พฤติกรรม ใช้มาตรประมาณ 4 ระดับ แปลผลโดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนทั้ง 10 ข้อ 2)แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอ้างอิงจากแนวคิดการประเมินความพึงพอใจของ Parasuraman et al. (1988) และปรับให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตรประมาณ 5 ระดับในการให้คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best & Kahn (1997) แบ่งเป็นค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 = ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 = ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 = ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 = ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 = ระดับน้อยที่สุด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทั้งหมด 5 แบบ ประกอบไปด้วย 1)แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง 1 ท่าน และนักวิจัยด้านการพยาบาล 1 ท่าน โดยได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.89 2) แบบสอบถามความต้องการจำเป็น (Need Assessment Questionnaire) ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลจากประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย แต่มีลักษณะที่คล้ายกัน จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการทดสอบพบว่าค่าแอลฟ่าเท่ากับ 0.87 3) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม ประเมินความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.87 และผลการทดสอบค่าแอลฟ่าเท่ากับ 0.92 4)แบบสังเกตพฤติกรรมความก้าวร้าว ประเมินความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.91 และผลการทดสอบค่าแอลฟ่าเท่ากับ 0.89 5)แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง ประเมินความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2568 ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ 7 คน ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่น้อยกว่า 3 ปี ระยะเวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที บันทึกเสียงด้วยความยินยอม และถอดเทปเป็นข้อความเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง สำหรับการสำรวจความต้องการ แจกแบบสอบถามให้ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวช 34 คน ใช้เวลาตอบ 15-20 นาที

ระยะที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ 10 คน เป็นเวลา 2 ชั่วโมง บันทึกเสียงและจดบันทึกสำคัญ ให้ผู้เข้าร่วมตรวจสอบสรุปผลการสนทนา และประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมด้วยแบบประเมิน 5-point Likert scale

ระยะที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรม นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 34 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เริ่มด้วยการประเมิน pre-test ฝึกอบรมทีมพยาบาล 8 ชั่วโมง ดำเนินการตามแผนการพยาบาลและบันทึกผลการปฏิบัติทุกวัน

ระยะที่ 4 ประเมินผลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว 10 ข้อ 4-point scale ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมสังเกตและบันทึกพฤติกรรมวันละ 3 ครั้ง (เช้า บ่าย เย็น) เป็นเวลา 1 สัปดาห์หลัง intervention และทำ post-test หลังใช้โปรแกรม 1 เดือน การควบคุมคุณภาพ ผู้ช่วยวิจัยผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

วิธีการเก็บข้อมูลและมาตรฐานการปฏิบัติ ประเมิน inter-rater reliability สำหรับการสังเกตพฤติกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกวัน บันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ภายใน 24 ชั่วโมง และสำรองข้อมูลตามหลักจริยธรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น ใช้วิธีการวิเคราะห์ดัชนี PNI จากสูตร $PNI_{modified}$ = (I–D)/D โดย I (Importance) หมายถึง ระดับความสำคัญของข้อความนั้นเปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ “What Should Be” และ D (Degree of Success) หมายถึง มาตรวัดที่แสดงระดับที่ข้อรายการนั้นได้รับการตอบสนองหรือระดับสัมฤทธิ์ผล (D = Degree of Success) ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น เปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ “What Is” การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นใช้การเรียงค่าดัชนีจากมากไปหาน้อย ดัชนีที่มีค่ามาก แปลว่า มีความต้องการจำเป็นสูงที่ต้องได้รับความสนใจต้องพัฒนามากกว่าดัชนีที่มีค่าน้อยกว่า การวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์ PNI>.02 จึงถือว่ามีความต้องการจำเป็น (สุวิมล ว่องวาณิช, 2550)

การวิเคราะห์ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ ใช้วิธีการทดสอบแบบ Dependent t-test หรือที่เรียกว่า Paired t-test เป็นสถิติอนุมานที่ใช้ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนจากการวัดซ้ำ (repeated measures) บนกลุ่มตัวอย่างชุดเดียวกัน ในการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช มีการใช้รูปแบบการวิจัยแบบ ก่อน-หลัง (Pre-test/Post-test Design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชุดเดียว แต่มีการวัดผลสองช่วงเวลา 1.ประเมินพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยก่อนที่จะนำโปรแกรมการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ(Pre-test) 2.ประเมินพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้ดำเนินการตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน(Post-test)

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SSKHREC 015/2568 รับรองวันที่ 31 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช และความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ

1.ผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษจากการสัมภาษณ์พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีสะเกษมักแสดงพฤติกรรมความก้าวร้าว ทั้งทางวาจาและร่างกาย เช่น การตะโกน ข่มขู่ ด่าทอ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยของตนเอง บุคลากร และผู้ป่วยรายอื่น การขาดแนวทางการจัดการที่เป็นระบบและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

การควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก พฤติกรรมก้าวร้าวเหล่านี้ส่งผลให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากและไม่ต่อเนื่อง

2.ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ การเก็บข้อมูลจากการแจกแบบสอบถามให้กับผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 34 คน มีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (82.40%) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (41.20%) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (47.10%) และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (58.84%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (n=34)

ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	28	82.40
- หญิง	6	17.60
อายุ		
- 21 - 30 ปี	7	20.60
- 31 - 40 ปี	14	41.20
- 41 - 50 ปี	12	35.30
- มากกว่า 51 ปีขึ้นไป	1	2.90
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	6	17.60
- มัธยมศึกษาตอนต้น	16	47.10
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	5	14.70
- ปวส./เทียบเท่า	7	20.60
อาชีพ		
- เกษตรกร	8	23.52
- ค้าขาย	5	14.73
- รับจ้างทั่วไป	20	58.84
- ข้าราชการ	1	2.91

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI)

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่ามีความต้องการเร่งด่วนในการพัฒนากิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกการควบคุมพฤติกรรม (PNI = 0.381) รองลงมาคือการประเมินปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ (PNI = 0.362) และการประเมินปัจจัยทางกายภาพ (PNI = 0.281) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI)

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	สภาพที่พึงประสงค์	PNI
1.การประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกิดจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม	3.67	4.37	0.191
2.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางกายภาพ (เช่น สภาวะทางร่างกายหรือสุขภาพ)	3.56	4.56	0.281
3.การประเมินกระทบของปัจจัยด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว	3.45	4.70	0.362
4.การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกสมาธิ	3.82	4.35	0.139
5.การแนะนำวิธีออกกำลังกายเพื่อคลายความเครียด	3.88	4.57	0.178
6.การจัดกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยฝึกการควบคุมพฤติกรรมและเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวก	3.39	4.68	0.381
7.การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อความสนุกสนาน	3.87	4.15	0.072
8.การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย	3.94	4.10	0.041
9.การจัดบรรยากาศที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	3.91	4.30	0.100
10.การติดตามและประเมินความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.53	4.20	0.190
11.ปรับปรุงการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการ	3.66	4.35	0.189

ผลการดำเนินงานระยะที่ 2 – 3 ระยะการพัฒนาและการโปรแกรมการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อได้รูปแบบของโปรแกรมซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย 1.การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีสะเกษพัฒนาขึ้น 2.การบำบัดด้วยกิจกรรม(Activity Therapy) 3.การส่งเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย 4.การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม 5.ติดตามและประเมินผลหลังจบโปรแกรมด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาล โดยมีระยะการดำเนินการต่อเนื่อง 1 เดือน นำไปประเมินผลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ได้ผลดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ส่วนที่ 3 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

พบว่า โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วย จิตเวชที่ถูกพัฒนาขึ้นในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากทุกขั้นตอน ($\bar{X}$=4.35, S.D. = .646) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X}$=4.12, S.D.= .628) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (n=34)

ประเด็น	ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. วัตถุประสงค์ของโปรแกรม	4.10	.568	มาก	4.20	.566	มาก
2. ระยะเวลา	3.90	.738	มาก	4.20	.728	มาก
3. การประเมินและวางแผน	4.20	.789	มาก	4.10	.756	มาก
4. การบำบัดด้วยกิจกรรม (Activity Therapy)	4.30	.483	มาก	4.20	.403	มาก
5. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย	3.80	.632	มาก	3.90	.645	มาก
6. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	4.10	.667	มาก	4.10	.667	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.35	.646	มาก	4.12	.628	มาก

ผลการดำเนินงานระยะที่ 4 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 34 คน เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการใช้โปรแกรม มีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 4 ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย=2.61 หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย=1.15 ค่าสถิติ t = -13.158 และ P=.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=34)

ภาวะแทรกซ้อน	Mean	S.D.	t-test	Sig.
ก่อนใช้โปรแกรม	2.61	0.479		
หลังใช้โปรแกรม	1.15	0.533	-13.158	.001

*p-value<.05

พฤติกรรมก้าวร้าวที่เปลี่ยนแปลงที่สุด พบว่า การด่าทอผู้ปกครอง ลดลง 74.90% ตามด้วยการแสดงสีหน้าดุดัน 69.53% และการข่มขู่ผู้ปกครอง 69.50% ดังตารางที่ 5

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ตารางที่ 5 พฤติกรรมก้าวร้าวที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุด

พฤติกรรม	ก่อน(Mean)	หลัง(Mean)	ผลต่าง	%การลดลง
การแสดงสีหน้าดุดัน	2.79	0.85	-1.94	69.53
การขว้างปาสิ่งของ	2.78	1.15	-1.63	58.63
การด่าทอผู้ปกครอง	2.59	0.65	-1.94	74.90
การข่มขู่ผู้ปกครอง	2.59	0.79	-1.80	69.50
การทำลายข้าวของ	2.41	1.40	-1.01	41.91

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางวาจาและร่างกาย ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยรายอื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Georgieva et al. (2021) ที่ระบุว่า ปัจจัยกระตุ้นความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ ความแออัดของหอผู้ป่วย ขาดการประเมินภาวะทางอารมณ์ และการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นประเด็นเดียวกับผลวิจัยนี้ที่ชี้ถึง พื้นที่คับแคบ ขาดพื้นที่ผ่อนคลาย และแนวทางการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบนอกจากนี้ ผลการศึกษายังระบุว่า แนวทางที่พึงประสงค์ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกการควบคุมพฤติกรรมและเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวก มีค่าดัชนี PNI สูงสุด (PNI = 0.381) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Needham et al. (2023) ที่พบว่า การบำบัดแบบกลุ่ม เช่น โปรแกรมจัดการความโกรธ (Anger Management Groups) และกิจกรรมกลุ่มที่เน้นทักษะทางสังคม มีผลช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังเชื่อมโยงได้กับทฤษฎี Milieu Therapy ซึ่งเสนอว่า สภาพแวดล้อมที่มีโครงสร้างและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ จะช่วยลดระดับความวิตกกังวล ความเครียด และความก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ (Stuart, 2020)

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ถูกพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินและวางแผน (2) การบำบัดด้วยกิจกรรม (3) การส่งเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย (4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และ (5) การติดตามและประเมินผล ซึ่งได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก และเมื่อมีการนำไปใช้จริงกับผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า การออกแบบโปรแกรมการพยาบาลที่มีโคร งสร้างชัดเจนและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชอย่างได้ผล สอดคล้องกับงานของ Georgieva et al. (2021) ที่ชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงที่เน้นการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การเสริมสร้างสุขภาพจิต การจัดสภาพแวดล้อม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช

นอกจากนี้ ขั้นตอนที่สองของโปรแกรม คือ “การบำบัดด้วยกิจกรรม” ยังเชื่อมโยงโดยตรงกับผลการศึกษาเชิงระบบของ Needham et al. (2023) ที่พบว่า การแทรกแซงแบบกลุ่มและกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น ศิลปะ ดนตรี และการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

ออกกำลังกาย เป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างทักษะการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย และลดโอกาสแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และจากมุมมองทางทฤษฎี โปรแกรมนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ซึ่งเน้นกระบวนการคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล (Stuart, 2020) โดยขั้นตอนการประเมินและบำบัดของโปรแกรมช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่กระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าว และปรับเปลี่ยนรูปแบบการคิดหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมและการสนับสนุนทางอารมณ์ ในขณะเดียวกัน ขั้นตอนการ “จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม” ก็สะท้อนแนวคิดของทฤษฎี Milieu Therapy ที่เชื่อว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ปลอดภัยและเป็นระเบียบจะช่วยควบคุมพฤติกรรมและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Georgieva et al., 2021)

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ได้ผสมผสานองค์ความรู้จากแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานรองรับ การประเมินสุขภาพจิตรายบุคคล การบำบัดเชิงกิจกรรม และการจัดสภาพแวดล้อมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สามารถลดพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในเชิงปฏิบัติและเชิงทฤษฎี ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมในการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชในบริบทโรงพยาบาลระดับจังหวัด

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชโดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้ยาเสมอไป ช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรงในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว 3-6 เดือน เพื่อวัดความคงที่ของพฤติกรรมผู้ป่วย

2.ควรดำเนินการวิจัยเปรียบเทียบระหว่างการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม โดยอาจใช้รูปแบบ quasi-experimental (การวิจัยกึ่งทดลอง) หรือ cluster RCT (การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม)

3.การขยายผลและประเมินในบริบทที่แตกต่างกัน แม้ว่าโปรแกรมจะมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก แต่การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเดียว (Single-site) จึงควรขยายขอบเขตการทดลองใช้โปรแกรมไปยัง โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลจิตเวชในภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อยืนยันความสามารถในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในบริบททางคลินิกที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

ชัญน์รภัส สุทาวัน. (2565). การพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเอง. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 2*(1), 67–83.

สุวิมล ว่องวาณิช. (2550). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โครงการสุขภาพคนไทย. (2568). *สุขภาพคนไทย 2568: สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพจิตในประเทศไทย*.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

American Psychiatric Association. (2021). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education* (7th ed.). Allyn and Bacon.

Chen, Q., Huang, S., Xu, H., Peng, J., Wang, P., Li, S., et al. (2024). The burden of mental disorders in Asian countries, 1990–2019: An analysis for the global burden of disease study 2019. *Translational Psychiatry, 14*(1), Article 167. https://doi.org/10.1038/s41398-024-02864-5

Delbecq, A. L., Van de Ven, A. H., & Gustafson, D. H. (1975). *Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes*. Scott, Foresman.

Georgieva, I., Mulder, C. L., Whittington, R., & de Haan, L. (2021). Violence and aggression in psychiatric inpatient care: A systematic review of rates, risk factors, and the effectiveness of interventions. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 649602.

Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 75*, 10–20. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003

Kaufman, R., & English, F. E. (1979). *Needs assessment: Concept and application*. Educational Technology Publications.

Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J.-P. (1989). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Rationale and standardisation. *The British Journal of Psychiatry, 155*(Suppl. 7), 59–65.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage Publications.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage Publications.

Needham, E., McCann, K., & Lowe, T. (2023). Group interventions to reduce aggression in inpatient psychiatric settings: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing, 32*(2), 514–526.

Nijman, H. L. I., Muris, P., Merckelbach, H. L. G. J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A. M., van Rixtel, A., & Allertz, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale–Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior, 25*(3), 197–209. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2337(1999)25:3<197::AID-AB4>3.0.CO;2-C

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January - April 2026

Oliveira, R. M., Azevedo, C., & Silva, V. M. (2020). The effectiveness of nursing interventions in managing aggressive behavior in psychiatric patients: A systematic review. *Journal of Psychiatric Nursing, 6*(3), 121–134.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Peplau, H. E. (1997). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework for practice* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Sarma, S. (2022). Nursing management of aggressive behavior in psychiatric patients: A holistic approach. *Mental Health Nursing Journal, 19*(2), 88–101.

Stuart, G. W. (2020). *Principles and practice of psychiatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Stufflebeam, D. L., & Coryn, C. L. S. (2014). *Evaluation theory, models, and applications* (2nd ed.). Jossey-Bass.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Witkin, B. R., & Altschuld, J. W. (1995). *Planning and conducting needs assessments: A practical guide*. Sage Publications.

World Health Organization. (2025). *Mental disorders*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

World Health Organization. (2025). *Mental health in emergencies*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies

e278971

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ผลของโปรแกรมเพิ่มสุขต่อความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า จังหวัดอุบลราชธานี

ธิดารัตน์ ทองหนุน[1] และ ปิยะนันท์ นามกุล[2*]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 20 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 27 กุมภาพันธ์ 2569; วันที่ตอบรับ: 2 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเพิ่มสุขต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ระยะเวลาที่ศึกษา 6 สัปดาห์ เมษายน ถึง กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมเพิ่มสุขที่พัฒนาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลเด็ก ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบราคทั้งฉบับเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test และ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของผลการทดลอง Cohen’s d

ผลการศึกษา ภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากลุ่มทดลอง มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.01$, S.D. = 0.32) และลดลงมาอยู่ในระดับปานกลางหลังการทดลอง ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.25) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเครียด ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.24) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = = 3.19$, S.D. = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen’s d = 3.78) สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มสุขในการลดระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลและเอื้อต่อประสิทธิภาพในการดูแลเด็ก

คำสำคัญ: ความเครียด ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ดนตรีบำบัด โปรแกรมเพิ่มสุข

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปิยะนันท์ นามกุล; piyanan.n@ubru.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Effects of the Happiness Enhancement Program for Stress of Caregivers in Delay Development Child in Ubonratchathani

Tidarat Tongnoon [1]and Piyanan Narmkul [2*]

[1]Faculty of Nursing Ubonratchathani Ratchabhut University

[2] Faculty of Nursing Ubonratchathani Ratchabhut University

(Received: 20 November 2025 ; Revised: 27 February 2026 ; Accepted: 2 March 2026)

Abstract

This quasi-experimental study utilized a pretest–posttest control group design. The study aimed to evaluate the effects of a Happiness Enhancement Program on the stress levels of caregivers of children with developmental delays. The study was conducted over six weeks, from April to July 2025. A purposive sample of 60 caregivers was recruited from a developmental stimulation clinic at a hospital in Ubon Ratchathani province and equally assigned to either the experimental or comparison group (n=30 each). The research instruments included the Happiness Enhancement Program based on Lazarus & Folkman's framework consists of four activities and the Caregiver Stress Questionnaire. The tools were validated by three experts (CVI = 1.0), and the questionnaire yielded a Cronbach's alpha coefficient of .93. Data analysis included descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests at a significance level of .05. Effect sizes were analyzed using Cohen's d.

The results revealed that after receiving the Happiness Enhancement Program, the stress levels of caregivers of children with developmental delays in the experimental group decreased significantly ($p < .001$). When comparing pre- and post-test results, the stress level was initially high before the intervention ($\bar{X}$= 3.01, S.D. = 0.32) and decreased to a moderate level after the intervention ($\bar{X}$= 2.08, S.D. = 0.25). Compared to the comparison group, the experimental group exhibited significantly lower stress levels ($\bar{X}$=2.08, S.D. = 0.24) than the comparison group ($\bar{X}$= 3.19, S.D. = 0.42) at a significance level of $p < .001$, with a very large effect size (Cohen's d = 3.78).

These findings reflect the effectiveness of the Happiness Enhancement Program in reducing stress levels among caregivers of children with developmental delays compared to routine care. The program can be applied to promote caregivers' mental health and enhance the efficiency of childcare.

Keywords: stress, caregivers, children with developmental delays, Happiness Enhancement Program, music therapy

***Corresponding author**: Piyanan Narmkul; piyanan.n@ubru.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

บทนำ

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากส่งผลต่อการเรียนรู้ การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตในระยะยาว ทั้งยังเป็นภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติร้อยละ 15–20 โดยส่วนใหญ่พบในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากกว่า 200 ล้านคนที่มีพัฒนาการไม่สมวัย (World Health Organization, 2023) ในประเทศไทย ผลการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ระหว่างปี 2563–2565 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึงร้อยละ 25.5–27.3 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สถานการณ์นี้สะท้อนถึงปัญหาพัฒนาการของเด็กไทยที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์สากลของ WHO ที่กำหนดเกณฑ์พัฒนาการสมวัยร้อยละ 80–85 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อาจมีพัฒนาการช้าด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้าน ทั้ง ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านภาษาทั้งความเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ซึ่งเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเรียนรู้ ด้านสติปัญญา บุคลิกภาพ และความฉลาดทางอารมณ์ (เพ็ญนภา ทองประยูร และคณะ ,2562; พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2563) เด็กเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลหลักในครอบครัว เช่น บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย หรือญาติใกล้ชิด ทั้งการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลภาวะโภชนาการให้เพียงพอและถูกต้อง สุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย (ปิยนุช ล้วนจิตร ,2567; Susanne Garvis & Donna Pendergast, 2015) จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ให้กำลังใจและแรงจูงใจแก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กมีชีวิตอยู่อย่างปกติตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2563; ปิยนุช ล้วนจิตร ,2567) เด็กบางรายอาจมีปัญหามีโรคประจำตัว อาทิ เด็กออทิสติก เด็กพิการทางสมองหรือบกพร่องทางการได้ยิน หรือมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวจากโรคระบบประสาท อยู่ไม่นิ่ง หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง อีกทั้งปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าวอารมณ์รุนแรง ทำร้ายตนเอง หรือมีพฤติกรรมต่อต้าน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่ออารมณ์และความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของเด็กต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (ปิยนุช ล้วนจิตร, 2567; อุมาพร สุขสวัสดิ์ และคณะ, 2560; Edmunds et al., 2025) ผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องเผชิญกับภาระทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าซึ่งมีข้อจำกัดด้านการช่วยเหลือตนเองและการสื่อสาร อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดสะสมในผู้ดูแล ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพการดูแลเด็กโดยตรง ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแล (วริศรา เลิศอาภาพงศ์ และคณะ, 2563; พิมพ์ชนก จันทราทิพย์, ยุนีพงศ์ จตุรวิทย์ และนุจรี ไชยมงคล, 2563 ; Aravinna, L. P., et al. , 2022; Cabrera, J.J., et al., 2021)

ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ความเครียดเกิดจากการประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นเกินกว่าทรัพยากรที่ตนมี ซึ่งผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต้องเผชิญสภาวะนี้อย่างต่อเนื่อง ทั้งจากภาระการดูแลที่ใกล้ชิด ปัญหาเศรษฐกิจ และความคาดหวังของครอบครัวจนเสี่ยงต่อความเครียดเรื้อรัง (Alkhateeb et al., 2022; Cabrera et al., 2021; Yang et al., 2025) จากการทบทวนการศึกษาการลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้ายังมีจำกัดในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นศึกษาปัจจัยที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น รายได้ ระยะเวลาการดูแล หรือภาระทางครอบครัว มากกว่าการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด (จิณณพัต ยอดไกรศรี, 2564; แสงนภา บารมี และทยาวีร์ จันทรวิวัฒน์, 2566) แต่งานวิจัยต่างประเทศพบว่า การจัดการความเครียดโดยตรงผ่านกิจกรรมดนตรีบำบัด (music therapy) และกิจกรรมกลุ่มเชิงบวก สามารถลดระดับความเครียดและเพิ่มสุขภาวะจิตของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Li et al., 2024; Yang et al., 2025)

จังหวัดอุบลราชธานีมีการให้บริการด้านพัฒนาการล่าช้าในเด็กผ่านคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จากข้อมูลสถิติการรับบริการของหน่วยบริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กมากกว่า 300 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่นำเด็กมารับบริการมาจากทุกพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ทั้งนี้จากข้อมูลการให้บริการของหน่วยงานพบว่ายังมีปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กบางส่วน จากการสังเกตพฤติกรรมและปัญหาเบื้องต้น พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญความเหนื่อยล้าสะสม วิตกกังวลต่ออาการของเด็ก และรู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามนัด หากผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียดได้ดี จะช่วยสร้างความพร้อมทางจิตใจและเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง (หน่วยบริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์, 2567)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนา “โปรแกรมเพิ่มสุข (Happiness Enhancement Program)” ซึ่งเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะจิตใจของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยบูรณาการแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เข้ากับกิจกรรมดนตรีบำบัด (music therapy) และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างพลังบวกและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา โปรแกรมนี้มีการใช้กิจกรรมดนตรีควบคู่กับการติดตามทางออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งรายงานการศึกษาในบริบทของประเทศไทยก่อนหน้า ยังไม่มีความชัดเจนว่าการประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะจิตแบบบูรณาการนี้จะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้จริงในบริบทไทย ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมเพิ่มสุขต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมเพิ่มสุขกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้ารับโปรแกรมเพิ่มสุขก่อนและหลังการทดลอง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของผลการทดลอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

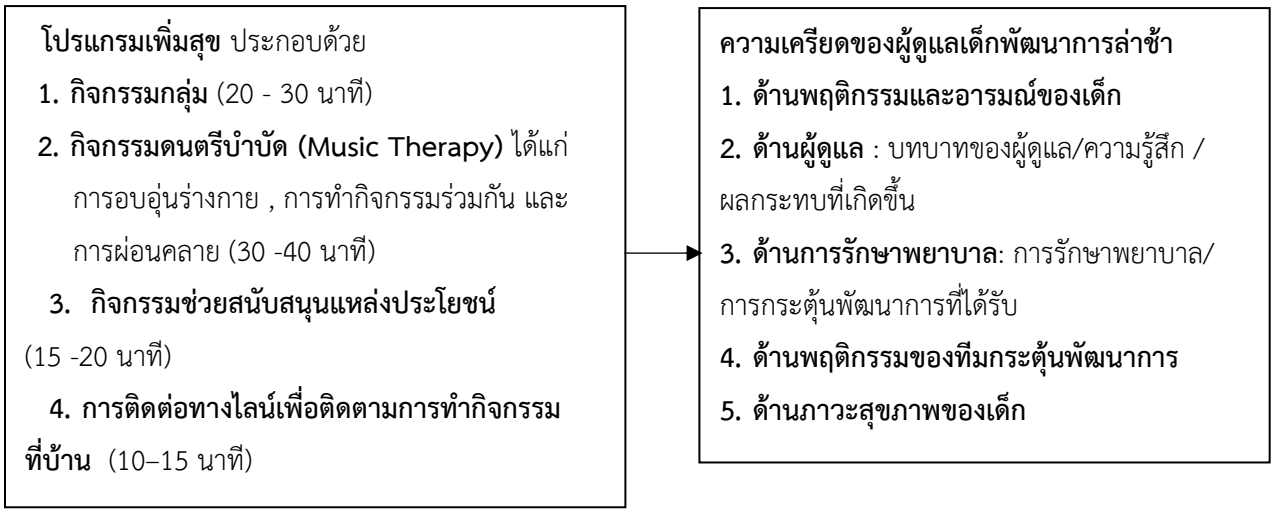
สมมติฐานของการวิจัย

1.คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2.คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–posttest control group design)

ประชากร ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่พาเด็กเข้ารับบริการในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 10 ระหว่าง เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2568 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 2) ดูแลเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 3) เด็กในความดูแลมีพัฒนาการล่าช้าจากการวินิจฉัยของแพทย์ 4) การรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยินและการมองเห็น สามารถอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่เข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต สามารถใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ได้ และ 6) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ดูแลย้ายถิ่น 2) ผู้ดูแลเจ็บป่วย สภาพร่างกายไม่พร้อมในการร่วมกิจกรรม 3) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดและ 4) ขอออกจากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีการ จับคู่ (Matching) ในระดับการศึกษาและระยะเวลาการดูแลเด็ก เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยกลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการ ณ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ และกลุ่มเปรียบเทียบคือผู้ดูแลเด็ก ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination) ระหว่างการทดลอง การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณจาก G* power (Faul F et al., 2007) ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้า (นงนุช บุญยัง, 2566) ใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก G*Power t-test แบบ Two-tailed กำหนดค่า Effect size 0.80, α err prob 0.05, * Power 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 50 คน กลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเพิ่มสุขของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 - กิจกรรมกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาการล่าช้าที่มีปัญหาคล้ายกัน

กิจกรรมที่ 2 - กิจกรรมดนตรีบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเบื้องต้น เบาๆ ช้าๆ (2) การมีส่วนร่วมของกลุ่ม (Group Engagement) เป็นการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกันเป็นกลุ่ม เปิดเพลงที่มีจังหวะเร็วขึ้น เพื่อกระตุ้นพร้อมกับแสดงออก (3) การผ่อนคลาย (Cool-down) เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเคลื่อนไหวร่างกายอย่างผ่อนคลายค่อยๆ ช้าลง พร้อมกับเพลงที่มีจังหวะท่วงทำนองที่ช้าลงเมื่อใกล้สิ้นสุดกิจกรรมซึ่งกิจกรรมดนตรีบำบัดนี้เป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ต้องนำไปปฏิบัติต่อ ที่บ้านด้วยใช้เวลาทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 – 40 นาที พร้อมบันทึกผลการทำกิจกรรมทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 3 - กิจกรรมช่วยสนับสนุนแหล่งประโยชน์ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามปัญหาตามความต้องการ ความกังวลใจ ไม่สบายใจ ไม่มั่นใจ เป็นต้น โดยมีพยาบาลประจำคลินิกและผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำแนะนำและประสานงานกับแหล่งประโยชน์ที่มีและหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง (15 - 20 นาที)

กิจกรรมที่ 4 - การส่งข้อความทางไลน์กลุ่มติดตามการทำกิจกรรมที่บ้าน ติดตามความก้าวหน้าของการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดที่บ้าน เรื่องการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดในสัปดาห์ที่ผ่านมา และความรู้สึกหลังการทำกิจกรรม พร้อมให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่อเนื่อง จากนั้นลงบันทึกในแบบบันทึกการทำกิจกรรมดนตรีบำบัด และผลของการฝึกปฏิบัติ (10–15 นาที) และกิจกรรมที่ 5) การติดตามประเมินผลหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า (post-test) หลังจากนั้น แจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการทดลองและแสดงความขอบคุณ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลบุคคลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กพัฒนาการล่าช้า รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ปัญหาทางพัฒนาการของเด็ก การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และระดับความรุนแรงของโรค

2.2 แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดการประเมินความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความเครียด Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit (PSS:PICU) ของ Carter & Miles (1989) 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านตัวเด็ก พฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็ก 10 ข้อ 2) ด้านผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแล/ความรู้สึก/ผลกระทบที่เกิดขึ้น 10 ข้อ 3) ด้านบริการ การรักษาพยาบาลและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ได้รับ 8 ข้อ 4) ด้านพฤติกรรมของทีมกระตุ้นพัฒนาการ 10 ข้อ และ 5) ด้านอาการ/ภาวะสุขภาพของเด็ก 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert rating scales) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด ถึง 1 = ไม่พบเหตุการณ์/ไม่เครียดเลย) เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ มากที่สุด 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ มาก 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ ปานกลาง 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ น้อย และ 1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 2 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า 1 คน โปรแกรมเพิ่มสุข มีค่า CVI = 1 และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า มีค่า CVI = 1 มีการปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดทั้งสองแห่งเพื่อทำความเข้าใจในบริบทพื้นที่ เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 10 และกลุ่มทดลองดำเนินการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ 2. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ โดยเข้าพบผู้ดูแลเด็กกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองตามลำดับ แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ชี้แจงวัตถุประสงค์เน้นย้ำถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากกิจกรรม และยืนยันการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด ชี้แจงสิทธิ์การเข้าร่วมหรือยกเลิกการวิจัยอย่างอิสระ เมื่อผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมจึงดำเนินการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent) 3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบสอบถามความเครียด (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน จากนั้นจึงเก็บในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและคอยให้คำอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ซับซ้อนเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องก่อนตอบคำถามได้ตรงตามความเป็นจริงที่สุด จากนั้นนัดหมายเวลาที่สะดวกสำหรับการวิจัยขั้นตอนต่อไปอย่างเป็นระบบ ในกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยนัดหมายการประเมินผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ขั้นตอน ดังนี้ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามเงื่อนไขของสถิติพารามิเตอร์ การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก การทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน สำหรับสถิติ Independent t-test ผู้วิจัยใช้ Levene's Test เพื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ 1) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลเด็กในความดูแล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์แปลผลคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ 2) การวิเคราะห์สถิติอ้างอิง สถิติ Paired t-test ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม สถิติ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยได้คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) โดยใช้สถิติ Cohen's d เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มสุขในเชิงปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการที่ 110/67C ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลชี้แจงสิทธิ์ จุดประสงค์ ขั้นตอน และการเก็บข้อมูล พร้อมลงนามในหนังสือยินยอมโดยสมัครใจ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ผลการวิจัย

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างสองกลุ่มโดยใช้ independent t-test และ chi-square test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรพื้นฐาน ($p > .05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความเทียบเคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ผลการวิเคราะห์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 76.67 และ 60.00 มีช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 และ 63.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 และ 90.00 เป็นบิดา/มารดาของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 70.00 และ 60.00 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 43.33 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.67 สำหรับการดูแลเด็ก พบว่าส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเลี้ยงดู (ร้อยละ 60.00) มีระยะเวลาในการดูแลเด็ก 3–5 ปี ร้อยละ 83.33 และ 56.67 โดยมีรายได้ต่อเดือนในช่วง 10,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 83.33 และ 86.67 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ร้อยละ 80.00 และ 46.67 ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n_1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n_2 = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	23	76.67	18	60.00
	ชาย	7	23.33	12	40.00
อายุ (ปี)	25 – 40 ปี	13	43.33	11	36.67
	41 ปีขึ้นไป	17	56.67	19	63.33
สถานภาพ	สมรส	23	76.67	27	90.00
	โสด/หม้าย	7	23.33	3	10.00
ความสัมพันธ์	บิดา/มารดา	21	70.00	18	60.00
	ปู่ย่า ตายาย ญาติ	9	30.00	12	40.00
อาชีพ	ธุรกิจส่วนตัว	13	43.33	13	43.33
	รับราชการ	6	20.00	5	16.67
	เกษตรกรรม	11	36.67	12	40.00
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	19	63.33	19	63.33
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	36.67	11	36.67
โรคประจำตัว	มี	13	43.33	13	43.33
	ไม่มี	17	56.67	17	56.67

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30) ต่อ

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n_1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n_2 = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ช่วยเลี้ยงดู	มี	18	60.00	18	60.00
	ไม่มี	12	40.00	12	40.00
ระยะเวลาดูแลเด็ก	3 – 5 ปี	25	83.33	24	80.00
	1 - 3 ปี	5	16.67	6	20.00
	น้อยกว่า 1 ปี	0	0.00	0	0.00
รายได้	10,000 – 30,000	25	83.33	26	86.67
	ต่ำกว่า 10000	5	16.67	4	13.33
สิทธิ์ค่ารักษา	บัตรประกันสุขภาพ	24	80.00	14	46.67
	เบิกได้	6	20.00	5	16.67
	จ่ายเอง	0	0.00	11	36.66

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายใน ร้อยละ 53.33 และ 56.67 อายุระหว่าง 3 – 6 ปี มากที่สุด มีระยะเวลาป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี ร้อยละ 60.00 และ 73.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.33 และ 76.67 และพบความล่าช้ามามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 60.00 และ 73.33 โดยเด็กในกลุ่มทดลองประมาณร้อยละ 43.33 มีประวัติความผิดปกติแรกเกิด และส่วนใหญ่ได้รับยารับประทานต่อเนื่อง ร้อยละ 73.33 และ 80.00 ด้านพัฒนาการที่ล่าช้า พบว่าเด็กในกลุ่มทดลองมีการล่าช้าในทุกด้านและด้านการสื่อสารในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 23.33 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการล่าช้าด้านการสื่อสาร กล้ามเนื้อมัดเล็ก และความเข้าใจภาษาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 23.33 ทั้งสองกลุ่มได้รับการกระตุ้นพัฒนาการในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 40.00 ดังตารางที่ 1.2

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กพัฒนาการล่าช้า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n_1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n_2 = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	14	46.67	13	43.33
	ชาย	16	53.33	17	56.67
อายุ (ปี)	3 – 6 ปี	18	60.00	30	100.00
	น้อยกว่า 3 ปี	12	40.00	0	0.00
โรคประจำตัว	มี	28	93.33	23	76.67
	ไม่มี	2	6.67	7	23.33
ระยะเวลาที่ป่วย	>3 ปี	18	60.00	22	73.33
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3ปี	12	40.00	8	26.67
ความผิดปกติแรกเกิด	มี	13	43.33	7	23.33
	ไม่มี	17	56.67	23	76.67
ยารับประทาน	ได้รับ	22	73.33	24	80.00
	ไม่ได้รับ	8	26.67	6	20.00
พัฒนาการล่าช้า	ทุกด้าน	7	23.33	0	0.00
	ด้านการสื่อสาร	7	23.33	7	23.33
	ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	5	16.67	7	23.33
	ด้านความเข้าใจการสื่อสาร	4	13.33	7	23.33
กระตุ้นพัฒนาการ	กิจกรรมบำบัด	12	40.00	12	40.00
	ฝึกพูด	10	33.33	14	46.67
	กายภาพบำบัด	8	26.67	4	13.33

ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับมาก กลุ่มทดลองร้อยละ 83.33 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00 ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองผู้ที่มีความเครียดระดับมากร้อยละ 6.67 โดยส่วนใหญ่มีระดับความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 76.66 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีความเครียดระดับมากร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่ยังคงมีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 70.00 ดังตารางที่ 1.3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 1.3 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30)

ระดับความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.81-2.60)	0	0.00	23	76.66	0	0.00	2	6.67
ระดับปานกลาง (2.61-3.40)	5	16.67	5	16.67	6	20.00	21	70.00
ระดับมาก (3.41-4.20)	25	83.33	2	6.67	24	80.00	7	23.33

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดในภาพรวมลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.73$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงจากระดับมาก ($\bar{X}$=3.01, S.D. = 0.32) มาอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.08, S.D. = 0.25) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดหลังการทดลอง คือ ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ ($\bar{X}$= 1.15, S.D. = 0.23) รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล ($\bar{X}$= 1.95, S.D. = 0.33) และด้านภาวะสุขภาพของเด็ก ($\bar{X}$= 2.31, S.D. = 0.14) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n1=30)

ตัวชี้วัดความเครียด	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	t	p-value
1) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก	3.61	0.35	2.53	0.29	13.69	< .001*
2)ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล	3.27	0.35	1.95	0.33	15.26	< .001*
3)ด้านการรักษาพยาบาล	2.94	0.27	2.44	0.19	7.18	< .001*
4)ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ	2.12	0.33	1.15	0.23	13.30	< .001*
5)ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก	3.10	0.31	2.31	0.14	14.19	< .001*
ภาพรวม 5 ด้าน	**3.01**	**0.32**	**2.08**	**0.25**	**12.73**	**< .001***

*p-value < .05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดภาพรวมลดลงจาก ($\bar{X}$= 3.25, S.D. = 0.12) เป็น ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.20) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.68, p = .103) รายด้านพบว่าคะแนนด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก และด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ขณะที่ด้านการรักษาพยาบาลและด้านภาวะสุขภาพของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05) ส่วนด้านพฤติกรรมของทีมบริการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดในกลุ่มเปรียบเทียบมีความผันแปรตามบริบทการดูแลเด็ก และไม่ได้แสดงแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในภาพรวม ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n2=30)

ตัวชี้วัดความเครียด	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	t	p-value
1) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก	3.56	0.28	3.41	0.27	2.55	0.016*
2)ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล	3.75	0.18	3.53	0.35	2.95	0.006*
3)ด้านการรักษาพยาบาล	3.35	0.21	3.53	0.24	-3.95	< .001*
4)ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ	2.25	0.21	1.94	0.93	1.68	0.102
5)ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก	3.33	0.17	3.52	0.27	-2.86	0.008*
ภาพรวม 5 ด้าน	**3.25**	**0.12**	**3.19**	0.20	1.68	**.103**

*p-value < .05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มสุขมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดในภาพรวม ($\bar{X}$ = 2.08, S.D. = 0.24) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = -14.91, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยเมื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมในภาพรวม พบว่าค่า Cohen's d เท่ากับ 3.78 (95% CI [2.93, 4.62]) ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมเพิ่มสุขอยู่ในระดับสูงมากตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) โปรแกรมเพิ่มสุขทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ดังตารางที่ 3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Between-group Comparison) (n_1=30; n_2=30)

ตัวชี้วัดความเครียด	กลุ่ม	$\bar{X}$	(SD)	t	p-value	Cohen's d	95% CI of d
1)ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก	ทดลอง	2.53	0.30	-12.03	< .001*	2.94	(2.18,3.68)
	เปรียบเทียบ	3.42	0.27				
2)ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล	ทดลอง	1.95	0.34	-17.63	< .001*	4.31	(3.40,5.21)
	เปรียบเทียบ	3.53	0.36				
3)ด้านการรักษาพยาบาล	ทดลอง	2.45	0.20	-18.86	< .001*	4.60	(3.66,5.53)
	เปรียบเทียบ	3.53	0.25				
4)ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ	ทดลอง	1.15	0.23	-4.47	< .001*	1.94	(1.30,2.57)
	เปรียบเทียบ	1.94	0.53				
5)ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก	ทดลอง	2.31	0.15	-21.58	< .001*	5.09	(4.12,6.06)
	เปรียบเทียบ	3.53	0.27				
ภาพรวม 5 ด้าน	**ทดลอง**	**2.08**	**0.24**	**-14.91**	**< .001***	**3.78**	**(2.93,4.62)**
	เปรียบเทียบ	**3.19**	**0.42**				

**p*-value < .05 หมายเหตุ Cohen's d ค่า d > 2.0 คือ ระดับ Huge Effect ตามเกณฑ์ของ Sawilowsky (2009)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกันในทุกตัวแปรหลัก โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) ทั้งในส่วนของผู้ดูแลและเด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เป็นบิดา/มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนใกล้เคียงกัน ขณะที่เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 3–6 ปี และมีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 3 ปี และมีโรคประจำตัวร่วมในสัดส่วนสูง เมื่อพิจารณาด้านพัฒนาการ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความล่าช้าด้านการสื่อสารในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีพื้นฐานที่เทียบเคียงกันของข้อมูล ซึ่งช่วยลดอคติจากความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .001) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนความเครียดภาพรวม แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในบางรายด้าน แสดงถึง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ความผันแปรตามบริบทการดูแลเด็กและปัจจัยแวดล้อมทั่วไป ดังนั้นจึงสนับสนุนได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดในกลุ่มทดลองมาจากการได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข มากกว่าการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ดูแลเด็กปกติ

ผลเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ($t(29) = 12.73$, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง ($t(58) = -14.91$, $p < .001$) สะท้อนว่าโปรแกรมเพิ่มสุขมีประสิทธิผลในการลดความเครียดได้อย่างชัดเจนในระยะสั้น คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.24) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติแล้ว เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล (Effect Size) พบว่าค่า Cohen's d อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าโปรแกรมเพิ่มสุขสามารถลดความเครียดได้จริงในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเพิ่มสุขส่งผลในการลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างชัดเจนแม้ในระยะสั้น นอกจากนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งระบุว่าความเครียดเกิดจากกระบวนการประเมิน ระหว่างความต้องการของสถานการณ์และทรัพยากรในการเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลมีการรับรู้เชิงบวกและมีการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ ความเครียดจะลดลง โปรแกรมเพิ่มสุขในงานวิจัยนี้ช่วยเพิ่มทรัพยากรภายในทั้งด้านอารมณ์และสังคม ผ่านกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมดนตรีบำบัด กิจกรรมสนับสนุนแหล่งประโยชน์ รวมถึงการส่งข้อความทางไลน์กลุ่มเพื่อติดตามการทำกิจกรรมที่บ้าน หลังทำกิจกรรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดหลังการทดลองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.24) ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.42) และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดทั้ง 5 ด้านของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นโปรแกรมนี้ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทิศทางบวกมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง self-efficacy และด้านจิตใจให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการกับผ่อนคลายความเครียดและภาระทางอารมณ์ได้ สอดคล้องกับ Hermawati et al. (2023) ที่พบว่าการได้รับการฝึกทักษะหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความผ่อนคลายและทัศนคติเชิงบวกช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษอย่างมีนัยสำคัญ การส่งเสริมทักษะเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลและเอื้อต่อการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่เหมาะสม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Li et al. (2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะจิตแก่ผู้ดูแลเด็กออทิสติกในประเทศจีน พบว่ากิจกรรมกลุ่มเชิงบวกและดนตรีบำบัดช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Kruger & Murphy (2025) ที่พบว่า การฝึกสติร่วมกับดนตรีบำบัดสามารถช่วยเสริมการควบคุมอารมณ์และส่งเสริมความรู้สึกสงบ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล สามารถควบคุมอารมณ์และผ่อนคลายความเครียดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Yang et al. (2025) รายงานว่า การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการใช้เทคโนโลยีติดตามผลผ่านออนไลน์ ช่วยลดระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมองบกพร่อง ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการติดตามทางไลน์กลุ่มในโปรแกรมที่ศึกษาในประเทศไทย อธิวัฒน์ กุลวงษ์ และดรุณี รุจกรกานต์ (2568) พบว่าทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังได้รับโปรแกรมการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

จัดการความเครียด และ เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์ (2565) ชี้ว่าปัจจัยด้านรายได้และชั่วโมงการดูแลมีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเช่นกัน งานวิจัยนี้จึงเสริมหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการจัดการความเครียดผ่านกิจกรรมเชิงบวกสามารถประยุกต์ใช้ได้ในบริบทไทย

แม้ว่าความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่บางด้านของความเครียดยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก ($\bar{X}$ = 2.31 , S.D. = 0.14) ด้านการรักษาพยาบาล ($\bar{X}$ = 2.44 , S.D. = 0.19) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก ($\bar{X}$ = 2.53, S.D. = 0.29) ซึ่งอาจเกิดจากภาระการดูแลต่อเนื่องหรือเวลาที่จำกัดของผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ได้ว่าแม้โปรแกรมเพิ่มสุขจะมีผลเชิงบวกในระยะสั้น แต่ยังควรศึกษาต่อในระยะยาวเพื่อประเมินผลความคงอยู่ของผลลัพธ์ความเครียดที่ลดลง นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของโปรแกรมยังอาจได้รับอิทธิพลจากบริบทวัฒนธรรมไทยซึ่งให้ความสำคัญกับความเกื้อกูลและการสนับสนุนในครอบครัว ผู้ดูแลจำนวนมากได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว พี่น้อง หรือผู้ที่รู้จักในชุมชน ทำให้กิจกรรมกลุ่มและการสื่อสารผ่านไลน์มีประสิทธิภาพสูงกว่าบริบทตะวันตก การผสานโปรแกรมเข้ากับค่านิยมทางวัฒนธรรมจึงเป็นปัจจัยเสริมสำคัญที่ควรกล่าวถึงในงานวิจัยต่อไป

ด้านการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ จากผลการวิจัยโปรแกรมเพิ่มสุขสามารถประยุกต์ใช้ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลและศูนย์บริการเด็กพิเศษได้จริง โดยพยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมดนตรีบำบัด กิจกรรมสนับสนุนแหล่งประโยชน์ และการติดตามทางไลน์กลุ่มในชีวิตจริงตามกำหนดเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลประจำแผนกมักมีช่องทางสื่อสารออนไลน์อยู่แล้ว จึงสามารถติดตามผู้ดูแลได้สะดวกโดยไม่เพิ่มภาระงานมาก ในระดับนโยบายโปรแกรมเพิ่มสุขสามารถนำไปขยายผลสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับอื่นๆ โดยใช้ทีมสุขภาพสหวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพียงอย่างเดียว การบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวในระบบบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าจึงเป็นแนวทางที่สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและเด็กในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้ สะท้อนถึงความสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญกลุ่มหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ การขยายผลและประยุกต์ใช้โปรแกรมในระยะยาวอาจช่วยลดปัญหาความเครียดเรื้อรังและเพิ่มคุณภาพการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในชุมชน และแม้ว่าความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความเครียดในกลุ่มควบคุมก็ลดลงเล็กน้อย อาจสะท้อนได้ว่าในบริบทประเทศไทยอาจได้รับอิทธิพลจากความผูกพันในครอบครัวและวัฒนธรรมแห่งการเกื้อกูล

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมเพิ่มสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาล สำหรับพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการเด็กพิเศษ เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะจิตใจของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยสรุป โปรแกรมเพิ่มสุขถือเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ผสมผสานศาสตร์ของการจัดการความเครียดกับกิจกรรมบำบัดเชิงบวกได้อย่างลงตัว และมีศักยภาพในการขยายผลเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในอนาคต

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อวิเคราะห์ส่วนประกอบว่าองค์ประกอบใดของโปรแกรมเพิ่มสุขที่มีผลต่อการลดความเครียดมากที่สุด ระหว่างกิจกรรมดนตรีบำบัดที่ช่วยผ่อนคลายในทันที หรือการติดตามผ่านระบบ LINEที่ส่งเสริมความต่อเนื่องและความรู้สึกได้รับการสนับสนุน
2. ควรมีการศึกษาโดยใช้ การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed-methods Research) เพื่อสำรวจประสบการณ์และกระบวนการทางจิตวิทยาของผู้ดูแลในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมควบคู่กับผลเชิงปริมาณ และควรศึกษาตัวแปรส่งผ่าน (Mediator Analysis) พลังอำนาจในตนเอง หรือความยืดหยุ่นทางจิตใจ
3. ในอนาคตควรมีการศึกษา ความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ เพื่อประเมินความคุ้มทุนในการนำโปรแกรมไปขยายผลในระดับนโยบายของโรงพยาบาลหรือชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษเขต 10 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี คุณครู ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และเด็กที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน ทำให้การวิจัยแล้วเสร็จด้วยความราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *วิเคราะห์สถานการณ์งานพัฒนาการเด็กปฐมวัย* [PDF]. สืบค้นจาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC31/OPDC2568_IDC3-1_01-1.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จิณณพัต ยอดไกรศรี. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.* สืบค้นจาก https://www.childrenhospital.go.th/wp-content/uploads/2023/04/Factors-Affecting-Quality-of-Life-in-Caregivers-of-Children-with-Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder-ADHD-at-Child-and-Adolescent-Psychiatric-Clinic.pdf

นงนุช บุญยัง. (2566). *การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.* สืบค้นจาก https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/01363/chapter3.pdf

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2563). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

พิมพ์ชนก จันทราทิพย์, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์ และนุจรี ไชยมงคล. (2563). *ปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า.* สืบค้นจาก https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/4213

เพ็ญนภา ทองประยูร และคณะ. (2562). *การพยาบาลเด็ก.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15*(3), 114–127.

ปิยนุช ล้วนจิตร. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, *37*(2), 48–61.

วริศรา เลิศอาภาพงศ์, ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ และชาตรี ผลงาม. (2563). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *43*(3), 128–140.

แสงนภา บารมี และทยาวีร์ จันทรวิวัฒน์. (2566). การศึกษาระดับความเครียดและแนวทางจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, *9*(1), 44–61.

หน่วยบริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์. (2567). *รายงานสถิติผู้รับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ประจำปี 2567* (เอกสารภายใน). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์.

อธิวัฒน์ กุลวงษ์ และดรุณี รุจกรกานต์. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *39*(1), 103-116.

อุมาพร สุขสวัสดิ์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *31*(3), กันยายน–ธันวาคม.

Alkhateeb, H., Hadidi, M., & Mounzer. (2022). The impact of autism spectrum disorder on parents in Arab countries: A systematic literature review. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35911024/

Aravinna, L. P., et al. (2022). Parenting stress among mothers of children with developmental disabilities in Sri Lanka. *Disability and Rehabilitation*, 1–9.

Cabrera, J. J., et al. (2021). The impact of child behavioral problems on parenting stress in families with a child with developmental disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2299.

Carter, M. C., & Miles, M. S. (1989). The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Maternal-child nursing journal*, *18*(3), 187–198.

Edmunds, S. R., Tagavi, D. M., Harker, C. M., DesChamps, T., & Stone, W. L. (2025). Quality of life in caregivers of toddlers with autism features. *Research in Developmental Disabilities*, 161, 104999. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2025.104999

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175–191.

Hermawati, D., Somantri, M., & Indriana, Y. (2023). Compassionate love parenting training to reduce stress in caregivers of children with special needs: An experimental study. *Psikohumaniora*, *8*(1), 69–86. https://doi.org/10.21580/pjpp.v8i1.14931

Kruger, V., & Murphy, K. M. (2025). Music therapy in paediatric care for children, adolescents, and their families. In *Music Therapy* (pp. 137–158). https://doi.org/10.1007/978-3-031-85724-9_7

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress: Appraisal and coping.* Retrieved from https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Li, S. N., Chien, W. T., Lam, S. K. K., Chen, Z. Y., & Ma, X. (2024). Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 114, 102389. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102389

Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, *8*(2), 597-599. https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100

Susanne Garvis, & Donna Pendergast. (2015). What do early childhood teacher graduands say about working with infants and toddlers?: An exploratory investigation of perceptions. Retrieved April 10, 2024, from https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/183693911504000413

World Health Organization. (2023). Global report on children with developmental disabilities. Retrieved from https://www.who.int/publications/b/69686

Yang, T., Wang, Y., Xu, P., & Tao, Y. (2025). The effectiveness of mindfulness-based interventions in improving the mental health of parents of children with intellectual or developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://doi.org/10.1007/s10803-025-06790-3

e279060

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

สัตนา ทวันเวช

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

(วันที่รับบทความ: 27 พฤศจิกายน 2568 ; วันที่แก้ไข: 17 มีนาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 19 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ งานวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ กลุ่มผู้เข้าร่วมประกอบด้วยภาคีเครือข่ายชุมชน 35 คน (คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง) และผู้สูงอายุ 60 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองความเสี่ยง Thai-FRAT แบบสอบถามการดูแลตนเอง และแบบประเมิน ADL ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตและการสนทนากลุ่ม เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (CVI รวม = 0.85) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 28.33 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยง การมองเห็นบกพร่อง และมีประวัติหกล้ม ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บูรณาการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ (2) คัดกรองและประเมินสมรรถนะด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (3) ปรับสภาพแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัยและเป็นมิตร (4) ส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับบริการแพทย์แผนไทย และ (5) พัฒนาและยกระดับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ระยะที่ 3 การประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นต้นแบบการวางแผนป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการขยายผลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การป้องกัน, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, การพัฒนารูปแบบ

***ผู้รับผิดชอบบทความ**: สัตนา ทวันเวช; sattana2510@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

Developing a Model for Preventing Falls in the Elderly with the Participation of the Community in the Area of Responsibility of Ban Lamduan Subdistrict Health Promoting Hospital, Lamduan Subdistrict, Krasang District, Buriram Province

Sattana Thawanwetch

Ban Lamduan Subdistrict Health Promoting Hospital, Lamduan Subdistrict, Krasang District, Buriram Province

(Received: 27 November 2025 ; Revised: 17 March 2026 ; Accepted: 19 March 2026)

Abstract

This participatory action research aimed to develop a model for preventing falls among the elderly through community participation in the area of responsibility of Ban Lamduan Subdistrict Health Promoting Hospital, Lamduan Subdistrict, Krasang District, Buriram Province. The study was conducted from December 2024 to September 2025 and consisted of two phases. The model development phase applied the PAOR process based on the concept of Kemmis and McTaggart in the first phase and the resulting model was implemented in the second phase through two iterative cycles. Participants included 35 community stakeholders selected by purposive sampling and 60 elderly individuals residing in the study area. Quantitative data were collected using a demographic questionnaire, the Thai Fall Risk Assessment Tool (Thai-FRAT), a self-care behavior questionnaire, and the Activities of Daily Living (ADL) assessment. Qualitative data were obtained through observation and focus group discussions. The research instruments were validated for content validity by three experts, yielding an overall Content Validity Index (CVI) of 0.85. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed via content analysis.

In Phase 1, 28.33% of the elderly were identified as being at risk of falls, with key risk factors including unsafe home environments, impaired balance, high-risk medication use, visual impairment, and prior fall history. The first iteration of Phase 2 resulted in the development of a five-component fall prevention model which included health promotion integration with elderly schools, standardized screening and assessment, home safety modification, exercise promotion with Thai traditional medicine services, and strengthening of the community emergency medical system. In the second iteration, post-intervention knowledge and self-care behavior scores were significantly higher than pre-intervention scores (p-value < 0.001). Therefore, it can be concluded that model can be applied at the subdistrict and local administrative levels for sustainable fall prevention.

Keywords: community participation, prevention, falls prevention, the elderly, model development

***Corresponding author:** Sattana Thawanwetch; sattana2510@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตประมาณ 684,000 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจซึ่งมักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง โดยมีข้อมูลการหกล้มของภูมิภาคในแปซิฟิกตะวันตกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คิดเป็นร้อยละ 60 ของการเสียชีวิต และมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า (World Health Organization: WHO, 2021a) โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุประมาณมากกว่า 1 ใน 4 หรือประมาณ 14 ล้านคนที่ประสบเหตุหกล้ม และประมาณร้อยละ 37 ของผู้ที่หกล้มได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ การพลัดตกหกล้มยังเป็นสาเหตุสำคัญของกระดูกสะโพกหักและการบาดเจ็บทางสมอง รวมทั้งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ประมาณ 50 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Centers for Disease Control and Prevention: CDC, 2024) ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่า การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเกือบ 2,000 คน/ปี โดยราวครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ หรือเฉลี่ยผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มประมาณ 3 คน/วัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2564)

ในประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ในช่วง 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2559–2562 มีผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มและใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 141,895 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.5 จากปี พ.ศ. 2559 กลุ่มที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ อายุ 60–64 ปี ร้อยละ 25.49 รองลงมาคือ 65–69 ปี ร้อยละ 22.49 และ 70–74 ปี ร้อยละ 19.95 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มและใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 24,364 ราย แยกเป็นเพศชาย 10,745 ราย ร้อยละ 44.10 และเพศหญิง 10,981 ราย ร้อยละ 45.06 จังหวัดที่มีสถิติสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ขอนแก่น นครราชสีมา เชียงใหม่ อุบลราชธานี และร้อยเอ็ด (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2566)

การบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก/แตก และการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งมีอัตราพิการและเสียชีวิตค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีภาวะกระดูกพรุนหรือกระดูกบาง ร่วมกับการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น สาเหตุของการพลัดตกหกล้มมาจากทั้งปัจจัยภายใน เช่น การมองเห็นไม่ชัด การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผลจากยาบางชนิด และปัจจัยภายนอก เช่น พื้นและบันไดลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ และสภาพแวดล้อมในบ้านไม่เหมาะสม (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2566)

แม้ว่าจะมีการศึกษาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินปัจจัยเสี่ยงหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายกิจกรรม ขาดการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบที่บูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับตำบลอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของตำบลลำดวน แม้จะมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่ยังไม่มีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทชุมชน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

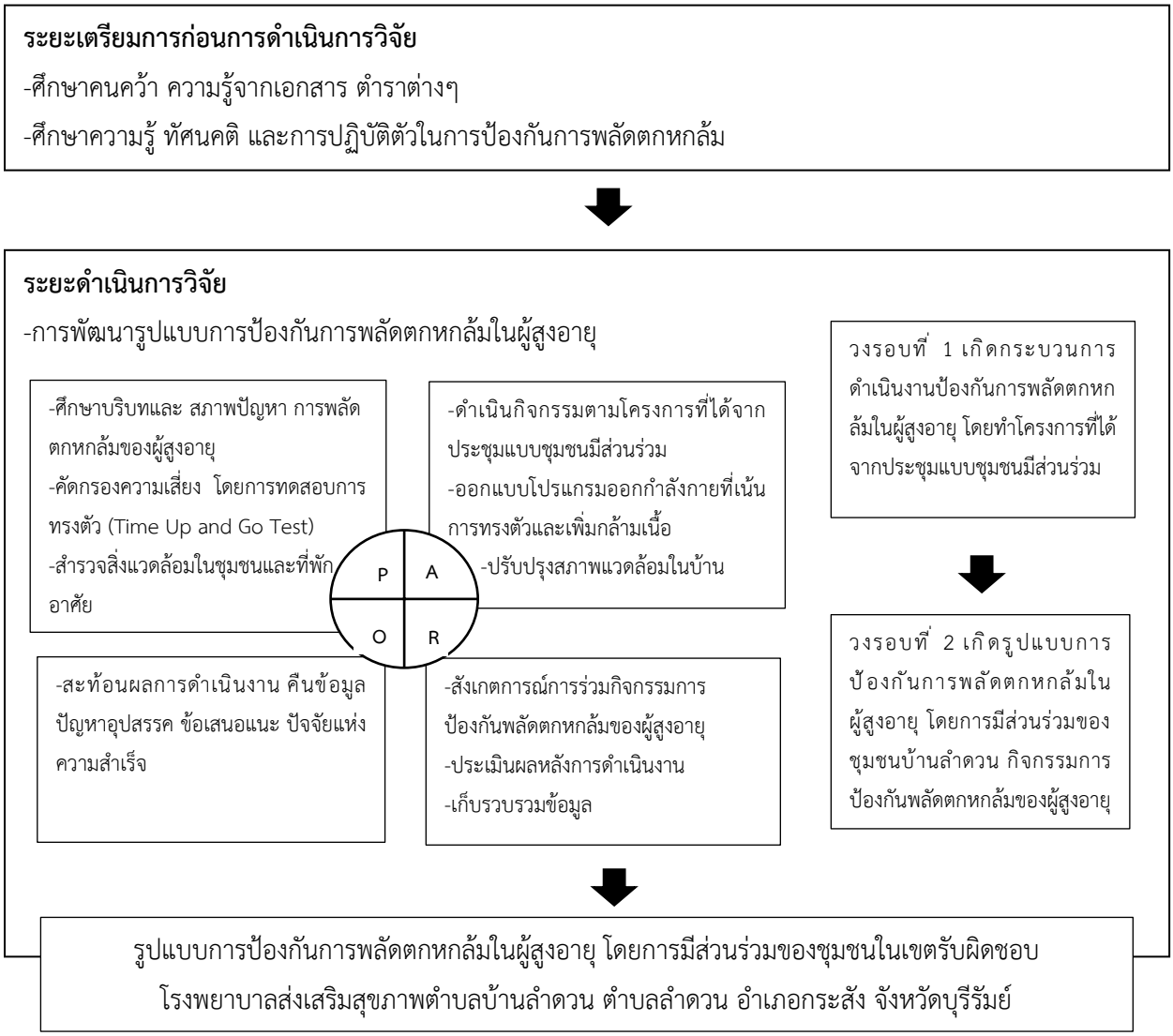
รวมถึงยังไม่มีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน ซึ่งเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน มีผู้สูงอายุติดเตียง 22 ราย ติดบ้าน 60 ราย และติดสังคม 640 ราย ร้อยละ 14.37 ของประชากรทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ อีกทั้งพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนประมาณร้อยละ 64.00 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการพลัดตกหกล้ม และจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 20 คน พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เคยพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน, 2568) ในพื้นที่ตำบลลำดวน ยังไม่มีระบบการประเมินความเสี่ยง การป้องกัน และการจัดการปัญหาการพลัดตกหกล้มอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างประวัติการพลัดตกหกล้มกับโรคเรื้อรัง และแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบล ลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ภาคีเครือข่ายชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ ประเมินผล และปรับปรุงให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุ ปัญหาและความต้องการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน วิเคราะห์บริบทและปัญหา สถานการณ์การพัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2568

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ในระยะนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน บริบทหรือสภาพปัญหาในการดำเนินงาน จากการสนทนากลุ่ม การทบทวนเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กระบวนการประชุมกลุ่มและการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่เหมาะสม ร่วมกับใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มี 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นวางแผน เป็นการประชุมกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวางแผนการดำเนินงาน 2) ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามแผน 3) ขั้นสังเกตการณ์ ติดตามประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงานตามแผน 4) ขั้นสะท้อนผล สะท้อนผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 2 วงรอบ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน การประเมินความพึงพอใจ รับฟังข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกเครือข่ายสุขภาพในตำบลลำดวน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและทดลองใช้รูปแบบ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดสังคมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 640 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน, 2568)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่ายเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพัฒนารูปแบบ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ทำการคัดเลือกผู้ที่สมัครใจสามารถเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 640 คน เนื่องจากทราบขนาดประชากร จึงเลือกใช้สูตรในการคำนวณหาค่าเฉลี่ยประชากร กรณีรู้จำนวนประชากร (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} N \sigma^2_x}{Z^2_{\alpha/2} \sigma^2_x + (N-1) d^2}$$

เมื่อ N = จำนวนประชากร (640)

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ (กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ 90% มีค่า Z = 1.64)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

σ^2_x = ความแปรปรวนของประชากร (0.25)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่า กำหนดให้ไม่เกิน 0.10

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.64)^2(640)(0.25)^2}{(1.64)^2(0.25)^2+(640-1)\ (0.1)^2} = 59.53$$ จึงเท่ากับ 60 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 60 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่าย คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามตำแหน่ง และดำรงตำแหน่งปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 2 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ 3) ยินดีให้ข้อมูลตรงไปตรงมาและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก 1) ขอถอนตัวและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

โดยมีจำนวน 35 คน ประกอบด้วย

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 10 คน
ผู้นำชุมชน	จำนวน 10 คน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน 4 คน
ประธานชมรมผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน	จำนวน 4 คน
ตัวแทนโรงเรียน	จำนวน 2 คน
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอำเภอกระสัง	จำนวน 1 คน
ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข อบต.ลำดวน	จำนวน 1 คน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านลำดวน	จำนวน 3 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 8 ข้อ ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เป็นคำถามปลายปิด ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) (กรมควบคุมโรค, 2565) ประกอบด้วย 6 ข้อ ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติการหกล้ม การทรงตัว การมองเห็น การใช้ยา และสภาพแวดล้อม เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นแบบประเมินคำถามปลายปิด ประกอบด้วย 12 ข้อ ครอบคลุมปัจจัยด้านร่างกาย พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เพิ่มขึ้น การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีการแบ่งช่วงคะแนนตามหลักการคำนวณอันตรภาคชั้น (Class interval) ซึ่งคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับ เพื่อกำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนน 0–3 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 4–7 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 8–12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) (กรมการแพทย์, 2564) ประกอบด้วย 10 ข้อ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมิน ADL ดังนี้

คะแนน 0–4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงสูง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่

คะแนน 5–11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน

คะแนน 12–20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี หรือมีภาวะพึ่งพิงน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 15 ข้อ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ใช้วิธีการแบ่งช่วงคะแนนตามหลักการคำนวณอันตรภาคชั้น (Class interval) ซึ่งคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับ เพื่อกำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนน 15–35 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 36–55 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 56–75 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นแบบประเมินคำถามปลายปิด ประกอบด้วย 15 ข้อ ครอบคลุมปัจจัยด้านร่างกาย พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เพิ่มขึ้น การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีการแบ่งช่วงคะแนนตามหลักการคำนวณอันตรภาคชั้น (Class interval) ซึ่งคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับ เพื่อกำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนน 0–8 คะแนน หมายถึง มีความรู้ต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9–11 คะแนน หมายถึง มีความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 12–15 คะแนน หมายถึง มีความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai Falls Risk Assessment Test: Thai-FRAT) แบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามการดูแลตนเองฯ และแบบประเมินความรู้ ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการวิจัยสาธารณสุข เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษา ความเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่า ค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.84–1.00 และค่า CVI รวมเท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ในด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ทำการทดลองใช้ (try-out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ($\alpha \geq 0.80$) แสดงถึงความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในระดับที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) จำนวน 2 วงรอบ (Two PAOR Cycles) ดังนี้

ระยะ ที่ 1 ขั้นเตรียมการ ในเดือนธันวาคม 2567 (1 เดือน) โดยศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุ และสถิติการพลัดตกหกล้มย้อนหลังจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน และข้อมูลสุขภาพ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ครอบครัว (Family Folder) ทบทวนเอกสาร งานวิจัย และแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เกี่ยวข้อง ประสานงานและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ คัดเลือกและเชิญกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 60 คน และภาคีเครือข่ายจำนวน 35 คน

ระยะที่ 2

วงรอบที่ 1 กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2568 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 (2 เดือน)

วงรอบที่ 2 การพัฒนาและประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2568 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ.2568 (6 เดือน)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) นำผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์กำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ วิเคราะห์ความต่อเนื่องและความเป็นไปได้ในการขยายผล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) สังเคราะห์รูปแบบขั้นสุดท้ายกำหนดองค์ประกอบหลักของรูปแบบและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับตำบล

ผลลัพธ์วงรอบที่ 2 จะได้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลำดวนที่มีโครงสร้างชัดเจน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ระยะที่ 3 ในเดือนกันยายน 2568 (1 เดือน) หลังการดำเนินการวิจัย ทำการประเมินผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังดำเนินกระบวนการพัฒนา วิเคราะห์ผลและประเมินผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired sample t-test (กำหนดนัยสำคัญที่ p-value < 0.05) และรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมค่า t และ p-value และเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ McNemar test

ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการประชุมกลุ่มสนทนา มารวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยจัดกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นความลับ โดยผลการศึกษาจะเป็นการสรุปโดยภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จึงทำการเก็บข้อมูล พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ IRB NUMBER 209/2567 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2567 โดยเอกสารนี้มีอายุรับรอง 1 ปี นับจากวันที่รับรอง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา รายละเอียดดังนี้

1) ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จากการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 60 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 และเพศชายร้อยละ 30.00 ด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือช่วงอายุ 70–79 ปี ร้อยละ 33.33 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.33 ด้านสถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.33 รองลงมาคือหม้ายหรือหย่าร้างร้อยละ 26.67 และโสดร้อยละ 10.00 ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.00 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 23.33 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 11.67 และระดับปวส.หรือปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 5.00 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรร้อยละ 56.67 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปร้อยละ 23.33 ค้าขายร้อยละ 13.33 และข้าราชการบำนาญร้อยละ 6.67 ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทร้อยละ 46.67 รองลงมาคือรายได้ 3,001–6,000 บาทร้อยละ 36.67 และรายได้ 6,001 บาทขึ้นไปร้อยละ 16.66 ด้านโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75.00 มีโรคประจำตัว ขณะที่ร้อยละ 25.00 ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 10.00 เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้ม และร้อยละ 90.00 ไม่เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้ม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	30.00
หญิง	42	70.00

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60 – 69 ปี	32	53.33
70 – 79 ปี	20	33.33
80 ปีขึ้นไป	8	13.33
สถานภาพ		
โสด	6	10.00
สมรส	38	63.33
หม่าย/หย่าร้าง	16	26.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	36	60.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	23.33
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	7	11.67
ปวส./สูงกว่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	5.00
อาชีพ		
เกษตร	34	56.67
ค้าขาย	8	13.33
รับจ้างทั่วไป	14	23.33
ข้าราชการบำนาญ	4	6.67
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	28	46.67
3,001–6,000 บาท	22	36.67
6,001 บาทขึ้นไป	10	16.66
โรคประจำตัว		
มี	45	75.00
ไม่มี	15	25.00

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	6	10.00
ไม่เคย	54	90.00

2) จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและจัดกลุ่มประเด็นสำคัญได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดำเนินงานมีโครงสร้างแต่ขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการข้อมูล พบว่า แม้จะมีผู้รับผิดชอบงานชัดเจนและมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน บางพื้นที่ยังไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างทั่วถึง อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองยังไม่ถูกนำมาวิเคราะห์และวางแผนป้องกันอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นลักษณะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

ประเด็นที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพและสภาพแวดล้อมยังไม่เหมาะสม พบว่า แม้จะมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ แต่การดำเนินกิจกรรมยังไม่ต่อเนื่อง ขาดระบบติดตามและการมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุบางรายยังมีความเสี่ยง เช่น พื้นลื่น ห้องน้ำไม่มีราวจับ และแสงสว่างไม่เพียงพอ

ประเด็นที่ 3 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงระบบบริการ พบว่า วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ นอกจากนี้ผู้สูงอายุและญาติบางส่วนยังไม่กล้าเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากขาดความเข้าใจและความมั่นใจในระบบบริการ

ในรอบปีที่ผ่านมา พบผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มจำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 และมี 1 รายเกิดกระดูกสะโพกหักคิดร้อยละ 1.67

ระยะที่ 2 กระบวนการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินงานวงรอบที่ 1 ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นวางแผน (Plan) ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายจำนวน 35 คน วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์จากการคัดกรอง Thai-FRAT และข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นสำคัญ จึงนำมาวิเคราะห์แก้ไขปัญหา ได้แก่ การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม กิจกรรมออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง สภาพแวดล้อมบ้านยังเสี่ยง ผู้สูงอายุไม่มั่นใจการใช้ระบบ 1669 จึงกำหนดกิจกรรมหลัก 5 ด้าน ได้แก่ คัดกรองเชิงรุกครบทุกหมู่บ้าน อบรมให้ความรู้การป้องกันการหกล้ม จัดกิจกรรมออกกำลังกายระดับหมู่บ้าน เยี่ยมบ้านและปรับสภาพแวดล้อม และเสริมความเข้าใจระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยคัดกรองผู้สูงอายุครบ 60 คน เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง 17 คน จัดกิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ขั้นสังเกต (Observation) พบว่า การมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น และครอบครัวให้ความร่วมมือปรับบ้าน

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ได้ทำการคืนข้อมูล และนำข้อเสนอแนะไปพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลำดวนในวงรอบที่ 2

ผลการพัฒนาวงรอบที่ 2

การพัฒนาและประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม วงรอบที่ 2 เป็นการปรับปรุงและจัดโครงสร้างรูปแบบให้ชัดเจน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรอง Thai-FRAT อย่างเป็นระบบ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและส่งเสริมสมรรถภาพ การเสริมบทบาทแกนนำชุมชน การเชื่อมโยงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หลังทดลองใช้รูปแบบในผู้สูงอายุ 60 คน จึงทำการประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผลการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน โดยที่ประชุมได้สรุปรูปแบบการดำเนินงาน คือ 1) การบูรณการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) การประเมินสมรรถนะของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ (Thai FRAT) 3) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยและ เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลด ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยการยืดเหยียด ฝึกลมหายใจ ร่วมทั้งการบริการแพทย์แผนไทยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และ 5) การพัฒนาและยกระดับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วม และการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งด้านคนหรือคณะกรรมการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน การบริหารงบประมาณ และการมีระบบบริหารจัดการที่ดี ซึ่งก่อนพัฒนาผู้สูงอายุ 60 คน มีความเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้ม 17 คน ร้อยละ 28.33 หลังจากกระบวนการพัฒนา 2 วงรอบ ที่ศึกษาปัญหาสถานการณ์ วางแผน ปฏิบัติงาน สังเกต สะท้อนผล ทำให้กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันพลัดตกหกล้มมีประสิทธิผลที่ดี ส่งผลให้ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม หลังกระบวนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา (Thai-FRAT) (n=60)

ระดับความเสี่ยง	ก่อนพัฒนา n (ร้อยละ)	หลังพัฒนา n (ร้อยละ)
เสี่ยง	17 (28.33)	9 (15.00)
ไม่เสี่ยง	43 (71.67)	51 (85.00)

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังดำเนินกระบวนการพัฒนา

ภายหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 8.20 ± 1.85 เป็น 12.10 ± 1.40 ($p < 0.001$) ในทำนองเดียวกัน คะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 48.30 ± 6.75 เป็น 62.40 ± 5.90 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังดำเนินกระบวนการพัฒนา (n = 60)

ตัวแปร	Mean	SD	Mean difference	t	95% CI	p-value
ความรู้			3.90	12.54	3.28–4.52	<0.001
ก่อนกระบวนการพัฒนา	8.20	1.85				
หลังกระบวนการพัฒนา	12.10	1.40				
การดูแลตนเอง			14.10	15.87	12.36–15.84	<0.001
ก่อนกระบวนการพัฒนา	48.30	6.75				
หลังกระบวนการพัฒนา	62.40	5.90				

*p-value<.0001

อภิปรายผล

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งหัวข้อไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจากการพลัดตกหกล้ม ข้อมูลจาก HDC ยังพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว และปัญหาด้านสายตาจำนวนมาก และจากการคัดกรองในงานวิจัยนี้ พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 28.33 ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 42 คน ร้อยละ 70.00 และพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 17 คน ร้อยละ 28.33 โดยพบปัจจัยเสี่ยงมากที่สุด คือสภาพที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยง การทรงตัวบกพร่อง เคยใช้ยาที่มีความเสี่ยง การมองเห็นบกพร่อง และเคยมีประวัติหกล้ม สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization (2021b) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านสมรรถภาพทางกาย ปัญหาการมองเห็น การใช้ยา และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมามีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แต่ยังขาดการนำเอาข้อมูลมาวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาที่ชัดเจน โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่บ้านยังเสี่ยงต่อการพลัดหกหกล้ม ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างต่ำ อาจทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาศ ศรีแพงมล (2566) ที่กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ทั้งการคัดกรองผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มถึง ร้อยละ 20.5 ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกายทำให้เกิดภาวะพลัดตกหกล้มได้ง่าย และยังสอดคล้องกับ มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ (2568) ที่พบว่าปัจจัยภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 6 ปัจจัย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

ความผิดปกติของการมองเห็นปัญหาการทรงตัวและปัญหาการกลั้นปัสสาวะส่วนปัจจัยภายนอกด้านที่อยู่อาศัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ลักษณะที่อยู่อาศัย การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน และแสงสว่างภายในห้องน้ำ

2) การพัฒนารูปแบบครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งเน้นกระบวนการแบบวงจรเกลียว PAOR และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการเรียนรู้และปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานในตำบลลำดวนสะท้อนลักษณะดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยวงรอบที่ 1 ทำให้เกิดกระบวนการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ชัดเจนจากการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกิจกรรมร่วมกัน ขณะที่วงรอบที่ 2 ได้นำผลการสะท้อนมาปรับปรุงจนเกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีองค์ประกอบเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยทีมผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกันโดยการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้ได้ประเด็นที่สำคัญ และพิจารณาหาแนวทางแก้ไข แล้ววางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งร่วมมือกันดำเนินงานตามแผนที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้เน้นการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนดำเนินงาน ผลการสังเคราะห์ได้รูปแบบการดำเนินงาน คือ 1) การบูรณาการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) การประเมินสมรรถนะของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ (Thai FRAT) 3) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลด ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยการยืดเหยียด ฝึกลมหายใจ ร่วมทั้งการบริการแพทย์แผนไทยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และ 5) การพัฒนาและยกระดับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วม และการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยของ นิภาพร มีชิน และคณะ (2566) ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลน้ำพอง ใช้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart (1988) โดยดำเนินการ 2 วงรอบตามขั้นตอน PAOR ผลการวิจัยพบว่า เมื่อมีการวิเคราะห์สถานการณ์ ระดมสมองร่วมกัน และพัฒนารูปแบบอย่างเป็นระบบตามวงจร PAOR ทำให้อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลง และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดนี้ เอื้อต่อการพัฒนารูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทพื้นที่ และสอดคล้องกับ จุติพร ผลเกิด และคณะ (2567) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งดำเนินการตามวงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยอาศัยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาแนวทางดำเนินงาน และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 1) สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจากการพลัดตกหกล้ม ข้อมูลจาก HDC ยังพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว และปัญหาด้านสายตาจำนวนมาก และจากการคัดกรองในงานวิจัยนี้ พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 28.33 ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 42 คน ร้อยละ 70.00 และพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 17 คน ร้อยละ 28.33 โดยพบปัจจัยเสี่ยงมากที่สุด คือสภาพที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยง การทรงตัวบกพร่อง เคยใช้ยาที่มีความเสี่ยง การมองเห็นบกพร่อง และเคยมีประวัติหกล้ม สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization (2021b) ซึ่งระบุว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและสมรรถภาพทางกายเป็นปัจจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

สำคัญที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมีปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยง และการมองเห็นบกพร่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันการหกล้มจำเป็นต้องดำเนินการควบคู่กันทั้งการปรับสภาพแวดล้อมและการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมามีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แต่ยังขาดการนำเอาข้อมูลมาวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาที่ชัดเจน โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่บ้านยังเสี่ยงต่อการพลัดหกหกล้ม ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างต่ำ อาจทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาศ ศรีแพงมล (2566) ที่กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ทั้งการคัดกรองผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มถึง ร้อยละ 20.5 ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกายทำให้เกิดภาวะพลัดตกหกล้มได้ง่าย และยังสอดคล้องกับมะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ (2568) ที่พบว่าปัจจัยภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 6ปัจจัย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำ ความผิดปกติของการมองเห็นปัญหาการทรงตัวและปัญหาการกลั้นปัสสาวะส่วนปัจจัยภายนอกด้านที่อยู่อาศัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ลักษณะที่อยู่อาศัย การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน และแสงสว่างภายในห้องน้ำ

3) การประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ หลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงลดลง และคะแนนความรู้รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดนิตา อินเจ๊ก (2568) ที่ทำการศึกษาการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าการดูแลตนเองมีศักยภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการหกล้ม อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายกลุ่มตัวอย่างและติดตามผลในระยะยาว รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีประสิทธิผลทั้งด้านผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและระดับความเสี่ยง ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการดำเนินกิจกรรมแบบองค์รวม ได้แก่ การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง การเสริมบทบาทครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง Falls Prevention Framework ของ World Health Organization (2021b) ที่เน้นมาตรการหลายระดับมากกว่าการใช้มาตรการเดี่ยวนอกจากนี้ การที่ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นวางแผนจนถึงสะท้อนผล ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของของรูปแบบ ส่งผลให้กิจกรรมสามารถดำเนินต่อเนื่องได้จริงในพื้นที่ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจำเป็นต้องดำเนินการในระดับชุมชน ไม่ใช่เพียงระดับบุคคล การใช้กระบวนการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

เชิงปฏิบัติการช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จึงเป็นทั้งเครื่องมือทางวิชาการและกลไกการจัดการระดับชุมชน ที่สามารถขยายผลและต่อยอดได้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระดับครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างเป็นระบบ มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ลดการบาดเจ็บ และเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ขณะที่ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ ความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

ระดับชุมชน ชุมชนมีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ชัดเจน สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกิดระบบการเฝ้าระวัง การติดตามกลุ่มเสี่ยง และการจัดการปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ลดภาระการรักษาจากการบาดเจ็บซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเชิงรุก รวมถึงสามารถเชื่อมโยงการดูแลกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับนโยบายและการขยายผล รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ตำบลลำดวนมิได้เป็นเพียงกิจกรรมเฉพาะช่วงเวลา แต่เป็นโครงสร้างการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการ ภาคีเครือข่าย และชุมชน ซึ่งแสดงผลลัพธ์เชิงประจักษ์ทั้งด้านความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รูปแบบดังกล่าวจึงสามารถใช้เป็นต้นแบบเชิงระบบสำหรับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง อย่างไรก็ตาม การขยายผลในระดับนโยบายควรดำเนินควบคู่กับการประเมินผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าการนำไปใช้จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์การประเมินผลในอนาคตควรเพิ่มเติมตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราการพลัดตกหกล้มต่อปี ความต่อเนื่องของกิจกรรม และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อสะท้อนความยั่งยืนของรูปแบบมากกว่าการวัดเพียงความรู้หรือพฤติกรรมระยะสั้น

2. ควรมีการออกแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) หรือมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบในเชิงเหตุและผลอย่างชัดเจน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพจากตำบลลำดวน ผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สาธารณสุขอำเภอกระสัง โรงพยาบาลกระสัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุตลอดจนภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ให้สำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้ช่วยตรวจสอบหลักเกณฑ์พื้นฐานของจริยธรรมในการสร้างงานผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. บริษัท ณจันดา ครีเอชั่น จำกัด.

กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟ ฟิคแอนด์ดีไซน์.

กรมควบคุมโรค. (2565). *การประเมินและการจัดการความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1318720220921053053.pdf

จุติพร ผลเกิด. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9*(3), 385–396.

ดนิตา อินเจ๊ก. (2568). การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารชัยภูมิเวชสาร, 45*(1), 1–13.

บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

นิภาพร มีชิน และคณะ. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 5*(1), 137–150.

ประกาศ ศรีแพงมล และคณะ. (2566). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.

มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 43*(2), 1–13.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำดวน. (2568). รายงานผู้สูงอายุ ปี 2568. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2566). *รายงานการศึกษาเพื่อทำข้อเสนอการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย.* สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6).* สารคามการพิมพ์.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Older adult falls data*. https://www.cdc.gov/falls/data-research/index.html

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January - April 2026

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner (3rd ed.).* Victoria; Deakin University.

World Health Organization. (2021a). *Falls are the second leading cause of unintentional injury deaths worldwide*. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

World Health Organization. (2021b). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. Geneva: World Health Organization.

e277730

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านต่อการจัดการอาการปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลัน 72 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

พักตร์พิมล จุลภักดีเกื้อหนุน*, ธนากร แสนโสม

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

(วันที่รับบทความ: 17 กันยายน 2568 ; วันที่แก้ไข: 26 มีนาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 20 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 - มกราคม 2569 แบ่งเป็น 4 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีผู้ดูแลหลัก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินความสามารถจัดการอาการปวดด้วยตนเอง ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.97 โปรแกรม DMS home ward และ Line Official Account วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย, การอบรมทักษะผู้ดูแล (การล้างแผล การประคองแผล และการบริหารยากลุ่ม NSAIDs) และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง 72 ชั่วโมงผ่าน Line Official Account และโปรแกรม DMS home ward โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การประเมินผล พบว่า กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองครบถ้วนมากกว่ากลุ่มควบคุม ในด้านระดับความเจ็บปวด 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M=6.00$, $SD=1.43$ และ $M=4.33$, $SD=0.95$ ตามลำดับ; $t=5.28$, $p<0.001$) รวมถึงที่ 48 และ 72 ชั่วโมง แต่กลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการอาการปวดได้ดีกว่า โดยเฉพาะการประคองแผลที่ช่วยลดความปวดได้มากถึงร้อยละ 93.33 เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ มีมาตราฐานและความปลอดภัยเทียบเคียงกับการดูแลในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการจัดการอาการปวดและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายและการเดินทางของผู้ดูแล

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** พักตร์พิมล จุลภักดีเกื้อหนุน; Phakpimon18@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

Developing a Home ward care Model for Post-Appendectomy Pain Management during the first 72 hours at Detudom Crown Prince Hospital

Phakphimon Julpakdeekurnun*, Thanakorn Saensom

Detudom Crown Prince Hospital

(Received: 17 September 2025; Revised: 26 March 2026; Accepted: 20 April 2026)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate an innovative home-based patient care model (Home Ward) for uncomplicated acute appendicitis patients by integrating transitional care principles with digital health technology. The study employed a research and development approach conducted between June 2025 and January 2026, progressing through four phases. The sample consisted of patients diagnosed with uncomplicated acute appendicitis who had a primary caregiver. Participants were divided into an experimental group and a control group of 30 individuals each, totalling 60 participants. The instruments used included a pain assessment scale and a self-pain management ability assessment, both of which yielded a Content Validity Index (CVI) of 0.97. Additional tools comprised the DMS Home Ward application and a Line Official Account. Data were analysed using descriptive statistics and an Independent t-test, with a statistical significance level set at 0.05

The developed care model consisted of three core components: a pre-discharge readiness assessment, caregiver skills training covering wound cleansing, wound splinting, and NSAIDs administration, and continuous 72-hour symptom monitoring conducted via Line Official Account and the DMS Home Ward application by a multidisciplinary team. Evaluation findings revealed that the experimental group received more comprehensive self-care instructions than the control group. Regarding pain levels during the first 24 hours, the experimental group reported a higher mean pain score than the control group ($M = 6.00$, $SD = 1.438$ vs. $M = 4.33$, $SD = 0.959$; $t = 5.281$, $p < 0.001$), with similar trends observed at 48 and 72 hours. Nevertheless, the experimental group demonstrated superior pain management ability, particularly through wound splinting, which reduced pain in as many as 93.33% of cases. This model offers patients and their families a viable alternative for post-appendectomy home care that meets safety and quality standards comparable to in-hospital care. It enhances patients' capacity for self-pain management and self-care while simultaneously reducing financial burdens and travel demands on caregivers.

Keywords: home ward care, post-operative patient, acute appendicitis

***Corresponding author**: Phakphimon Julpakdeekurnun; Phakpimon18@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

บทนำ

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) เป็นโรคฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่พบบ่อยซึ่งวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานคือการผ่าตัดนำไส้ติ่งออก (Di Saverio et al., 2020) จากการศึกษาความชุกของโรคพบว่าร้อยละ 7.83 อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบพบในประชากรที่มีอายุระหว่าง 10-29 ปี โดยมีอัตราการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 100 ถึง 223 รายใหม่ต่อแสนประชากรต่อปี (Lotfollahzadeh, Lopez, & Deppen, 2024)

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมมีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ในปี 2562-2566 มีจำนวน 384, 431, 558, 478, 593 คน ตามลำดับ (ข้อมูลจจากระบบ MIS4.0 รพร.เดชอุดม ณ วันที่ 1 ต.ค.2567) การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันส่วนใหญ่ เป็นการผ่าตัดแบบเปิด เฉลี่ยการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ 488.8 คนต่อปีและคิดเป็น 274.97 ต่อแสนประชากร และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 8.4 มีวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง (นิยม และชมพูนุช, 2565) แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์และอาการของผู้ป่วย

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม และในปีพ.ศ. 2562 ที่ผ่านมาเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ กรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน หรือ การดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา โดยในปีพ.ศ. 2565 ได้กำหนดผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค นำร่องให้บริการแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ได้แก่ 1.ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2.ผู้ป่วยปอดอักเสบ 3.ผู้ป่วยแผลกดทับ 4.ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ 5.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 6.ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 7.ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันภายใต้ระบบบริการผ่าตัดวันเดียว หมายถึง ผู้ป่วยถูกตรวจวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (acute appendicitis, acute suppurative appendicitis) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด (open appendectomy) หรือการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้อง (laparoscopic appendectomy) ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตามมาตรฐานกรมการแพทย์ หลังผ่าตัดมีการจำหน่ายจากหน่วยผ่าตัดวันเดียวกลับตามเกณฑ์มาตรฐาน ความปลอดภัยของทางวิสัญญีแพทย์และทีมแพทย์ผ่าตัดในระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ มีระบบการติดตาม ดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใน 24, 48, 72 ชั่วโมง รวมถึงช่องทางในการติดต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการหลังการผ่าตัด กรณีฉุกเฉิน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (กรมการแพทย์, 2565)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยในที่บ้าน จำเป็นต้องมีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่ายได้ โดยได้รับการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมอย่างเป็นระบบ ปัจจุบันเครือข่ายสุขภาพอำเภอเดชอุดมมีหน่วยบริการปฐมภูมิ 28 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 25 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง ในการดูแลประชาชนในพื้นที่ และมุ่งพัฒนาเป็น Gate keeper ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ทำให้เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งกลับบ้าน การติดตามประเมินอาการปวด แผลผ่าตัด หรือการรับประทานยา ทำให้เกิดความล่าช้าและไม่เป็นระบบ ผู้ป่วยบางรายกลับมารับการรักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนหรือแผลติดเชื้อ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเฉียบพลัน รวมทั้งขาดช่องทางสื่อสารที่รวดเร็วกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล

ซึ่งช่องว่างดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ที่มีระบบการประสานข้อมูล การติดตามอาการ และการสนับสนุนทางวิชาการระหว่างทีมโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้าน ความสามารถในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยด้วยตนเอง และ ระดับความเจ็บปวด ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่ผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลนี้และประเมินผลลัพธ์ดังกล่าว เพื่อนำไปสู่มาตรฐานการดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อต่อไป

วัตถุประสงค์

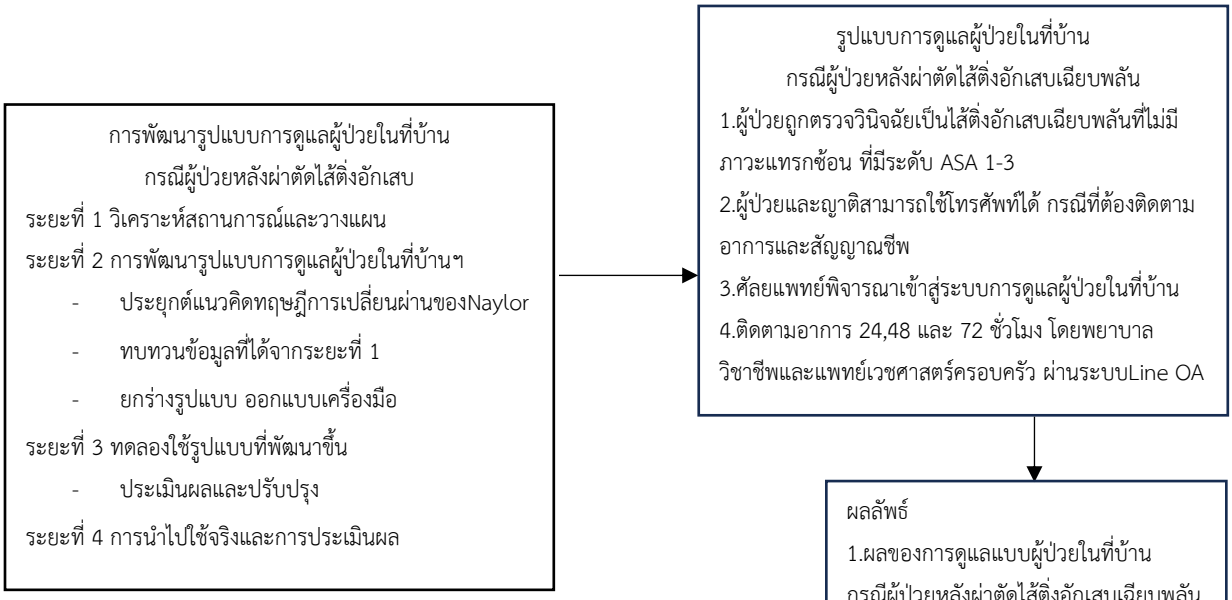
1.เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

2.เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านระดับความปวดหลังผ่าตัด และพฤติกรรมการจัดการความปวดของผู้ป่วย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดงานวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor and Toles (2021) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านต่อการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน 72 ชั่วโมงแรก เนื่องจากการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านเป็นรูปแบบการดูแลแบบใหม่ จะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบ การดูแลแบบระยะเปลี่ยนผ่านจึงมีความจำเป็นต่อรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตั้งแต่ระยะผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไปจนถึงระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา(Research & Development) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลัน โดยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน มิถุนายน 2568 - มกราคม 2569 ผู้วิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์บริบทและความต้องการ ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน(Home ward) โดยจัดตั้งคณะกรรมการ พัฒนาระบบผู้ป่วยในที่บ้าน ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 29 คน (ศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการคอมพิวเตอร์) โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการจัดเวทีประชุมระดมสมอง (Brainstorming) เพื่อวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเดิม และ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ประเมินความพร้อมด้านอุปกรณ์และบุคลากร จากนั้นสรุปประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ ตลอดจนกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน(Home ward)

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ โดยยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลความต้องการจากระยะที่ 1 มาบูรณาการร่วมกับ แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model) ของ Naylor and Keating (2008) โดยได้ออกแบบกลไกการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนถึงการจำหน่ายกลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมงแรก มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก (Inclusion/Exclusion criteria) ที่ชัดเจน นอกจากนี้ได้มีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ การสร้างช่องทางสื่อสารผ่านโปรแกรม LINE Official Account, ระบบฐานข้อมูล DMS Home ward, และสื่อให้ความรู้ (แผ่นพับ/วิดีโอ) นำร่างรูปแบบและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.93 - 0.98

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมและทดลองใช้เบื้องต้น ประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ และนำผลมาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง โดยนำร่างรูปแบบไปทดลองใช้ (Pilot test) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 2 คู่ (กลุ่มทดลอง 2 ราย และกลุ่มควบคุม 2 ราย) หลังสิ้นสุดการทดลองนำร่องทีมวิจัยได้นำผลลัพธ์มาประเมินร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด 24 ชั่วโมงแรกของทั้งสองกลุ่มยังไม่มีความแตกต่างกัน จากข้อค้นพบดังกล่าว ทีมวิจัยได้ทำการปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เพิ่มเกณฑ์การปรับเพิ่มยากลุ่ม NSAIDs โดยเภสัชกร 2) เพิ่มการสอนและประเมินทักษะการล้างแผลด้วยหลักสะอาดปลอดเชื้อ (Aseptic technique) แก่ผู้ดูแล และ 3) เน้นย้ำการให้ความรู้ทักษะการประคองแผลเวลาเคลื่อนไหว/ไอจาม เพื่อลดความเจ็บปวด

ระยะที่ 4 การนำไปใช้จริงและประเมินประสิทธิผล โดยการนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงสมบูรณ์แล้วไปประเมินประสิทธิผลทางคลินิก โดยการออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง) โดยนำรูปแบบไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งฯ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Home ward) 30 คน และกลุ่มควบคุม (รับการดูแลปกติบนหอผู้ป่วย) 30 คน ดำเนินการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยีใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง เก็บรวบรวมระดับความเจ็บปวด และความสามารถในการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง (Independent t-test)

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2568 ถึง มกราคม 2569

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent samples t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 ซึ่งอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 52 คน (กลุ่มละ 26 คน) ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out rate) ระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด เป็นกลุ่มไส้ติ่งอักเสบชนิดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น Acute Appendicitis, Acute Suppurative Appendicitis ยกเว้น Rupture Appendicitis และต้องมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่มีไข้ อุณหูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 mmHg , อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ 60-90 ครั้งต่อนาที และอัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาที)

2.ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน และสามารถติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3.ผู้ดูแลต้องผ่านการประเมินทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบด้านความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการรักษาและการฟื้นฟู สามารถจัดเตรียมยาให้ถูกต้องตามมื้อและเวลาที่กำหนดและความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ สัญญาณอันตรายที่ต้องพาผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลทันที

4.ที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีความพร้อมและเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเดินทางกลับมาโรงพยาบาลได้สะดวกในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

5.ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามแผนการติดตามผลการรักษาที่กำหนดและพร้อมรับการติดตามจากทีมสุขภาพ

เกณฑ์การคัดออก

1.ผู้ป่วยมีไข้อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือ อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส หลังทานยาแล้วไม่ดีขึ้น, อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง ต่อนาที, อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ร่วมกับมีอาการปวดท้อง ทานอาหารไม่ได้ อาเจียน

2.ผู้ป่วยมีเหตุฉุกเฉินหรือแพทย์พิจารณาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในระหว่าง 72 ชั่วโมง ที่มีการติดตามแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

3.ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

แนวทางการควบคุมความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง (Control of Confounding Variables) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่ม (Nonequivalent Control Groups) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและอคติ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ผู้วิจัยจึงได้ทำการเลือกกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด (Matching) ได้แก่ ช่วงอายุ, เพศ, และลักษณะทางคลินิกเบื้องต้น (ความรุนแรงของโรคระดับ ASA 1-3) เพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์ด้านความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน เกิดจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ไม่ใช่จากปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยแบ่งตามระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์และวางแผนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยการจัดตั้งคณะกรรมการผู้ป่วยในที่บ้าน ประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และสาขาอื่นๆ รวมทั้งสิ้น 29 คน ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ในระยะนี้ใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัยแบ่งออกเป็น

1.เครื่องมือสำหรับให้ความรู้ ได้แก่ แผ่นพับการแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

2.โปรแกรมLine Official Account สำหรับการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเจ็บปวด (Numeric Pain Rating Scale) เป็นแบบประเมินตนเองที่ผู้ป่วยใช้รายงานระดับความเจ็บปวด ด้วยตนเอง มีการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Dr. Ronald Melzack and Dr. Warren Torgerson (1975) พัฒนามากจาก Visual Analogue Scale (VAS) โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของตัวเลข และให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเจ็บปวดเป็นตัวเลขได้ ผู้ประเมินเลือกตัวเลขจำนวนเต็มเพียง 1 ค่า บนสเกล 0-10 โดย 0 หมายถึงไม่มีความเจ็บปวดเลย และ 10 หมายถึงเจ็บปวดมากที่สุดเท่าที่จะนึกภาพออก ใช้มาตรส่วนวัดตัวแปรแบบ Ordinal scale เพราะช่องว่างระหว่างตัวเลขอาจไม่เท่ากันในเชิงรับรู้ของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพร้อมและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor and Keating (2008) เป็นรูปแบบการประเมินแบบ Check list โดยมี 7 หัวข้อหลัก แบ่งเป็นหัวข้อย่อย 27 ข้อ โดยมีหัวข้อประเมิน ได้แก่ สิทธิ์การรักษา ความยินยอม ที่พัก การสื่อสาร ความพร้อมและศักยภาพผู้ดูแล และความพร้อมของผู้ป่วย

ระยะที่ 4 การนำไปทดลองใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ ใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการปวดแผลหลังผ่าตัดไส้ติ่งด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 4 ระยะ

1.แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีทั้งหมด 7 หัวข้อหลัก 14 หัวข้อย่อย ใช้เวลาสอบถาม 45 – 60 นาที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการดูแล Home ward จากมุมมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Index of item objective congruence) IOC=0.98

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

2.แบบประเมินความเจ็บปวด (Numeric Pain Rating Scale) Test–retest ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่รู้หนังสือและไม่รู้หนังสือกลุ่มผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม จำนวน 30 คน ใน 24 ชม. r=0.85 ประเมิน IOC=0.94

3.แบบประเมินความพร้อมและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) เนื่องจากเป็นเครื่องมือแบบ Checklist (ผ่าน/ไม่ผ่าน) ค่าความตรงของเนื้อหา (Index of item objective congruence) IOC=0.93

4.แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการปวดแผลหลังผ่าตัดไส้ติ่งด้วยตนเอง จัดทำโดยผู้วิจัยปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 2 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญมีค่า IOC (index of item objective congruence) เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ข้อมูลที่บันทึกผ่านเวชระเบียนของผู้ป่วย จากโปรแกรม DMS Home ward และ HOSxP ได้แก่ข้อมูลการวินิจฉัย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย และสัญญาณชีพ โดยข้อมูลที่สืบค้นและรวบรวมจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

2.ข้อมูลรวบรวมจะถูกบันทึกในโปรแกรม Microsoft Excel (version 365) และนำไปปรับใช้เพื่อวิเคราะห์ทางสถิติผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป โดยจะไม่มีการระบุข้อข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ เช่น ชื่อ-นามสกุล และเลขประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital Number; HN) เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย

3.ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi-Square test

3.การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ DUCPH 2568 – 6 รับรองวันที่ 31 พฤษภาคม 2568

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ข้อสรุปจากการวิเคราะห์และเสนอแนะรูปแบบการดำเนินงานของสหสาขาวิชาชีพ สรุปได้ดังนี้

1.จากการศึกษาแนวทางการดำเนินงานของกรมการแพทย์ พบว่าคำนิยามของการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน คือ เป็นการรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) ที่มีมาตรฐานเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา โดยความร่วมมือของญาติในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษาและลดค่าใช้จ่ายในการเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

2.การนำระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน สำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีอุปกรณ์ที่จะใช้ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วย อุปกรณ์ที่จำเป็นมีดังนี้ 1) เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลแบบพกพา 2) เครื่องวัดอุณภูมิร่างกายแบบดิจิทัล 3) เครื่องวัดความระดับออกซิเจนในเลือดแบบใช้ปลายนิ้ว

3.การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ทางทีมสหสาขาวิชาชีพได้กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน และมีความพร้อมที่จะดำเนินการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

หลังจากที่ได้ข้อสรุป และได้ทบทวนรูปแบบการดำเนินการร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ดังนี้

1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและเข้ารับการผ่าตัด โดยต้องเป็นกลุ่มไส้ติ่งอักเสบชนิดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น Acute Appendicitis, Acute Suppurative Appendicitis ยกเว้น Rupture Appendicitis โดยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ ความดันโลหิตปกติ ชีพจรปกติ (อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องซาเซลเซียล ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ไม่ต่ำว่า 90 และไม่สูงเกินกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ไม่ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรคงที่ 60-100 ครั้งต่อนาที)

2.ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน และสามารถติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3.ผู้ดูแลต้องผ่านการประเมินทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ด้านความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการรักษาและการฟื้นฟู สามารถจัดเตรียมยาให้ถูกต้องตามมื้อและเวลาที่กำหนดและความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ สัญญาณอันตรายที่ต้องพาผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลทันที

4.ที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีความพร้อมและเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเดินทางกลับมาโรงพยาบาลได้สะดวกในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

5.ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามแผนการติดตามผลการรักษาที่กำหนดและพร้อมรับการติดตามจากทีมสุขภาพ

พัฒนาเครื่องมือที่ในการติดตามผู้ป่วย ได้แก่ Line official account ในการสื่อสาร

ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของกรมการแพทย์ตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง (กรมการแพทย์, 2565)

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมและทดลองใช้เบื้องต้น

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่บูรณาการจากแนวทางของกรมการแพทย์ มาทดลองใช้เบื้องต้น (Pilot test) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในสถานการณ์จริง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 2 คู่ (กลุ่มทดลอง 2 ราย และกลุ่มควบคุม 2 ราย) ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ในช่วงเดือนมิถุนายน 2568 จากการทดลองใช้เบื้องต้นและประเมินผล พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยังไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) จากข้อค้นพบดังกล่าว ทีมวิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้นำผลมาสะท้อนคิดและ ทำการปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้มีความสมบูรณ์และตอบโจทย์การลดความปวดได้ดียิ่งขึ้น ใน 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1.ปรับปรุงระบบการจัดการยาแก้ปวด (Pain Management via Medication) เพิ่มเกณฑ์การพิจารณาปรับเพิ่มยากลุ่ม NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) ให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยเริ่มจากขนาดยาต่ำสุดที่มีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้น 3-5 วัน และมีการติดตามผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิดโดยเภสัชกรประจำทีม ทั้งนี้มีการกำหนดเกณฑ์ความปลอดภัยโดยยกเว้นการจ่ายยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคตับ หรือผู้ที่มีประวัติแพ้ยากลุ่มนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

2.ปรับปรุงระบบการเสริมทักษะผู้ดูแล (Caregiver Skill Enhancement) โดยการเพิ่มกระบวนการสอนและสาธิตการล้างแผลด้วยหลักสะอาดปลอดเชื้อ (Aseptic technique) แก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ พร้อมประเมินความรู้ความเข้าใจ นอกจากนี้ ได้จัดเตรียมอุปกรณ์ทำแผลให้เพียงพอสำหรับอย่างน้อย 3 วัน และจัดทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์ คู่มือและขั้นตอนการทำแผล ส่งผ่านระบบ Line Official Account พร้อมเน้นย้ำวิธีการสังเกตจุดอันตรายของการติดเชื้อ เช่น อาการบวม แดง ร้อน หรือมีหนอง ที่ต้องแจ้งทีมสุขภาพทันที

3.เพิ่มทักษะการจัดการความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Pain Management) เพิ่มกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการประคองแผลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การประคองแผลเวลาลุกเดินและเทคนิคการกอดหมอนเพื่อลดความปวดเมื่อต้องไอหรือจาม

ระยะที่ 4 การนำไปใช้จริงและประเมินประสิทธิผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศชาย ร้อยละ 40.00 เพศหญิง ร้อยละ 60.00 เท่ากัน ในด้านกลุ่มอายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อายุ 40 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ 20 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 และ อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 16.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อายุ 40 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ 20 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 และ อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 13.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=30)	กลุ่มควบคุม(n=30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	12(40.00)	12(40.00)
หญิง	18(60.00)	18(60.00)
อายุ		
≤ 15 ปี	5(16.68)	4(13.33)
16 – 19 ปี	1(3.33)	2(6.68)
20 – 39 ปี	7(23.33)	7(23.33)
40 – 59 ปี	13(43.33)	13(43.33)
≥ 60 ปี	4(13.33)	4(13.33)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับความเจ็บปวด

ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด 6.00 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด 4.33 ในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด 4.57 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด 3.80 ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด 5.70 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด 3.93 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด 24,48และ 72 ชั่วโมงแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	30	6.00	1.44	5.28	<0.001*
กลุ่มควบคุม	30	4.33	0.96		
หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	30	4.57	1.24	2.87	0.006*
กลุ่มควบคุม	30	3.80	0.76		
หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	30	5.70	1.58	5.26	<0.001*
กลุ่มควบคุม	30	3.93	0.94		

**P*-value < 0.05

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการจัดการอาการปวดแผลหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ความเจ็บปวดไม่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุมมีผลกระทบระดับเล็กน้อย ร้อยละ 40.00 และผลกระทบระดับปานกลาง ร้อยละ 26.67 การได้รับยาตามแพทย์สั่งพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่รับประทานยาทุกครั้งตามกำหนด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.00 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.67 กลุ่มทดลองใช้วิธีการอื่นๆในการจัดการความเจ็บปวด ร้อยละ 83.33 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.00 ในการได้รับคำแนะนำการลุกเดินหลังผ่าตัดและประคองแผลหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลอง ได้รับคำแนะนำ ร้อยละ 100.00 และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำร้อยละ 86.67 การปฏิบัติตามเทคนิคประคองแผลเมื่อลุกเดิน/ไอจาม พบว่า กลุ่มทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำทุกครั้ง ร้อยละ 60.00 กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามคำแนะนำทุกครั้ง ร้อยละ 40.00 การประเมินการลดความเจ็บปวดโดยการประคองแผล พบว่า กลุ่มทดลอง การประคองแผลช่วยลดความเจ็บปวดได้มาก ร้อยละ 93.33 กลุ่มควบคุม ไม่แน่ใจว่าการประคองแผลช่วยลดความเจ็บปวดร้อยละ 23.33 ดังแสดงในตารางที่ 3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการปวดแผลหลังผ่าตัดไส้ติ่งระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การจัดการ	กลุ่มทดลอง (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	χ^2	p-value
1.ผลกระทบของความปวด				
อาการปวดส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ				
ส่งผลกระทบมาก	1(3.33)	0(0.00)	8.61	0.024*
ส่งผลกระทบปานกลาง	3(10.00)	8(26.67)		
ส่งผลกระทบเล็กน้อย	6(20.00)	12(40.00)		
ไม่ส่งผลกระทบ	20(66.67)	10(33.33)		
2.พฤติกรรมการจัดการความปวดด้วยตนเอง				
การใช้ยาแก้ปวดตามแพทย์สั่ง				
รับประทานทุกครั้งตามกำหนด	24(80.00)	26(86.67)	0.48**	0.731
บางครั้ง	6(20.00)	4(13.33)		
การใช้วิธีการอื่นๆในการจัดการความเจ็บปวด				
ใช้	25(83.33)	21(70.00)	1.49**	0.360
ไม่ได้ใช้	5(16.67)	9(30.00)		
คำแนะนำการลุกเดินและประคองแผลหลังผ่าตัด				
ได้รับ	30(100.00)	26(86.67)	4.29**	0.112
ไม่ได้รับ	0(0.00)	4(13.33)		
การปฏิบัติตามเทคนิคประคองแผลเมื่อลุกเดิน/ไอจาม				
ปฏิบัติทุกครั้ง	18(60.00)	12(40.00)	15.20	<0.001*
ปฏิบัติบางครั้ง	12(40.00)	6(20.00)		
ไม่ได้ปฏิบัติ	0(0.00)	12(40.00)		
3.ประสิทธิผลของการจัดการความปวดด้วยตนเอง				
การประคองแผลช่วยลดความปวด				
ช่วยได้มาก	28(93.33)	6(60)	33.69	<0.001*
ช่วยได้บ้าง	2(6.67)	9(30.00)		
ไม่ช่วย	0(0.00)	14(46.67)		
ไม่แน่ใจ	0(0.00)	1(3.33)		

*P-value < 0.05; ** = Fisher's exact test

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

อภิปรายผล

ผลของการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านต่อการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลัน 72 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่ามีประเด็นสำคัญที่สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.ประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านกรณีป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลันไม่เกิน 24 ชั่วโมงแรก และได้รับการดูแลต่อจนครบ 72 ชั่วโมง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง (กรมการแพทย์, 2565) โดยประยุคใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของNaylor al. et. (2021) ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล Line Official Account ในการติดตามผู้ป่วย และการบันทึกผลการดูแลผ่านโปรแกรม DMS home ward สามารถช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพตรวจสอบและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อุไรวรรณ นนท์คนหมั่น (2563) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณาตยา โสนน้อย และคณะ (2565) พบว่าการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางของ Transitional care model ในการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโปรแกรมทางโทรศัพท์ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น และลดอัตราการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ

2.ลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายลงได้ ซึ่งช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปฟื้นตัวที่บ้านได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ ก้านมะลิ, ถนอมศิลป์ ก้านมะลิ และสะคราญจิตร คงพันธ์ (2563) ที่พบว่ารูปแบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสามารถช่วยสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สามารถช่วยลดจำนวนวันนอน ลดความ แออัดอัด และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของผู้ป่วยและญาติได้ ทีมพยาบาลวิชาชีพและทีม สหสาขาวิชาชีพ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ตาม มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3.ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างเครือข่ายระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ โดยทุกฝ่ายมีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้และการฝึกอบรมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีผลดีต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การร่วมมือมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของ สกลนันท์ หุ่นเจริญ, ณมน จีรังสุวรรณ และปณิตา วรรณพิรุณ (2557) ที่ที่พบว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถติดตามการรักษาผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านได้อย่างใกล้ชิดและสื่อสารสนับสนุนการดูแลสุขภาพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา ปุยขาว, อรวรรณ พฤกษพงษ์ และวราพร วิชชุวรนันท์ (2562) ที่มองญาติเป็นผู้มีศักยภาพในการดูแลหากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม

แสดงให้เห็นว่าการดูแลในรูปแบบ Home ward เป็นทางเลือกที่ปลอดภัย มีอัตราภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างจากการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

4.จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลอง (Home ward) มีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สูงกว่ากลุ่มควบคุม (IPD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ว่า เกิดจากข้อจำกัดด้านความแตกต่างของระบบการบริหารยาแก้ปวด (Pain management via medication) กล่าวคือ ในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย (IPD) จะสามารถบริหารจัดการเรื่องยาได้รวดเร็วและเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีฤทธิ์ระงับปวดได้สูงกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม Home ward จะได้รับเพียงยารับประทานกลับบ้าน (Take-home medications) เช่น ยากลุ่ม NSAIDs ซึ่งมีข้อจำกัดด้านรูปแบบของยาที่ออกฤทธิ์ระงับปวดได้น้อยกว่ายาชนิดฉีด อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มทดลองจะมีระดับความเจ็บปวดสูงกว่า แต่จากผลการวิจัยกลับพบว่า รูปแบบ Home ward ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการปวดด้วยวิธีอื่นแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological) ที่ดีกว่าอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการประคองแผลเวลาเคลื่อนไหว ซึ่งช่วยลดปวดได้มากถึง ร้อยละ 93.33

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถตรวจสอบและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

2.เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถเลือกรับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ได้อย่างมีมาตรฐานเทียบเคียงกับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) และพร้อมลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและลดภาระการเดินทางมาเฝ้าของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรจะเพิ่มรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อกระจายลักษณะตัวแปรพื้นฐานและปัจจัยรบกวนต่างๆ ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะช่วยลดอคติในการคัดเลือกและเพิ่มความเชื่อมั่นในการสรุปผล

2. การดำเนินการพัฒนาการดูแลรักษาการระงับปวด หากผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการรับประทานยากลุ่ม NSAIDs ควรพิจารณาให้เพิ่มเติมจากกลุ่ม Antipyretics โดยเริ่มต้นด้วยขนาดยาที่ต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการได้ และกำหนดระยะเวลาการใช้ยาในระยะสั้นเพียง 3–5 วัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดในช่วงเฉียบพลันได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของนายแพทย์ภัทรดิศ จุลภักดีเกื้อหนุนและนายแพทย์พนัสบดี ลิ่มลิขิต ศัลยแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่มีส่วนในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ให้ความช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน(Home ward)*(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ช่อผกา ปุยขาว, อรวรรณ พฤกษพงษ์ และวราพร วิชชุวรนันท์. (2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29*(2), 63-76.

ณาตยา โสนน้อย, อุษาวดี อัศดรวิเศษ, ประภาพรรณ ปุ่นอุดม, นงนุช เตชะวีรากร และเสรี สิงหถนัดกิจ. (2565). ผลของการบูรณาการสหสาขาวิชาชีพติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยโปรแกรม Telehealth ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 33*(2), 84-100.

นิยม ชีพเจริญรัตน์ และ ชมพูนุช เนตรหาญ. (2565). ปัจจัยทีมีผลต่อความสำเร็จในการผ่าตัดไส้ติ่งแบบแผลเปิดวันเดียวกลับ. *วารสารกรมการแพทย์*, *47*(2), 86-94.

สกลนันท์ หุ่นเจริญ, ณมน จีรังสุวรรณ,และปณิตา วรรณพิรุณ. (2557).การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ.*วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรมพระจอมเกล้าพระนครเหนือ*, *5*(2). 191-198.

อุไรวรรณ นนท์คนหมั่น. (2563). การพัฒนารูปแบบการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 7*(1), 52-62.

Di Saverio, S., Podda, M., De Simone, B., Ceresoli, M., Augustin, G., Gori, A., . . . Catena, F. (2020). Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, *15*(1), 27. https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3

Lotfollahzadeh, S., Lopez, R. A., & Deppen, J. G. (2024). Appendicitis. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193/

Naylor, M., & Keating, S. A. (2008). Transitional care. *AJN, American Journal of Nursing, 108*(9), 58–63. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a

Naylor, M., & Toles, M. (2021). The challenge of providing evidence-based transitional care. *Investigación y Educación en Enfermería*, *23*. https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cpet

e279131

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี

บุษราภรณ์ สังวรณ์[1], วาสนา หลวงพิทักษ์[2*], สุพรรณี เปี้ยวนาลาว[2], นิตยา เพ็งเหล็ง[1], บัวเงิน ช่างเกวียนดี[1], บุญสิตา เกิดฤทธิ์[1] , และบุษกร มีผิว[1]

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 8 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 8 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับ: 13 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มดอกไม้ดิน ตำบลโพธิ์พระยา อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติสามารถสื่อสารภาษาไทยและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ โดยกำหนดเกณฑ์คัดออกคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ ทุกข้อคำถามของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 โดยแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามพฤติกรรมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test และ Wilcoxon Signed-Rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Z = -4.79, p < 0.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (t = 5.83, p = 0.001) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผล สามารถเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งยังเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่สะดวก เข้าถึงง่าย และสามารถขยายผลไปใช้ในชุมชนอื่นได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ข้อเข่าเสื่อม, แอปพลิเคชันไลน์, โปรแกรม, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** วาสนา หลวงพิทักษ์; อีเมล wasana@snc.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

Effects of a LINE- Based Knee Health Promotion Program on Knee Health Knowledge and Preventive Behaviors for Osteoarthritis Among Community-Dwelling Older Adults in Suphan Buri Province

Bussaraporn Sangworn [1], Wasana Luangphituck[2*], Supannee Peawnalaw[2], Nittaya Phengleng[1], Buangoen Changkeoiyndi[1], Boonsita Kerdrid[1], and Butsakorn Meepiw[1]

[1]Student of the Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Lecturer at Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 8 December 2025; Revised: 8 April 2026; Accepted: 13 April 2026)

Abstract

This study employed a quasi-experimental one-group pretest–posttest design to examine the effects of a LINE-based knee health promotion program, grounded in the Health Belief Model on knee health knowledge and knee health–promoting behaviors among older adults. The study was conducted between October. 5, 2025, and November 7, 2025. The sample consisted of 32 older adults who were members of the Dokmai Din group in Pho Phra Ya Subdistrict, Mueang, Suphan Buri Province. Participants were selected using purposive sampling from individuals who were able to communicate in Thai and were able to use the LINE application. Exclusion criteria included those who had been diagnosed with knee osteoarthritis. All items in the knee osteoarthritis knowledge questionnaire, the LINE-based knee health promotion program, and the health-promoting behavior questionnaire had content validity values ranging from 0.67 to 1.00. The knowledge test showed a reliability coefficient of 0.75, and the behavior questionnaire had a reliability coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation and inferential statistics including the paired-sample t-tests, and the Wilcoxon signed-rank tests. The level of statistical significance was set at 0.01.

The results of the study indicated that, after participating in the program, the mean knowledge score regarding knee osteoarthritis increased significantly compared to pre-intervention scores (Z = -4.79, $p < 0.001$). Similarly, the mean score for knee health-promoting behaviors also showed a significant improvement after the program (t = 5.83, p = 0.001). The findings indicate that the LINE-based health promotion program is an effective tool for enhancing self-care capacity among older adults and reducing the risk of knee osteoarthritis. It also represents a convenient and accessible approach that can be feasibly scaled up for implementation in other communities.

Keywords: older adults, osteoarthritis, LINE- Based program, knee health promotion behavior

***Corresponding author**: Wasana Luangphituck; E-mail: wasana@snc.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,826,163 ล้านคน จากประชากรทั้งหมดราว 65.97 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 21.31 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) นอกจากนั้น จากการสำรวจปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 1 ใน 10 ของปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมารับบริการผู้ป่วยนอก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวรองรับแรงกระแทกและช่วยให้ข้อเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่น เมื่อกระดูกอ่อนเสื่อมสภาพลงจะทำให้ปริมาณน้ำหล่อเลี้ยงข้อเข่าลดลง ส่งผลให้เกิดการเสียดสีของกระดูกโดยตรงขณะเคลื่อนไหว ทำให้มีอาการปวดข้อ เข่าฝืด เคลื่อนไหวลำบาก และมักมีเสียงผิดปกติในข้อ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะข้อผิดรูปและความพิการในระยะยาว สาเหตุหลักของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุมักเกิดจากกระบวนการเสื่อมของร่างกายตามวัย ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งเพิ่มแรงกดที่กระทำต่อข้อเข่าอย่างต่อเนื่องและเร่งให้เกิดการเสื่อมเร็วยิ่งขึ้น (ปาริชาติ ลิ้มเจริญสุข, 2565)

การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถช่วยชะลอกระบวนการเสื่อมของข้อเข่า ทำให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ลดโอกาสที่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า รวมทั้งช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว ปัจจุบันในชุมชนมีรูปแบบการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าเสื่อมหลายรูปแบบ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้โดยพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเผยแพร่คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม แต่การดำเนินงานยังมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงจำเป็นต้องเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพซึ่งอาจเป็นเรื่องยากลำบาก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัดและมีภาระงานจำนวนมาก ไม่เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมสุขภาพเชิงรุกอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ประกอบกับผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในการสื่อสาร ซึ่งถือเป็นโอกาสสำคัญในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศยืนยันถึงประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าว เช่น การศึกษาของ นฤมล จันทร์สุขและคณะ (2567) พบว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นสื่อสุขภาพเพื่อให้ความรู้และการกระตุ้นเตือน สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ Tang et al. (2025) รายงานว่าแอปพลิเคชันสุขภาพบนมือถือ (mHealth) มีประสิทธิผลในการลดอาการปวดและความพิการได้เทียบเท่ากับการออกกำลังกายตามวิธีการดั้งเดิม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้กำกับดูแล ขณะเดียวกัน Weber et al. (2024) ได้พัฒนาแอปพลิเคชันที่ชื่อว่า Join2Move ซึ่งมีลักษณะการใช้งานที่ง่ายและได้รับการยอมรับจากผู้ใช้ว่าสามารถลดอาการปวด และช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนานวัตกรรมออนไลน์มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้ง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสาธารณสุขโดยรวม นอกจากนี้ ยังสามารถเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และการเดินทาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนมากขึ้น

กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สิ่งชี้นำการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (อาภาพร เผ่าวัฒนาและคณะ, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่กล่าวถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับข้อเข่า แต่ยังปรากฏช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีในการรักษา ฟื้นฟู หรือให้ความรู้แก่กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว (สินีนาฏ วิไลจิตต์, 2565; ชวิศ เมธาบุตร 2565; นรีกานต์ กลั่นกำเนิด, และปชาณฏัฐ์ นนท์ไทยทวีกุล, 2566; นฤมล จันทร์สุข, นันทพร ทองเต็มและคณะ, 2567; พัณณ์ชิตา จันทร์สุหร่าย, 2567; เบญญาภา ศรีสว่าง, 2563) ขณะที่การใช้เทคโนโลยีในเชิงส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงก่อนเกิดโรค (Stevenson et al., 2024; Yamamoto et al., 2022) นอกจากนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังมีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับระบบการติดตามความก้าวหน้า การประเมินความรู้ และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้ในลักษณะต่อเนื่องก่อนการวัดผลลัพธ์ รวมทั้งยังขาดการบูรณาการกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับการออกแบบโปรแกรมและการกำหนดตัวแปรวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งวัดเพียงผลลัพธ์ด้านความรู้หรือพฤติกรรมสุขภาพ โดยยังไม่เชื่อมโยงกับองค์ประกอบของทฤษฎีเพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน ประเด็นดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาโปรแกรมหรือเครื่องมือที่สามารถสนับสนุนการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามผลในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุผ่านแพลตฟอร์ม LINE Official Account (LINE OA) ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยในปัจจุบัน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยและใช้เป็นสื่อหลักในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสะดวกมากยิ่งขึ้น การวิจัยนี้มุ่งพัฒนาโปรแกรมที่มีความครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและแนวทางการป้องกัน โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของข้อเข่า ช่องทางการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม รวมถึงการตอบคำถามรายวัน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและสร้างความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถตอบสนองต่อช่องว่างของงานวิจัยที่มีอยู่เดิมที่ยังขาดระบบการให้ความรู้เชิงป้องกันแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงขาดกลไกในการติดตามความรู้และพฤติกรรม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

สุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง โดยไม่จำกัดด้านเวลาและสถานที่ ทั้งยังเอื้อต่อการเรียนรู้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ยังมีส่วนช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพข้อเข่าได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างคล่องตัวและเป็นอิสระ ทั้งนี้ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

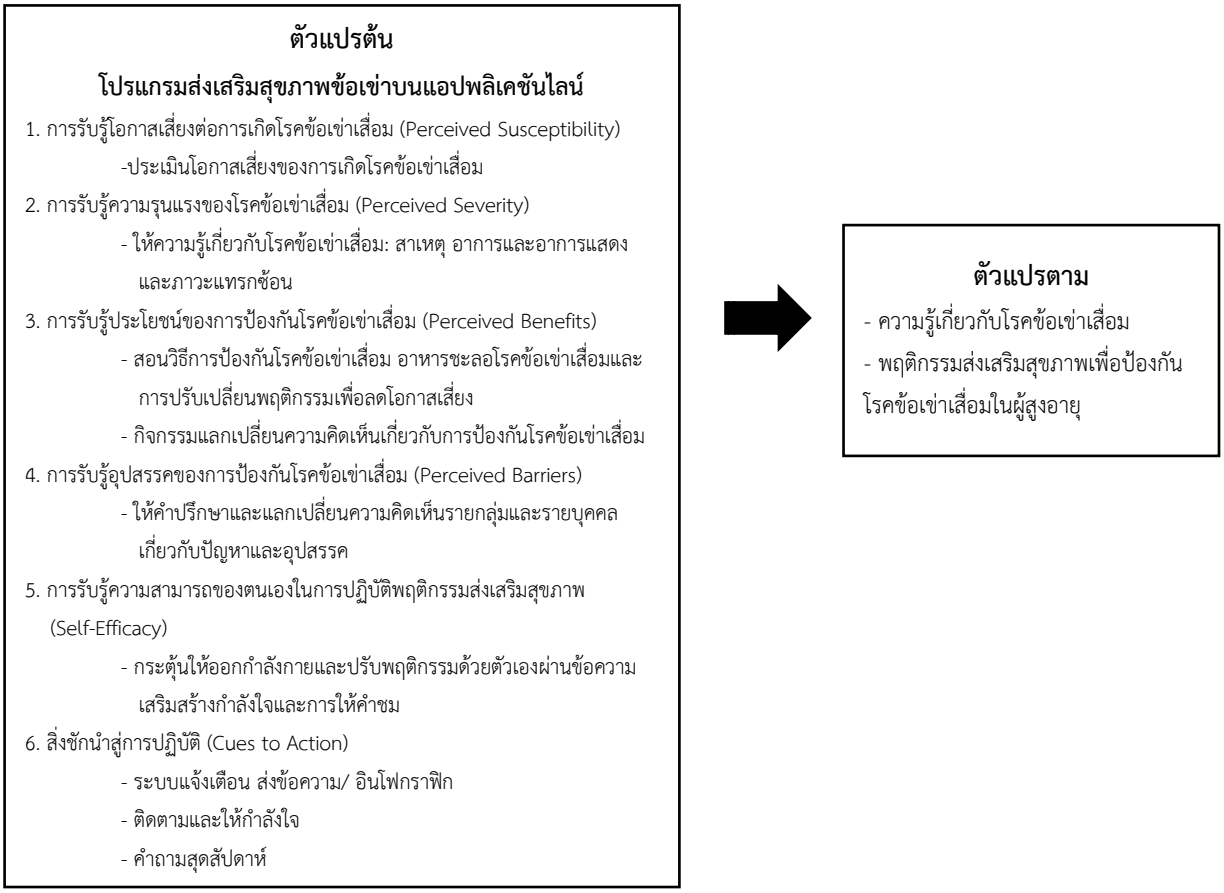
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มดอกไม้ดิน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี และมีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ โดยใช้งานมาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน จำนวน 70 คน (เทศบาลตำบลโพธิ์พระยา, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มดอกไม้ดิน ตำบลโพธิ์พระยา อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 32 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1 สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบ dependent t-test (paired t-test) (Faul et al., 2007) โดยกำหนดพารามิเตอร์ดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

- ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 (one-tailed)
- อำนาจทดสอบ (Power) = 0.80
- ขนาดอิทธิพล (Cohen's d) = 0.50 (ขนาดกลาง)

ผลการคำนวณแสดงว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการคือ 27 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คน เพื่อรองรับอัตราการหลุดจากการเข้าร่วมโปรแกรมที่คาดไว้ร้อยละ 15

เกณฑ์การคัดเข้า

1) ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2) อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี มามากกว่า 1 ปี
3) มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้งานมาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน
4) สามารถอ่านหนังสือออกและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้คล่องแคล่ว
5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และเป็นผู้ที่ผ่านการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบประเมิน Oxford Knee Score โดยมีคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป
6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การประเมิน MMSE-T (Mini-Mental State Examination Thai Version) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน
7) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินรุนแรงทำให้ไม่สามารถสื่อสารผ่านเสียงหรือเข้าใจคำแนะนำได้
2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีโรคทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อความเข้าใจหรือความจำ
3) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตารุนแรง
4) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจข้อความบนหน้าจอสมาร์ทโฟนได้
5) ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ถูกพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Glanz et al., 2024; อาภาพร เผ่าวัฒนาและคณะ, 2556) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)
2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (Perceived Benefits)
4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

6) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป: จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล, เพศ, อายุ และ อาชีพ มีคำถามลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้ใส่คำตอบ

2) แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม: เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับความเห็นมากที่สุดเพียงหนึ่งคำตอบ คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เกณฑ์การให้คะแนน คือคำตอบที่ถูกต้องให้คะแนน 1 คะแนน และคำตอบที่ไม่ถูกต้องให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0–10 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละตามแนวคิดของ Bloom ดังนี้

1) คะแนนร้อยละ 80–100 (8–10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี

2) คะแนนร้อยละ 60–79 (6–7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

3) คะแนนร้อยละต่ำกว่า 60 (0–5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับน้อย

3) แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด Health Belief Model (Glanz et al., 2024; อาภาพร เผ่าวัฒนาและคณะ, 2556) จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จำนวน 3 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ มีระดับการให้คะแนนคือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน รวมคะแนนเต็มทั้งฉบับเท่ากับ 90 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่า ใช้เกณฑ์ร้อยละตามแนวคิดของ Bloom แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80–100 (72–90 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าอยู่ในระดับดี

คะแนนร้อยละ 60–79 (54–71 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละต่ำกว่า 60 (ต่ำกว่า 54 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยนำเสนอเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล ทำการประเมินความตรงของเนื้อหา ความครบถ้วน และความเหมาะสมของภาษา โดยแบบทดสอบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ความรู้เกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมประเมินด้วยดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งรายงานผลเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ขณะที่แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อม ประเมินด้วยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยพิจารณาทั้งรายข้อ (I-CVI) และระดับเครื่องมือ (S-CVI) ซึ่งพบว่าค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.94 (รัตน์ศิริ ทาโต, 2568)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการประเมินพบว่าแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมที่ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมที่ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 (รัตน์ศิริ ทาโต, 2568)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

หลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ติดต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประธานกลุ่มดอกไม้ดิน เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและสามารถใช้สมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันไลน์ จากนั้นตรวจสอบรายชื่อให้ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าพร้อมทั้งคัดกรองความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบประเมิน Oxford Knee Score เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน หลังจากนั้นชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิประโยชน์ และความปลอดภัยในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ขั้นทดลอง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการได้รับการลงทะเบียนข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ หมายเลขโทรศัพท์และ Line ID เพื่อใช้ในการติดต่อและดำเนินกิจกรรมการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ ตามแผนที่กำหนดอย่างต่อเนื่องทุกวันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ การเข้าถึงสื่อความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กำหนดให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าใช้งานได้ตามระยะเวลาของโปรแกรม โดยมีการส่งเนื้อหาสุขภาพครอบคลุมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การป้องกัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในช่วงเวลาที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ในช่วงเวลาเช้า (08.00–09.00 น.) วันละ 1 ครั้ง และผู้เข้าร่วมสามารถเปิดอ่านหรือทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา นอกจากนี้มีการแจ้งเตือน เพื่อกระตุ้นการเข้าถึงสื่ออย่างสม่ำเสมอ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถสอบถามหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านแอปพลิเคชันได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมแสดงดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์

เนื้อหา/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ ระยะเวลา/ สื่อ
สัปดาห์ที่ 1: ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	1. เพื่อสร้างความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าเพื่อลดความเสี่ยง 2. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของโรคข้อเข่าเสื่อม	วันจันทร์-วันพฤหัสบดี: ให้ความรู้เรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลา:เช้า 06:00 น., กลางวัน 12:00 น., เย็น 18:00 น. สื่อ: Infographic และวิดีโอ วันศุกร์: Quiz รายสัปดาห์
สัปดาห์ที่ 2: อาหารชะลอข้อเข่าเสื่อม	เพื่อเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารบำรุงข้อและกระดูก	วันจันทร์-วันพฤหัสบดี: ให้ความรู้เกี่ยวกับผัก ผลไม้ ปลา อาหารแคลเซียมสูง ระยะเวลา: เช้า 06:00 น., กลางวัน 12:00 น., เย็น 18:00 น. วันศุกร์: ทำ Quiz รายสัปดาห์ สื่อ: Infographic
สัปดาห์ที่ 3: สอนสาธิตการออกกำลังกาย	เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	วันจันทร์-วันพฤหัสบดี: สาธิตท่าออกกำลังกาย 6 ท่า แบ่งตามวัน ระยะเวลา: เช้า 06:00 น., กลางวัน 12:00 น., เย็น 18:00 น. วันศุกร์: ทำ Quiz รายสัปดาห์ สื่อ: วิดีโอสาธิต, Infographic แสดงท่าออกกำลังกาย
สัปดาห์ที่ 4: ติดตาม ให้กำลังใจ เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม	เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้เข้าร่วม และเสริมทักษะการป้องกันและดูแลข้อเข่า รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์	วันจันทร์-วันพุธ: Video call รายบุคคล 5–10 นาที/คน สอบถามความเข้าใจและให้ผู้เข้าร่วมสาธิตออกกำลังกาย วันพฤหัสบดี: Video call รายกลุ่ม 30–60 นาที แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วันศุกร์: ทำ Post-test แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่า สื่อ: แบบทดสอบ

3. ขั้นหลังการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการประเมินผลหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินก่อนการทดลอง (pre-test) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการบันทึก ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired Sample t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ภายใต้เลขที่รับรอง EC-026/ 2568 โดยมีระยะเวลาการรับรองตั้งแต่วันที่ 2 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 2 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิ์ในการเข้าร่วมอย่างชัดเจน ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บรักษาอย่างเข้มงวดและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น การติดต่อสื่อสารและการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอนดำเนินการด้วยความเป็นส่วนตัว ตามหลักการของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.12 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 21.88 ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุระหว่าง 62–80 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 69.53 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.86 ปี โดยพบว่าร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 46.90 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 3.10 มีอายุระหว่าง 80-89 ปี เมื่อพิจารณาด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.38 รองลงมาเป็นข้าราชการ ร้อยละ 28.12 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 15.62 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 9.38 และอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 12.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 65.63 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 18.75 ปริญญาโท ร้อยละ 3.12 และอื่นๆ ร้อยละ 12.50 ในด้านโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.50 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.50 ดังตารางที่ 2

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	21.88
หญิง	25	78.12
อายุ ($\bar{X}$ = 69.53, S.D.= 4.86,	**Max = 80, Min = 62)**	
60-69 ปี	16	50.00
70-79 ปี	15	46.90
80 ปีขึ้นไป	1	3.10
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	11	34.38
ข้าราชการบำนาญ	9	28.12
เกษตรกร	5	15.62
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	9.38
อื่นๆ	4	12.50
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	21	65.63
ปริญญาตรี	6	18.75
ปริญญาโท	1	3.12
อื่นๆ	4	12.50
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	28	87.50
ไม่มีโรคประตัว	4	12.50

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.28 (S.D. = 0.92) ซึ่งสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งมีค่าเท่ากับ 7.56 (S.D. = 1.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (z = -4.79, p < 0.001, MD = 1.65) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 32)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Z	p-value
ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.28	0.92	-4.79	< 0.001*
ความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.56	1.04		

*p-value < 0.01

ส่วนที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม โดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 76.63, S.D. = 5.42) สูงกว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม โดยรวมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X}$= 69.53, S.D. = 4.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t = 5.83, p = 0.001, MD = 7.09) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 32)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	MD	t	df	p-value
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรม	76.63	5.42	7.09	5.83	31	0.001*
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	69.53	4.87				

*p-value < 0.01

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การที่ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้น อาจเป็นผลมาจากการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ถูกออกแบบให้มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย มีภาพ อินโฟกราฟิก และข้อความสั้นๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงมีระบบแจ้งเตือนและแบบทดสอบความรู้ท้ายสัปดาห์ ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ซ้ำและทบทวนความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การใช้ช่องทางไลน์ ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยอยู่แล้ว ยังช่วยให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวก ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา โดยไม่ถูกจำกัดด้วยสถานที่หรือเวลา จึงเพิ่ม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ประสิทธิภาพในการเรียนรู้และจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล จันทร์สุข และคณะ (2567) ที่รายงานว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ สามารถเพิ่มความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang et al. (2025) ที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพบนมือถือช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและลดความรุนแรงของอาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่า ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมหลังการใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงท่าทางที่ก่อให้เกิดแรงกดต่อข้อเข่า และการเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อข้อเข่า ผลลัพธ์นี้อาจเกิดจากการที่โปรแกรมมีการกระตุ้นเตือนและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องผ่านระบบแจ้งเตือนในไลน์ รวมถึงมีข้อความสร้างแรงจูงใจและการให้คำชม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง นอกจากนี้การได้เรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่มไลน์ยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Weber et al. (2024) ที่พัฒนาแอปพลิเคชัน Join2Move เพื่อส่งเสริมสุขภาพข้อเข่า ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายและดูแลสุขภาพข้อเข่าเพิ่มขึ้นหลังการใช้แอปพลิเคชัน อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการให้ความรู้ควบคู่กับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อออนไลน์ มีผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืนเช่นกัน ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลโดยเฉพาะแอปพลิเคชันไลน์ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

เมื่อเชื่อมโยงผลการวิจัยครั้งนี้กับกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งระบุว่าบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ เมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าว โดยผู้สูงอายุได้รับข้อมูลในโปรแกรมเกี่ยวกับผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรคข้อเข่าเสื่อม จึงเกิดความตระหนักและความกลัวในผลเสียของการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการรับประทานอาหารที่ช่วยชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้เชื่อมั่นว่าการดูแลตนเองสามารถลดความเสี่ยงของโรคได้จริง ส่วนอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ลดลง เพราะโปรแกรมถูกออกแบบให้ใช้งานง่าย ใช้เวลาน้อย และเข้าถึงได้ทุกที่ จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติ นอกจากนี้โปรแกรมยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ผ่านข้อความสร้างแรงจูงใจ การให้คำชม และกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติจริง จึงเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น สุดท้ายคือองค์ประกอบของ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ที่ถูกใช้ในรูปแบบการแจ้งเตือนรายวัน อินโฟกราฟิก ข้อคำถามรายสัปดาห์ และโทรรายบุคคลและโทรไลน์กลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 4 จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุไม่ละเลยการดูแลสุขภาพข้อเข่า และสามารถดูแลสุขภาพข้อเข่าได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

Dashtian et al. (2025) ที่ได้ทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมให้ความรู้เพื่อช่วยผู้หญิงวัยใกล้หมดประจำเดือนจัดการอาการปวดข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แนวคิด HBM เพื่อเสริมความเชื่อและความมั่นใจในตนเอง โดยจัดอบรม และฝึกปฏิบัติร่วมกับการส่งข้อมูลเตือนความจำผ่านโซเชียลเน็ตเวิร์ก ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Elryes et al. (2023) ที่ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นกรอบในการให้ความรู้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันในกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคน ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความตระหนักถึงความเสี่ยง ประโยชน์ที่รับรู้ และความเชื่อมั่นในตนเองในกลุ่มตัวอย่างได้ รวมทั้งงานวิจัยของ Chu & Wang (2022) ที่ทำการศึกษาความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และความสัมพันธ์กับสุขภาพที่รับรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง และความกลัวการหกล้ม พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่รับรู้ดีขึ้นและความเชื่อมั่นในตนเองสูงมีความคาดหวังเชิงบวกต่อผลลัพธ์จากการออกกำลังกายมากขึ้น ในขณะที่ความกลัวการหกล้มทำให้ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ลดลง สรุปคือ ทัศนคติด้านสุขภาพและความมั่นใจมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจออกกำลังกายในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาและขยายการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าในผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยเฉพาะในงานส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิและงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน เนื่องจากเป็นแพลตฟอร์มที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและใช้งานเป็นประจำ
2. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์ เช่น LINE Official Account เพื่อสื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีฟังก์ชันการแจ้งเตือน การให้ความรู้ และการติดตามพฤติกรรม ซึ่งช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผลในบริบทชุมชน
3. การนำผลวิจัยไปใช้ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบสื่อและรูปแบบการนำเสนอให้เหมาะสมกับการรับรู้ของผู้สูงอายุ เช่น การใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทนสีที่มองเห็นชัดเจน และการจัดวางข้อมูลที่เข้าใจง่าย เพื่อลดข้อจำกัดด้านสายตาและเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูล
4. การพัฒนาเนื้อหาและกิจกรรมภายในแอปพลิเคชันควรสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุ โดยอาจเพิ่มกิจกรรมเชิงโต้ตอบ เช่น เกมส์เสริมความรู้ หรือกลไกการจูงใจ เช่น ระบบสะสมแต้มและการให้รางวัล เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
5. หน่วยบริการสุขภาพสามารถบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าบนแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มเรียนรู้ด้านโภชนาการ หรือกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยข้างต้น มีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการศึกษาในครั้งต่อไป ดังนี้

1. การขยายขอบเขตการศึกษา เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและขยายพื้นที่ศึกษา เพื่อเพิ่มความหลากหลายของข้อมูลและเสริมความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยในครั้งนี้

2. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความเที่ยงตรงภายใน (internal validity) โดยผลลัพธ์อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งอื่น หรือกิจกรรมในชุมชน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของผู้เข้าร่วมเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุข้อจำกัดดังกล่าวอาจส่งผลต่อการสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของโปรแกรม ดังนั้นควรตีความผลด้วยความระมัดระวัง และการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การออกแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการทดลองแบบสุ่ม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีและการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์เพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model (HBM) เช่น การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค ควบคู่กับการประเมินการใช้โปรแกรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ อัตราการเข้าร่วม ความสม่ำเสมอในการใช้งาน ความพึงพอใจ และการยอมรับโปรแกรม โดยเฉพาะในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ เพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสะท้อนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในชุมชน

4. ระยะเวลาการติดตามผล ควรขยายระยะเวลาติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าของผู้สูงอายุ

5. ตัวแปรที่ควรติดตามเพิ่มเติม ควรมีการติดตามผลด้านร่างกายเพิ่มเติม เช่น อาการปวดข้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหว และคุณภาพชีวิต เพื่อให้เข้าใจประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระยะยาวได้อย่างครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และคณะกรรมการวิจัย รวมถึงอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำและการสนับสนุนอย่างดียิ่ง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทำให้การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566.* กรุงเทพมหานคร: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=12&id=2563

ชวิศ เมธาบุตร. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16*(3), 69–83. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/259093/177045

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

เทศบาลตำบลโพธิ์พระยา. (2567, 12 มกราคม). *กลุ่มดอกไม้ดิน เทศบาลตำบลโพธิ์พระยา ประจำปี 2567*. https://www.phophaya.go.th/news-detail?hd=1&id=42094

นฤมล จันทร์สุข, นันทพร ทองเต็ม, และอัศวเดช สละอวยพร. (2567). ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17*(3), 240–252. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/271496

นรีกานต์ กลั่นกำเนิด, และปชาณฏัฐ์ นนท์ไทยทวีกุล. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านต่อความปวดและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารพยาบาล, 72*(4), 1–10. https://he02.tcithaijo.org/index.php/TJN/article/view/263115

เบญญาภา ศรีสว่าง. (2563). *การพัฒนาแอปพลิเคชันมือถือสำหรับวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีปทุม). DSpace@SPU. https://dspace.spu.ac.th/server/api/core/bitstreams/64453e33-66f4-433e-8988-ffef55cff3da/content

ปาริชาติ ลิ้มเจริญสุข. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม: กรณีศึกษา. *ชัยภูมิเวชสาร.* https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/13366

พัณณ์ชิตา จันทร์สุหร่าย. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในบุคลากรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. *วารสารการพยาบาลและนวัตกรรมสุขภาพ, 1*(1), e3731_1–15. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3547/2758

รัตน์ศิริ ทาโต. (2568). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 9). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สินีนาฏ วิไลจิตต์. (2565). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *บูรพาเวชสาร, 9*(2), 61–75. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/Bjmed/article/view/254717

สุวรรณี สร้อยสงค์, และคณะ. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(2), 197–210. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article

อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปั่น, และ สุรินธร กลัมพากร (บ.ก.). (2568). *ประเด็นร่วมสมัยในการพยาบาลชุมชนขั้นสูง.* สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล

Chu, S.-F., & Wang, H.-H. (2022). Outcome expectations and older adults with knee osteoarthritis: Their exercise outcome expectations in relation to perceived health, self-efficacy, and fear of falling. *Healthcare, 11*(1), 57. https://doi.org/10.3390/healthcare11010057

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

Dashtian, M., Tavafian, S. S., Shirazi, K. K., Yazdanpanah, P., Maghbouli, R., & Shojaei, S. (2025). Educational program based on health belief model on knee osteoarthritis pain management in Iranian perimenopausal women: A randomized parallel controlled study. *BMC Musculoskeletal Disorders, 26*(1), 1034. https://doi.org/10.1186/s12891-025-09248-w

Elryes, F. E. H. A., Elmaaty, G. M. A., Abdel Salam, N. A. A., & Hassan, M. E. (2023). Effect of applying health belief model on osteoarthritis preventive behaviors in middle-aged women. *Port Said Scientific Journal of Nursing, 10*(4), 254–280. https://doi.org/10.21608/pssjn.2023.199650.1253

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2024). *The Health Belief Model of Behavior Change*. In StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/

Stevenson, R. D. M., Chowdhury, E. A., Inza, V. B., Western, M. J., Walsh, N. E., Jones, S. L., & Bilzon, J. L. J. (2024). Development of the intelligent knee osteoarthritis lifestyle app: A person-based approach. *BMC Musculoskeletal Disorders, 25*, Article 189. https://doi.org/10.1186/s12891-024-07313-4

Tang, L., Wang, M.-M., Wang, H.-X., He, X.-Y., & Jiang, Y.-S. (2025). Exercise through mHealth applications versus traditional exercise on pain, functional ability, and quality of life in patients with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Physiology, 15*, Article 1511199. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2024.1511199/full

Weber, F., Kloek, C., Stuhrmann, S., Blum, Y., Grüneberg, C., & Veenhof, C. (2024). Usability and preliminary effectiveness of an app-based physical activity and education program for people with hip or knee osteoarthritis: A pilot randomized controlled trial. *Arthritis Research & Therapy, 26*(83), 1–14. https://doi.org/10.1186/s13075-024-03291-z

Yamamoto, Y., et al. (2022). Mobile application for home exercise adherence in patients with knee osteoarthritis: A pilot study. *Medicine, 101*(42), e31181. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000031181

e277845

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

สมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ชฎาวัลย์ รุณเลิศ[1*], วันเพ็ญ ยอดคง[1], สายฝน ตันตะโยธิน[1], ปัณณทัต พุทธรักษา[2], กาญจนา นิ่มสุนทร[1], และธนาสิทธิ์ ไชยวุฒิ[1]

[1]วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดนนทบุรี
[2]โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

(วันที่รับบทความ: 23 มกราคม 2569; วันที่แก้ไข: 26 มีนาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 7 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2566 -31 กรกฎาคม พ.ศ.2567 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง จาก 5 กลุ่มด้านฉุกเฉินการแพทย์ ได้แก่ ผู้บริหาร สถาบันการศึกษา หน่วยงานสถานบริการสุขภาพ บัณฑิต และนิสิต รวม 53 คน จนข้อมูลอิ่มตัวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาร และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ตามหลัก COREQ

ผลการศึกษา พบว่าสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ คือ 1) ลักษณะการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ เป็นบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานแบบบูรณาการ 2) สมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ ประกอบด้วย (1) สมรรถนะวิชาชีพ ด้านความเชี่ยวชาญ การช่วยชีวิตและการจัดการผู้ป่วยวิกฤต (2) สมรรถนะเชิงระบบ ด้านการจัดการเชิงรุกในชุมชนและการบูรณาการเครือข่าย และ (3) Soft Skill และภาวะผู้นำ ดังนั้นสถาบันการศึกษานอกจากการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพแล้วยังควรพัฒนาทักษะ Soft Skills เน้นการนำทักษะภาวะผู้นำ การควบคุมอารมณ์ และมนุษยสัมพันธ์มาใช้ในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยและทีมงานภายใต้ภาวะกดดัน หน่วยงานสถานบริการในเชิงนโยบายควรมีการบริหารจัดการกำลังคนแบบหมุนเวียน เพื่อให้บุคลากรได้มีโอกาสปฏิบัติงานทั้งในศูนย์สั่งการและสลับไปปฏิบัติงานบนรถพยาบาลระดับสูง (ALS) ในหน่วยงานเครือข่าย เพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะวิชาชีพตามมาตรฐานสากล

คำสำคัญ: สมรรถนะที่พึงประสงค์ นักฉุกเฉินการแพทย์ ความคิดเห็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ชฎาวัลย์ รุณเลิศ; chadawanr@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Desirable Competencies of Emergency Medical Personnel According to The Opinions of Stakeholders in the Primary Health Care System

Chadawan Runlert[1*], Wonpen Yodkong[1], Saifon Tantayothin[1], Punnathut Puttharaksa[2], Kanchana Nimsuntorn[1], and Thanasit Chaiwut[1]

[1] Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi

[2] Nakhonprathom Hospital, Nakhonprathom

(Received: 23 January 2026; Revised: 26 March 2026; Accepted: 7 April 2026)

Abstract

This qualitative study aimed to explore the desired competencies of emergency medical personnel based on the opinions of stakeholders in the primary healthcare system. A total of 53 people from five groups related to medical emergency, specifically administrators, educational institutions, health service agencies, graduates, and students, were purposefully selected for in-depth interviews and focus groups as key informants Recruitment continued until data saturation was achieved, which was at 53 participants Both interviews and focus group discussions were checked for content validity, rendering a consistency index between 0.67-1.00. Data were analyzed by thematic analysis and trustworthiness was assessed according to the COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) guidelines. The findings revealed that the desirable work characteristics of emergency medical personnel involved being able to operate in the roles, and assume the responsibilities required for integrated operations. 2) The desired competencies of emergency medical personnel consisted of (1) professional competency and expertise in life-saving, and critical patient management, (2) systemic competency in proactive community management and network integration, and (3) soft and leadership skills. Therefore, educational institutions, in addition to developing professional competencies, should also develop soft skills, emphasizing the application of leadership skills, emotional control, and interpersonal relationships in communication with patients' relatives and team members under pressure. Service agencies, in terms of policy, should implement a rotational work model to allow personnel the opportunity to work both in dispatch centers and on advanced life support (ALS) ambulances in network units, in order to maintain professional competencies according to international standards.

Keywords : desirable competencies, emergency medical personnel, opinions, stakeholders, primary health care system

***Corresponding author:** Chadawan Runlert; chadawanr@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

บทนำ

ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับที่ 3.1 (พ.ศ.2562 - 2565) ซึ่งมีการปรับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 56 รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดบริการให้ประชาชน เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัจจัยหลักภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีปัจจัยสำคัญ ดังนี้ ด้านสังคมประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) จากสถิติประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เนื่องจากสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 16.5% ในปี 2559 เป็น 21.58% ในปี 2568 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 32.2% ในปี 2575 จึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินมากขึ้น แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับนี้จึงได้มียุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีตัวชี้วัดคือ (1) ระดับความสำเร็จในการผลิตผู้ปฏิบัติการที่เพียงพอโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (2) ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนการธำรงรักษาผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (3) ระดับความสำเร็จในการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติการทั้งในความเชี่ยวชาญเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษ เขตสุขภาพพิเศษ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีประเด็นและข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่ขับเคลื่อนต่อจากสภาปฏิรูปแห่งชาติ 6 ประเด็น และหนึ่งในประเด็นนั้นคือการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ข้อเสนอการปฏิรูปคือ (1) จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุหมายเลขเดียว (2) ปฏิรูประบบความรู้และความสามารถเรื่องการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (First-Aid and Resuscitation) (3) เพิ่มการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (4) จัดให้มีศูนย์จ่ายงานที่มีประสิทธิภาพ (5) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ และกรุงเทพมหานครเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของจังหวัด (6) ให้เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ส่วนในด้านกิจกรรมกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินนั้น มีเป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันผลิตบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขทั้งหมดมีแผนลงทุนเชิงบูรณาการผลิตและธำรงรักษาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอแก่ความต้องการในระยะ 10 ปี (คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.), 2565)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ทำการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยเฉพาะบุคลากรที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินวิกฤตซึ่งจะต้องเป็นบุคคลากรที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง วางแผนการผลิตและพัฒนาโดยการบูรณาการแผนงานและแผนการลงทุนกับภาคีที่เกี่ยวข้องให้มีเพียงพอต่อความต้องการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลา และได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตามระดับความฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของระบบการดูแลนอกโรงพยาบาลที่ดี ที่จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงได้ในที่สุด ความต้องการผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาฉุกเฉินการแพทย์หรือผู้ได้รับประกาศนียบัตร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง หัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงรวมทั้งเป็นผู้ช่วยหัวหน้าชุดในหน่วยปฏิบัติการระดับเฉพาะทาง จำนวนทั้งหมด 43,595 คน และหากให้พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินทำหน้าที่ดังกล่าวในส่วนของหน่วยปฏิบัติการที่เป็นโรงพยาบาล (Hospital Base) ความต้องการผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาฉุกเฉินการแพทย์ หรือผู้ได้รับประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จะเท่ากับ 38,117 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) จากข้อมูลการคาดการณ์กำลังคนในระดับนักฉุกเฉินการแพทย์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะพบว่าความต้องการนักฉุกเฉินการแพทย์กับอัตราการผลิตในปัจจุบันยังไม่มีความสอดคล้องกัน ปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ มีจำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง (มี 3 แห่งนักศึกษายังอยู่ชั้นปีที่ 2) มีกำลังผลิตรวมกันประมาณ 120 คนต่อปี และหลังจาก พ.ศ.2568 จะเพิ่มการผลิตเป็น 210 คนต่อปี ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการคาดการณ์กำลังคนในระดับนักฉุกเฉินการแพทย์ที่คำนวณไว้ ประกอบกับในด้านของความก้าวหน้าในส่วนของวิชาชีพของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความชัดเจน ทำให้บัณฑิตที่จบมาแล้ว ไปปฏิบัติงานในสถานบริการภาคเอกชน เนื่องจากสวัสดิการและค่าตอบแทนในการทำงานสูงกว่าอัตราค่าตอบแทนในภาครัฐเป็นอย่างมาก ประกอบกับเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2565 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประกาศมาตรกำหนดตำแหน่งและกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเกื้อกูล กำหนดตำแหน่งนักฉุกเฉินการแพทย์และตำแหน่งเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นในกลุ่มที่ 6 กลุ่มสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับนักฉุกเฉินการแพทย์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งในส่วนนักฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในส่วนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงระดับเชี่ยวชาญ จะเป็นจุดที่ทำให้นักฉุกเฉินการแพทย์มีความมั่นคงและก้าวหน้าในวิชาชีพมากขึ้น

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาที่พัฒนาหลักสูตรฉุกเฉินการแพทยบัณฑิต ซึ่งมีความต่างจากหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ จากหลักการและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาหลักสูตรฉุกเฉินการแพทยบัณฑิต อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านมุมมองของผู้บริหาร หัวหน้างานฉุกเฉินการแพทย์ นักฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ อาจารย์ผู้สอนในสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉิน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

การแพทย์ นักศึกษาฉุกเฉินการแพทย์ในปัจจุบัน และผู้ใช้บัณฑิต โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม มุ่งวิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานจริงให้สอดคล้องกับกรอบ WHO EMT Competency Framework ภายใต้หลักการการศึกษาที่เน้นสมรรถนะ (Competency-Based Education: CBE) เพื่อศึกษาสมรรถนะที่ปฏิบัติงานจริงในปัจจุบันและสมรรถนะที่ต้องการให้มีในนักฉุกเฉินการแพทย์ ความเหมาะสมของจำนวนบุคลากร ภาระงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน การจัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉินการแพทย์ในปัจจุบันกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับสภาวการณ์ของสังคมและประเทศ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การวิเคราะห์เชิงแก่นสาร (Thematic Analysis) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2566 -31 กรกฎาคม พ.ศ.2567

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 5 กลุ่ม จำนวนทั้งหมด 53 คน จึงได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร ประกอบด้วย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสถาบันฉุกเฉินแห่งชาติ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ จำนวน 4 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้บริหารหรือตัวแทนจากหน่วยงานด้านนโยบายและการกำหนดขอบเขตความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ มีประสบการณ์เป็นผู้บริหารอย่างน้อย 1 ปี (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 2 สถาบันการศึกษาที่กำลังเปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ ประกอบด้วย ประธานหลักสูตรหรือตัวแทนจากมหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 7 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นประธานหลักสูตรหรือตัวแทนสถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 3 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการหรือตัวแทนจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงเรียนนาวกเวชกิจ ศูนย์วิทยาการกรมการแพทย์ทหารเรือ อบจ.มหาสารคาม สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้อำนวยการหรือตัวแทนหน่วยงานและสถานบริการสุขภาพที่รับบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ไปปฏิบัติงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 4 บัณฑิตที่จบการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ 5 แห่ง ประกอบด้วย บัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ จำนวน 10 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นบัณฑิตที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2555-2564 จากหลักสูตรวิทยาศาสตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับ EMS ในระบบปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

กลุ่มที่ 5 นิสิตที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3-4 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ จากสถาบันการศึกษา ประกอบด้วย นิสิตจากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ จำนวน 22 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ในปีการศึกษา 2565 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์จากสถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (อว.) (2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันประสบการณ์ได้ชัดเจนและยินยอมเข้าร่วมการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

โดยมี**เกณฑ์การคัดออก**ของทั้ง 5 กลุ่มคือ (1) เป็นผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย (2) เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้ในระยะเวลาที่มีการเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม รูปแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด รายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ในกลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร สัมภาษณ์ตามประเด็นคำถาม จำนวน 12 ข้อ คือ (1) ลักษณะการทำงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในปัจจุบันเป็นอย่างไร (2) นักฉุกเฉินการแพทย์ มีภาระงานเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร (3) ท่านต้องการสมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ เป็นอย่างไร (แบบไหนอย่างไร เพราะเหตุใด) (4) ในมุมมองของท่านในฐานะผู้ใช้บัณฑิต ท่านคิดว่านักฉุกเฉินการแพทย์ ที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตควรมีลักษณะอย่างไร นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีผลต่อการผลิตนักฉุกเฉินการแพทย์ อย่างไร (5) การจัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉินการแพทย์ ในปัจจุบันเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร (6) การจัดการเรียนการสอนด้านฉุกเฉินการแพทย์ในระบบบริการปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร (7) นักฉุกเฉินการแพทย์ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางด้านวิชาชีพในด้านใด (8) ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ มีอะไรบ้าง (9) ท่านมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างไรเกี่ยวกับบุคลากรด้านฉุกเฉินการแพทย์ 10) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายเรื่องการบรรจุนักฉุกเฉินการแพทย์เป็นข้าราชการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /การปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (11) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรที่จะทำให้หลักสูตรนักฉุกเฉินการแพทย์ ที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตมีความรักชุมชนไม่ลาออกไปอยู่เอกชนหรือที่อื่น (12) สิ่งที่ท่านคาดหวังจากผลผลิตบุคลากรด้านฉุกเฉินการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุขมีอะไรบ้าง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

2. แบบสนทนากลุ่ม ใช้ในกลุ่มที่ 2-5 สนทนาตามตามประเด็นคำถาม จำนวน 16 ข้อ โดยประเด็นคำถามจะเหมือนคำถามการสนทนากลุ่ม 12 ข้อ และเพิ่มเติมอีก 4 ข้อ คือ (1) ในฐานะที่ท่านเป็นผู้บังคับบัญชานักฉุกเฉินการแพทย์ ท่านคิดว่านักฉุกเฉินการแพทย์ ของท่านควรมีสมรรถนะด้านใดเป็นพิเศษเพื่อจะได้ทำงานร่วมกับท่านได้สำเร็จตามนโยบายการทำงานของท่าน (2) จำนวนนักฉุกเฉินการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันเพียงพอหรือไม่ หากไม่เพียงพอควรมีจำนวนเท่าไรจึงจะเหมาะสม (ใช้สนทนาในกลุ่มที่ 2 สถาบันการศึกษา และกลุ่มที่ 3 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพ) (3) ในฐานะของนักศึกษาที่เข้ามาเรียนหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาฉุกเฉินการแพทย์ ท่านมีความคาดหวังจากหลักสูตรอย่างไรและมีความคิดเห็นเช่นไรเกี่ยวงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ในปัจจุบัน (4) ในมุมมองของนักศึกษา เมื่อจบการศึกษาแล้ว ท่านจะปฏิบัติงานในองค์กรภาครัฐหรือเอกชน และท่านมีความคาดหวังอย่างไรในเรื่องตำแหน่ง (ใช้สนทนาในกลุ่มที่ 4 บัณฑิตที่จบการศึกษา และกลุ่มที่ 5 นิสิตที่กำลังศึกษา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องด้านฉุกเฉินการแพทย์ 2 ท่าน ตรวจสอบถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 ข้อ และแบบสนทนากลุ่ม จำนวน 16 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการทำวิจัยและขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2) ประสานกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องประชุมโรงแรมเอเชียแอร์พอร์ท จังหวัดปทุมธานี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบต่อหน้าโดยทีมวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย และชี้แจงเป้าหมายของการสนทนา ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาและบอกข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูลและสามารถแสดงความคิดเห็น ได้อย่างอิสระ บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนาและผู้ร่วมสนทนา ให้ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตนเอง ใช้คำถามนำก่อนที่จะเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ เชื่อมโยงการสนทนาเข้าสู่แนวคำถามตามลำดับ โดยใช้คำถามปลายเปิดและกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยผู้ดำเนินการสนทนาสังเกตปฏิกิริยาผู้ร่วมสนทนา รับฟัง ซักถาม เพื่อความกระจ่างและบันทึกการสนทนา ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที จนเมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น จึงกล่าวสรุปประเด็นสำคัญที่ได้และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

4) รวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาร (Thematic Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางการวิจัย วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงแก่นสาร (Thematic Analysis) โดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ตามหลัก COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) ดังนี้ (1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ใช้ผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม (Triangulation) ส่งผลสรุปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member Checking) และใช้ Peer Debriefing กับผู้ทรงคุณวุฒิด้าน EMS (2) การถ่ายโอนผล (Transferability) บรรยายบริบทพื้นที่และบทบาทผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด (3) ความมั่นคง (Dependability) สร้าง Audit Trail ขั้นตอนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกการ coding และการทบทวนธีม/ประเด็นทั้งหมด (4) การพิสูจน์กลับได้ (Confirmability) เก็บบันทึกเสียง, verbatim, field notes และตรวจสอบข้อมูลร่วมกับทีมวิจัย ลดอคติของผู้วิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เลขที่ KMPHT - 66010011 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจง และให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือโดยความสมัครใจ (Information Consent Form) คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ตามหลัก COREQ สรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Work Characteristics)

ประเด็นหลักที่ 1 ความหลากหลายของสถานที่ปฏิบัติงานและบทบาทที่คาบเกี่ยว การปฏิบัติงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงบนรถพยาบาล แต่ครอบคลุมทั้งในสถานพยาบาล ศูนย์สั่งการ และงานวิชาการ โดยมีลักษณะเด่นคือการทำงานแบบคู่ขนาน (Hybrid Roles) ระหว่างงานก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) และงานในห้องฉุกเฉิน (ER)

ประเด็นรองที่ 1.1 การปฏิบัติงานในสถานพยาบาลรัฐและท้องถิ่น ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระบบราชการ (ร้อยละ 60-70) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมักถูกมอบหมายให้ช่วยงานในห้องฉุกเฉินเนื่องจากจำนวนเคส EMS มีน้อย ดังคำกล่าว "การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่จะปฏิบัติงาน EMS และ ER ควบคู่กันไป" และ "ทำงานใน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

โรงพยาบาลชุมชนจะมีเคสน้อย จึงต้องถูกมอบหมายให้เข้าไปทำงานในห้องฉุกเฉิน... ทำให้มีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น" มีสมรรถนะการปฏิบัติงานที่สำคัญคือ (1) รูปแบบการทำงานแบบผสมผสาน (Hybrid Work Model) จากคำกล่าวที่ว่า "ปฏิบัติงาน EMS และ ER ควบคู่กันไป" สะท้อนให้เห็นว่าในบริบทของประเทศไทย นักฉุกเฉินการแพทย์ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) เพียงอย่างเดียว แต่ยังถูกบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาพยาบาลภายในห้องฉุกเฉิน (Intra-hospital care) ซึ่งถือเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านกำลังคน (2) การปรับตัวตามบริบทพื้นที่และภาระงาน (Contextual Adaptation) ข้อความที่ระบุว่า "ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนจะมีเคสน้อย จึงต้องถูกมอบหมายให้เข้าไปทำงานในห้องฉุกเฉิน" ชี้ให้เห็นถึงความยืดหยุ่นของบทบาทหน้าที่ (Role Flexibility) โดยนักฉุกเฉินการแพทย์ต้องปรับตัวตาม "ปริมาณงาน" (Workload) ของแต่ละพื้นที่ ในพื้นที่ที่มีอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉินน้อย ความสามารถทางคลินิกจะถูกนำมาสนับสนุนงานในห้องฉุกเฉินแทน เพื่อรักษาความชำนาญและทักษะหัตถการให้คงอยู่เสมอ และ (3) การสร้างการยอมรับผ่านการมีส่วนร่วม (Professional Acceptance) ประโยคที่ว่า "ทำให้มีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น" เป็นประเด็นสำคัญในเชิงมานุษยวิทยาองค์กร เนื่องจากวิชาชีพนักฉุกเฉินการแพทย์ยังเป็นวิชาชีพใหม่ในระบบสุขภาพไทย การเข้าไปช่วยงานในห้องฉุกเฉินร่วมกับสหวิชาชีพ (เช่น แพทย์และพยาบาล) จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการแสดงศักยภาพและสร้าง "ตัวตนทางวิชาชีพ" (Professional Identity) ให้เป็นที่ยอมรับ เมื่อสหวิชาชีพเห็นทักษะการปฏิบัติงานจริง จะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจและการประสานงานที่ราบรื่นยิ่งขึ้นในอนาคต

ประเด็นรองที่ 1.2 บทบาทในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เป็นบทบาทสำคัญในการอำนวยการและบริหารจัดการงบประมาณ รวมถึงการจัดทำโปรโตคอลการส่งต่อ ดังคำกล่าว "การปฏิบัติงานใน อบจ. จะปฏิบัติงานในศูนย์แจ้งเหตุและสั่งการอย่างเดียว ทำให้ความรู้และทักษะที่มีบางส่วนไม่ได้นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน" การปฏิบัติงานตามบทบาทมีลักษณะ (1) ภาวะสมรรถนะล้นเกินกับขอบเขตงานที่จำกัด (Underutilization of Clinical Skills) ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาการไม่ได้ใช้ศักยภาพทางวิชาชีพอย่างเต็มที่ (Skill Underutilization) เนื่องจากนักฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) ได้รับการฝึกฝนทักษะการช่วยชีวิตขั้นสูงและหัตถการทางคลินิกมาอย่างเข้มข้น แต่เมื่อต้องปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพียงอย่างเดียว ทำให้ทักษะการปฏิบัติการภาคสนาม (Clinical/Hands-on skills) ถูกลดบทบาทลงเหลือเพียงทักษะการอำนวยการสื่อสารเท่านั้น (2) ผลกระทบต่อความชำนาญการและขวัญกำลังใจ (Impact on Proficiency and Morale) การที่ "ความรู้และทักษะที่มีบางส่วนไม่ได้นำไปใช้" ส่งผลเสียใน 2 มิติ คือ มิติทักษะ: ทักษะหัตถการทางการแพทย์เป็นทักษะที่ต้องอาศัยการฝึกฝนและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Perishable skills) หากไม่ได้ปฏิบัติจริงเป็นเวลานานอาจส่งผลต่อความมั่นใจและความแม่นยำในอนาคต มิติจิตวิทยา: อาจทำให้นักฉุกเฉินการแพทย์เกิดความรู้สึกไม่ภาคภูมิใจในวิชาชีพหรือรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ทำหน้าที่ตามความคาดหวังที่เรียนมา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ระบุว่าบางส่วนต้องไปทำงานเอกสารหรืองานคุณภาพที่ไม่ตรงกับหน้าที่โดยตรง (3) ช่องว่างเชิงโครงสร้างของ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

หน่วยงานท้องถิ่น (Structural Gap in Local Government) ข้อความนี้ชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างการจ้างงานของ อบจ. ในปัจจุบันยังไม่เอื้อให้นักฉุกเฉินการแพทย์ได้ออกปฏิบัติการบนรถพยาบาล (Ambulance) ได้เต็มรูปแบบในบางพื้นที่ เนื่องจากบางแห่งไม่มีรถบริการหรือเน้นเฉพาะงานอำนวยการ ส่งผลให้เกิดความลักลั่นในการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีต้นทุนการผลิตสูง

2. สมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Competencies)

2.1 สมรรถนะวิชาชีพ (Professional Competency)

ประเด็นหลักที่ 2 ความเชี่ยวชาญทางคลินิกและการช่วยชีวิตขั้นสูง เน้นทักษะการประเมินและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐาน Star of Life และความสามารถในการทำหัตถการช่วยชีวิตขั้นสูง ในประเด็นการช่วยชีวิตและการจัดการผู้ป่วยวิกฤต ความคาดหวังสูงสุดคือทักษะการกู้ชีพ (Resuscitation) ที่แม่นยำและรวดเร็ว ดังคำกล่าว "Paramedics จบมาต้องชำนาญในเรื่องการ resuscitation ผู้ป่วย... สามารถใส่ทิ้ว PCR บนรถฉุกเฉินได้เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง" ประกอบด้วย (1) ความคาดหวังต่อสมรรถนะการช่วยชีวิตขั้นสูง (Expectation of Advanced Life Support Competency) ข้อความนี้สะท้อนว่าหัวใจสำคัญของวิชาชีพนักฉุกเฉินการแพทย์คือความเชี่ยวชาญในการกู้ชีพ (Resuscitation) การระบุถึงความสามารถในการใส่ทิ้ว (Endotracheal Intubation) บนรถพยาบาลฉุกเฉิน ชี้ให้เห็นว่าสังคมและระบบสุขภาพคาดหวังให้ Paramedic ปฏิบัติหัตถการระดับสูงที่ซับซ้อนได้ทันทีในที่เกิดเหตุ (Field Intubation) เพื่อจัดการทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตในการรักษาชีวิตผู้ป่วย (2) บทบาทในการลดอัตราการเสียชีวิต (Impact on Mortality Rates) คำพูดที่ว่า "เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง" แสดงถึงการตระหนักในบทบาทของ Paramedic ในฐานะผู้เปลี่ยนผลลัพธ์การรักษา (Outcome Changer) การนำทักษะการช่วยชีวิตขั้นสูงมาใช้ในบริบทก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital setting) ช่วยลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Time-to-intervention) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (3) มาตรฐานวิชาชีพและการควบคุมคุณภาพ (Professional Standards and Quality Care) ข้อความนี้ยืนยันว่านักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเป็นผู้ปฏิบัติการที่มีความชำนาญ (Expert Practitioner) ไม่ใช่เพียงผู้ช่วยงานเบื้องต้น ความชำนาญในการกู้ชีพและหัตถการพิเศษนี้ถือเป็นอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Professional Identity) ที่แยก Paramedic ออกจากอาสาสมัครกู้ชีพหรือบุคลากรระดับพื้นฐานอื่น ๆ ในระบบ EMS

2.2 สมรรถนะเชิงระบบ (Systemic Competency)

ประเด็นหลักที่ 3 การบูรณาการเครือข่ายและการจัดการเชิงรุกในชุมชน ความสามารถในการเข้าใจบริบทระบบสุขภาพปฐมภูมิ การสื่อสารข้ามหน่วยงาน และการทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในประเด็นการทำงานระดับชุมชนและการสอนประชาชน นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเป็นมากกว่าผู้รักษา แต่ต้องเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ดังคำกล่าว "Paramedic ควรจะต้องทำงานในชุมชนมากขึ้น ออกไปสอนเรื่องปฐมพยาบาล CPR ถ้าชาวบ้านสามารถทำได้ งานการแพทย์ฉุกเฉินจะเบาลง" และ "นักฉุกเฉินการแพทย์จะต้องมีความเข้าใจในระบบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

การแพทย์ฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี และมีความเข้าใจบริบทพื้นที่ที่เข้าไปปฏิบัติงาน" ประกอบด้วย (1) บทบาทเชิงรุกและการสร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาชน (Community Empowerment) ข้อความนี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านบทบาทของนักฉุกเฉินการแพทย์จากผู้รักษา (Clinician) ไปสู่ ผู้ให้การศึกษา (Educator) ในชุมชน โดยการถ่ายทอดความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) ให้แก่ชาวบ้านไม่ใช่เพียงการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ แต่เป็นการสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival) ที่แข็งแกร่งตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตในพื้นที่ห่างไกลเพิ่มสูงขึ้น (2) ความเข้าใจบริบทพื้นที่และระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Contextual Intelligence) การทำงานที่มีประสิทธิภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความเข้าใจบริบทพื้นที่ (Geographical & Cultural Context) นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเข้าใจทั้งระบบส่งต่อ ทรัพยากรที่มีอยู่ และวัฒนธรรมของคนในพื้นที่เพื่อให้การสื่อสารและการช่วยเหลือเข้าถึงใจประชาชน

2.3 Soft Skill และภาวะผู้นำ (Soft Skills & Leadership)

ประเด็นหลักที่ 4 วุฒิภาวะทางอารมณ์และการเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ การมีจิตอาสา ความอดทนต่อแรงกดดัน และทักษะการสื่อสารที่นอบน้อมต่อผู้ใหญ่และเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม ในประเด็นการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ภายใต้ภาวะวิกฤต ทักษะการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น ตำรวจ หรือกู้ภัย และการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ดังคำกล่าว "มีความเป็นผู้นำ ผู้ตาม มีทักษะในการสื่อสาร มีมนุษยสัมพันธ์... มีความนอบน้อมในการเข้าหาผู้ใหญ่ และมีการสื่อสารให้กับผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ" และ "จะต้องเป็นผู้ที่มีจริยธรรมสามารถบริหารจัดการอารมณ์ได้ สามารถรับแรงกดดันที่เกิดจากการทำงานได้" ประกอบด้วย (1) สมรรถนะด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Communication and Interpersonal Competency) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่านักฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ยืดหยุ่น (Versatile Communication) ไม่ใช่เพียงการส่งสารทางเทคนิคทางการแพทย์เท่านั้น แต่ต้องรวมถึงความนอบน้อมซึ่งเป็นวัฒนธรรมเฉพาะของบริบทไทย การสื่อสารนี้ครอบคลุมตั้งแต่การประสานงานในฐานะผู้นำและผู้ตามทีมสหวิชาชีพ ไปจนถึงการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้รับบริการ (2) วุฒิภาวะทางอารมณ์และการจัดการภายใต้ภาวะกดดัน (Emotional Intelligence and Resilience) หน้างานของนักฉุกเฉินการแพทย์ต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตและความคาดหวังจากญาติผู้ป่วย ความสามารถในการบริหารจัดการอารมณ์และรับแรงกดดันจึงเป็นเกราะป้องกันสำคัญที่ช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกยังคงแม่นยำและรักษาภาพลักษณ์ทางวิชาชีพไว้ได้ นอกจากนี้ยังต้องมีจริยธรรมในการปฏิบัติงานเพื่อเป็นที่พึ่งให้แก่ประชาชนในยามคับขัน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักฉุกเฉินการแพทย์ที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานแบบควบคู่กันทั้ง EMS และ ER ในระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย สามารถนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ลักษณะการปฏิบัติงานของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Work Characteristics)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ประเด็นหลักที่ 1 บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานแบบบูรณาการ (Extended Roles and Integrated Practice) ผลการวิจัยพบว่านักฉุกเฉินการแพทย์ในระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยมีลักษณะการปฏิบัติงานแบบ Hybrid Model คือการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ควบคู่ไปกับการสนับสนุนงานในห้องฉุกเฉิน (ER) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนเคสอุบัติเหตุน้อย ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวโน้มในต่างประเทศที่พยายามผลักดันให้ Paramedic เข้าไปมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้น ในสหราชอาณาจักร (UK) งานวิจัยของ Eaton et al. (2025) ระบุว่าการนำ Paramedic เข้าไปทำงานในทีมสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Teams) ช่วยลดภาระงานของแพทย์และเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่ำและการออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการทำงานใน ER ของโรงพยาบาลชุมชนช่วยให้นักฉุกเฉินการแพทย์มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพและใช้ทักษะทางคลินิกได้อย่างคุ้มค่ามากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับบริบทในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) ได้ชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีการขยายบทบาทจากบนรถพยาบาลไปสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) แต่ประเด็นท้าทายที่พบคือ ช่องว่างระหว่างหลักสูตรและการปฏิบัติงานจริง โดยหลักสูตรส่วนใหญ่ยังเน้นการจัดการภาวะวิกฤต (Critical Care) มากกว่าการดูแลในระบบปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ Verbatim ที่ระบุว่าการเข้าไปทำงานใน ER ช่วยให้ Paramedic มีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็สะท้อนถึงภาวะที่ต้องปรับตัวเพื่อรักษาความชำนาญทางคลินิกในพื้นที่ที่มีเคสฉุกเฉินน้อย นอกจากนี้ การสร้างการยอมรับทางวิชาชีพ (Professional Acceptance) ผ่านการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในห้องฉุกเฉินตามที่ผู้ให้ข้อมูลระบุ สอดคล้องกับแนวคิดของ Mordaunt (2024) ที่วิเคราะห์ว่าการสร้างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพที่ชัดเจนและการปฏิบัติงานที่เต็มศักยภาพ (Full Scope of Practice) จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีโครงสร้างทางกฎหมายและนโยบายที่เอื้ออำนวย ซึ่งในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลียมีโครงสร้างที่ยืดหยุ่นกว่า ทำให้ Paramedic สามารถทำงานได้อย่างเป็นอิสระมากกว่าในบริบทของไทยที่ยังติดข้อจำกัดด้านสถานภาพการจ้างงานและขอบเขตกฎหมายบางประการ การอภิปรายนี้แสดงให้เห็นว่าการทำงานแบบ Hybrid ของ Paramedic ไทยในโรงพยาบาลชุมชน ไม่ใช่แค่เรื่องการแก้ปัญหาเคสน้อย แต่เป็นกลยุทธ์การบูรณาการวิชาชีพที่สอดคล้องกับทิศทางสากล (Global Trend) ในการใช้ Paramedic เพื่อเสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพียงแต่ประเทศไทยยังต้องการการสนับสนุนเชิงนโยบายด้านตำแหน่งงานที่ชัดเจนเหมือนในประเทศอังกฤษหรือออสเตรเลีย นอกจากนี้บทบาทในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เป็นบทบาทสำคัญในการอำนวยการและบริหารจัดการงบประมาณ รวมถึงการจัดทำโปรโตคอลการส่งต่อ จากผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาการไม่ได้ใช้ศักยภาพทางวิชาชีพอย่างเต็มที่ (Skill Underutilization) เมื่อต้องปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพียงอย่างเดียว ทำให้ถูกลดบทบาทลงเหลือเพียงทักษะการอำนวยการสื่อสารเท่านั้น และความรู้และทักษะที่มีบางส่วนไม่ได้นำไปใช้ส่งผลเสียหากไม่ได้ปฏิบัติจริงเป็นเวลานานอาจส่งผลต่อความมั่นใจและความแม่นยำในอนาคต เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) ระบุว่าปัญหาการใช้ทักษะไม่เต็มศักยภาพ (Underutilization) มักเกิดจากข้อจำกัดของโมเดลการทำงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ยังปรับตัวไม่ทัน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

กับการขยายขอบเขตงานของ Paramedic ซึ่งสอดคล้องกับกรณีของ อบจ. ที่เน้นเพียงงานสั่งการ นอกจากนี้ Mordaunt (2024)

ยังชี้ให้เห็นว่าการที่บุคลากรไม่ได้ใช้ทักษะอย่างเต็มศักยภาพ (Full Scope of Practice) ส่งผลต่อประสิทธิภาพโดยรวมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินและขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ ขณะที่ในสหราชอาณาจักร (UK) Eaton et al. (2025) เสนอว่าการแก้ปัญหานี้ต้องอาศัยการจัดระบบการทำงานแบบหมุนเวียน (Rotational Models) เพื่อให้ Paramedic ได้ปฏิบัติงานทั้งในศูนย์สั่งการ การออกรับผู้ป่วย และการทำงานในคลินิกปฐมภูมิ เพื่อรักษาความเฉียบคมของทักษะและเพิ่มความพึงพอใจในงาน

2. สมรรถนะของนักฉุกเฉินการแพทย์ (Competencies)

2.1 สมรรถนะวิชาชีพ (Professional Competency)

ประเด็นหลักที่ 2 ความเชี่ยวชาญ การช่วยชีวิตและการจัดการผู้ป่วยวิกฤต จากผลการวิจัยพบว่า หัวใจสำคัญของวิชาชีพนักฉุกเฉินการแพทย์คือความเชี่ยวชาญในการกู้ชีพ (Resuscitation) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต ประเด็นความชำนาญในการกู้ชีพบนรถพยาบาลมีความสอดคล้องกับมาตรฐานระดับสากล ในสหราชอาณาจักร (UK) และออสเตรเลีย การมี Paramedic ที่มีสมรรถนะทางคลินิกสูง (High Clinical Competency) ในการจัดการภาวะวิกฤต เช่น การกู้ชีพและการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูง เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและลดอัตราการตาย Mordaunt (2024) ระบุว่าแม้การปฏิบัติหัตถการขั้นสูงจะเป็นสิ่งจำเป็น แต่ต้องมาพร้อมกับอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (Prescribing and Intervention Authority) ที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ (Full Scope of Practice) เช่นเดียวกับความคาดหวังในบริบทของไทยที่ต้องการให้ Paramedic แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ภายใต้ความเข้าใจของสถานบริการสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าความชำนาญในการกู้ชีพไม่ใช่เพียงทักษะทางเทคนิค แต่เป็นพันธกิจหลักของนักฉุกเฉินการแพทย์ที่ต้องเชื่อมโยงความรู้ทางคลินิกเข้ากับการตัดสินใจที่รวดเร็วภายใต้สภาวะกดดัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานสากล

2.2 สมรรถนะเชิงระบบ (Systemic Competency)

ประเด็นหลักที่ 3 การจัดการเชิงรุกในชุมชนและการบูรณาการเครือข่าย จากผลการวิจัยพบว่า นักฉุกเฉินการแพทย์มีบทบาทเชิงรุกโดยการถ่ายทอดความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตในพื้นที่ห่างไกลเพิ่มสูงขึ้น และการสร้างเข้าใจทั้งระบบส่งต่อ ทรัพยากรที่มีอยู่ และวัฒนธรรมของคนในพื้นที่เพื่อให้การสื่อสารและการช่วยเหลือเข้าถึงใจประชาชน การทำงานในชุมชนและการเข้าใจบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับทิศทางสากลที่เปลี่ยนจากโมเดลการรับเหตุ (Reactive) ไปสู่เชิงรุก (Proactive) เช่น สหราชอาณาจักร (UK) Eaton et al. (2025) ชี้ให้เห็นว่า Paramedic ที่ทำงานในระดับปฐมภูมิช่วยเสริมช่องว่างการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างดีเยี่ยม โดยเฉพาะเมื่อมีความเข้าใจในระบบการจัดการของท้องถิ่น ประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) อภิปรายว่าบทบาทของ Paramedic ในปัจจุบันก้าวข้ามขอบเขตเพียงการตอบโต้เหตุฉุกเฉินไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพชุมชนที่เน้นการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดภาระงานภาพรวมของระบบสาธารณสุขได้จริง สอดคล้องกับแนวคิด Community Paramedicine ใน แคนาดาและสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการที่ Paramedic เข้าไปมีบทบาทเชิงรุกในการให้ความรู้และคัดกรองสุขภาพในชุมชน สามารถลดจำนวนการโทรแจ้งเหตุ 911 และการเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินที่ไม่จำเป็นได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.3 Soft Skill และภาวะผู้นำ (Soft Skills & Leadership)

ประเด็นหลักที่ 4 Soft Skill และภาวะผู้นำ จากผลการวิจัยพบว่า นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ยืดหยุ่น (Versatile Communication) มีความนอบน้อม สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยใน ประเทศออสเตรเลีย ที่ระบุว่าสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลและบุคลากรฉุกเฉินในศตวรรษที่ 21 ต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่นเดียวกับใน สหราชอาณาจักร (UK) ที่เน้นว่า Paramedic ในระบบปฐมภูมิต้องมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจได้ (Trusting Relationships) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในการรับคำปรึกษา นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีสมรรถนะด้านซอฟต์สกิลและภาวะผู้นำ สอดคล้องกับมาตรฐานสมรรถนะในระดับสากล ได้แก่ ประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ Miles et al. (2025) อภิปรายว่าบทบาทที่ขยายตัวของ Paramedic ในระบบปฐมภูมิ ต้องการสมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการ (Leadership and Management) มากขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการทำงานในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน สหราชอาณาจักร (UK): Eaton et al. (2025) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ Paramedic ประสบความสำเร็จในทีมปฐมภูมิคือ ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Skills) และความสามารถในการปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน ซึ่งตรงกับประเด็นความนอบน้อมและมนุษยสัมพันธ์ที่พบในการวิจัยนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดามีหลักฐานว่าการฝึกอบรมด้าน Soft Skills เช่น ภาวะผู้นำและการจัดการความเครียด ช่วยลดอัตราความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors) และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในไทยที่ต้องการให้ Paramedic มีความคิดสร้างสรรค์และจัดการความเครียดได้ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การปฏิบัติ นักฉุกเฉินการแพทย์นอกจากการเพิ่มสมรรถนะเชิงวิชาชีพแล้วควรเพิ่มทักษะ Soft Skills เน้นการนำทักษะภาวะผู้นำ การควบคุมอารมณ์ และมนุษยสัมพันธ์มาใช้ในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยและทีมงานภายใต้ภาวะกดดัน

2) การพัฒนาหลักสูตร ควรเพิ่มหลักสูตรอบรมหรือรายวิชาที่ส่งเสริมทักษะ Soft Skills และวุฒิภาวะทางอารมณ์ เพิ่มเนื้อหาด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียด รวมถึงการทำงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ และรายวิชาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเฉพาะทาง เช่น การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ทางน้ำ ภัยพิบัติ ตึกถล่ม การจัดการสารเคมี

3) ด้านนโยบาย การกำหนดอัตรากำลังและตำแหน่งงาน ควรผลักดันการบรรจุตำแหน่งข้าราชการให้นักฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อสร้างความมั่นคงในวิชาชีพ และควรแยกกรอบอัตรากำลัง (FTE) ออกมาให้ชัดเจนตามขนาดของ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

โรงพยาบาล รวมถึงการจัดสรรค่าตอบแทนและสวัสดิการ ควรมีนโยบายกำหนดค่าตอบแทน เงินเพิ่มพิเศษสำหรับวิชาชีพ (พตส.) และค่าตอบแทนล่วงเวลา (OT) ให้เหมาะสมและทัดเทียมกับวิชาชีพอื่น เพื่อลดการลาออกไปสู่ภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาภาระงาน (FTE) ของนักฉุกเฉินการแพทย์เพื่อหาจำนวนนักฉุกเฉินการแพทย์ที่เหมาะสมตามความหนาแน่นของประชากรและพื้นที่การรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น

2) ควรศึกษาแนวทางการคงอยู่ของบุคลากร (Retention Rate) หรือปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ การลาออกหรือย้ายงาน เพื่อหาแนวทางลดการสมองไหลจากภาครัฐสู่เอกชน

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.). (2565). *รายงานของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยสรุปจากเอกสารแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่เผยแพร่โดยหน่วยงานรัฐต่างๆ*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. https://spd.moph.go.jp/wp-content/uploads/2022/08

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับที่ 3.1 (พ.ศ.2562 - 2565)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

Eaton, G., Tierney, S., Wong, G., Williams, V., Williams, J., & Mahtani, K. R. (2025). The impact of paramedics working in primary care teams on other professionals and patient experiences: a qualitative study. *BJGP open*, *9*(3), BJGPO.2024.0152. https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0152

Miles, A, Simpson, P, Naidoo, N, Sim, M, & Long, D. (2025). Beyond emergencies: Examining paramedic practices in primary health care in Australia and Aotearoa New Zealand. *Paramedicine*, *22*(1), 44-45. https://research.usq.edu.au/item/zwxqz/beyond-emergencies-examining-paramedic-practices-in-primary-health-care-in-australia-and-aotearoa-new-zealand

Mordaunt D. A. (2025). Unapproved medicine use by paramedics in New Zealand: a comparative analysis with Australian and United Kingdom frameworks. *The New Zealand medical journal*, *138*(1612), 47–59. https://doi.org/10.26635/6965.6825

e279136

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี

ทิพวรรณ ท้ายเมือง* วัชราภรณ์ ฉุนแสนดี

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี

(วันที่รับบทความ: 2 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 9 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับ: 13 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเชิงปริมาณ ศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร 2) แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร 3) ข้อมูลส่วนบุคคล แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน กับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 231 คน โดยการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความสุข และแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความสุขและความผูกพันธ์ และแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน ค่าดัชนีของความสอดคล้อง เท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.98 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สเปียร์แมน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.79) 2) แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.26, S.D. = 0.73) 3) เพศ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ร้อยละ 82.00 (β =22.32 p<.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะ ส่งเสริมให้บุคลากรมีแรงจูงใจในด้านความมั่นคงในงาน ความสำเร็จในงาน การปฏิบัติงานที่เหมาะสม และสวัสดิการที่ดี จะส่งผลให้บุคลากรมีระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้นด้วย

คำสำคัญ: ความสุข ความผูกพันต่อองค์กร บุคลากร

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ทิพวรรณ ท้ายเมือง; 6701335690001@ptu.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

Factors Affecting the Level of Happiness and Organizational Commitment of Personnel at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Nonthaburi

Tippawan Taimuang* Vatcharaporn Chunsandee
Master of Public Health Pathum Thani University

(Received: 2 December 2025 ; Revised: 9 April 2026; Accepted: 13 April 2026)

Abstract

This quantitative, cross-sectional research aimed to study: 1)The level of happiness and organizational commitment of personnel at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute; 2)The work motivation of personnel at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute; and 3) Personal data and work motivation, in relation to the level of happiness and organizational commitment of personnel at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The sample consisted of 231 individuals selected using systematic random sampling. The research instruments included a happiness assessment scale and questionnaires for collecting personal data, levels of happiness and organizational commitment, and work motivation. The content validity index was 0.94, and the reliability of the entire instrument was 0.98. Statistical analyses included percentages, means, standard deviations, chi-square tests, Pearson-Spearman correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis. The statistical significance level was set at 0.05.

The results of the study found that 1) the overall average level of happiness and organizational engagement is at a high level. ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.79), 2) the overall motivation for work performance is at the highest average level. ($\bar{X}$ = 4.26, S.D. = 0.73), and 3) gender, job position, and job characteristics have no relationship with employees' levels of happiness and organizational engagement. Age and education level, however, are significantly related to employees' levels of happiness and organizational engagement at the .05 statistical significance level. Motivation toward work performance has a significant influence on the level of happiness and organizational commitment among personnel at the Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, accounting for 82.00% (β= 22.32, p < .01).Recommendation: Enhancing employees' motivation in terms of job security, achievement, appropriate job assignment, and good welfare benefits will result in higher levels of happiness and organizational commitment among personnel.

Keywords: Happiness, Organizational commitment, Personnel

***Corresponding Author,** Tippawan Taimuang : 6701335690001@ptu.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

บทนำ

จากรายงาน World Happiness Report (2024) ของสหประชาชาติ (UN) สำรวจ และประเมินชีวิตโดยเฉลี่ยของประชาชนทั่วโลก ในช่วง 2563-2565 และการสัมภาษณ์ผู้คนมากกว่า 100,000 คนใน 137 ประเทศ โดยใช้ปัจจัยสำคัญ 6 ประการในการสำรวจและให้คะแนน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม รายได้ สุขภาพ เสรีภาพ ความเอื้ออาทร และมุมมองต่อการทุจริต ควบคู่กับข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคม บ่งชี้ว่า ค่าเฉลี่ยความสุขของประชากรไทยอยู่ในลำดับที่ 60 ของโลก หากพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยช่วงปี 2562-2564 กับช่วงปี 2563-2566 จะพบว่าจากที่เคยอยู่ที่ 5.891 ได้ลดลงมาอยู่ที่ 5.8431 และล่าสุดเพิ่มขึ้นเป็น 5.976 ในปี 2567 ขยับเป็นลำดับที่ 58

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP Excellence) การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และในแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ ระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้บุคลากรเป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก ระยะ 5 ปีแรก เน้นการปฏิรูปกำลังคนด้านสาธารณสุข (HRH Transformation) เพื่อสร้างคนให้เป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก ปัจจัยหลักสำคัญ คือ บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร จึงควรต้องได้รับการดูแลและพัฒนา ตลอดจนเตรียมความพร้อม เพื่อการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และสามารถบริหารการเปลี่ยนแปลง ให้ประสบความสำเร็จ สร้างคุณค่าให้แก่องค์กร ทั้งนี้การสรรหา คัดเลือก และการธำรงรักษาคนดี คนเก่งนั้น ถือได้ว่า เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้องค์กรมีการพัฒนาเติบโตและก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน ประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) มีเป้าหมายที่จะให้กำลังคน ด้านสุขภาพ เป็นคนดี มีคุณค่าและมีความผาสุกในการทำงาน โดยการประสานความร่วมมือกับสถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในการขอใช้ เครื่องมือวัดความสุขในระดับบุคคล (HAPPINOMETER) และองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) โดยกำหนดให้มีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (HAPPINOMETER) และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) เพื่อนำผลการประเมินมาทำการวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการสร้างสุข ให้แก่บุคลากรในด้านต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัย HAPPINOMETER ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความสุขที่คนทั่วไปสามารถวัดได้ด้วยตัวเอง โดย HAPPINOMETER จะช่วยวัดความรู้สึกและประสบการณ์ที่สะท้อนจากมิติคุณภาพชีวิตของแต่ละคน และจะช่วยให้ทราบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของแต่ละบุคคล ช่วยให้องค์กรสามารถนำไปประเมิน ออกแบบองค์กร ให้สอดรับกับความสุขของพนักงานได้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สถาบันบำราศนราดูร เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจ คือ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคติดต่อ กำหนดและพัฒนามาตรฐานการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคติดต่อ รวมถึงกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศจากสถานการณ์ระบาดไวรัสโคโรน่า ในช่วงที่ผ่านมาสถาบันบำราศนราดูร เป็นด่านแรกที่รับมือกับสถานการณ์นี้ทั้งผู้ป่วยในประเทศ นักท่องเที่ยว รวมถึงกักกันคนเข้าประเทศ จากการรายงานจัดอันดับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2565 อันดับ 1 คือ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า สูงถึง 15,254 คน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรต้องมีภาระงานมากขึ้นเนื่องจากเดิมสถาบันบำราศนราดูร เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง ระดับตติยภูมิ ซึ่งไม่สมดุลกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ อัตราการสูญเสียบุคลากรในปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566 โดยปีงบประมาณ 2564 ลาออก 27 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 โอนย้าย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 อัตราการสูญเสียรวมทั้งสิ้น 32 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ปีงบประมาณ 2565 ลาออก 31 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 โอนย้าย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 อัตราการสูญเสียรวมทั้งสิ้น 44 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ปีงบประมาณ 2566 ลาออก 45 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 โอนย้าย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 อัตราการสูญเสียรวมทั้งสิ้น 52 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 พบว่ามีอัตราการลาออกเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการเจ้าหน้าที่สถาบันบำราศนราดูร ณ วันที่ 1 ก.ค. 2567 มีบุคลากรปฏิบัติงานจริง 809 คน ซึ่งตามกรอบอัตรากำลังควรมีบุคลากร 996 คน ยังขาดแคลนบุคลากรอีกมาก และจากการสำรวจความสุขและความผูกพันองค์กร (HAPPINOMETER) ของกลุ่มงานพัฒนาบุคลากร ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า มีค่าเฉลี่ยภาพรวมความสุขลดลง โดยปี 2563 มีค่าเฉลี่ยภาพรวมความสุขร้อยละ 64.2 รองลงมาปี 2564 มีค่าเฉลี่ยภาพรวมความสุขร้อยละ 63.7 และปี 2564 มีค่าเฉลี่ยภาพรวมความสุขร้อยละ 63.5 จะเห็นได้ว่ามีค่าคะแนนความสุขลดลง ซึ่งการสำรวจนี้เป็นเพียงการสำรวจเบื้องต้นเพื่อเก็บข้อมูลภาพรวมขององค์กรในแต่ละปี ไม่ได้นำผลมาวิเคราะห์หรือนำไปเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ได้จากการสำรวจ (กองการเจ้าหน้าที่สถาบันบำราศนราดูร, 2567)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กร และแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ไปใช้เป็นแนวทางการวางแผนพัฒนาบุคลากร และส่งเสริมสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ให้กับบุคลากรปฏิบัติให้มีความสุข มีความผูกพันต่อองค์กร และแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

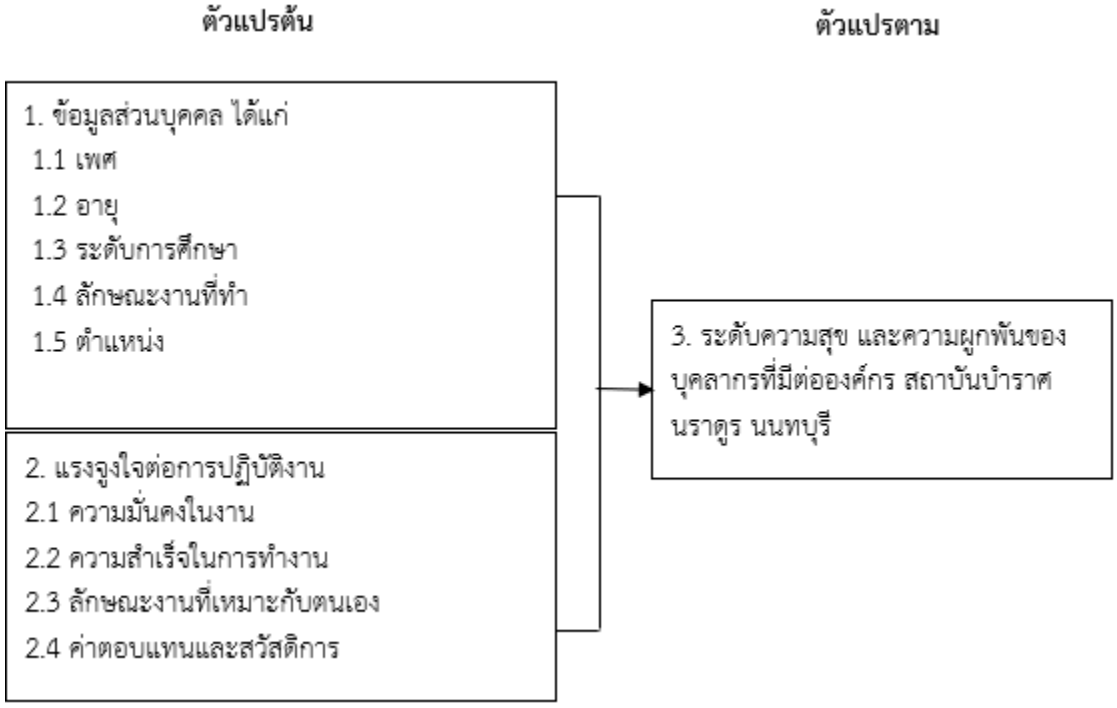
1. เพื่อศึกษาระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน กับ ความสุขและความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสุขและความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรนนทบุรี
2. แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความสุขและความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรนนทบุรี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาแบบ Cross-sectional Study ผู้วิจัยทบทวน แนวคิด ทฤษฎี นำมาประยุกต์เพื่อการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน 2) ทฤษฎีเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร 3) ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ เริ่มทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 – 15 ธันวาคม 2567

ประชากร บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 809 คน (กองการเจ้าหน้าที่สถาบันบำราศนราดูร, 2567)

เกณฑ์การคัดเข้า

1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร
2. ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1ปี ไม่นับรวมระยะเวลาการทดลองงาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้ข้อมูลการประเมินความสุขด้วยตนเองไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนตามแนวคิดของของ Krejcie & Morgan (1970) โดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จำนวน 231 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ทำ ระดับตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน 4 ด้าน ความมั่นคงในงาน ความสำเร็จในงานที่ทำ ลักษณะงานที่เหมาะสมกับตนเอง ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบจะแปรผกผัน เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ การแปลผลระดับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน คะแนนรายข้อและโดยรวม โดยประยุกต์มาจากของเบสท์ (Best. 1997) ความหมายคือ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00) ดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากร โดยใช้แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง : HAPPINOMETER ความสุขวัดเองได้โดยศูนย์สร้างเสริมสุขภาวะองค์กร (Happy Workplace) ภายใต้สำนักองค์กรสุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มหาวิทยาลัยมหิดล 9 (ด้านสุขภาพดี (Happy Body) ผ่อนคลายดี (Happy Relax) น้ำใจดี (Happy Heart) จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ครอบครัวดี (Happy Family) สังคมดี (Happy Society) ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) สุขภาพเงินดี (Happy Money)การงานดี (Happy work-life) และ ความผูกพันและสมดุลชีวิตกับการทำงาน) จำนวน 69 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) 5 ระดับแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบจะแปรผกผัน การแปลผลข้อมูล คะแนนระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากร มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ การแปลผล คะแนนรายข้อและโดยรวม โดยประยุกต์มาจากของเบสท์ (Best. 1997) ความหมายคือ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00) ดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย2.61-3.40) น้อย (ค่าเฉลี่ย1.81-2.60) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย1.00 -1.80)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.66 - 1 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนในชุมชนที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตจากสถาบันบำราศนราดูร เพื่อขออนุญาตพื้นที่ในการทำการวิจัย จากนั้นได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ใช้วิเคราะห์เพศ ลักษณะงานและระดับตำแหน่ง กับ ระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร สถิติสเปียร์แมนใช้วิเคราะห์ระดับการศึกษากับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันใช้วิเคราะห์อายุและแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน กับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่หนังสือรับรอง PTU-IRB-CERT-2025-038 วันที่รับรอง วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ.2568 และโรงพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร หนังสือรับรองเลขที่ BIDI-IRB-CERT-2025-023 วันที่รับรอง วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.50 มีอายุระหว่าง 28-36 ปี มากสุด ร้อยละ 50.20 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.80 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านบริการ ร้อยละ 74.00 และส่วนใหญ่ตำแหน่งระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 94.40

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

พบว่า บุคลากรสถาบันบำราศนราดูรมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.26, S.D. = 0.73) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสำเร็จในการทำงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

($\bar{X}$ = 4.36, S.D. = 0.65) ด้านลักษณะงานที่เหมาะสมกับตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.69) ด้านความมั่นคงในงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.26, S.D. = 0.70) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.87) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร (n=231)

แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความสำเร็จในการทำงาน	4.36	0.65	มากที่สุด
ลักษณะงานที่เหมาะสมกับตนเอง	4.35	0.69	มากที่สุด
ความมั่นคงในงาน	4.26	0.70	มากที่สุด
ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม	4.05	0.87	มาก
แรงจูงใจโดยรวม	4.26	0.73	มากที่สุด

ส่วนที่ 3 ระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร

พบว่า บุคลากรสถาบันบำราศนราดูรมีระดับความสุขและความผูกพันโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.79) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านจิตวิญญาณดีมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.67) ถัดมาได้แก่ ด้านใฝ่รู้ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.78) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.87, S.D. = 1.19) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมจำแนกรายด้านระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร (n=231)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านสุขภาพดี	2.87	1.19	ปานกลาง
ด้านผ่อนคลายดี	3.60	0.65	มาก
ด้านน้ำใจดี	4.22	0.72	มากที่สุด
ด้านจิตวิญญาณดี	4.38	0.67	มากที่สุด
ด้านครอบครัวดี	4.06	0.86	มาก
ด้านสังคมดี	4.26	0.72	มากที่สุด
ด้านใฝ่รู้ดี	4.28	0.78	มากที่สุด
ด้านการเงินดี	3.69	0.74	มาก
ด้านการงานดี	4.22	0.73	มาก
ด้านความผูกพัน	4.11	0.82	มาก
ด้านความสมดุลชีวิตการทำงาน	4.04	0.86	มาก
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	**3.96**	**0.79**	**มาก**

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน กับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากร สถาบันบำราศนราดูร พบว่า

เพศ และลักษณะงานที่ทำ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ระดับตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ลักษณะงานที่ทำ ระดับตำแหน่ง กับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร (n = 231)

ปัจจัยส่วนบุคคล	น้อย/ปานกลาง	มาก/มากที่สุด	χ^2	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	12 (25.50)	35 (74.50)		
หญิง	4 (22.90)	138 (77.10)	12.13	0.059
เพศทางเลือก	2 (40.00)	3 (60.00)		
ลักษณะงานที่ทำ				
งานด้านบริหาร/งานด้านการบริการ	38 (21.60)	138 (78.40)	16.04	0.066
งานด้านวิชาการ/งานด้านสนับสนุน	17 (30.90)	38 (69.10)		
ระดับตำแหน่ง				
ระดับหัวหน้า	2(15.4)	11(84.6)	10.15	0.017
ระดับผู้ปฏิบัติงาน	53(24.4)	165(75.6)		

Chi-square test Independence, **p-value < 0.05*

1. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับ ระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กรสถาบันบำราศนราดูร (n = 231)

ตัวแปร	ระดับความสุขและความผูกพัน	P-value
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียแมน (r_s)	
ระดับการศึกษา	0.19*	0.003

Spearman's rank correlation, Pearson's rank correlation, **p-value < 0.05*

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

2. อายุ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน กับ ระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร สถาบันบำราศนราดูร (n = 231)

ตัวแปร	ระดับความสุขและความผูกพัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	P-value
อายุ	-0.22*	0.001
แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานโดยรวม	0.75	<0.001
- ด้านความมั่นคงในงาน	0.79	<0.001
- ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.63	<0.001
- ด้านลักษณะงานที่เหมาะสมกับตนเอง	0.76	<0.001
- ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม	0.77	<0.001

Pearson's rank correlation, **p-value < 0.05*

อภิปรายผล

1. ศึกษาระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร บุคลากรสถาบันบำราศนราดูร มีระดับความสุขและความผูกพันโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านจิตวิญญาณดีมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดโดยด้านจิตวิญญาณดีสื่อถึงความตระหนักในคุณธรรมศีลธรรม กิจกรรมทางศาสนา การตอบแทนผู้มีพระคุณ อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมขององค์กรที่ส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาโดยมีการจัดกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆทางศาสนาอยู่เสมอ รองลงมาได้แก่ ด้านใฝ่รู้ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าระดับความสุขและความผูกพันเป็นองค์ประกอบสำคัญของบุคลากร โดยขึ้นกับสภาวะของจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินสภาวะอารมณ์ รวมถึงสถานะความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ สอดคล้องตามแนวคิดของ Diener (2003) ความสุข คือ สภาวะอารมณ์ด้านบวกที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตหนึ่ง และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำรงชีวิต ซึ่งช่วยให้บุคคลประเมินความเป็นอยู่และเป้าหมายของตนได้ ผู้วิจัยเห็นว่าความสุขเกิดจากสภาวะจิตวิญญาณ หากจิตวิญญาณดี จะส่งผลให้มีความสุขในการทำงาน ส่งผลถึงความสำเร็จในการทำงานไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นูร์ปาซียะห์ กูนา (2562) ศึกษาเรื่องความสุขในการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี พบว่า ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี ในภาพรวมอยู่ในระดับมีความสุขมาก (ค่าระดับความสุขเท่ากับ 72.80) โดยในด้านที่ 5

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ครอบครัวดี มีค่าระดับความสุขสูงกว่าด้านอื่น (ค่าระดับความสุขเท่ากับ 83.80) รองลงมาคือ ความสุขด้านที่ 4 จิตวิญญาณดี (ค่าระดับความสุขเท่ากับ 82.20) และความสุขในด้านที่ 8 สุขภาพเงินดี มีค่าระดับความสุขต่ำกว่าด้านอื่น (ค่าระดับความสุขเท่ากับ 58.00)

2. แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสำเร็จในการทำงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจ ของ Herzber (1959) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรรักและสนุกกับงาน รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพในการทำงาน ปัจจัยแรงจูงใจสำคัญประกอบด้วย 1.1 ความสำเร็จในการทำงาน (Achievement) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและความภาคภูมิใจในผลลัพธ์ของงาน 1.2 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) คือ การได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน อาทิ การชื่นชม สรรเสริญ หรือให้กำลังใจ ซึ่งมักเกิดร่วมกับความสำเร็จในการทำงาน 1.3 ลักษณะของงาน (Work Itself) หมายถึง งานที่มีความท้าทาย ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ และสามารถทำได้ครบตั้งแต่ต้นจนจบโดยบุคคลนั้น 1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) คือ การที่บุคคลได้รับมอบหมายงานใหม่ ๆ และมีอำนาจตัดสินใจปฏิบัติงานด้วยตนเองอย่างเต็มที่โดยไม่ถูกควบคุมอย่างใกล้ชิด 1.5 ความก้าวหน้า (Advancement) หมายถึง โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง การพัฒนาความรู้ หรือการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะและความสามารถ การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ของฐิตาภัทร์ ทุทุมมา (2563) ศึกษาแรงจูงใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานฝ่ายบิวตี้แอนด์ เซลล์ (Beauty & Sales) กรณีศึกษาบริษัทเซ็นทรัลเทรดดิ้ง จำกัด พบว่า แรงจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จในงาน ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบในงาน ความก้าวหน้าในงาน นโยบายและการบริหารงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความมั่นคงในงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก

3. ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ทำ ระดับตำแหน่ง กับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ผลการศึกษา พบว่า เพศและลักษณะงานที่ทำ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร และ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการศึกษาครั้งนี้ในบริบทบุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์กร มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 28-36 ปี อาจจะอยู่ช่วงอายุที่ต้องมีความรับผิดชอบในครอบครัว รู้สึกการทำงานเป็นเรื่องปกติอยู่แล้วในการทำงานเพื่อในการเลี้ยงดูครอบครัว ส่งผลให้อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กรกลุ่มตัวอย่างเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ระดับความสุขในการทำงานและความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรกลับมีแนวโน้มลดลงอาจเนื่องมาจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นตามอายุงานกับสุขภาพร่างกายที่ลดลง และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี และปฏิบัติงานในบทบาทตามกรอบบทบาทหน้าที่ของตนเองส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขและความผูกพันของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร การที่มีกรอบการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยให้ทำตามวุฒิการศึกษา ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการทำงาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดารัตน์ บุญทรง (2566) ศึกษาเรื่องการพัฒนาความสุขของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร ลักษณะงานที่ทำสถานภาพการจ้างงาน ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กร จำนวนครั้งที่เปลี่ยนงาน และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับความสุขด้านสุขภาพเงินดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

องค์กรส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานที่ปฏิบัติงานให้เป็นองค์แห่งความสุขของบุคคลากรโดยพาะด้านสุขภาพดีซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การบริหารจัดการการปฏิบัติงานที่ต้องมีชั่วโมงการทำงานมากให้สมดุลกับเวลา สนับสนุนส่งเสริมให้องค์กรมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย และสนับสนุนด้าน แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จในงาน ลักษณะงานที่เหมาะสมกับตนเอง จะมีแนวโน้มทำให้ระดับความสุขและความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กรสูงขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. องค์กรควรสำรวจความต้องการด้านการสนับสนุนการทำงานและการพัฒนาวิชาชีพของบุคลากร เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนามาตรการเสริมสร้างแรงจูงใจและความก้าวหน้าในการทำงานอย่างเหมาะสม

2. หน่วยงานควรส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข ผ่านกิจกรรมหรือกลไกการมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างความผูกพันและความยั่งยืนขององค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหน่วยงานผู้บริหารสถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี ที่ให้การอนุเคราะห์ในการดำเนินโครงการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัย ที่ได้ครบตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้การทำวิจัยในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ไปด้วยอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *วิสัยทัศน์ พันธกิจ สถาบันบำราศนราดูร*. สืบค้นจาก : https://ddc.moph.go.th/bidi/pagecontent.php?page=1967&dept=bidi

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก : https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/

กองการเจ้าหน้าที่สถาบันบำราศนราดูร. (2567). *รายงานสรุปบุคลากร กองการเจ้าหน้าที่ ประจำปี 2567*. [เอกสารภายใน].

จิรภัทร์ โพธิ์บาทะ. (2565). *ความสุขในการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี*. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.1 January-April 2026

ฐิตาภัทร์ ทุทุมมา. (2563). *แรงจูงใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานฝ่าย บิวตี้แอนด์เซลล์(Beauty & Sales) กรณีศึกษาบริษัทเซ็นทรัลเทรดดิ้งจำกัด.* [สารนิพนธ์หลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธิดารัตน์ บุญทรง. (2566). *การพัฒนาความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 3*(1), 28-43.

ณริศรา เวทยานนท์. (2566). *ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานกลุ่มเจเนอ-เรชั่นวายในจังหวัดกาญจนบุรี.* [สารนิพนธ์หลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

นูร์ปาซียะห์ กูนา. (2562). *ความสุขในการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี.* [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พรทิพย์ อินทร์แจง. (2561). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพของพนักงาน บริษัท สยามอุตสาหกรรมเครื่องเหล็ก (1981)จำกัด.* [วิทยานิพนธ์การจัดการทรัพยากรมนุษย์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะฯ. (2555). *คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง HAPPINOMETER*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สำนักพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice hall Inc.

Diener, E. (2003). *Subjective well-being.* London: A Bradford Book.

Herzber, F. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons.

Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. 1970. Determining Sample Size for Research Activities in Educational and Psychological Measurement. *NEA Research Journal,* 38(1),12-15

World Happiness Report. (2024). *World Happiness Report 2025 – Global Well-being and Asia regional ranking*. Retrieved from: https://www.worldhappiness.report

e279179

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

อัมราภรณ์ ภู่ระย้า* , ศิริกนก กลั่นขจร, รุ่งทิวา บุญประคม, กิตติศักดิ์ คัมภีระ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

(วันที่รับบทความ: 8 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 14 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 – เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 45 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 0.89, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ แบบสอบถามสอบถามความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า KR 20 มีค่าเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น สถิติเชิงอนุมาณเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก คือ “3P2RAO Model” ประกอบด้วย 1) P1; Policy & Structure 2) P2; Plan 3) P3; Participate 4) R1; Research 5) A; Action 6) O; Observation และ 7) R2; Refection ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา คุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 2) ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุน 4) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 5) มีทุนทางสังคม และ 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, ครอบครัว, ชุมชน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** อัมราภรณ์ ภู่ระย้า: amarapornp@nu.ac.th

*บทความวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องกลไกการพัฒนาและยกระดับศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพิษณุโลก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Developing a Model of Elderly Care through Family and Community Participation in Nikhom Phatthana Sub-district, Bang Rakam District, Phitsanulok Province

Amaraporn Puraya*, Sirikanok Klankhajhon, Roongtiva Boonpracom, Kittisak Kumpeera
Faculty of Nursing Naresuan University Phitsanulok

(Received: 8 November 2025; Revised: 14 April 2026; Accepted: 21 April 2026)

Abstract

This action research aimed to develop a health care model for the elderly with the participation of families and the community in Nikhom Phatthana Sub-district, Bang Rakam District, Phitsanulok Province. The study was conducted from November 2021 to April 2022. The sample population was 45 stakeholders and 358 elderly individuals. The research employed the action research model, which consists of four phases: planning, acting, observing, and reflecting. The instruments used in this study included: (1) a questionnaire assessing participation in the development of a health promotion model for older adults, (2) a general quality of life questionnaire, and (3) a quality-of-life questionnaire specifically for older adults. The reliability coefficients of these instruments were 0.89, 0.92, and 0.92, respectively. In addition, a knowledge questionnaire for caregivers and related personnel regarding elderly care was employed, with reliability tested using the Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20), yielding a coefficient of 0.94. Data from the sample were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were applied to evaluate differences in quality of life before and after participation in the developed intervention model. A paired t-test was used to compare mean scores, with the level of statistical significance set at 0.05.

Results: The health care model for the elderly, developed with the participation of families and the community in Nikhom Phatthana sub-district is the "3P2RAO Model," which comprises seven key components: 1) P1 (Policy & Structure) 2) P2 (Plan) 3) P3 (Participate) 4) R1 (Research) 5) A (Action) 6) O (Observation) and 7) R2 (Reflection), with a focus on success stories and opportunities for development. There was a statistically significant difference in the overall quality of life among the elderly before and after the intervention at the 0.05 level, and the quality of life among the elderly between the pre-test and post-test periods at the 0.05 level. Key factors for success included: The local administrative organization's emphasis on the elderly, Family and community participation, Support and encouragement from the sub-district health promotion hospital, a strong community leader, social capital, and Network coordination.

Keywords: Developing a Model, Elderly Care, Participation, Family, Community

***Corresponding author:** Amaraporn Puraya; amrapornp@nu.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดให้ประเทศที่มีผู้สูงอายุสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศนั้น ถือว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ข้อมูลการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,050 ล้านคน ร้อยละ 13.50 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ทำให้ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในสังคมโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aging Society) ในปี 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.40 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 และเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aging Society) เมื่อมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 28 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.30 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ (สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด เพราะจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยแบ่งตามภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือ เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด ร้อยละ 19.87 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 18.66 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.86 ภาคตะวันออก ร้อยละ 15.56 และภาคใต้ ร้อยละ 15.22 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การเพิ่มของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี พ.ศ. 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี พ.ศ. 2563 พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 19.90 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 (สกานต์ บุญนาค และคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว อาจจะส่งผลต่อภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ด้านผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ รักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาส ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคม ด้านเศรษฐกิจ ไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน และด้านสิ่งแวดล้อม บ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด (องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมพัฒนา, 2564) ภาคีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุยังน้อยเมื่อเทียบกับภารกิจงานอื่น และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อย ภาคีผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองสุขภาพเฉพาะรายที่สนใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนสื่อตามความเหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบเดิม การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นแนวคิดที่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุและการให้บริการสุขภาพจึงขยายขอบเขตลงสู่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการสุขภาพ ท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (สุนทร คงทองสังข์, 2566) จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสุขภาพ รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชน ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบ การศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการ รูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (2005) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ 1 วงรอบ

ประชากร

ผู้สูงอายุในตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,715 คน ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - เมษายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากสูตรของ Taro Yamane’s Formula (วลีรัตน์ แสงไชย, 2565) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน

$$n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

$$n = \frac{1715}{1 + 1715(0.05^2)}$$

= 325

และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 325+33=358 คน

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแล คนในครอบครัว และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า

1.เป็นประชาชนที่ภูมิลำเนา ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.มีอายุ60 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ดีมีความสามารถให้ข้อมูล และ

3.เข้าร่วมกิจกรรมได้ ยินดีและสมัครใจในการให้ข้อมูล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

เกณฑ์การคัดออก

1.มีการเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างการสำรวจข้อมูล หรือ

2.ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือและรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย มีด้วยกัน 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถาม check list ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประยุกต์จาก ศรายุทธ ชูสุทน (2564) จำนวน 24 ข้อ คำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (วิภาพร สิทธิสาตร์, 2565) การแบ่งระดับการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการมีส่วนร่วมน้อย ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ระดับการมีส่วนร่วมมาก แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1975) ดังนี้ คะแนน 0 - 8 ระดับการมีส่วนร่วมน้อย คะแนน 9 - 16 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนน 17 - 24 ระดับการมีส่วนร่วมมาก

1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับสอบถามผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถาม check list ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL BREF THAI) ของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล (2554) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครั้งนี้ โดยเครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL) ข้อมูลชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF – THAI) ประกอบด้วย ข้อคำถามชี้วัดคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อโดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 -130 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีชีวิตปานกลางคะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ (สังวาล จ่างโพธิ์, 2564) คำถามจำนวน 26 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

หมายถึงท่านรู้สึกไม่พอใจมาก ท่านรู้สึกแย่มาก ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึงรู้สึกพอใจมากที่สุด/ชอบมากที่สุด ผลรวมของคะแนนทั้งแบบสอบถามเป็นไปได้ตั้งแต่ 5 – 120 การแปลผลคะแนน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 24 - 55 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 59-88 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง และ 89 - 120 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ ออกเป็น 3 ระดับจากคะแนนเต็ม 16 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ต่ำ 0–5 คะแนน ระดับความรู้ปานกลาง 6–11 คะแนน ระดับความรู้สูง 12–16 คะแนน

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหารูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงตรงของข้อคาถามอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ตำบลคุยม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาซ (Cronbach's Alpha) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2565) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.92 และ0.92 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามสอบถามความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า KR 20 (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) มีค่าเท่ากับ 0.94

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ โดยวิธีการตรวจสอบขอมูลแบบสามเสา เพื่อพิสูจนวาขอมูลที่ผูวิจัยไดมานั้นมีความถูกตองหรือไม โดยทำการตรวจสอบจากแหลงที่มาของขอมูล เวลา สถานที่ และบุคคลใหครบทั้ง 3 ดานเพื่อเปนการยืนยัน (ทิพยาภา ดาหาร,2560) ผลจากการตรวจสอบขอมูล ทำใหผูวิจัยสามารถรวบรวม วิเคราะห และสรุปผลของขอมูลการวิจัยไดชัดเจนและสอดคลองกับความมุงหมายของการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ศึกษา สถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ สำรวจปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประสานงานกับพื้นที่ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัจจุบัน ปัญหาและ ความต้องการ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 45 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวมรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ศึกษาผลการดำเนินงานตาม รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศ ตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวมรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน การประเมินผล การดำเนินงาน โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพ บันทึกการถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) สร้างคู่มือลงรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือนมกราคม - เมษายน 2565 โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ การพูดแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชน การประชุมกลุ่ม สนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวบรวม ตรวจสอบ ข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัยโดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อน และหลังการดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และอนุมัติ ในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ โดยได้รับรองการอนุมัติ COA No. 434/2021 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านบริบท ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ประชากรทั้งหมด 7,934 คน แบ่งเป็น เพศชาย 3,801 คน เพศหญิง 4,133 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,715 คน เพศชาย 793 คน เพศหญิง 992 คน ซึ่งร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปีโดยจะมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยาหรือคลินิกใกล้หมู่บ้าน เนื่องจากบางคนไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ต้องมีผู้รับส่งและการมารับการรักษา แต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 20 นาที ส่วนด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้มารับบริการตรวจสุขภาพทุกคน โดยมีความเข้าใจว่าการจะมาตรวจสุขภาพต้องได้รับการเจ็บป่วยเท่านั้น และ ถ้าได้รับการตรวจแล้วต้องได้รับยาด้วยทุกครั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ผู้มีสวนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.92 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.24 มีสถานะสมรส ร้อยละ 78.22 โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.46 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 79.02 รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 18.71 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพร้อยละ 70.73 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 34.15 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงร้อยละ 54.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นคนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ,กรรมการหมู่บ้าน, ชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน จากการเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.82 อายุเฉลี่ย 70 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส ร้อยละ 48.06 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.54 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 37.53 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 18.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.47 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อนละ 38.45 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 55.65 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 58.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 58.48 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.82 มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.38 เป็นส่วนใหญ่และส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 56.70

1.3 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart, (2005) ร่วมกับเทคนิคกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) (Nualsithong, 2020) ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564- เมษายน 2565 ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ซึ่งมีกลยุทธ์การดำเนินงานประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอนในการพัฒนาตามกระบวนการดังนี้

1.3.1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 45 คน เพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการศึกษาค้นคว้า แนวทางการ แก้ไขปัญหาวางแผนแก้ไขปัญหาโดยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้อง เหมาะสมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน และเกิดความมั่นคง และได้แผนงานโครงการเพื่อนำไปสู่ขั้นการปฏิบัติ จำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) โครงการถ่ายทอดความรู้ ส่งเสริมภูมิปัญญาสู่ชุมชนด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 3) โครงการส่งต่อพลังใจให้กับผู้สูงอายุ

1.3.2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) นำแผนงานทั้ง 3 โครงการไปปฏิบัติ ดังนี้

1) โครงการที่ 1 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกายกิจกรรมการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย ตามความถนัดในหมู่บ้านทุกวันศุกร์ เวลา 18.00 น. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้นำทำกิจกรรมการให้ความรู้หลัก 3 อ. 2 ส. (ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย การดื่มสุรา และสูบบุหรี่) ด้านจิตใจ ทำบุญที่วัดเดือนละ 1 ครั้ง การสวดมนต์ทำสมาธิทุกวันพระ ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน เยี่ยมบ้านให้กำลังใจเพื่อนบ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ด้านสังคมและปัญญา ได้พบปะพูดคุยกัน การใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การเป็นปราชญ์ชาวบ้าน ถ่ายทอดภูมิปัญญา ให้ผู้สูงอายุไม่เขินอาย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าด้านสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงทำความสะอาด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บ้านเรือนให้สะอาด การพัฒนาหมู่บ้านในวันสำคัญต่าง ๆ และการอยู่ในที่ ๆ ปลอดภัย การติดตามข่าว สารบ้านเมืองที่ทันสมัย ก้าวทันเทคโนโลยีและสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2) โครงการที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ ส่งเสริมภูมิปัญญาสู่ชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านผู้ให้บริการในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการการตรวจคัดกรองสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนสื่อความรู้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือน การประสานงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างแกนนำผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกการประชาสัมพันธ์ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ผ่านหอกระจายข่าวเดือนละ 1 ครั้ง

3) โครงการที่ 3 ส่งต่อพลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมภาคีเครือข่าย โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ มอบสิ่งของเครื่องใช้แก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกเดือน

1.3.3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของผู้สูงอายุและทีมเครือข่ายในแต่ละกิจกรรม เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สรุปได้ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีความพร้อม เนื่องจากทีมผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้

2) การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรม โดยส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคนในพื้นที่ที่คุ้นเคยกันดีกับวิทยากรและทีมวิจัย วิทยากรดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ

3) ความตั้งใจและความสนใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันระดมความคิดในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยความตั้งใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจดีมาก มีการเล่าถึงปัญหาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม

4) การแสดงความคิดเห็นในขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมได้ให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็น และสอบถามเป็นอย่างดีโดยมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในด้านประสบการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนได้รับความร่วมมือจากทุกคนเป็นอย่างดี

1.3.4. ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการดำเนินตามแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุรู้หน้าที่ของตนเองมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชนทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำจังหวัดพิษณุโลก จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคมระดมสมอง การจัดทำ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก คือ “3P2RAO Model” ประกอบด้วย

2.1 P1; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลอย่างชัดเจน

2.2 P2; Plan: มีการวางแผนการดำเนินงานภายใต้บริบทและปัญหาความเป็นจริงของพื้นที่แบบมีส่วนร่วม

2.3 P3; Participate: โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

2.4 R1; Research: ใช้กระบวนการวิจัย/การพัฒนา เป็นกรอบการพัฒนา

2.5 A; Action: ปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม

2.6 O; Observation: การสังเกต การนิเทศ การติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบ

2.7 R2;Refection: การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา

ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเสริมพลังคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก5. ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

3. ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 25 คน ร้อยละ 55.56 รองลงมาคือระดับการมีส่วนร่วมมาก จำนวน 16 คน ร้อยละ 35.56 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 3.11, SD. = 0.78)

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุ (n=45)

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีส่วนร่วมมาก	16	35.56
มีส่วนร่วมปานกลาง	25	55.56
มีส่วนร่วมน้อย	4	8.88
รวม	45	100
Mean = 3.11, S.D. = 0.78, Min = 7, Max = 23		

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ (ก่อน = 10.72 คะแนน vs หลัง = 12.48 คะแนน)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=45)

ระดับความรู้	Mean	S.D.	t	*p-value*
ก่อน	10.72	1.89	7.57	*<0.001**
หลัง	12.48	1.31		

*p-value< 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=358)

ระดับคุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	t	*p-value*
ก่อน	2.73	0.42	5.04	*<0.001**
หลัง	2.97	0.39		

*p-value< 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=358)

ระดับคุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	t	*p-value*
ก่อน	2.42	0.42	6.10	*<0.001**
หลัง	3.54	0.38		

*p-value< 0.05

4. ปัจจัยแห่งสำเร็จในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์เกิดกระบวนการ ดำเนินงานที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาของพื้นที่สำคัญ คือ 1) มีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรม อย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง 3) ครอบครัวและชุมชน เห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูลร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำ แผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน คอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) มีการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กรชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

อภิปรายผล

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,715 คน เพศชาย 793 คน เพศหญิง 992 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปีโดยจะมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้ บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยาหรือคลินิกใกล้หมู่บ้าน เนื่องจากบางคนไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ต้องมีผู้รับส่งและการมารับการรักษา แต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 20 นาที ส่วนด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้มารับบริการตรวจสุขภาพทุกคน โดยมีความเข้าใจว่าการจะมาตรวจสุขภาพต้องได้รับการเจ็บป่วยเท่านั้น และ ถ้าได้รับการตรวจแล้วต้องได้รับยาด้วยทุกครั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนาฯอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาฯ มีความรู้ในการการดูแล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

สุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการพัฒนาฯ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (ประพัฒสร ไสวเวียง, 2566) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา (Phothipim, 2019) ว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คือ “3P2RAO Model”ประกอบด้วย 1)P1; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลอย่างชัดเจน 2) P2; Plan: มีการวางแผนการดำเนินงานภายใต้บริบทและปัญหาความเป็นจริงของพื้นที่แบบมีส่วนร่วม 3) P3; Participate: โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 4) R1; Research: ใช้กระบวนการวิจัย/การพัฒนา เป็นกรอบการพัฒนา 5) A; Action: ปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม 6) O; Observation: การสังเกตการนิเทศ การติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบ 7) R2;Refection: การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาเป็นดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเสริมพลังคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน ความสัมพันธ์กันลักษณะเครือญาติ การเคารพผู้อาวุโส การสร้างจุดร่วมในการตระหนักรู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Buddeekhan (2023) และ Weravaitaya (2023) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการและขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริม ชักนำและเปิดให้บุคคล กลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสรภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการปรึกษาหารือร่วมกัน ร่วมคิดค้นหาประเด็น ปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ การกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกบนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในสังคม และสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านขององค์การอนามัยโลก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

The WHO QOL Group (World Health Organization, 1997) ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม รวมไปถึงการหาแนวทางการขยายเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเสริมความเข้มแข็งของชุมชนมากยิ่งขึ้น

4. ผลจากการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า การมีผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพและเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้น มีทุนทางสังคมที่ดี ได้แก่คนในชุมชนเข้มแข็ง มีความพร้อม มีความรักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน และมีการระดมทุนหาสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน การมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแต่งตั้งแกนนำ พาทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ และคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกติดตามให้กำลังใจประเมินผลงานดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางที่คนในชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของอติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2562) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย ภาวะผู้นำที่ดี มีความมุ่งมั่นคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุที่มาจากภาคีเครือข่ายและประสานความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ และเกิดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน และเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ และคณะ (2563) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ 1) มีนโยบายสนับสนุน 2) ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริมดูแลรักษา การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย 3) การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) การออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินงานการในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงาน ได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

2. การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาโดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นๆ

2.นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI).* สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/test/download/ les/whoqol.pdf

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.* สืบค้นจาก http://www.tako.moph.go.th/

ทิพยาภา ดาหาร. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผูสูงอายุโดยชุมชนมีสวนรวม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ประพัฒสร ไสวเวียง. (2566). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. *ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 11*(2), 41–55.

ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ, สุมัทนา กลางคาร, และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2563). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ* (รายงานผลการวิจัย). อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2565). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 6; ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วลีรัตน์ แสงไชย.(2565). อยู่รอด อยู่เป็น อยู่ยืน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 7(11),240-254.

วิภาพร สิทธิสาตร์,จันทิมา นวะมะวัฒน์, อัญชลี รุ่งฉาย, สมาภรณ์ เทียนขาว, เปี่ยมศักดิ์ พึ่งโพธิ์และ นพรัตน์ เพชรกลอง (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(1), 15-26.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ศรายุทธ ชูสุทน. (2564). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม.* งานวิจัยปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สกานต์ บุนนาค, วิชัย เอกพลากร, กฤษณา ตรียมณีรัตน์ และนิสสรา แผ่นศิลา. (2563). *การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สังวาล จ่างโพธ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7*(2), 165 - 183.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *มาตรฐานสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.* สืบค้นจาก http://statstd.nso.go.th/classification/default.aspx

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก http://www.stat.bora.dopa.go.th/

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2563.* กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุนทร คงทองสังข์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(2), 455–464.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. (2554). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI).* โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่.

องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมพัฒนา. (2564). *ข้อมูลสภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน.* สืบค้นจาก https://www.nikompattana.go.th/home

อติญาณ์ ศรเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, สถาพร แถวจันทึก, วารุณี เกตุอินทร์, และวิไลวรรณ คมขำ. (2562). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,* 8(1), 85–99.

Bloom BS, et al. (1975). *Taxonomy of Educational Objective. Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David Macay;

Buddeekhan, C. (2023). Model development for health promotion of the elderly in Ratanaburi District, Surin Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 17*(3), 1092–1107.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research. In Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed.). (pp. 567-605). Thousand Oaks, CA: Sage.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Nualsithong, N. (2020). Developing a participatory learning model for adjusting health behaviors of the elderly. *Udonthani Hospital Medical Journal, 27*(3), 231–239.

Phothipim, M., Ketbumroong, V., Norkaew, J., & Kujapun, J. (2019). The effectiveness of health behavioral promotion program on knowledge, attitude and practice among members of elderly club, Nakhon Ratchasima Province. *The Public Health Journal of Burapha University, 14*(1), 119–130.

Weravaitaya, W. (2023). A development of health care model for older adult according to new normal by community and network participation, Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 3*(1), 1–12.

WHOQOL BREF. (1996). WHOQOL BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

World Health Organization. (1997). *Programmed on mental health: WHOQOL measuring quality of life*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2020). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from https://www.who.int/tools/whoqol.

e278635

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง) ในตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

วรรณิษา สีขวา* และ ส่งศักดิ์ สุขสันต์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

(วันที่รับบทความ: 2 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 20 เมษายน 2569 ; วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม–กรกฎาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.72–0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โมเดลมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 135.20$, $p < .001$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 63.70 (Adjusted $R^2 = .64$) โดยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ ($\beta = 0.58$) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\beta = 0.45$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การเข้ารับบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์เชิงลบ ($\beta = -0.16$) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถตนเอง การพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ และการปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชาติพันธุ์อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง)

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** วรรณิษา สีขวา; wannisase@scphpl.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Factors Affecting Oral Health Care Behavior Among Elderly Ethnic Groups (Karen) Yangpiang Subdistrict, Omkoi District, Chiang Mai Province

Wannisa Seekaow* and Songsak Suksan
Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

(Received: 2 November 2025; Revised: 20 April 2026 ; Accepted: 21 April 2026)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine oral health care behaviors and the factors influencing such behaviors among elderly Karen ethnic groups in Yang Piang Subdistrict, Omkoi District, Chiang Mai Province. Data were collected from May to July 2024. A total of 230 participants were selected using stratified and simple random sampling techniques. The research instrument was a validated questionnaire with reliability coefficients ranging from 0.72 to 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression analysis, with the significance level set at 0.05.

The results revealed that overall oral health care behavior was at a moderate level. The regression model was statistically significant ($F = 135.20$, $p < .001$) and explained 63.70% of the variance (Adjusted $R^2 = .64$). Self-efficacy in oral health care ($\beta = 0.58$) and access to oral health information ($\beta = 0.45$) were positively associated with oral health care behavior, while dental service utilization was negatively associated ($\beta = -0.16$). These findings can be used as a basis for planning oral health promotion programs, emphasizing self-efficacy enhancement, effective health communication, and the development of culturally appropriate services for sustainable oral health improvement in ethnic communities.

Keywords: Oral health care behavior, Elderly Karen ethnic group

***Corresponding author**: Wannisa Seekaow; wannisase@scphpl.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วจากอายุขัยที่ยืนยาวขึ้นและอัตราการตายที่ลดลง ในปี พ.ศ. 2566 ประชากรโลกมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.90 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2022) แนวโน้มดังกล่าวปรากฏชัดในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย ซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนเกินร้อยละ 20 ซึ่งจัดเป็นสังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญความท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

จังหวัดเชียงใหม่มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 27.16 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) สำหรับตำบลยางเปียง อำเภอออมก๋อย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้สัดส่วนยังไม่สูงมากเมื่อเทียบกับระดับจังหวัด แต่พื้นที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการทางทันตกรรม

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การสูญเสียฟันและโรคปริทันต์ ซึ่งส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร ภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิต รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนฟันถาวรเฉลี่ยลดลงตามช่วงอายุ และมีการสูญเสียฟันทั้งปากในสัดส่วนที่สูง นอกจากนี้ยังพบการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ลดลง (กรมอนามัย, 2566)

ในบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขนาดใหญ่ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภูเขาและชายแดนไทย – เมียนมา มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรมพึ่งพาตนเอง และมีความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ผสมผสานระหว่างพุทธศาสนาและความเชื่อดั้งเดิม (animism) (Omori et al., 1999; Barth, 1969) วิถีชีวิตและความเชื่อดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมักให้ความสำคัญกับสุขภาพทั่วไปมากกว่าสุขภาพช่องปาก และมักเข้ารับบริการทันตกรรมเมื่อมีอาการรุนแรงเท่านั้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพร การดูแลตนเอง และความเชื่อเกี่ยวกับโรค มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งอาจเป็นทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้น การทำความเข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์จึงมีความสำคัญต่อการออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ในตำบลยางเปียง ผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่และผู้ที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรทันตกรรมในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Solhi et al., 2010; Ahn et al., 2020) ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในตำบลยางเปียงจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

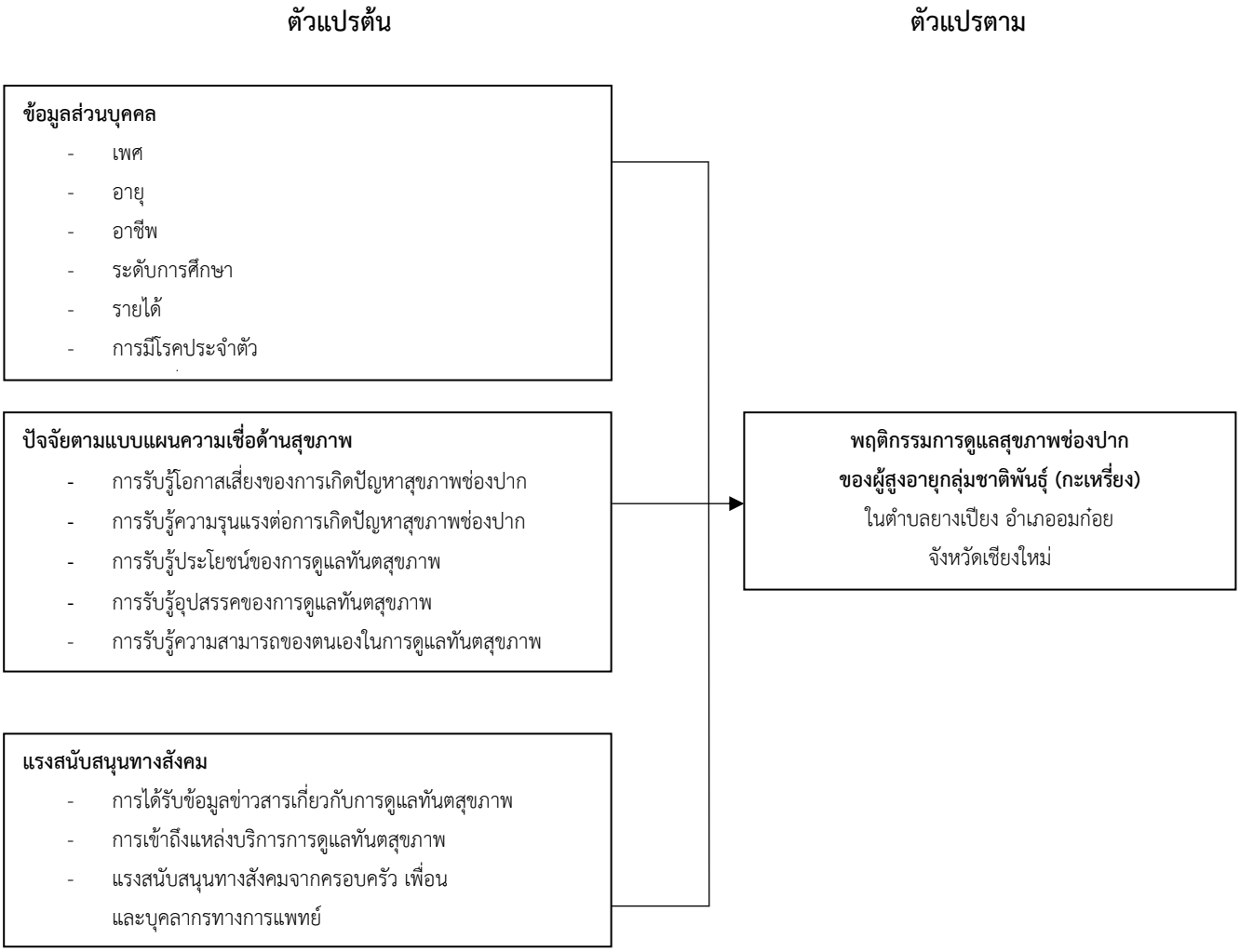
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง) ตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง) ตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว จำนวนซี่ฟัน การไปรับบริการทางทันตกรรม ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง)
2. ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง)
3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์(กะเหรี่ยง) ในตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 736 คน ตามฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปี พ.ศ. 2566

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยคำนวณจากสูตรขนาดตัวอย่าง (Daniel, 2010)

คำนวณจาก $$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\,P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\alpha/2}\,P(1-P)}$$

โดยที่ n คือ 230

N คือ จำนวนประชากรที่ใช้คำนวณวิจัย 736 คน

$Z^2\,\alpha/2$ คือ ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

1-P คือ ค่าสัดส่วนของกลุ่มที่เหลือทั้งหมด เท่ากับ 0.53

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.47

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.055

กำหนดจากการทบทวนงานวิจัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพช่องปากพฤติกรรมผู้สูงอายุชายแดนเหนือชุมชนประเทศไทย (Khamrin et al., 2021)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{736\,(1.96)^2\,(0.47)\,(0.53)}{(736-1)\,(0.055)^2 + (1.96)^2\,(0.47)\,(0.53)}$$

$$n = 221.5$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 221.5 คน ผู้วิจัยจึงปัดขึ้นเป็น 222 คน และเพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อความแม่นยำทางสถิติ (statistical precision) และอำนาจการทดสอบ (power) ของการศึกษา ส่งผลให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 230 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

2. สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษากะเหรี่ยงได้เข้าใจ
3. ไม่มีความบกพร่องด้านการพูดหรือการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้จะถูกคัดออกจากการศึกษา

1. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน หรือมีข้อจำกัดในการให้ข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล
2. แสดงอาการเครียด ไม่สบายใจ หรือมีภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการให้ข้อมูล
3. ขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มที่สมาชิกทุกคนในประชากรมีโอกาสได้รับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกัน ช่วยลดอคติในการเลือกตัวอย่าง และทำให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ

โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ซึ่งเป็นวิธีที่ให้สมาชิกทุกคนในประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน ผู้วิจัยดำเนินการโดยจัดทำรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดจากฐานข้อมูล HDC และกำหนดหมายเลขประจำตัวให้แต่ละคน จากนั้นใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มตัวเลข (random number generator) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด ตรวจสอบรายชื่อที่สุ่มได้ หากพบว่ามีผู้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จะดำเนินการสุ่มสำรองจากประชากรที่เหลือ วิธีการดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรได้อย่างเหมาะสมและลดความเอนเอียงในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดร่วมกับแบบเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว และจำนวนซี่ฟัน โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (checklist) และเติมคำในช่องว่าง ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ ด้านละ 2 ข้อลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ กำหนดการให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้ ข้อคำถามด้านการรับรู้ทั่วไป ใช้ระดับความคิดเห็น ได้แก่ เห็นด้วย =2 , ไม่แน่ใจ =1 , ไม่เห็นด้วย =0 ข้อคำถามด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ ใช้ระดับความเชื่อ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ได้แก่ เชื่อว่าทำได้ =2 , ไม่แน่ใจ =1 , ไม่เชื่อว่าทำได้ =0 การแปลผลคะแนนพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ย (Mean) ตามเกณฑ์ของ Best (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.00–1.66 = ระดับน้อย

1.67–2.33 = ระดับปานกลาง

2.34–3.00 = ระดับมาก

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการทันตกรรม เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ โดยกำหนดการให้คะแนน คือ เห็นด้วย = 2, ไม่แน่ใจ = 1, ไม่เห็นด้วย = 0 สำหรับข้อคำถามด้านลบแปรผกผันกับข้อคำถามด้านบวก การแปลผลคะแนนพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ย (Mean) ตามเกณฑ์ของ Best (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.00–1.66 = ระดับน้อย

1.67–2.33 = ระดับปานกลาง

2.34–3.00 = ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทันตสุขภาพเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ กำหนดการให้คะแนน คือ เป็นประจำ = 2, บางครั้ง = 1, ไม่เคย = 0 สำหรับข้อคำถามด้านลบแปรผกผันกับข้อคำถามด้านบวก การแปลผลคะแนนพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ย (Mean) ตามเกณฑ์ของ Best (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.00–1.66 = ระดับน้อย

1.67–2.33 = ระดับปานกลาง

2.34–3.00 = ระดับมาก

ส่วนที่ 5 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด จำนวน 2 ข้อหลัก (มีข้อ 10 ย่อย) ลักษณะคำตอบประกอบด้วย แบบเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ กำหนดการให้คะแนน คือ เป็นประจำ = 2, บางครั้ง = 1, ไม่เคย = 0 การแปลผลคะแนนพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ย (Mean) ตามเกณฑ์ของ Best (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.00–1.66 = ระดับน้อย

1.67–2.33 = ระดับปานกลาง

2.34–3.00 = ระดับมาก

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ กำหนดการให้คะแนนเป็นประจำ = 2, บางครั้ง = 1, ไม่เคย = 0 ข้อคำถามด้านลบแปรผกผันกับข้อคำถามด้านบวก การแปลผลคะแนนพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ย (Mean) ตามเกณฑ์ของ Best (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

1.00–1.66 = ระดับน้อย

1.67–2.33 = ระดับปานกลาง

2.34–3.00 = ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item–Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.50–1.00 และมีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการศึกษา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมของเครื่องมือ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.72–0.86 และแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.85 แสดงถึงระดับความเชื่อมั่นที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันพระบรมราชนก เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2567 จำนวน 230 ฉบับ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้ จำนวน 230 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนการวิเคราะห์ โดยดำเนินการให้คะแนน ลงรหัส และเตรียมข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพใช้การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression)

ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบสมมติฐานของแบบจำลอง ได้แก่ ความเป็นเส้นตรง ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ความเป็นปกติของเศษเหลือ ความแปรปรวนคงที่ และความสัมพันธ์พหุร่วมของตัวแปรอิสระ เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2/2567.3.15 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ทั้งการชี้แจงข้อมูลเพื่อขอความยินยอมโดยสมัครใจ (informed consent) การรักษาความลับและไม่เปิดเผย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงการให้สิทธิ์ในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.30 มีอายุเฉลี่ย 67.31 ปี (S.D. = 3.84) โดยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 72.18 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 72.61 (Mean = 3,051.76, S.D. = 2,121.69)

ด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.43 และมีจำนวนฟันในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 66.09 โดยมีจำนวนฟันเฉลี่ย 21.10 ซี่ (S.D. = 7.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 230)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	89	38.70
หญิง	141	61.30
อายุ		
น้อยกว่า 70 ปี	166	72.18
ข้อมูลส่วนบุคคล	**จำนวน**	**ร้อยละ**
70-80 ปี	64	27.82
80 ปี ขึ้นไป	0	0.00
(Mean = 67.31 , S.D = 3.841 , Min = 60 , Max = 77)		
อาชีพ		
เกษตรกร	67	29.13
แม่บ้าน	84	36.52
รับจ้างทั่วไป	79	34.35
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	115	50.00
ประถมศึกษา	115	50.00

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	167	72.61
5,000 – 10,000 บาท	63	27.39
(Mean = 3,051.76 , S.D.= 2121.69, Min = 600 , Max = 8,500)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	139	60.43
มี	91	39.57
จำนวนฟันที่มีอยู่ (ซี่)		
20 ซี่ ขึ้นไป	152	66.09
น้อยกว่า 20 ซี่	78	33.91
(Mean = 21.10 , S.D. 7.50 , Min = 2 , Max = 32)		

สรุปปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมของปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 2.70, S.D. = 0.46) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.47, S.D. = 0.51) อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 2.22, S.D. = 0.76) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 2.02, S.D. = 0.67) และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 2.00, S.D. = 0.72) ซึ่งทั้งสามด้านหลังอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n= 230)

ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	2.02	0.67	ปานกลาง
2.การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	2.70	0.46	มาก
3.การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ	2.47	0.51	มาก
4.การรับรู้อุปสรรคของการดูแลทันตสุขภาพ	2.22	0.76	ปานกลาง
5.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ	2.00	0.72	ปานกลาง
รวม	2.28	0.62	ปานกลาง

สรุปปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.45, S.D. = 0.28) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลทันตสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 1.66, S.D. = 0.36)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงบริการด้านทันตสุขภาพ ($\bar{X}$ = 1.42, S.D. = 0.36) และด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสาธารณสุข ($\bar{X}$ = 1.25, S.D. = 0.30) ตามลำดับ โดยทุกด้านอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (n= 230)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ	1.66	0.36	น้อย
2.การเข้าถึงแหล่งบริการการดูแลทันตสุขภาพ	1.42	0.36	น้อย
3.แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์	1.25	0.30	น้อย
รวม	**1.45**	**0.28**	**น้อย**

สรุปปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.86, S.D.=0.74) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ($\bar{X}$ =2.50, S.D.= 0.82) และการสูบบุหรี่หรือยาสูบ ($\bar{X}$ =2.45, S.D.=0.85)

สำหรับพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ($\bar{X}$ =1.98, S.D.=0.96) การแปรงฟันก่อนนอน ($\bar{X}$ = 1.97, S.D. = 0.89) การรับประทานขนมหวาน เหนียว และติดฟัน ($\bar{X}$ =1.73, S.D.=0.45) การเคี้ยวหมาก ($\bar{X}$ = 1.89, S.D. = 0.83) และการดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ($\bar{X}$ =1.85, S.D.=0.80)

ขณะที่พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การใช้ไหมขัดฟัน ($\bar{X}$ =1.43, S.D. =0.82) การไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน ($\bar{X}$ =1.49,S.D.=0.51) และการตรวจสภาพช่องปากด้วยตนเองโดยใช้กระจก ($\bar{X}$ =1.29,S.D.=0.47) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกรายข้อตามปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ (n= 230)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน	1.98	0.96	ปานกลาง
2.ท่านใช้ไหมขัดฟัน	1.43	0.82	น้อย
3.ท่านแปรงฟันก่อนนอน	1.97	0.89	ปานกลาง
4.ท่านแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์	2.50	0.82	มาก
5.ท่านกินขนมหวาน เหนียว และติดฟัน เช่น มะม่วงกวน ตังเม ลูกอม	1.73	0.45	ปานกลาง
6.ท่านเคี้ยวหมาก	1.89	0.83	ปานกลาง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
7.ท่านสูบบุหรี่ หรือยาสูบ	2.45	0.85	มาก
8.ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวาน น้ำอัดลม	1.85	0.80	ปานกลาง
9.ท่านไปพบทันตบุคลากร ทุก 6 เดือน	1.49	0.51	น้อย
10.ท่านใช้กระจกส่องดูสภาพภายในช่องปากตนเองเพื่อหาสิ่งผิดปกติ	1.29	0.47	น้อย
รวม	1.86	0.74	ปานกลาง

จากการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางและมีค่าสูงที่สุด ($r_s = 0.42$) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง ($r_s = 0.35$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r_s = 0.39$) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r_s = 0.31$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r_s = 0.33$) ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง

ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r_s = 0.28$) และการเข้าถึงบริการทันตกรรม ($r_s = 0.25$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ ($r_s = -0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์และความสามารถของตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ขณะที่ปัจจัยด้านอุปสรรคมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมดังกล่าว

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (Spearman's correlation, n = 230)

ตัวแปร	r_s	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.28	0.001	น้อย
2. การรับรู้ความรุนแรง	0.35	<0.001	ปานกลาง
3. การรับรู้ประโยชน์	0.42	<0.001	ปานกลาง
4. การรับรู้อุปสรรค	-0.30	0.002	น้อย (เชิงลบ)
5. การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.39	<0.001	ปานกลาง
6. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.33	0.001	ปานกลาง
7. การเข้าถึงบริการทันตกรรม	0.25	0.003	น้อย
8. การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.31	0.001	ปานกลาง

หมายเหตุ: ใช้ Spearman's correlation เนื่องจากข้อมูลเป็น Likert scale ซึ่งเป็นข้อมูลระดับอันดับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอนเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ แสดงให้เห็นว่า แบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 135.20$, $p < 0.001$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 64.20 ($R^2 = 0.64$, Adjusted $R^2 = 0.64$)

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทันตสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ($\beta = 0.581$, $p < 0.001$) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ($\beta = 0.447$, $p < 0.001$) ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดังกล่าว

ขณะที่การเข้ารับบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.159$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง) โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน (n = 230)

ปัจจัย	b	S.E.(b)	Beta	t-value	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	12.20	0.54	-	22.65	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ	0.88	0.07	0.58	12.88	<0.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ	0.26	0.03	0.45	10.61	<0.001
การเข้ารับบริการทันตกรรม	-0.18	0.05	-0.16	-3.63	<0.001
$R = 0.80$, $R^2 = 0.64$, Adjusted $R^2 = 0.64$, $F = 135.20$, $p < 0.001$					

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งระบุว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักด้านสุขภาพ ขณะที่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร และคณะ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ผลกระทบของโรคในช่องปากในระดับสูง แต่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายและการศึกษา

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Bandura ที่ระบุว่าการรับรู้ความสามารถ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Bandura, 1997) อย่างไรก็ตาม การเข้ารับบริการทันตกรรมกลับมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงรูปแบบการใช้บริการของผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการเข้ารับบริการเมื่อเกิดปัญหา มากกว่าการเข้ารับบริการเชิงป้องกัน สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการให้บริการที่เน้นการรักษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว (Watt, 2005)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสาร และระดับการศึกษา ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อการรับรู้และการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยแม้ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก แต่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และยังคงพึ่งพาการรักษาเมื่อเกิดปัญหาเป็นหลัก

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยเน้นการเสริมสร้างความสามารถตนเอง

หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบและดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่วางแผนและกำกับการดำเนินงาน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนในการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากตัวแบบ และการเสริมแรงทางบวก เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุและก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

2. การพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทกลุ่มชาติพันธุ์

หน่วยงานสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สามารถประยุกต์ผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบรูปแบบการสื่อสารสุขภาพ โดยกำหนดบทบาทให้บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ผ่านภาษาท้องถิ่น ควบคู่กับการใช้สื่อบุคคล สื่อภาพ และการสาธิต เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมาย

3. การปรับรูปแบบบริการทันตกรรมสู่การส่งเสริมและป้องกันเชิงรุกในชุมชน

หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับรูปแบบการให้บริการ โดยทันตบุคลากรและทีมสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการจัดบริการเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพช่องปากในชุมชน การเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำเชิงพฤติกรรมควบคู่กับการรักษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวควรประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมใกล้เคียงกับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง และไม่ควรเหมารวมผลการวิจัยไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นที่มีความแตกต่างด้านบริบท

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยเชิงลึกด้วยระเบียบวิธีแบบผสม

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมมิติด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอย่างลึกซึ้ง การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม โดยเฉพาะการวิจัยเชิง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

คุณภาพ เช่น การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้และอธิบายพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในบริบทชุมชนได้อย่างรอบด้าน

2. การพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเชิงสาเหตุ

จากผลการวิจัยที่พบว่าความสามารถตนเองและการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญ การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อทดสอบความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยดังกล่าว โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและประเมินผลด้วยตัวชี้วัดเชิงประจักษ์ เช่น ดัชนีฟันผุ (DMFT) และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

3. การขยายการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายไปยังพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างหรือใกล้เคียง เพื่อเปรียบเทียบผลและเพิ่มความครอบคลุมขององค์ความรู้ โดยยังคงพิจารณาความเหมาะสมของบริบทแต่ละพื้นที่ในการตีความและนำผลไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำ ตรวจแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการสอบที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในหลักสูตรและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง) ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวและผู้มีอุปการคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจสำคัญ และหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2566 ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2566*. กรมกิจการผู้สูงอายุ.

กรมอนามัย. (2566). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรมอนามัย.

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546* (พิมพ์ครั้งที่ 7). โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิช.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากและอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ปีงบประมาณ 2567)*.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). *สถิติสำหรับงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2559). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows*. ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือ*. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *คู่มือการวิจัย: การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10). โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

ประสาท เนืองเฉลิม. (2556). *วิจัยการเรียนการสอน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัททวี พริ้น (1991) จำกัด.

ประเสริฐสม, ป. (2548). สถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. *วารสารทันตสาธารณสุข, 10*(1–2), 73–78.

พงษ์สิทธิ์ กุลตังวัฒนา. (2565). ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16*(2), 380–390.

พรรณี ลีกิจวัฒนะ. (2558). *วิธีการวิจัยทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 10). มีน เซอร์วิส ซัพพลาย.

พันธ์นภา จิตติมณี. (2562). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.

พิราวรรณ เนื้อทอง. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 5*(1).

ศิริรัตน์ รอดแสวง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12* (หน้า 786–797).

สมทรง บุรุษพัฒน์. (2547). *ภาษาและกลุ่มชาติพันธุ์ในเอเชียอาคเนย์*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2538). *สารานุกรมกลุ่มชาติพันธุ์: กะเหรี่ยงสะกอ*.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. *ราชกิจจานุเบกษา, 120*(107 ก), 1–11.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). *แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ*.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2566). *Template ตัวชี้วัด OHSP ปีงบประมาณ 2567*.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2567). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*.

สุมนา ชัยคณารัตน์กัญญารัตน์ คมคาย. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก. *วารสารทันตสาธารณสุข, 28*(1), 50–62.

สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4*(1).

สุรเศรณีวงศ์, ร. (2562). สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 14*(1), 87–100.

สุริยา รัตนกุล และคณะ. (2529). *แผนที่ภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย*.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

สุวิมล ติรกานันท์. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7).

ออมใจ น้ำมนต์ตรี. (2565). สุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารทันตาภิบาล, 33*(1).

อุดมพร ทรัพย์บวร. (2562). พฤติกรรมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. *วารสารแพทย์เขต, 38*(4), 244–255.

Ahn, E., Lee, J.-H., & Kim, S.-M. (2020). Impact of social support on subjective oral health. *Journal of Dental Hygiene Science, 20*(2), 67–73.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.

Barth, F. (1969). *Ethnic groups and boundaries*. George Allen & Unwin.

Best, J. W. (1997). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Cohen, L., & Manion, L. (1989). *Research methods in education* (3rd ed.). Routledge.

Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). John Wiley & Sons.

Gururatana, O., Vejvithee, W., & Ekpatcha, N. (2022). Factors affecting oral health. *Health Science Journal of Thailand, 4*(1), 86–97.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Joshua Project. (2021). *People cluster: Karen*. https://joshuaproject.net

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610.

Lintner, B. (1999). *Burma in revolt*. Silkworm Books.

Matisoff, J. A. (2003). *Handbook of Proto-Tibeto-Burman*. University of California Press.

Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving oral health of older people. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 33*, 81–92.

Research Division, National Education Association. (1960). Small-sample techniques. *The NEA Research Bulletin, 38*, 99–105.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175–183.

Smith, M. (1991). *Burma: Insurgency and the politics of ethnicity*. Zed Books.

e279695

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

อาริยา พัดชา

โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

(วันที่รับบทความ: 5 มกราคม 2569 ; วันที่แก้ไข: 5 เมษายน 2569 ; วันที่ตอบรับ: 20 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความชุกต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในรอบ 2 ปี 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 จากกลุ่มประชากรทั้งหมด เป็นมารดาที่มารับบริการคลอด จำนวน 212 คน เครื่องมือที่ใช้ ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา 2) ปัจจัยประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด ประวัติการแท้งบุตร 3) ปัจจัยการดูแลก่อนคลอด และ4) ปัจจัยด้านการจำแนกตามประวัติการคลอด การตรวจสอบเครื่องมือพิจารณาความถูกต้อง แม่นยำ และครอบคลุมความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ค่า IOC ทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.5 – 1.00 วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และสถิติเชิงวิเคราะห์ Fisher's Exact Test เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลจากการศึกษาพบว่า ความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มารดาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 9.34 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 10.10 มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 8.41 และมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 8.64 สำหรับผลของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาชีพของมารดา ระดับการศึกษา และ อายุครรภ์ขณะคลอด ซึ่งผลของการศึกษาโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปเผยแพร่เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุในการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยแก่กลุ่มเป้าหมาย และโรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่พบมาเป็นคู่มือในการดูแล แนะนำหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยต่อไป

คำสำคัญ: ทารกน้ำหนักน้อย, ความชุก, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, การตั้งครรภ์, โรงพยาบาลชุมชน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** อาริยา พัดชา; Leesang1978@hotmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Prevalence and factors associated with low birth weight infants at Bang Khla Hospital, Chachoengsao Province

Ariya Phatcha

Bangkhla Hospital, Chachoengsao Province

(Received: 5 January 2026; Revised: 5 April 2026 ; Accepted: 20 April 2026)

Abstract

This retrospective study used secondary data from medical records of Bang Khla Hospital, Chachoengsao Province. The objectives were: 1) to study the prevalence of low birth weight (low birth weight: 2,500 g) in newborns over a two-year period; and 2) to study factors associated with low birth weight. The study was conducted from October 1, 2022, to September 30, 2024, on a population of 212 mothers who received delivery services. The research instrument was a medical record form consisting of four sections: 1) maternal personal factors; 2) pregnancy history, delivery history, and miscarriage history; 3) antenatal care factors; and 4) factors related to delivery history. The instrument was validated for accuracy, precision, and comprehensiveness, with an IOC value between 0.5 and 1.00. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis, along with Fisher's Exact Test to determine relationships. The statistical significance level was set at 0.05.

The study found that the prevalence of low birth weight (low birth weight below 2,500 grams) was prevalent among mothers, with the majority (9.34%) being over 20 years old, having no history of miscarriage (10.10%), having their first antenatal care visit less than 12 weeks gestation (8.41%), and having received more than 5 quality antenatal care visits (8.64%). Factors associated with low birth weight included maternal occupation, education level, and gestational age at birth. The hospital can disseminate this information to its target audience to raise awareness of the causes of low birth weight and use the research findings as a guideline for pregnant women to reduce the risk of low birth weight.

Keywords: Low birth weight infants, prevalence, associated factors, pregnancy, community hospital

***Corresponding author:** Ariya Phatcha; leesang1978@hotmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Low Birth Weight Infants) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์อาจจะคลอดก่อนกำหนด คลอดครบกำหนด หรือคลอดเกินกำหนดก็ได้ ซึ่งโดยปกติทารกแรกเกิดควรมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม ถึงประมาณ 3,800 กรัม ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดหรือแรกคลอดรวมถึงขวบปีแรกของชีวิต ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของทารกที่เสียชีวิตในระยะ 28 วันแรก (ประภาพร คำแสนราช, 2564) เป็นได้ทั้งทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) หรือทารกครบกำหนด (Suyami, Lely Lusmilasari & Wahyudi Istiono, 2023) การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อแรกคลอดจะมีอัตราการตายสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติถึง 40 เท่า และเพิ่มเป็น 200 เท่า ถ้าน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม (อรพินท์ กอสนาน, 2556) ทารกกลุ่มนี้ที่รอดชีวิตก็มีอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการมากกว่าทารกปกติ มีโอกาสเกิดพัฒนาการล่าช้า และโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน การสูดสำลักขี้เทา ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อต่างๆ ตามมา (ปวันรัตน์ กลิ่นประทุม, และสุภิญญา กัณหาเจริญ 2564) ซึ่งทารกที่อยู่กลุ่มนี้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องใช้ทรัพยากรและเวลาในการดูแลรักษามากขึ้น กล่าวได้ว่าน้ำหนักของทารกแรกเกิดจึงเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของทารก และเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเจริญเติบโตและการมีชีวิตรอดของทารก (Ngan Nigo, Jahar Bhowmik & Raaj Kishore Biswas, 2022)

การศึกษาในโรงพยาบาลรัฐสี่แห่งในแอดดิสอาบาบา ประเทศเอธิโอเปีย เรื่องปัจจัยด้านโภชนาการและการดูแลก่อนคลอดที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักแรกเกิดต่ำในโรงพยาบาลของรัฐพบว่า อายุของมารดามากกว่า 34 ปี การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ขนาดครอบครัวมากกว่า 4 คน การดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ การเริ่มดูแลก่อนคลอดล่าช้าในไตรมาสที่สาม การทำงานนอกบ้าน ภาระงานหนักของมารดา และส่วนสูงของมารดาน้อยกว่า 155 ซม. มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (M. A. Aga and B. T. Woldeamanuel, 2025) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลสอนและส่งต่อมหาวิทยาลัยโวลัยตาโซโด ประเทศเอธิโอเปีย จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมารดาและทารกจำนวน 304 ราย พบว่าอัตราความชุกของทารกที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อยู่ที่ 15.8% ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักตัวน้อย มารดาที่คลอดบุตรเป็นครั้งแรกมีความเสี่ยงสูงกว่ามารดาที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วถึง 5.8 เท่า ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงเป็น 3.8 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงเป็น 7 เท่า การดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ มารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงที่จะมีบุตรน้ำหนักน้อยสูงกว่าถึง 8 เท่า การใช้ยาสมุนไพร/ยาพื้นบ้านพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุด โดยเพิ่มความเสี่ยงสูงถึง 35.7 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่ได้ใช้ยา (E. A. Lake and R. O. Fite, 2019)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

งานวิจัยเรื่อง การถ่วงน้ำหนักปัจจัยเสี่ยงสำหรับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย: การศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลประจำวันในเวลส์ ในประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษาประชากรขนาดใหญ่ที่รวบรวมข้อมูลเด็กกว่า 693,377 คนที่เกิดในเวลส์ระหว่างปี 1998 ถึง 2018 โดยใช้การเชื่อมโยงข้อมูลทะเบียนราษฎร์และสาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low Birth Weight - LBW คือน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม) การศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงสุดคือการเกิด ครรภ์แฝด ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าครรภ์เดี่ยวถึง 22 เท่า สำหรับปัจจัยอื่น ๆ มีดังนี้ ปัญหา สุขภาพมารดา โรคเบาหวาน การใช้ยาต้านเศร้าขณะตั้งครรภ์ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโลหิตจาง ปัจจัยพฤติกรรมและสังคม การถูกทำร้ายร่างกายในครอบครัว การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ การดื่มแอลกอฮอล์จนต้องเข้าโรงพยาบาล การใช้สารเสพติด ระดับการศึกษาน้อย ความยากจน อาศัยในพื้นที่ด้อยโอกาส (A. Bandyopadhyay and Others, 2022)

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของมารดาทั้งหมดที่มาคลอดในโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 จำนวน 2,725 ราย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้าง ภาวะโลหิตจาง การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ การคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง ครรภ์แฝด มีโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทารกพิการแต่กำเนิด และภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอด (ชุติมา ไตรนภากุล, 2560)

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในมารดาที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective case-control study) เก็บข้อมูลจากมารดาที่มาคลอดจำนวน 1,773 ราย ผลการวิจัยพบว่า มารดาคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำกว่า ปวส./ม.ปลาย รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 11.5 kg. มีโรคร่วมทางอายุรกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมารดาที่มีน้ำหนักขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยเมื่อเทียบกับค่าดัชนีมวลกายเริ่มต้น (เพ็ญนภา ภูผาลี, รัศมี สังข์ทอง และพิมลพรรณ เลาหรัตนาภรณ์, 2567)

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 พบว่ามีทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในประเทศไทยสูงถึง 40,098 คนคิดเป็นร้อยละ 9.74 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด (ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2567) ซึ่งจังหวัดฉะเชิงเทรามีประชากรเด็กปฐมวัย (อายุ 0 – 5 ปี) ในปี 2566 จำนวน 38,959 คน โดยมีทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในพ.ศ. 2560 – 2566 มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.72 ในปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 7.23 ในปี พ.ศ. 2566 (สำนักงานสถิติจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2566)

โรงพยาบาลบางคล้า เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ตั้งอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีมารดาที่มาคลอดบุตรทั้งคนไทยและคนต่างชาติ โดยเฉลี่ย 120 คนต่อปี คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 5 ต่อปี มารดาที่มาคลอดส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีรายได้น้อย ทำงานรับจ้าง ปัญหาของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก หรือหยุดหายใจ ตัวเย็นง่าย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตัวเหลือง การติดเชื้อง่าย และปัญหาการดูดกลืนนม ปัญหาในระยะยาว พัฒนาการทางสมองล่าช้า ปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยิน และ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

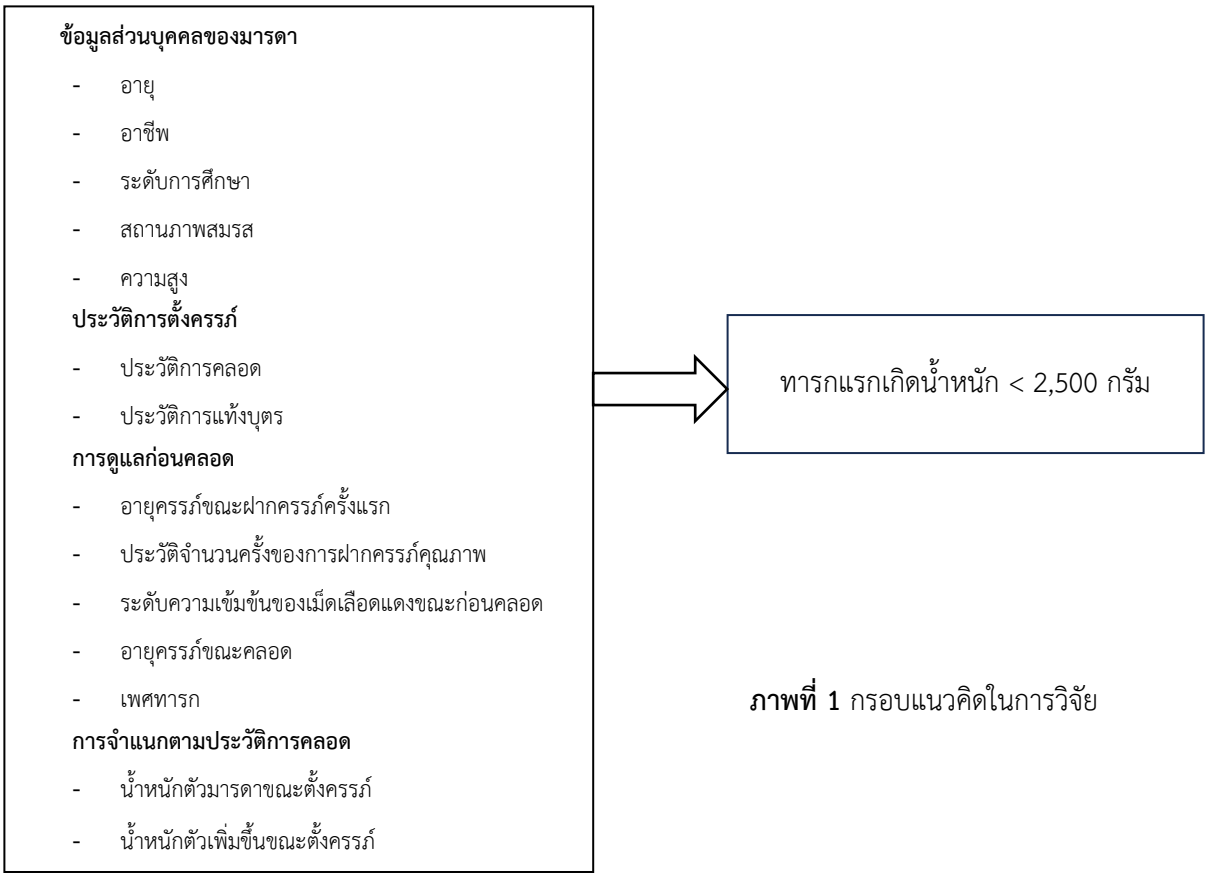
อาจเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจหรือเบาหวานเมื่อโตขึ้น (สุภัทรวดี ภูมิพื้น, 2565) ข้อมูลการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยของโรงพยาบาลบางคล้าจังหวัดฉะเชิงเทราที่ผ่านมายังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนถึงสาเหตุของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อลดปัญหาการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย มุ่งเน้นศึกษาในปัจจัยที่สามารถนำไปปรับหรือพัฒนาได้ในส่วนของปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และป้องกันการกำเนิดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมของโรงพยาบาลบางคล้าจังหวัดฉะเชิงเทรา ในรอบ 2 ปี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ของโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการทำงานวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางคล้าจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากเวชระเบียนโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

ประชากร ประชากรเป็นมารดาและทารกที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 212 คน โดยที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ทารกที่คลอดออกมาและมีชีวิต มีการคลอดที่สมบูรณ์ และมีการหายใจของทารก หรืออาจจะเป็นการผ่าตัดคลอด 2) มารดาที่มารับบริการคลอดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

เกณฑ์การคัดออก ทารกที่คลอดออกมาและเสียชีวิต ในช่วงเวลาที่มารดาที่มารับบริการคลอดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบางคล้า และนำมาบันทึกในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ได้แก่ อายุมารดา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความสูงของมารดา

2. ประวัติการตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติการคลอด ประวัติการแท้งบุตร

3. การดูแลก่อนคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะก่อนคลอด อายุครรภ์ขณะคลอด และเพศทารก

4. การจำแนกตามประวัติการคลอด ได้แก่ น้ำหนักตัวมารดาขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาลาลบางคล้า ประกอบด้วย 4 ส่วน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยสร้าง แบบบันทึกข้อมูล จากการศึกษาเอกสาร และเวชระเบียนจริง นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน และเวชสถิติ 1 ท่าน รวมจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) ซึ่งค่า IOC ที่ได้อยู่ระหว่าง 0.5 – 1.00 ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยนำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุมัติการเข้าถึงข้อมูล และการใช้ข้อมูลเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางคล้า ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นทำการบันทึกเฉพาะข้อมูลที่ต้องการจากเวชระเบียน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ข้อมูลการดูแลก่อนคลอด และข้อมูลการจำแนกตามประวัติการคลอด เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูล และนำข้อมูลจากแบบบันทึกมาลงรหัส นำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล ในกรณีที่เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลจากมารดาที่มาคลอดทารกโดยตรงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Fisher's Exact Test เพื่อหาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยของการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ผู้วิจัยนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่เอกสารรับรอง PH_CCO_REC 003/2568 วันที่รับรอง 6 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่หมดอายุ 6 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการวิจัย

ผลจากการวิจัย ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospect study) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) วิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ Fisher's Exact Test เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.66 และอายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 9.34 อาชีพทำงานนอกบ้าน จำนวน 16 คน ร้อยละ 13.91 และแม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน) จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.09 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน ร้อยละ 7.25 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 4 คน ร้อยละ 80.00 สภาพการสมรสแยกกันอยู่ จำนวน 11 คน ร้อยละ 14.10 คู่อยู่ร่วมสามีภรรยา จำนวน 8 คน ร้อยละ 5.97 ความสูงของมารดาต่ำกว่า 150 ซ.ม. จำนวน 4 คน ร้อยละ 20 สูงกว่า 150 ซ.ม. จำนวน 15 คน ร้อยละ 7.81 สำหรับอาชีพและ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วน อายุมารดา สถานภาพสมรสและ ความสูงของมารดา ไม่พบความสัมพันธ์กันน้ำหนักของทารกแรกเกิด ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ตัวแปร	N = 212	< 2500 gm	≥ 2500 gm	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
อายุมารดา (ปี)				
< 20	30 (14.15)	2 (6.66)	28 (93.34)	0.750
≥ 20	182 (85.84)	17 (9.34)	165 (90.66)	
อาชีพ				
ทำงานนอกบ้าน	115 (54.25)	16 (13.91)	99 (86.09)	0.005
มารดาบ้าน (ไม่ได้ทำงาน)	97 (45.75)	3 (3.09)	94 (96.91)	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	207 (97.64)	15 (7.25)	192 (92.75)	0.039
สูงกว่าปริญญาตรี	5 (2.36)	4 (80.00)	1 (20.00)	
สถานภาพสมรส				
แยกกันอยู่	78 (36.79)	11 (14.10)	67 (85.89)	0.063
อยู่ร่วมสามี ภรรยา	134 (63.20)	8 (5.97)	126 (94.02)	
ความสูงของมารดา (ซม.)				
< 150	20 (9.43)	4 (20.00)	16 (80.00)	0.100
≥ 150	192 (90.56)	15 (7.81)	177 (92.18)	

*p value < 0.05

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดน้อยกว่า 2 ครั้ง จำนวน 8 คน ร้อยละ 11.94 มากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 11 คน ร้อยละ 7.58 มีประวัติการแท้งบุตร จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.94 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร จำนวน 18 คน ร้อยละ 10.10 สำหรับประวัติการคลอด และ ประวัติการแท้งบุตร ไม่พบความสัมพันธ์ กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P≥ 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์

ตัวแปร	N = 212	< 2500 gm	≥ 2500 gm	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ประวัติการคลอด				
< 2 ครั้ง	67 (31.60)	8 (11.94)	59 (88.06)	0.418
≥ 2 ครั้ง	145 (68.40)	11 (7.58)	134 (92.42)	

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตัวแปร	N = 212	< 2500 gm	≥ 2500 gm	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ประวัติการแท้งบุตร (ครั้ง)				
มี	34 (16.04)	1 (.2.94)	33 (97.06)	0.207
ไม่มี	178 (83.96)	18 (10.10)	160 (89.89)	

*p value < 0.05

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดจำแนกตามปัจจัยการดูแลก่อนคลอด พบว่า อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์) < 12 จำนวน 9 คน ร้อยละ 8.41 ≥ 12 จำนวน 8 คน ร้อยละ 8.60 และไม่ได้ฝากครรภ์ จำนวน 3 คน ร้อยละ 25.00 ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ (ครรภ์ปกติ) < 5 ครั้ง จำนวน 1 คน ร้อยละ 4.76 ≥ 5 ครั้ง จำนวน 16 คน ร้อยละ 8.84 และไม่ได้ฝากครรภ์ จำนวน 2 คน ร้อยละ 20.00 ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะก่อนคลอด < 30% จำนวน 0 คน ≥ 30% จำนวน 19 คน ร้อยละ 9.31 อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์ < 37 จำนวน 6 คน ร้อยละ 42.86 ≥ 37 จำนวน 13 คน ร้อยละ 6.57 เพศของทารก เพศชาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 9.80 เพศหญิง จำนวน 9 คน ร้อยละ 8.18 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยประกอบด้วย อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์) มีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) สำหรับอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และเพศของทารก ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (P≥ 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามการดูแลก่อนคลอด

ตัวแปร	N = 212	< 2500 gm	≥ 2500 gm	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)				
< 12	107 (50.47)	9 (8.41)	98 (91.56)	0.170
≥ 12	93 (43.87)	8 (8.60)	85 (91.40)	
ไม่ได้ฝากครรภ์	12 (5.66)	3 (25.00)	9 (75.00)	
ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ (ครรภ์ปกติ)				
< 5 ครั้ง	21 (9.90)	1 (4.76)	20 (95.24)	0.421
≥ 5 ครั้ง	181 (85.37)	16 (8.84)	165 (91.16)	
ไม่ได้ฝากครรภ์	10 (4.73)	2 (20.00)	8 (80.00)	

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตัวแปร	N = 212	< 2500 gm	≥ 2500 gm	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะก่อนคลอด				
< 30 %	8 (3.77)	0	8 (100)	1.000
≥ 30 %	204 (96.23)	19 (9.31)	85 (90.69)	
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)				
< 37	14 (6.50)	6 (42.86)	8 (57.14)	0.006
≥ 37	198 (93.40)	13 (6.57)	185 (93.43)	
เพศของทารก				
ชาย	102 (48.11)	10 (9.80)	92 (90.20)	0.809
หญิง	110 (51.89)	9 (8.18)	101 (91.82)	

*p value < .05

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิด จำแนกตามประวัติการคลอด น้ำหนักตัวมารดาขณะตั้งครรภ์ < 57 กก. จำนวน 7 คน ร้อยละ 14.89 ≥ 57 กก. จำนวน 12 คน ร้อยละ 7.27 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ < 10 กก. จำนวน 8 คน ร้อยละ 10.39 ≥ 10 กก. จำนวน 11 คน ร้อยละ 8.15 สำหรับน้ำหนักตัวมารดาขณะตั้งครรภ์ และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P≥ 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามประวัติการคลอด

ตัวแปร	N = 212	< 2500 gm	≥ 2500 gm	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
น้ำหนักตัวมารดาขณะตั้งครรภ์				
< 57 กก.	47 (22.17)	7 (14.89)	40 (85.11)	0.133
≥ 57 กก.	165 (77.83)	12 (7.27)	153 (92.73)	
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์				
< 10 กก.	77 (36.32)	8 (10.39)	69 (89.61)	0.569
≥ 10 กก.	135 (63.68)	11 (8.15)	124 (91.85)	

*p value < .05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

อภิปรายผล

ความชุกต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมของโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ในรอบ 2 ปี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาจากประชากรจำนวน 212 คน มีการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยทั้งหมดจำนวน 19 คน จากการศึกษาพบว่า

อาชีพทำงานนอกบ้าน มีโอกาสคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จำนวน 16 คน ร้อยละ 13.91 อาชีพมีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยเนื่องจาก การยืนและการเดินนาน ๆ ติดต่อกันหลายชั่วโมงส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตและการส่งเลือดไปยังรก อาชีพเกษตรกรรม งานที่ต้องยกของหนักเป็นประจำทำให้เกิดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องบ่อย ๆ ความเหนื่อยล้าทางกายภาพมีส่วนกระตุ้นให้มดลูกบีบตัว และเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ความเครียดจากการทำงาน การสัมผัสสารเคมี ควัน กลิ่นสี ฝุ่นละออง หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังและมีความร้อนสูงในที่ทำงาน มีความเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมอยู่ในระดับที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ M. A. Aga and B. T. Woldeamanuel (2025) เรื่องปัจจัยด้านโภชนาการและการดูแลก่อนคลอดที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักแรกเกิดต่ำในโรงพยาบาลของรัฐพบว่า การทำงานนอกบ้านและภาระงานหนักของมารดา มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และสอดคล้องกับการศึกษาของ A. Bandyopadhyay and Others (2022) เรื่อง การถ่วงน้ำหนักปัจจัยเสี่ยงสำหรับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย: การศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลประจำวันในเวลส์ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงสุดคือการเกิด ครรภ์แฝดซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าครรภ์เดี่ยวถึง 22 เท่า สำหรับปัจจัยอื่น ๆ มีดังนี้ ปัญหาสุขภาพมารดา โรคเบาหวาน การใช้ยาต้านเศร้าขณะตั้งครรภ์ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโลหิตจาง ปัจจัยพฤติกรรมและสังคม การถูกทำร้ายร่างกายในครอบครัว การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ การดื่มแอลกอฮอล์จนต้องเข้าโรงพยาบาล การใช้สารเสพติด ระดับการศึกษาน้อย ความยากจน อาศัยในพื้นที่ด้อยโอกาส

ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีโอกาสคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จำนวน 15 คน ร้อยละ 7.25 ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย เนื่องจากระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พฤติกรรมการดูแลโภชนาการขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ระจิตร ชาครียวณิชย์ (2563) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในเขตสุขภาพที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด อายุมารดา ส่วนสูงของมารดา ลำดับที่การตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส การฝากครรภ์คุณภาพ ภาวะซีด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยมากที่สุด คือ คลอดก่อนกำหนด มารดาที่เป็นนักเรียน ตรงกับการศึกษาของ เพ็ญนภา ภูผาลี, รัศมี สังข์ทอง และพิมลพรรณ เลาหรัตนาภรณ์ (2567) เรื่อง ปัจจัยทางมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในมารดาที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมส่วนใหญ่พบในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกมีระดับการศึกษาต่ำ สถานภาพทางสังคมของครอบครัวโดยเฉพาะรายได้ค่อนข้างน้อย ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมที่ต้องใช้แรงงาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

จำแนกตามการดูแลก่อนคลอด อายุครรภ์ขณะคลอด(สัปดาห์) พบว่า อายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ จำนวน 6 คน ร้อยละ 42.86 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทำให้เวลาในการสะสมไขมันและกล้ามเนื้อในครรภ์ถูกตัดสั้นลง เนื่องจากในช่วงไตรมาสที่สามทารกจะมีการสะสมไขมันและเพิ่มน้ำหนักอย่างรวดเร็ว การคลอดก่อนกำหนดจึงทำให้ทารกมีเวลาในครรภ์ไม่เพียงพอในการเจริญเติบโตจนมีน้ำหนักที่เหมาะสม ความพยายามในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นการป้องกันภาวะทารกน้ำหนักน้อยที่สำคัญที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำผึ้ง นันทวงศ์ (2565) เรื่อง ความชุกการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การคลอดทารกน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับ ดัชนีมวลกายของมารดา น้ำเดินก่อนกำหนดและการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติมา ไตรนภากุล (2560) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี ผลของการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้าง การตั้งครรภ์ท้องหลัง ภาวะโลหิตจาง การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ การคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง ครรภ์แฝด มีโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทารกพิการแต่กำเนิด และภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอด

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาพบว่า มีสาเหตุหลายประการที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางเพื่อเป็นการป้องกันให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง และคลอดทารกน้ำหนักปกติ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า ความเสี่ยงที่ทำให้การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยเกิดจากสาเหตุของ อาชีพของมารดา ระดับการศึกษา และอายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์) เป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาลาบสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปเผยแพร่เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุในการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยแก่กลุ่มเป้าหมายต่อไป

2. จากผลการศึกษานี้ โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่พบมาเป็นคู่มือในการดูแลและแนะนำหญิงตั้งครรภ์เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย และเป็นการสร้างความเข้าใจรวมกันระหว่างโรงพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นสาเหตุให้คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

2. การทำวิจัยเพื่อศึกษาพัฒนาการของทารกน้ำหนักตัวน้อย เพื่อติดตามผลในด้านการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารก เพื่อนำมาเป็นคู่มือและแนะนำมารดาในการดูแลทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

3. นำผลงานวิจัยในครั้งนี้เป็นฐานในการศึกษางานวิจัยในปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

เอกสารอ้างอิง

ชุติมา ไตรนภากุล. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 36*(2), 79-87.

น้ำผึ้ง นันทวงศ์. (2565). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารชัยภูมิเวชสาร, 42*(2), 65-81.

ปวันรัตน์ กลิ่นประทุม, และสุภิญญา กัณหาเจริญ. (2564). การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44*(4), 101-112.

ประภาพร คำแสนราช. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย.* รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ประจำปี 2564. มหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. สืบค้นจาก https://conference.northern.ac.th/

ระจิตร ชาครียวณิชย์. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักแรกเกิดต่ำในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารพยาบาลสาธรณสุข, 34*(3), 2-17.

ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2567). *ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม*. สืบค้นจาก https://chachoengsao.gdcatalog.go.th/

เพ็ญนภา ภูผาลี, รัศมี สังข์ทอง และ พิมลพรรณ เลาหรัตนาภรณ์. (2567). ปัจจัยทางมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในมารดาที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 32*(3), 15-28.

สุภัทรวดี ภูมิพื้น. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในโรงพยาบาลบึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.* คลังข้อมูลผลงานวิชาการและวิจัย. สืบค้นจาก https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20220722142012.pdf

สำนักงานสถิติจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2566). *รายงานสถิติจังหวัดฉะเชิงเทรา.* สืบค้นจาก https://chchsao.nso.go.th/chchsao/images/

อรพินท์ กอสนาน. (2556). ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30*(4), 287-299.

A. Bandyopadhyay et al. (2022). Weighting of risk factors for low birth weight: a linked routine data cohort study in Wales. *BMJ Open, 13*(2), e063836–e063836, Mar. 2022, doi: 10.1136/bmjopen-2022-063836.

E. A. Lake & R. O. Fite. (2019). Low Birth Weight and Its Associated Factors among Newborns Delivered at Wolaita Sodo University Teaching and Referral Hospital Southern Ethiopia, *International Journal of Pediatrics,* vol. 2019, e4628301–e4628301.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

M. A. Aga & B. T. Woldeamanuel. (2025). Nutritional and prenatal care factors associated with low birth weight among full-term infants in public hospitals of Addis Ababa Ethiopia. *BMJ Paediatrics Open, 9*(1), e003732–e003732.

Ngan Nigo, Jahar Bhowmik & Raaj Kishore Biswas. (2022). Factors Associated with Low Birthweight in Low-and-Middle Income Countries in South Asia. *Int J Environ Res Public Health, 19*(21), 265–285.

Suyami, Lely Lusmilasari & Wahyudi Istiono. (2023). Factors Affecting the Growth of Low Birth Weight Babies. *Asian journal of Social and Humanities, 10*(1), 591–600.

e279273

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในประชากรตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

รัตยา อิทธิพรม[1], เจษฎา ธัชแก้วกรพินธุ์[2*], วีรวัฒน์ พัดไธสง[3], และศรีวิภา ช่วงไชยยะ[1*]

[1]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[2]ภาควิชาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[3]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

(วันที่รับบทความ:12 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 16 มีนาคม 2569 ; วันที่ตอบรับ: 20 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* (*O. viverrini*) ในประชาชนตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 258 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato–Katz thick smear technique และแบบสอบถาม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อพยาธิทั้งหมด ร้อยละ 14.7 โดยเป็นการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ร้อยละ 6.2 และพบการติดเชื้อร่วมกับพยาธิตัวตืด ร้อยละ 1.2 ความรุนแรงของการติดเชื้อทั้งหมดอยู่ในระดับไม่รุนแรง ทั้งนี้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (cOR = 13.667, 95%CI = 2.254-82.864) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนคัดกรองเชิงรุก การกำหนดกลุ่มเสี่ยง และการติดตามรักษาผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติ โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อความยั่งยืนของการป้องกันโรคในชุมชน

คำสำคัญ: พยาธิใบไม้ตับ, ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง

***ผู้รับผิดชอบบทความ :** ศรีวิภา ช่วงไชยยะ;Sriwipa.c@ku.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

Prevalence and Associated Factors of Opisthorchis Viverrini Infection in Phothiphaisan Sub-district, Kusuman District, Sakon Nakhon Province

Rattaya Itthiphrom[1], Jessada Thutkawkorapin[2*], Weerawat Patthaisong[3], and Sriwipa Chuangchaiya [1*]

[1] Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

[2] Department of Computer Engineering, Faculty of Engineering, Chulalongkorn University

[3]Kusuman District Public Health Office, Sakon Nakhon Province

(Received: 12 December 2025; Revised: 16 March 2026; Accepted: 20 March 2026)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to investigate the prevalence and associated factors of *Opisthorchis viverrini* (*O. viverrini*) infection in Phothiphaisan Sub-district, Kusuman District, Sakon Nakhon Province, Thailand. The study was conducted between May and August 2025. A total of 258 participants were selected using simple random sampling. Data were collected through stool specimen examination using the Kato-Katz thick smear technique and a structured questionnaire. The Binary logistic regression analysis was applied to analyze factors associated with *O. viverrini* infection at a significance level of .05.

The results showed that the overall prevalence of helminth infection was 14.7%, 6.2% infected with *O. viverrini*, and 1.2% co-infection with *Taenia*. All detected infections were classified as light. Attitude toward liver fluke disease was significantly associated with *O. viverrini* infection (cOR = 13.667, 95%CI = 2.254-82.864). The findings highlight the importance of utilizing local prevalence data for proactive screening, risk group identification, follow-up, and treatment. Furthermore, health promotion programs that focus on attitude modification and consider socio-cultural contexts are recommended to ensure sustainable disease prevention within the community.

Keywords: opisthorchiasis, prevalence, risk factors

***Corresponding author:** Sriwipa Chuangchaiya; Sriwipa.c@ku.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกในปัจจุบัน โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และลุ่มแม่น้ำโขง จากการประมาณการพบว่ามีประชากรที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *O. viverrini* และ *Clonorchis sinensis* รวมกันมากกว่า 12 ล้านคน (Sota et al, 2024) ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบการกระจายของพยาธิใบไม้ตับในหลายประเทศ อาทิ ไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม โดยประเทศไทยมีอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2562 (Sripa et al, 2021)

ระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยพบมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ (จิตรานนท์ โกสีย์รัตนาภิบาล และ กิตติยา ไกรยราช, 2568) ในเขตลุ่มน้ำโขง สาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการรับประทานปลาในวงศ์ปลาตะเพียนที่ดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ อาทิ ปลาร้าดิบ (น้ำพริกปลาร้าสับ หรือแจ่วบองปลาร้าดิบ) ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้มดิบ เป็นต้น (ศุภกร แสงขาวอาทิอร, 2568) โดยพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* เป็นสายพันธุ์ที่พบได้ในประเทศไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม (Sripa et al, 2021) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิดดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CCA) (Thinkhamrop et al, 2024) องค์การอนามัยโลกได้จัดประเภทพยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1 (Group 1 carcinogen) ที่มีหลักฐานชัดเจนว่าก่อให้เกิดมะเร็งในมนุษย์ (IARC, 1994; Bouvard et al, 2009)

มะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *O. viverrini* ซ้ำๆ และเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะกรณีที่มีความรุนแรงของการติดเชื้อสูง การอาศัยอยู่ของพยาธิในท่อน้ำดีขนาดเล็กก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammation) ของเยื่อบุผนังท่อ ส่งผลให้เกิดพังผืดรอบท่อน้ำดี (Periductal fibrosis) และการทำลายเนื้อเยื่อตับบริเวณใกล้เคียง นอกจากนี้ ยังอาจเกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบเป็นหนองซ้ำๆ นำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ (Crellen et al, 2021; O'Connor et al, 2025)

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และจากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า จังหวัดที่มีอัตราความชุกสูงกว่า ร้อยละ 10 สามลำดับแรกจาก 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครพนม จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดร้อยเอ็ด (Buathong et al, 2024; Wiraphongthongchai et al, 2024) นอกจากนี้ยังพบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงถึง ร้อยละ 21.8 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 (นครพนม, บึงกาฬ, สกลนคร, หนองคาย, หนองบัวลำภู, อุดรธานี และ เลย) (Thinkhamrop et al, 2024) ในส่วนของอัตราป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นเดียวกัน คิดเป็นอัตราป่วย 85-113.4 รายต่อแสนประชากร ในเพศชาย และ 49.8 รายต่อแสนประชากร ในเพศหญิง (Sripa et al, 2008; Banales et al, 2016) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การติดเชื้อยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่องคือ วงจรการติดเชื้อซ้ำ (Reinfection) เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคปลาสุกๆ ดิบๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการกินของชุมชนในชนบท แม้จะได้รับการรักษาด้วยยา Praziquantel (พราซิควอนเทล) แล้วก็ตาม หากพฤติกรรมเสี่ยงยังไม่เปลี่ยนแปลง การติดเชื้อซ้ำจึงเกิดขึ้นได้เสมอ (กิตติศักดิ์ ประครองใจ และคณะ, 2564)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

จังหวัดสกลนคร เป็นหนึ่งในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง ร้อยละ 8.29 ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2564 (Thinkhamrop et al, 2024) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ที่ร้อยละ 1 (Wiraphongthongchai et al, 2024) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดสกลนครที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นทำการศึกษาในพื้นที่ลุ่มหนองหาร (กุลวดี สุวรรณไตรย์ และ เนตรนภา พนมเขตร์, 2563) ซึ่งเป็นแหล่งน้ำขนาดใหญ่และมีชุมชนตั้งถิ่นฐานโดยรอบหลายหมู่บ้าน ขณะที่การศึกษาในพื้นที่อื่นของจังหวัดยังมีจำนวนจำกัด อำเภอกุสุมาลย์ เป็นหนึ่งในอำเภอของจังหวัดสกลนครมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดนครพนม มีแหล่งน้ำธรรมชาติ (ลำน้ำ, ลำห้วย) และแหล่งน้ำที่สร้างขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลโพธิไพศาล ซึ่งมีพื้นที่แหล่งน้ำมากกว่า 100 แห่ง เพื่อสนับสนุนการเกษตรและการประมงเพื่อยังชีพของประชาชน และมีลักษณะชุมชนแบบชนบท (องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิไพศาล, 2566) อาจเป็นผลให้มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารท้องถิ่นที่เอื้อต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวเนื่องกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ประกอบกับจังหวัดสกลนคร มีความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ในประชาชนตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ไม่ได้อยู่ใกล้บริเวณแหล่งน้ำขนาดใหญ่ ผลการศึกษาที่ได้รับ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นของจังหวัด และสนับสนุนการวางแผนมาตรการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมถึงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* จากการตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระด้วยวิธี Kato–Katz thick smear technique ในประชาชนตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ในประชาชนตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ในประชาชนตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study)

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 10,423 คน จากทะเบียนราษฎร ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 258 คน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรเมื่อทราบจำนวนประชากรทั้งหมด โดยอ้างอิงจากแนวทางการคำนวณของ (Daniel & Cross, 1999) ดังนี้

สูตร $n_p = \frac{NZ^2{}_{\alpha/2}p(1-p)}{(N-1)e^2+Z^2{}_{\alpha/2}p(1-p)}$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรที่ศึกษา คือ 10,423 คน

$z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐาน ใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.05}$ = 1.96)

p = สัดส่วนของความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 22 เท่ากับ 0.22 (ชัยวัฒน์ ศรีไทย และคณะ, 2566)

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ยอมให้เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษา/ ครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากรเท่ากับ 0.05

การแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{10{,}423 \times (1.96)^2 \times 0.22 \times (1-0.22)}{(10{,}423-1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.22(1-0.22)}$$

n = 223.99 $\cong$ 224 คน

ดังนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้ทำการปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 258 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการ ดังนี้

1. พื้นที่ศึกษาแบ่งตามเขตการปกครองของตำบลโพธิไพศาล ซึ่งประกอบด้วย 17 หมู่บ้าน

2. ทำการสุ่มเลือกหมู่บ้านจำนวน 8 แห่ง จากทั้งหมด 17 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อกำหนดเป็นพื้นที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

หมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มเลือกตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในหมู่บ้านนั้น (Proportional Allocation) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่ศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้านที่ได้รับคัดเลือกในตำบลโพธิไพศาล

ตำบล	บ้าน	จำนวนประชากร 18 ปีขึ้นไปใน หมู่บ้าน (N)	$ni = \frac{n \times Ni}{N}$	จำนวนตัวอย่าง (คน) (*ni*)
ตำบลโพธิไพศาล	บ้านนาดี	1,007	$\frac{258 \times 1{,}007}{5{,}329}$	49
	บ้านโพธิไพศาล	764	$\frac{258 \times 764}{5{,}329}$	37
	บ้านกุดสะกอย	541	$\frac{258 \times 541}{5{,}329}$	26
	บ้านโพธิไพศาล	676	$\frac{258 \times 676}{5{,}329}$	33
	บ้านโนนคำ	666	$\frac{258 \times 666}{5{,}329}$	32
	บ้านโคกหนองผือ	609	$\frac{258 \times 609}{5{,}329}$	29
	บ้านโนนรุ่งเรือง	467	$\frac{258 \times 467}{5{,}329}$	23
	บ้านกุดสะกอย	599	$\frac{258 \times 599}{5{,}329}$	29
รวมทั้งสิ้น		**5,329**		**258**

หมายเหตุ: จำนวนประชากร (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2568)

3. ภายในหมู่บ้านแต่ละแห่ง ดำเนินการสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนราษฎรขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิไพศาล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

4. ติดต่อผู้ที่ได้รับการสุ่มเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมโครงการ และนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและตัวอย่างอุจจาระสำหรับตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1. เป็นเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. อาศัยอยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1. กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเข้าร่วมหรือขอถอนตัวระหว่างเข้าร่วมวิจัย 2. ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล และ 3. ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างเข้าร่วมวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การตรวจหาความชุกพยาธิใบไม้ตับ และแบบสอบถาม

1. การตรวจหาความชุกพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato-Katz thick smear technique ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการตรวจวินิจฉัยไข่พยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ในอุจจาระ (World Health Organization, 2025) ประกอบด้วย กล้องจุลทรรศน์ ชุดอุปกรณ์ตรวจอุจจาระ ตลับอุจจาระ และแบบบันทึกผลการตรวจนับไข่พยาธิ การแปลผล คือ Negative (ผลลบ) หมายถึง ไม่พบไข่พยาธิในการตรวจ และ Positive (ผลบวก) หมายถึง พบไข่พยาธิในการตรวจ

ประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* จากจำนวนไข่พยาธิต่อกรัมอุจจาระ (Eggs per gram: EPG) ตามเกณฑ์ของ Sadun (1955) โดยคำนวณจากจำนวนไข่พยาธิที่นับได้บนแผ่นสไลด์ด้วยวิธี Kato-Katz thick smear technique และแปลงค่าเป็น EPG ด้วยตัวคูณมาตรฐาน (×24) (World Health Organization, 2019) ดังนี้

ระดับไม่รุนแรง (Light)	จำนวนไข่พยาธิต่อกรัมอุจจาระ	1-999
ระดับปานกลาง (Medium)	จำนวนไข่พยาธิต่อกรัมอุจจาระ	1,000-9,999
ระดับสูง (Heavy)	จำนวนไข่พยาธิต่อกรัมอุจจาระ	10,000-29,999
ระดับรุนแรงมาก (Very heavy)	จำนวนไข่พยาธิต่อกรัมอุจจาระ	30,000 และมากกว่า

การตรวจอุจจาระดำเนินการโดยนักเทคนิคการแพทย์ที่มีคุณวุฒิและได้รับการรับรอง โดยใช้วิธี Kato-Katz thick smear technique ด้วย template ขนาด 41.7 มิลลิกรัม ตรวจจำนวน 2 สไลด์ต่อตัวอย่าง โดยอ่านผลภายในเวลา 60 นาที และอ่านผลซ้ำโดยผู้ตรวจคนที่สองในกรณีที่ผลไม่ชัดเจนหรือเป็นที่สงสัย เพื่อยืนยันความถูกต้องของการวินิจฉัย

2. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการรับประทานปลาน้ำจืด สุกๆดิบๆ ในชุมชนมีแหล่งน้ำสาธารณะที่ใช้สำหรับจับปลา ประวัติการตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับ ประวัติตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ครอบครัวมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี และสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งรังโรค

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก–ผิด) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) โดยพิจารณาจากคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับดี	คะแนนความรู้	ร้อยละ 80–100	(19- 24 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	คะแนนความรู้	ร้อยละ 60–79	(15 - 18 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	คะแนนความรู้	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(0 - 14 คะแนน)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 14 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด, เห็นด้วยมาก, เห็นด้วยปานกลาง, เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย การให้คะแนนแบ่งตามลักษณะข้อคำถามดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 11 ข้อ (5, 4, 3, 2, 1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ (1, 2, 3, 4, 5 คะแนน) โดยการแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) โดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยและจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ทัศนคติระดับดี	ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 คะแนน
ทัศนคติระดับปานกลาง	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 คะแนน
ทัศนคติระดับต่ำ	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ, นานๆ ครั้ง, เป็นบางครั้ง, บ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ การให้คะแนนกำหนดแบบเรียงลำดับ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) โดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยและจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมระดับดี	ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน
พฤติกรรมระดับปานกลาง	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 คะแนน
พฤติกรรมระดับควรปรับปรุง	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านปรสิตวิทยา ระบาดวิทยา และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษา จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of item-objective congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่า IOC ≥ 0.50 ผลการประเมินพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66–1.00

ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ลุ่มน้ำก่ำ อำเภอโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามความรู้ (แบบถูก–ผิด) คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder–Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คำนวณด้วย Cronbach’s alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ โดยเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จึงมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีการปรับแก้แบบสอบถามเพิ่มเติมภายหลังการทดลองใช้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2568 สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเก็บข้อมูล การเตรียมดำเนินการในพื้นที่ตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยประสานงานหลักและสถานที่รับตัวอย่างอุจจาระ ซึ่งจะดำเนินงานวิจัยเมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุสุมาลย์ และ รพ.สต. ในพื้นที่เป้าหมาย และมีการจัดอบรมนักวิชาการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเนื้อหาการอบรมครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บตัวอย่างอุจจาระตามมาตรฐาน วิธีการขอความยินยอมอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม และการใช้แบบสอบถาม รวมถึงการทดสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยก่อนปฏิบัติงานจริง

ระยะที่ 2 ระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมลงนามในแบบแสดงความยินยอม (Informed consent form) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการอบรมแล้ว จะดำเนินการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นแล้ว ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์แล้วเสร็จ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับภาชนะเก็บอุจจาระพร้อมคำแนะนำเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวิธีการเก็บที่ถูกต้อง ตัวอย่างจะถูกส่งมายัง รพ.สต. ภายใน 2 ชั่วโมงหลังการเก็บ เพื่อคงคุณภาพของตัวอย่าง ก่อนดำเนินการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานที่กำหนด และผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับในวันเดียวกับการเก็บข้อมูล หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้ช่วยวิจัยจะติดตามสอบถามเพิ่มเติมทันที

ข้อมูลทั้งหมดบันทึกด้วยวิธี double data entry โดยผู้บันทึกข้อมูล 2 คน แยกกันบันทึกและตรวจสอบความถูกต้องเปรียบเทียบกันก่อนการวิเคราะห์ นอกจากนี้มีการสุ่มตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร้อยละ 10 โดยเปรียบเทียบกับแบบสอบถามต้นฉบับ และเพื่อควบคุมอคติของผู้ตรวจสไลด์ การอ่านสไลด์ด้วยเทคนิค Kato–Katz thick smear technique ดำเนินการแบบ blinded โดยผู้ตรวจไม่ทราบข้อมูลพื้นฐานหรือพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ให้ตัวอย่างอุจจาระทุกคน โดยใช้รหัสตัวอย่างแทนชื่อจริง

ระยะที่ 3 หลังเก็บข้อมูล ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดรหัสประจำตัว (ID code) แทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์และรายงานผล เพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ ผลการตรวจอุจจาระ ดำเนินการแจ้งกลับให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบเป็นรายบุคคล และผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามระบบบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในพื้นที่ต่อไป

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน ซึ่งจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามต้นฉบับจัดเก็บในตู้เอกสารที่ล็อกกุญแจ และจะถูกทำลายตามระยะเวลาที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS version 29 ทำการวิเคราะห์ตามประเภทของตัวแปร โดยตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical variables) รายงานด้วยค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) และตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) รายงานด้วยค่าเฉลี่ย (Mean; $\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; S.D.) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

การวิเคราะห์ระดับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ค่าคะแนนรวม ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล (Normality) ด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) รายงานผลในค่า Crude odds ratios (cOR) และ 95% Confidence intervals (CI) ประกอบกับ Chi-square test ภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่าค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected frequency) ในแต่ละช่องต้องไม่น้อยกว่า 5 และจำนวนช่องที่มีค่าความถี่ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 ต้องไม่เกินร้อยละ 20 หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว จะใช้ Fisher's exact test แทน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเบื้องต้น โดยถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value <.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2025-031 รหัสโครงการ 007/2568 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2568 โดยผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลและความยินยอม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างครบถ้วน รวมถึงสิทธิต่างๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

2. สิทธิในการถอนตัว ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการถอนตัวดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของผู้เข้าร่วมแต่อย่างใด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

3. การดูแลผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแจ้งผลการตรวจอุจจาระเป็นรายบุคคล ผู้ที่ตรวจพบผลบวกต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในพื้นที่โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

4. การเก็บรักษาข้อมูลและความลับ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปกป้องความลับอย่างเคร่งครัด โดยใช้รหัสประจำตัว แทนชื่อจริงในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์และรายงานผล เอกสารความยินยอมจัดเก็บแยกต่างหากจากแบบสอบถามเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั้งหมดจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่ตั้งรหัสผ่านและจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารต้นฉบับจัดเก็บในตู้เอกสารที่ล็อกกุญแจ และจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยตามระยะเวลาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกำหนด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อพยาธิ

ความชุกของการติดเชื้อพยาธิ จากการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato-Katz thick smear technique พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการติดเชื้อพยาธิทุกชนิด จำนวน 38 คน ร้อยละ 14.7 โดยมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* จำนวน 16 คน ร้อยละ 6.2 (ในบางรายตรวจพบการติดเชื้อพยาธิตัวตืดร่วมด้วย) ทั้งนี้ ความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ทั้งหมดอยู่ในระดับการติดเชื้อไม่รุนแรง (Light) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความชุกของการติดเชื้อพยาธิ (n = 258)

ชนิดของหนอนพยาธิ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*)	16	6.2
พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ชนิดเดียว	13	5.0
พยาธิใบไม้ตับร่วมกับพยาธิตัวตืด (Mixed *Opisthorchis viverrini* +*Taenia*)	3	1.2
พยาธิเส้นด้าย (*Strongyloides stercoralis*)	16	6.2
พยาธิตัวตืด (*Taenia*)	5	1.9
พยาธิไส้เดือน (*Ascariasis*)	1	0.4
รวม	**38**	**14.7**

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ตารางที่ 3 ความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* (n = 16)

ระดับความรุนแรง/จำนวนไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม (EPG)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับไม่รุนแรง (Light)/1-999	16	100
ระดับปานกลาง (Medium)/1,000-9,999	0	0
ระดับสูง (Heavy)/10,000-29,999	0	0
ระดับรุนแรงมาก (Very heavy)/30,000 และมากกว่า	0	0
$\bar{X}$ = 100.50, S.D. = 132.10, Min = 24, Max = 576		
รวม	**16**	**100**

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini*

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่ำ จะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติระดับสูง 13.667 เท่า (95%CI 2.254-82.864) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* (n = 258)

ปัจจัย	รวม คน(ร้อยละ)	กลุ่มติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	กลุ่มไม่ติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	χ^2	*p*-value	cOR (95%CI)	*p*-value
เพศ				0.001	0.980[a]		
ชาย	96 (37.2)	6 (37.5)	90 (37.2)			1.013 (0.356-2.882)	0.980
หญิง	162 (62.8)	10 (62.5)	152 (62.8)			1	
อายุ (ปี)				1.293	0.256[a]		
≤50	110 (42.6)	9 (56.3)	101 (41.7)			1.795 (0.647-4.979)	0.261
≥51	1148 (57.4)	7 (43.7)	141 (58.3)			1	
$\bar{X}$, S.D. (Min, Max)	51.71, 10.32 (18, 97)	49.69, 11.09 (30, 67)	51.84, 10.29 (18, 97)				
ระดับการศึกษา					0.075[b]		
ไม่ได้เรียน	39 (15.1)	5 (31.3)	34 (14.0)			2.781 (0.910-8.502)	0.073

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ปัจจัย	รวม คน(ร้อยละ)	กลุ่มติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	กลุ่มไม่ติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	χ^2	*p*-value	cOR (95%CI)	*p*-value
มัธยมศึกษาหรือมากกว่า	219 (84.9)	11 (68.7)	208 (86.0)			1	
สถานภาพ					0.132[b]		
โสด	33 (12.8)	4 (25.0)	29 (12.0)			2.448 (0.740-8.098)	0.142
สมรส, หม้าย, หย่าร้าง, แยกทาง	225 (87.2)	12 (75.0)	213 (88.0)			1	
รายได้ (บาท)					1.000[b]		
≤ 3,000	201 (77.9)	13 (81.3)	188 (77.7)			1.245 (0.342-4.528)	0.740
≥ 3,001	57 (22.1)	3 (18.7)	54 (22.3)			1	
$\bar{X}$, S.D. (Min, Max)	3,089.92, 3,136.20 (500, 30,000)	3,468.75, 2,140.63 (1,000, 9,000)	3,064.88, 3,392.71 (500, 30,000)				
อาชีพ					1.000[b]		
เกษตรกรรม	239 (92.6)	15 (93.7)	224 (92.6)			1.205 (0.151-9.652)	0.860
อื่นๆ (รับจ้าง, ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว, แม่บ้าน/พ่อบ้าน, ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	19 (7.4)	1 (6.3)	18 (7.4)			1	
ประวัติการรับประทานปลาน้ำจืด สุกๆดิบๆ					0.404[b]		
มี	179 (69.4)	13 (81.3)	166 (68.6)			1.984 (0.549-7.167)	0.296
ไม่มี	79 (30.6)	3 (18.7)	76 (31.4)			1	
					0.188[b]		

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ปัจจัย	รวม คน(ร้อยละ)	กลุ่มติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	กลุ่มไม่ติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	χ^2	*p*-value	cOR (95%CI)	*p*-value
ในชุมชนมีแหล่งน้ำสาธารณะที่ใช้สำหรับจับปลา							
มี	245 (95.0)	14 (87.5)	231 (95.5)			0.333 (0.067-1.652)	0.178
ไม่มี	13 (5.0)	2 (12.5)	11 (4.5)			1	
ประวัติการตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับ					0.193[b]		
เคย	25 (9.7)	3 (18.7)	22 (9.1)			2.308 (0.611-8.723)	0.218
ไม่เคย	233 (90.3)	13 (81.3)	220 (90.9)			1	
ประวัติตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ					0.143[b]		
พบ	11 (4.3)	2 (12.5)	9 (3.7)			3.698 (0.729-18.769)	0.115
ไม่พบ	247 (95.7)	14 (87.5)	233 (96.3)			1	
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ					0.276[b]		
เคย	5 (1.9)	1 (6.3)	4 (1.7)			3.967 (0.417-37.731)	0.231
ไม่เคย	253 (98.1)	15 (93.7)	238 (98.3)			1	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์					0.570[b]		
ดื่ม	67 (26.0)	5 (31.3)	62 (25.6)			1.320 (0.441-3.948)	0.620
ไม่ดื่ม	191 (74.0)	11 (68.7)	180 (74.4)			1	
ครอบครัวมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ					0.405[b]		
มี	8 (3.1)	1 (6.3)	7 (2.9)			2.238 (0.258-19.394)	0.465
ไม่มี	250 (96.9)	15 (93.7)	235 (97.1)			1	

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ปัจจัย	รวม คน(ร้อยละ)	กลุ่มติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	กลุ่มไม่ติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	χ^2	*p*-value	cOR (95%CI)	*p*-value
ครอบครัวมีประวัติการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี					0.479[b]		
มี	10 (3.9)	1 (6.3)	9 (3.7)			1.726 (0.205-14.537)	0.616
ไม่มี	248 (96.1)	15 (93.7)	233 (96.3)			1	
มีสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งรังโรค					0.721[b]		
มี	218 (84.5)	13 (81.3)	205 (84.7)			0.782 (0.212-2.879)	0.712
ไม่มี	40 (15.5)	3 (18.7)	37 (15.3)			1	
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ				0.420	0.517[a]		
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	109 (42.2)	8 (50.0)	101 (41.7)			1.396 (0.507-3.843)	0.518
ระดับดี	149 (57.8)	8 (50.0)	141 (58.3)			1	
$\bar{X}$, S.D. (Min, Max)	18.77, 3.10 (10, 23)	18.44, 3.10 (13, 23)	18.79, 3.11 (10, 23)				
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ				12.436	0.002[a]*		
ระดับต่ำ	9 (3.5)	3 (18.8)	6 (2.5)			13.667 (2.254-82.864)	0.004*
ระดับปานกลาง	164 (63.6)	10 (62.4)	154 (63.6)			1.775 (0.475-6.629)	0.393
ระดับดี	85 (32.9)	3 (18.8)	82 (33.9)			1	
$\bar{X}$, S.D. (Min, Max)	3.38, 0.53 (2.00, 4.50)	3.07, 0.57 (2.21, 4.07)	3.40, 0.52 (2.00, 4.50)				
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง					0.497[b]		
ระดับควรปรับปรุงและระดับปานกลาง	46 (17.8)	4 (25.0)	42 (17.4)			1.587 (0.488-5.163)	0.443

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ปัจจัย	รวม คน(ร้อยละ)	กลุ่มติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	กลุ่มไม่ติดเชื้อ คน(ร้อยละ)	χ^2	*p*-value	cOR (95%CI)	*p*-value
ระดับดี	212 (82.2)	12 (75.0)	200 (82.6)			1	
$\bar{X}$, S.D.	4.13, 0.59	4.08, 0.53	4.13, 0.59				
(Min, Max)	(1.50, 5.00)	(3.08, 5.00)	(1.50, 5.00)				

หมายเหตุ: [a]: Chi-square test; [b]: Fisher's exact test; *: $p<.05$; cOR: Crude odds ratios; CI: Confidence intervals

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ในประชาชนตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 258 คน พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิดดังกล่าว จำนวน 16 คน (ร้อยละ 6.2) และในบางรายตรวจพบการติดเชื้อพยาธิตัวตืดร่วมด้วย โดยมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับการติดเชื้อ ($p<.05$)

ความชุกของติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ในการศึกษานี้ ร้อยละ 6.2 ใกล้เคียงกับข้อมูลระดับจังหวัดสกลนครที่รายงานความชุก ร้อยละ 8.29 (พบผู้ติดเชื้อ 360 คน จากการตรวจอุจจาระ 4,342 คน) จัดเป็นจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2564 (Thinkhamrop et al, 2024) ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข (2568) ที่กำหนดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ไม่เกิน ร้อยละ 1 จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ในพื้นที่ตำบลโพธิไพศาลมีความสอดคล้องกับภาพรวมของจังหวัด เนื่องจากตำบลโพธิไพศาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร เป็นพื้นที่ที่มีแหล่งน้ำธรรมชาติ (ลำน้ำ, ลำห้วย) และแหล่งน้ำที่สร้างขึ้นเป็นจำนวนมาก (องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิไพศาล, 2566) ซึ่งเอื้อต่อวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งผลการศึกษานี้ยังพบว่า ในกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้งหมด 16 คน มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 12.5) เคยมีประวัติตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมาก่อน แสดงถึงความเป็นไปได้ของการติดเชื้อซ้ำ (Reinfection) นอกจากการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับเกี่ยวข้องกับวงจรชีวิตของพยาธิในระบบนิเวศ โดยระยะเมตาเซอร์คาเรีย (Metacercariae) สามารถฝังตัวอยู่ในกล้ามเนื้อปลาน้ำจืดได้เป็นเวลานาน และยังคงมีชีวิตแม้ผ่านกระบวนการหมัก หรือปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ ซึ่งไม่สามารถทำลายตัวอ่อนได้ (Kaensa et al, 2025) อีกทั้งภายหลังการรักษา ร่างกายไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกันการติดเชื้อได้อย่างอย่างสมบูรณ์ (Non-sterilizing immunity) กล่าวคือ เมื่อมีการบริโภคปลาที่ปนเปื้อนอีกครั้ง สามารถเกิดการติดเชื้อใหม่ได้ทันที (Saengsawang et al, 2024) ซึ่งพบว่ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในชุมชน คือ ประชากรในพื้นที่ยังคงบริโภคปลาน้ำจืดปลาวงศ์ Cyprinidae (ปลาตะเพียน) ดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อทั้งหมดอยู่ในระดับไม่รุนแรง (Light) ส่งผลให้ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่ในระยะยาวจะก่อให้เกิดการอักเสบของท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่พังผืดรอบท่อน้ำดี และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด (O'Connor et al, 2025) อีกทั้งผู้ติดเชื้อยังคงสามารถขับไข่พยาธิออกสู่สิ่งแวดล้อม ส่งผลให้วงจรการแพร่เชื้อในชุมชนยังคงดำรงอยู่ แม้ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อจะไม่สูง แต่ยังคงมีนัยสำคัญต่อการวางแผนคัดกรองเชิงรุก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และการควบคุมโรคในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันผลกระทบสะสมในระยะยาวต่อสุขภาพของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข (2568) มีนโยบายให้มีการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาพยาธิใบไม้ตับมาก่อน ด้วยเหตุนี้ การควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่จำเป็นต้องดำเนินควบคู่ทั้งมาตรการคัดกรองเชิงรุก การติดตามหลังการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และนำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ได้รับการจัดให้เป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1 (Group 1 carcinogen) กล่าวคือ เป็นสารก่อมะเร็งที่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนในมนุษย์ และเป็นหนึ่งในเชื้อก่อโรคติดเชื้อเพียงไม่กี่ชนิดที่สามารถก่อมะเร็งได้โดยตรง (IARC, 1994; Bouvard et al, 2009) การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามความรุนแรง การติดเชื้อซ้ำ และระยะเวลาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อผนังท่อน้ำดีและเนื้อเยื่อตับ (Mechanical damage) และการอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammation) ท้ายที่สุดอาจพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ (ประมาณร้อยละ 5) แต่ปัจจัยร่วม เช่น การบริโภคแอลกอฮอล์ อาหารที่มีไนโตรซามีน และความไวทางพันธุกรรม อาจเพิ่มความเสี่ยงได้ (Crellen et al, 2021; O'Connor et al, 2025)

กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ($\bar{X}$ = 49.69, S.D. = 11.09, Min = 30, Max = 67) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือมากกว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา มาตชายเคน และ กรกวรรษ ดารุนิกร (2566) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา และประกอบอาชีพทำนา รวมทั้งการศึกษาของ Perakanya et al (2022) และ O'Connor et al, 2025 ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี โดยผลการศึกษาครั้งนี้ยังคงสอดคล้องกับแนวทางของ กระทรวงสาธารณสุข (2568) ที่กำหนดประชาชนในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้น ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ศึกษาสนับสนุนความจำเป็นของมาตรการคัดกรองเชิงรุกในประชากรวัยทำงานตอนปลายถึงวัยสูงอายุ เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของชุมชนเป็นสำคัญ

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 13.667, 95%CI = 2.254-82.864) โดยผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่ำ จะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติระดับสูง เนื่องจากทัศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* (Busabong et al, 2025) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.6 มีทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.8 และ 82.2 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของ จันทิมา มาตชายเคน และ กรกวรรษ ดารุนิกร (2566) พบว่า ประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับสูง แต่ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ในหลายประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 อาจเป็นผล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

มาจากการตอบแบบสอบถามที่พึงประสงค์ทางสังคม (Socially Desirable Reply: SDR) โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในทางที่เหมาะสมกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ขณะที่ทัศนคติสะท้อนความเชื่อค่านิยมภายใน อาจจะสามารถประเมินได้ใกล้เคียงความจริงมากกว่า โดยเฉพาะการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ อาทิ ปลาร้า ปลาส้ม ปลาจ่อม ที่รายงานพฤติกรรมในระดับดี ในทางกลับกันทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาส้ม ปลาจ่อม ไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความคลาดเคลื่อนระหว่างความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม ประเด็นที่ 2 อาจมองว่าโรคนี้สามารถรักษาได้ง่ายด้วยยา จึงลดความกังวลหรือไม่ตระหนักถึงความรุนแรงระยะยาว แรงจูงใจจึงยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ และประเด็นที่ 3 ความรู้ และทัศนคติไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมเสมอไป เนื่องจากมีปัจจัยภายนอกอย่างอิทธิพลของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมยังคงมีบทบาทสำคัญ อาทิ การบริโภคส้มตำใส่ปลาร้าดิบ หรือปลาร้าดิบ (น้ำพริกปลาร้าสับ หรือแจ่วบองปลาร้าดิบ) และการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบๆ สุกๆ เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้มดิบ เป็นต้น (ศุภกร แสงขาวอาทิอร, 2568) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตชุมชน โดยปลาที่นิยมบริโภคมากที่สุดในพื้นที่ ได้แก่ ปลาตะเพียนขาว และปลาสร้อยขาว ซึ่งจัดเป็นโฮสต์กึ่งกลางลำดับที่สองของพยาธิใบไม้ตับ (บุญเทียน อาสารินทร์, 2568) แม้ประชาชนส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงอยู่ในระดับดี แต่ทัศนคติที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับอิทธิพลทางวัฒนธรรมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ยังไม่ชัดเจน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการติดเชื้อได้ ผลการศึกษานี้นำเสนอให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ควบคู่กับการสื่อสารความเสี่ยงและผลกระทบระยะยาวของโรคอย่างเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนในระยะยาว

การศึกษานี้มีข้อจำกัด (Limitations) บางประการ ได้แก่ 1) การศึกษานี้จะตรวจอุจจาระจำนวน 2 สไลด์ต่อรายด้วยวิธี Kato–Katz thick smear technique แต่เป็นการเก็บตัวอย่างเพียงวันเดียว ซึ่งอาจส่งผลให้ความไวของการตรวจลดลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีระดับการติดเชื้อต่ำ และอาจทำให้ประมาณการความชุกต่ำกว่าความเป็นจริง และ 2) พฤติกรรมการบริโภคที่รายงาน อาจไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมจริง เนื่องจากเป็นการทบทวนความจำย้อนหลัง (Recall bias) การตีความคำถามที่แตกต่างกัน และอาจให้คำตอบที่สอดคล้องกับสิ่งที่สังคมคาดหวัง (SDR) มากกว่าความเป็นจริง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระดับบริการสุขภาพ รพ.สต. ในพื้นที่สามารถนำข้อมูลความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไปใช้วางแผนการตรวจคัดกรองเชิงรุก กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง และจัดระบบส่งต่อผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษาตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง การสร้างระบบติดตามอย่างต่อเนื่องในผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อ

ระดับชุมชน ข้อมูลด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ได้จากการศึกษาสามารถใช้เป็นฐานในการออกแบบโปรแกรมสุขศึกษาที่ตอบสนองต่อช่องว่างระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในชุมชน โดยเฉพาะการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

ระดับนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุสุมาลย์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สามารถนำข้อมูลความชุกในระดับตำบลไปประกอบการจัดทำแผนเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับพื้นที่ และบูรณาการเข้ากับแผนงานป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเขตบริการสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเชิงพฤติกรรม ควรมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้เพิ่มเติม แต่ควรออกแบบให้ครอบคลุมมิติทางสังคมและวัฒนธรรม อาทิ การใช้แกนนำชุมชนในการสร้างบรรทัดฐานใหม่ด้านการบริโภคอาหารปลอดภัย และการส่งเสริมทางเลือกการปรุงอาหารปลอดภัยที่ยังคงเอกลักษณ์ไว้

2. การดำเนินกิจกรรมสุขศึกษาเชิงรุกที่ออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงอย่างเฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบสืบทอดมายาวนาน เป็นต้น โดยเลือกใช้สื่อและช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กุลวดี สุวรรณไตรย์ และ เนตรนภา พนมเขตร์. (2563). *ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของชุมชนรอบหนองหาร จังหวัดสกลนคร.* สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. https://ris.snru.ac.th/research/1408

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *สรุปตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ประเด็น Area Based โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รอบที่ 2/2568*. สืบค้นจาก https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_presentation/2025-08-15-02-13-27.pdf

กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุมัทนา กลางคาร และ สมศักดิ์ ศรีภักดี. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7*(4), 87-102. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/250906

จันทิมา มาตชายเคน และ กรกวรรษ ดารุนิกร. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. จังหวัดอุบลราชธานี, 21*(2), 9-21. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/262778

จิตรานนท์ โกสีย์รัตนาภิบาล และ กิตติยา ไกรยราช. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนจังหวัดสกลนคร. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน, 8*(1), 103-119. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/275653

ชัยวัฒน์ ศรีไทย, ศรีวิภา ช่วงไชยยะ, จักรกฤษณ์ พลราชม, นพชัย ขบวนแก้ว, สันติภาพ ตุ่ยไชย, ไพชยนต์ โสดามรรค, . . . สุรศักดิ์ อูปแก้ว. (2566). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในตำบลนาขมิ้น อำเภอ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

โพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 17*(3), 171–181. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/article/view/246638

บุญเทียน อาสารินทร์. (2568). ความชุกพยาธิใบไม้ตับในปลาพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี, 3*(1), 86-97. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JODPC8/article/view/3251

ศุภกร แสงขาวอาทิอร. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 4*(1), 227–241. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/4153

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2568). *ระบบสถิติทางการทะเบียน*. สืบค้นจาก https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิไพศาล. (2566). *แผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี พ.ศ. 2566-2570.* สืบค้นจาก https://www.potipisan.go.th/?p=9044

Banales, J. M., Cardinale, V., Carpino, G., Marzioni, M., Andersen, J. B., Invernizzi, P., et al. (2016). Expert consensus document: Cholangiocarcinoma: current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology, 13*(5), 261–280. https://doi.org/10.1038/nrgastro.2016.51

Bloom, S. J. (1975). *Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain*. New York: David Mckay.

Bouvard, V., Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., et al. (2009). A review of human carcinogens--Part B: biological agents. *The Lancet. Oncology, 10*(4), 321–322. https://doi.org/10.1016/s1470-2045(09)70096-8

Buathong, S., Charoensuk, L., & Suwannahitatorn, P. (2024). The Past and Present Situation of Opisthorchis viverrini Infection in Thailand. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 68*(2), e267381. https://doi.org/10.62691/vmj.2024.267381

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

Busabong, W., Songserm, N., Woradet, S., & Sripa, B. (2025). Influence of knowledge, attitude and self-efficacy on Opisthorchis viverrini and cholangiocarcinoma prevention: A One Health approach in high-risk areas of Thailand. *Tropical medicine & international health : TM & IH, 30*(2), 99–107. https://doi.org/10.1111/tmi.14073

Crellen, T., Sithithaworn, P., Pitaksakulrat, O., Khuntikeo, N., Medley, G. F., & Hollingsworth, T. D. (2021). Towards Evidence-based Control of Opisthorchis viverrini. *Trends in parasitology, 37*(5), 370–380. https://doi.org/10.1016/j.pt.2020.12.007

Daniel, W. W., & Cross, C. L. (1999). Determination of Sample Size for Estimating Proportions. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences, 10th ed,* 189-191. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/145_stat_-_textbook.pdf

International Agency for Research on Cancer (IARC). (1994). Infection with liver flukes (Opisthorchis viverrini, Opisthorchis felineus and Clonorchis sinensis). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 61*, 121–175. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487782/

Kaensa, W., Charoensuk, L., Nakmai, C., Pinlaor, S., Suwannatrai, A. T., Laothong, U., & Prakobwong, S. (2025). Distribution of Opisthorchis viverrini metacercariae and cyprinoid fish abundance in Nong Han Wetland, Thailand. *Parasite epidemiology and control, 30*, e00447. https://doi.org/10.1016/j.parepi.2025.e00447

O'Connor, S. Y., Mationg, M. L., Kelly, M. J., Lowe, C., Williams, G. M., Clements, A. C. A., Sripa, B., Sayasone, S., Khieu, V., Wangdi, K., Stewart, D. E., Tangkawattana, S., Suwannatrai, A. T., Savathdy, V., Khieu, V., Gannon, S. N., Odermatt, P., Gordon, C. A., Wannachart, S., McManus, D. P., ... Gray, D. J. (2025). Risk factors and control of Opisthorchis viverrini in the Lower Mekong Basin: A systematic review. *PLoS neglected tropical diseases, 19*(12), e0013790. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013790

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

Perakanya, P., Ungcharoen, R., Worrabannakorn, S., Ongarj, P., Artchayasawat, A., Boonmars, T., & Boueroy, P. (2022). Prevalence and Risk Factors of Opisthorchis viverrini Infection in Sakon Nakhon Province, Thailand. *Tropical medicine and infectious disease, 7*(10), 313. https://doi.org/10.3390/tropicalmed7100313

Sadun, E. H. (1955). Studies on Opisthorchis viverrini in Thailand. *American journal of hygiene, 62*(2), 81–115. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a119772

Saengsawang, P., & Buakate, P. (2024). Re- Infection Rate of Opisthorchis Viverrini Five Years After Treatment with Praziquantel in High-Risk Area: A Community-Based Study. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 25*(8), 2679–2684. https://doi.org/10.31557/APJCP.2024.25.8.2679

Sota, P., Andityas, M., Kotepui, M., & Sripa, B. (2024). Prevalence estimates of Opisthorchis viverrini and *Clonorchis sinensis* infection in the Greater Mekong subregion: a systematic review and meta-analysis. *Infectious diseases of poverty, 13*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s40249-024-01201-8

Sripa, B., & Pairojkul, C. (2008). Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. *Current opinion in gastroenterology, 24*(3), 349–356. https://doi.org/10.1097/MOG.0b013e3282fbf9b3

Sripa, B., Suwannatrai, A. T., Sayasone, S., Do, D. T., Khieu, V., & Yang, Y. (2021). Current status of human liver fluke infections in the Greater Mekong Subregion. *Acta tropica, 224*, 106133. https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2021.106133

Thinkhamrop, K., Suwannatrai, K., Kelly, M., & Suwannatrai, A. T. (2024). Spatial analysis of cholangiocarcinoma in relation to diabetes mellitus and Opisthorchis viverrini infection in Northeast Thailand. *Scientific reports, 14*(1), 10510. https://doi.org/10.1038/s41598-024-61282-1

Wiraphongthongchai, W., Sithithaworn, P., Thinkhamrop, K., Suwannatrai, K., Kopolrat, K. Y., Worasith, C., & Suwannatrai, A. T. (2024). Epidemiology of Strongyloides stercoralis and Opisthorchis viverrini infections in northern and northeastern Thailand: Insights from urine-ELISA surveys. *Parasitology research, 123*(12), 417. https://doi.org/10.1007/s00436-024-08427-3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January- April 2026

World Health Organization. (2019). *Bench aids for the diagnosis of intestinal parasites, 2nd ed*, Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241515344

World Health Organization. (2025). *Control of Neglected Tropical Diseases: Opisthorchiasis.* Retrieved from https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/foodborne-trematode-infections/recommendations-for-community-diagnosis

ติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
187 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 0 4510 270-74 ต่อ 251
โทรศัพท์มือถือ 094 520 9823, 086 405 4053
E-mail : tjphe_editor@scphub.ac.th, satayu@scphub.ac.th
https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/index

