วารสาร
สาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Vol.6 No.2 May-August 2026
ISSN 2985-251X (Online)



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) กระบวนการพิจารณบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน แบบ Double-Blind Review ซึ่งวารสารถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 2 (TCI 2) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 นั้น

การเผยแพร่ผลงานผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษานั้น ปีนี้วารสารเข้าสู่ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569 มีการเผยแพร่บทความวิจัยจำนวนทั้งหมด 15 บทความ จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
1.	**นวัตกรรมมือจับสมุนไพรเพื่อการจัดการภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรัง** **Herbal Hand Grip Innovation for the Management of Chronic Hand Contractures** รัชฎาพร พิสัยพันธุ์, นันทิกา มุมา, มาริสา พันธ์พิพัฒน์ และ ภักศจีภรณ์ ขันทอง Ratchadaphorn Pisaipan, Nunthika Muma, Marisa Panpipat and Phaksachiphon Khanthong	e280691
2.	**การศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาทุกสังกัด ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ** **The study of the Intelligence Quotient levels situation of kindergarten 3 in schools under all affiliations in Si Sa Ket Province** ทนง วีระแสงพงษ์, ปิยะพร มงคลศิริ และ ศิรินภา หมายสุข Thanong Veerasaengpong, Piyaporn Mongkolsiri and Sirinapa Mysook	e281221
3.	**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่** **Factors Associated with Access to Health Services in Subdistrict Health Promoting Hospitals among the Elderly in San Kamphaeng District, Chiang Mai Province** ชวลิตร สุขผดุง และ ฐาวรี ขันสำโรง Chouwalit Sugpadung and Thawari Khansamrong	e280730
4.	**ผลของการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญาต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต** **The Effects of Preparatory Simulation Base Learning Integrated with Contemplative Education on Knowledge and Perceived Self-Efficacy in Critical Care Nursing Practice Among Nursing Students** อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง และ นิสากร จันทวี Arunrat Yotinwattanabumrung and Nisakhon Jantawee	e279062
5.	**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี** **Factors Affecting Oral Health Care Behaviors of Grade 6 Students in Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province** กิตติยา ศรีมาฤทธิ์, ยุวธิดากร ศิริวาลย์, ศักดิ์นรินทร์ ประสาร และวันเพ็ญ สมหอม Kittiya srimarit, Yuwatidagorn Siriwan, Saknarin Prasarn andWanpen Somhom	e282396

เรื่องที่	*บทความวิจัย*	*หน้า*
6.	**ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** **The Effects of Rational Emotive Behavior Therapy Program On Resilience of Major Depressive Disorder** วิลาวัณย์ สายสุวรรณ, สุทธามาศ อนุธาตุ, อายุพร กัยวิกัยโกศล และ ชื่นมนัส จาดยางโทน Wirawan Saisuwan, Suthtamad Anutat, Aryuporn Kaiwikaikosol and Cheunmanus Jadyangtone	e280975
7.	**ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี** **A Study of Cardiovascular Disease Health Literacy and the Need to Promote Health Literacy Among Village Health Volunteers in Mueang District, Ubon Ratchathani Province** อรทัย พรมแก้ว, รัตนาภรณ์ จันทรา และ กฤตย์นัย ธารารัตนสุวรรณ Orathai Promkaew, Ratanaporn Jantra and Klitanai Tararatanasuwun	e279339
8.	**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี** **Factors Associated with Health-Promoting Behaviors among Dependent Older Adults in Mueang Si Khai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province** กอบแก้ว ติดใจดี, อัญชนา ไกยสิทธิ์ และ อนุสรณ์ บุญทรง Kobkaew Tidjaidee, Auchana Kaiyasit and Anusorn Boonsong	e282657
9.	**การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์กับอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ กรณีศึกษา กลุ่มอาชีพทอผ้าไหม อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์** **Study of Ergonomic Risk Factors and Work-Related Musculoskeletal Discomfort Among Informal Workers : A Case Study of Silk Weaving Occupation in Khwao Sinarin District, Surin Province** พจนีย์ พุฒนา, อรอุมา ปราชญ์ปรีชา, ทศพล ปราชญ์ปรีชา, แสงเดือน แพงภูงา และ รินทร์ลิดา มนตรีอุดมเวทย์ Potjanee Putna, Onuma Pratpricha, Thotsaphon Pratpricha, Saengduean Phangphunga and Rinlida Montriudomwet	e280996

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
10.	**การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ** **A Comparison of local and spinal block for elective inguinal hernia repair at 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital: Retrospective Cohort Study** สุรพงษ์ สุนทรา Surapong Suntara	e279743
11.	**ผลของรูปแบบการนิเทศงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี** **The Effects of the Participatory Supervision Model for the District Health Coordinating Committee (DHCC) Jointly Implemented by the Chanthaburi Provincial Public Health Office and Chanthaburi Provincial Administrative Organization Agencies** นายแพทย์วรา เศลวัตนะกุล และ บัญชา พร้อมดิษฐ์ Vara Selawattanakul and Bancha Promdit	e281202
12.	**ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน** **Prevalence and Associated Factors of Fall Risk among Community-dwelling Older Adults** พรรภษา กูนแสง , สุภัสสรา ดวงตา, นายณัฐพล ไวกล้า และ อรัญญา นามวงศ์ Panpasa Goonsang, Supatsara Duangta, Nattaphon waikla and Arunya Namwong	e280075
13.	**อัตรารอดชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2562-2568** **Survival Rate of Functionally Dependent Older Populations in Pho Sai District, Ubon Ratchathani Province 2019-2025** สุวรรณา เชื้อตาอ่อน, สุพจน์ คำสะอาด, กชกร ทิพย์สันเทียะ, กชมนณกร จำปาเงิน, อภิรดี แซ่ลิ่ม และ **Haris Khurram** Suwanna Chueathaon, Supot Kamsa-ard, Kodchakorn Thipsanthaih, Kodchamonnakorn Champangoen, Apiradee Sae Lim and Haris Khurram	e281216

เรื่องที่	*บทความวิจัย*	*หน้า*
14.	**ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดสระบุรี** **Effect of a Self-modification Program on Pesticide Protection Behaviors among Farmers in Saraburi Province** อณัญลักษณ์ วงษ์เป็ง, วิชุดา ศรีวงษ์กลาง, เบญจรัตน์ ศรีเมือง, ณัฐปาณี ศรีบุริน, อาภัสรา ทองดีนอก และ ศิริลักษณ์ เทียนขาว Ananyaluk Wongpeng, Wichuda Sriwongklang, Benjarat Srimueng, Natthapani Sriburin, Arpatsara Thongdeenok and Siriluk Tienkaow	e280084
15.	**อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568** **Survival Rate of End-Stage Renal Disease in Muangsamsip Hospital, Ubon Ratchathani Province, 2018–2025** ณัฐญา วิเศษรอด, สุพจน์ คำสะอาด, กชกร ทิพย์สันเทียะ, กชมนณกร จำปาเงิน, อภิรดี แซ่ลิ่ม และ Haris Khurram Nuttaya Wisetrod, Supot Kamsa-ard, Kodchakorn Thipsanthiah, Kodchamonakorn Champangoen, Apiradee Sae Lim and Haris Khurram	e281219

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

นวัตกรรมมือจับสมุนไพรเพื่อการจัดการภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรัง

รัชฎาพร พิสัยพันธุ์, นันทิกา มุมา, มาริสา พันธ์พิพัฒน์, ภักศจีภรณ์ ขันทอง*
คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
(วันที่รับบทความ: 1 มีนาคม 2569; วันที่แก้ไข: 19 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 23 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมป้องกันภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังในผู้พิการ ระยะเวลาดำเนินงานตั้งแต่เดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2568 แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจปัญหาและข้อมูลเบื้องต้น 2) ออกแบบนวัตกรรม 3) ประเมินนวัตกรรมต้นแบบ 4) ปรับปรุงนวัตกรรม และ 5) ประเมินความเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จำนวน 10 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของนวัตกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความสอดคล้องทุกข้อมีค่า IOC ≥ 0.67 และค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ต้นแบบนวัตกรรมมือจับสมุนไพรเพื่อจัดการภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากทุกด้าน ยกเว้นความทนทานที่อยู่ในระดับปานกลาง หลังจากปรับปรุงนวัตกรรมแล้ว พบว่ามี 4 ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ การเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย ความปลอดภัย การแก้ปัญหาตรงความต้องการ และความสามารถใช้งานได้จริง ส่วนความทนทานยังคงอยู่ระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับต้นแบบก่อนปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้าน ได้แก่ การเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย (p=0.021) การแก้ปัญหาตรงความต้องการ (p=0.020) ความสามารถใช้งานได้จริง (p=0.010) การลดภาระผู้ดูแล (p=0.034) และความพึงพอใจโดยรวม (p=0.008) สรุปได้ว่านวัตกรรมมือจับสมุนไพรสามารถประยุกต์ใช้ในผู้พิการที่มีปัญหามือจิกเกร็งเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังช่วยลดภาระในการดูแลความสะอาดของมือและเล็บผู้พิการด้วย

คำสำคัญ: นวัตกรรมสุขภาพ, ผู้พิการ, สมุนไพร, ภาวะมือจิกเกร็ง

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ภักศจีภรณ์ ขันทอง; phaksachiphonk@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

Herbal Hand Grip Innovation for the Management of Chronic Hand Contractures

Ratchadaphorn Pisaipan, Nunthika Muma, Marisa Panpipat, Phaksachiphon Khanthong*
Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubon Ratchathani Rajabhat University

(Received: 1 March 2026; Revised: 19 June 2026; Accepted: 23 June 2026)

Abstract

This developmental research aimed to develop and evaluate the appropriateness of an innovation for preventing chronic hand contractures in persons with disabilities. The study was conducted from June to December 2025 in five phases: 1) problem survey, 2) innovation design, 3) prototype evaluation, 4) innovation improvement, and 5) appropriateness assessment. The sample consisted of 10 staff members from the Ubon Hug Paeng Home for Persons with Disabilities and Development, Ubon Ratchathani Province, selected through purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. The research instruments consisted of a questionnaire assessing the feasibility and appropriateness of the innovation, which was validated for content validity by experts, yielding an Item-Objective Congruence (IOC) index ≥ 0.67, and the reliability showed a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Descriptive statistical data analysis included frequency, mean, percentage, and standard deviation, and the Wilcoxon Signed-Rank Test statistic. The statistical significance level was set at 0.05.

The findings revealed that the prototype herbal hand grip innovation for managing chronic hand contractures resulted in high satisfaction levels among the sample group across all aspects, except for durability, which was rated at a moderate level. After the innovation improvement, four aspects achieved the highest satisfaction levels: ease of learning to use, safety, problem-solving aligned with needs, and practical usability. Durability remained at a moderate level. When compared to the pre-improvement prototype, the sample group showed statistically significant increases in satisfaction across five aspects: ease of learning to use (p=0.021), problem-solving aligned with needs (p=0.020), practical usability (p=0.010), reduction of caregiver burden (p=0.034), and overall satisfaction (p=0.008). In conclusion, the herbal hand grip innovation effectively addresses chronic hand contractures in persons with disabilities while reducing hand and nail hygiene maintenance burden.

Keywords: Health innovation, Disable people, Herb, Hand spasticity

***Corresponding author**: Phaksachiphon Khanthong; phaksachiphonk@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

บทนำ

จากข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่ามีจำนวนและร้อยละของผู้พิการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 พบว่ามีผู้พิการจำนวน 2,261,154 คน ร้อยละ 3.42 ของประชากรในประเทศไทย โดยมากกว่าครึ่งเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2568) เช่นเดียวกับสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้พิการส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว หนึ่งในปัญหาสำคัญที่พบคือ ภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรัง (Chronic hand spasticity) ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการรักษาความสะอาด เช่น การล้างมือ การตัดเล็บ และการจัดการสิ่งของต่าง ๆ ที่ต้องอาศัยการดูแลจากเจ้าหน้าที่

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านกำลังคนและทรัพยากรในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง ทำให้การดูแลผู้พิการแต่ละรายอย่างครบถ้วนเป็นไปได้ยาก การจัดให้ผู้พิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีมาช่วยดูแลผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดภาระของเจ้าหน้าที่ต่อผู้พิการที่ติดเตียงหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่กระนั้น ผู้พิการบางรายยังไม่ได้รับการฟื้นฟูที่ครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะในเรื่องการใช้งานมือ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ง่าย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา ด้านสังคม และการฝึกอาชีพ (นคร จันทราช และคณะ, 2568) การพัฒนานวัตกรรมสำหรับผู้พิการจึงควรบูรณาการความรู้ในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านการแพทย์เชิงฟื้นฟูที่ตอบสนองต่อความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นปัญหาหลักของผู้พิการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง

งานวิจัยก่อนหน้านี้ยังชี้ให้เห็นว่า นวัตกรรมที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้พิการ ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ช่วยเหลือหรือเทคโนโลยี สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความจำกัดในการเคลื่อนไหวได้อย่างชัดเจน (ธนวิชญ์ กิจเดช และคณะ, 2567) ในประเทศไทยมีอุปกรณ์ช่วยป้องกันภาวะมือเกร็งหลายประเภทที่ได้รับการพัฒนาขึ้น เช่น อุปกรณ์ดามสำหรับผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Dorsal hand splint, Conical/Roll hand splint, Anti-spastic/Stretching splint และ Soft splint (พนินทร กองเกตุใหญ่ และคณะ, 2563) รวมถึง Happy CP Gloves ซึ่งออกแบบมาสำหรับเด็กพิการทางสมองและผู้สูงอายุ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2567) อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์เหล่านี้ล้วนได้รับการออกแบบมาสำหรับกลุ่มที่มีภาวะเกร็งในระยะเริ่มต้นหรือระยะกลาง ซึ่งยังคงมีรูปมือที่ใกล้เคียงปกติเพียงพอต่อการสวมใส่อุปกรณ์ได้ อุปกรณ์ดามต่าง ๆ จึงไม่สามารถนำมาใช้กับผู้พิการที่มีภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังซึ่งเกิดการผิดรูปอย่างถาวรและชัดเจนจนไม่อาจสวมอุปกรณ์ดามได้ ในขณะที่ Happy CP Gloves แม้จะมีความยืดหยุ่นในการใช้งานมากกว่า แต่ได้รับการออกแบบมาสำหรับเด็กสมองพิการและผู้สูงอายุ มิได้คำนึงถึงลักษณะเฉพาะของการผิดรูปในกลุ่มผู้พิการที่มีภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการพัฒนานวัตกรรมหรืออุปกรณ์ใดที่ออกแบบขึ้นเพื่อรองรับกลุ่มผู้พิการที่มีภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังอย่างเฉพาะเจาะจง การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองต่อลักษณะทางกายภาพและความต้องการในการใช้งานจริงของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวโดยตรง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการนำน้ำมันหอมระเหยไปใช้ในนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะมือจิกเกร็งหรือการป้องกันมือผิดรูป ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้มีการประยุกต์นำน้ำมันหอมระเหยมาช่วยในการผ่อนคลายร่วมกับการใช้งานหลักของอุปกรณ์ โดยที่น้ำมันหอมระเหยถูกนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพหลายรูปแบบ เช่น การสูดดม การหยด หรือนำไปเป็นส่วนผสมของผลิตภัณฑ์ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสูดดมน้ำมันหอม ระเหย คาร์โมไมล์หรือลาเวนเดอร์จำนวน 3 หยดก่อนนอนเป็นเวลา 30 วัน ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในผู้สูงอายุ (Ebrahimi et al., 2022) นอกจากนี้ ยังพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำมันหอมระเหยในการลดการเกร็งในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน (de Lima et al., 2025) โรคสมองพิการ (Hajihoseini et al., 2023) และโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Jivad et al., 2023) รวมทั้งผลการคลายกล้ามเนื้อในสัตว์ทดลอง (Mishra et al., 2025) ซึ่งการใช้น้ำมันหอมระเหยเป็นแนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติของสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (ณัฐรดา บุรุษเลี่ยม, 2568)

การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์ฟื้นฟูและสถาบันอุดมศึกษาช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ผ่านการนำองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในการจัดการดูแลและการฟื้นฟู (ธันยวัฒน์ รัตนสัค, 2567) คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จึงได้ลงพื้นที่ร่วมกับสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี ภายใต้กรอบโครงการวิศวกรสังคม เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้พิการในบริบทจริง จากการลงพื้นที่ดังกล่าว พบว่าผู้พิการที่มีภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังยังขาดนวัตกรรมหรืออุปกรณ์ที่ตอบสนองต่อการใช้งานได้อย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมโดยบูรณาการองค์ความรู้ทางด้านการฟื้นฟูและแพทย์แผนไทย ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในฐานะนวัตกรเพื่อชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทจริงของกลุ่มเป้าหมาย

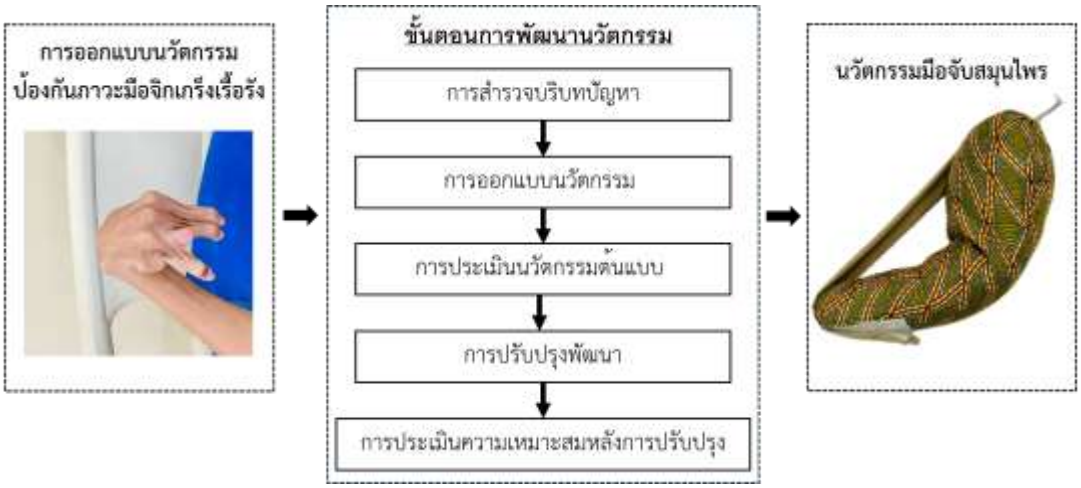
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมมือจับสมุนไพรสำหรับการจัดการภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังในผู้พิการโดยการบูรณาการองค์ความรู้ด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ฟื้นฟู
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้งานของนวัตกรรมโดยผู้ดูแลผู้พิการ ก่อนและหลังการปรับปรุงนวัตกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนานวัตกรรมเริ่มจากปัญหาเรื่องมือจิกเกร็งเรื้อรังของผู้พิการโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Borg & Gall (1989) ด้วยการรวมบางขั้นตอนให้เหมาะสมกับขอบเขตการศึกษา จำนวน 5 ระยะ ได้แก่ การสำรวจบริบทปัญหา การออกแบบนวัตกรรม การประเมินนวัตกรรมต้นแบบ การปรับปรุงพัฒนานวัตกรรม และการประเมินความเหมาะสมหลังการปรับปรุงนวัตกรรม ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยภาพที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยที่มุ่งพัฒนาและทดสอบผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ โดยปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับขอบเขตการศึกษา ดำเนินการเป็น 5 ระยะ (Borg & Gall, 1989) ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจบริบทปัญหา ดำเนินการลงพื้นที่ ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสำรวจปัญหาและบริบทในพื้นที่ด้วยกระบวนการวิศวกรสังคมร่วมกับนักศึกษาในคณะ และสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มอาสาสมัคร

ระยะที่ 2 การออกแบบนวัตกรรม นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นฐานในการออกแบบนวัตกรรมต้นแบบ โดยนักศึกษาเป็นผู้พัฒนานวัตกรรมต้นแบบจากปัญหาที่พบ

ระยะที่ 3 การประเมินนวัตกรรมต้นแบบ นำต้นแบบนวัตกรรมไปให้ผู้พิการทดลองใช้ และประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้พิการด้วยแบบประเมินร่างนวัตกรรมป้องกันมือจิกเกร็ง จำนวน 12 ข้อ จากการพัฒนาของนักวิจัย โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน (นักกายภาพบำบัด) เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงวิพากษ์เพื่อปรับปรุงชิ้นงาน

ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนานวัตกรรม นำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิและผลการประเมินจากการทดลองใช้ในพื้นที่ระยะที่ 3 มาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไขนวัตกรรม จากนั้นให้ผู้ดูแลผู้พิการประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมที่ปรับปรุงแล้วด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 9 ข้อ

ระยะที่ 5 นำผลการประเมินและข้อเสนอแนะที่ได้จากระยะที่ 4 มาปรับปรุงนวัตกรรมเป็นรอบสุดท้าย จากนั้นประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมอีกครั้งด้วยแบบประเมินชุดเดิม เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินระหว่างระยะที่ 4 และระยะที่ 5

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ประชากร ผู้วิจัยเลือกใช้ผู้ดูแลผู้พิการเป็นผู้ประเมิน เนื่องจากผู้พิการส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ดังนั้น ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการจึงสามารถประเมินการใช้งานนวัตกรรมได้อย่างเหมาะสม บุคลากรประจำที่ปฏิบัติงานดูแลผู้พิการ ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นบุคลากรจากสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี
2) เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
3) อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่ยินดีให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามในการสร้างนวัตกรรมป้องกันมือจิกเกร็งเรื้อรัง คือ บุคลากรประจำที่ปฏิบัติงานดูแลผู้พิการ ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรทั้งหมด จำนวน 12 คน มีผู้ผ่านเกณฑ์และเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 10 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจำนวน 2 ฉบับ โดยฉบับแรกเป็นแบบประเมินนวัตกรรมต้นแบบจำนวน 12 ข้อ และอีกฉบับเป็นแบบประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมจำนวน 9 ข้อ โดยนักวิจัยแบบเลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลตามอันตรภาคชั้นด้วยสูตร: ระยะช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนระดับ แทนค่าได้ (5 - 1) / 5 = 0.80 แปลผลคะแนน ดังนี้

4.21 - 5.00	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
3.41 - 4.20	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
2.61 - 3.40	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
1.81 - 2.60	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
1.00 - 1.80	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพ 2 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อมีค่า IOC ≥ 0.67 และค่าเฉลี่ยรวม 0.91 และ (2) ความเชื่อมั่น ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

(Cronbach's Alpha) โดยการทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลผู้พิการที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า 0.85 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง เหมาะสมต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการผ่านแบบประเมินนวัตกรรมทั้ง 5 ระยะ โดยในระยะที่มีการประเมิน ผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบประเมินให้แก่อาสาสมัคร และให้อาสาสมัครประเมินด้วยตนเองทันทีหลังจากนำนวัตกรรมไปทดลองใช้กับผู้พิการ โดยผู้ประเมินซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้พิการโดยตรงเป็นผู้ดำเนินการประเมินนวัตกรรม

ระยะที่ 1 การสำรวจบริบทปัญหา

การวิจัยในระยะแรกเป็นการลงพื้นที่ ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสำรวจปัญหาและบริบทในพื้นที่กับกลุ่มอาสาสมัครที่ดูแลผู้พิการ

ระยะที่ 2 การออกแบบนวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรมต้นแบบโดยบูรณาการข้อมูลปัญหา ข้อเสนอแนะ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การประเมินนวัตกรรมต้นแบบ

นำต้นแบบนวัตกรรมไปทดลองใช้กับผู้พิการ และให้อาสาสมัครผู้ดูแลประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งานนวัตกรรมต้นแบบ

ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนานวัตกรรม

นำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิและผลการประเมินจากอาสาสมัครแล้วนำไปปรับปรุงนวัตกรรมอีกครั้ง

ระยะที่ 5 การประเมินความเหมาะสมหลังการปรับปรุงนวัตกรรม

นำนวัตกรรมไปทดลองใช้และประเมินความเหมาะสมโดยเปรียบเทียบผลก่อน-หลังการปรับปรุงนวัตกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม jamovi 2.6.44 (Open Source) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ในการคำนวณเปรียบเทียบผลการประเมินนวัตกรรมก่อนและหลังการปรับปรุงจากผู้ดูแลผู้พิการ ซึ่งเป็นสถิติไม่อิงพารามิเตอร์ (Non-parametric Test) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (n = 10) ด้วยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่รับรอง HE681009 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ช่วงระยะเวลาที่รับรอง 30 พฤษภาคม 2568 – 30 พฤษภาคม 2569

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

โดยอาสาสมัครจะได้รับการชี้แจงและลงนามยินยอมในเอกสารยินยอมอาสาสมัครก่อนดำเนินการวิจัย และรายงานผลในภาพรวมเท่านั้นไม่สามารถระบุบุคคลได้

ผลการวิจัย

ในการศึกษาเพื่อพัฒนานวัตกรรมป้องกันภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังจำนวน 5 ระยะ มีผลการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจบริบทปัญหา

ผู้วิจัยได้พัฒนานวัตกรรมแก้ไขปัญหามือจิกเกร็งเรื้อรังในผู้พิการ โดยศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลจำนวน 10 คน (ตารางที่ 1) ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ภาวะมือจิกเกร็งเกิดขึ้นในผู้พิการทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มติดเตียงและกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ รวมถึงผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งภาวะนี้สร้างภาระแก่ผู้ดูแลอย่างมาก โดยเฉพาะความยากลำบากในการสุขอนามัย เช่น การตัดเล็บ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร (n = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	50.00
หญิง	5	50.00
อายุ		
18 – 30 ปี	4	40.00
31 – 50 ปี	5	50.00
≥51 ปี	1	10.00
Mean = 33.10, S.D. = 7.32		
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	50.00
ปริญญาตรี	4	40.00
สูงกว่าปริญญาตรี	1	10.00
ตำแหน่ง		
ผู้ช่วย	3	30.00
นักสังคมสงเคราะห์	2	20.00
นักพัฒนาสังคม	2	20.00
พยาบาลวิชาชีพ	1	10.00
นักสันทนาการ	1	10.00
เจ้าพนักงานพัฒนาศักยภาพ	1	10.00

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ระยะที่ 2 การออกแบบนวัตกรรม

จากการประชุม Focus group ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและอาสาสมัครที่ดูแลผู้พิการมีข้อเสนอให้พัฒนานวัตกรรมสำหรับการป้องกันมือจิกเกร็งเรื้อรัง ทำให้ได้ร่างนวัตกรรมต้นแบบจำนวน 3 ชิ้น โดยมีข้อเสนอจากการทดลองใช้งาน ดังนี้

นวัตกรรมชิ้นที่ 1 เป็นถุงมือที่มีนุ่นบรรจุอยู่ด้านในแล้วใช้กระดุมแม่เหล็กติดตรงปลายนิ้วแล้วให้ส่วนปลาย นิ้วชี้ติดกับปลายนิ้วกลาง และปลายนิ้วนางติดกับปลายนิ้วก้อย และใช้น้ำมันหอมระเหยใส่ตรงส่วนของนิ้วมือ (ภาพที่ 2ก) เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้พิการพบว่าผู้พิการชอบกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่ใส่ตรงนิ้วมือแต่ขนาดของนิ้วมือในถุงมือนั้นใหญ่เกินไปใส่แล้วทำให้เจ็บนิ้วเนื่องจากผู้พิการบางรายมีปัญหาข้อนิ้วผิดรูปร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องปรับรูปแบบใหม่

นวัตกรรมชิ้นที่ 2 ออกแบบให้ถุงมือมีช่องตรงกลางเพื่อสอดนิ้วมือเข้าไป โดยมีไม้วางสอดด้านในแต่ละนิ้วเพื่อดามไว้ไม่ให้นิ้วจิกเกร็ง (ภาพที่ 2ข) พบว่าไม่สามารถใส่นิ้วของผู้พิการเข้าไปได้เนื่องจากภาวะของการผิดรูปนิ้วมือในระยะยาวทำให้นิ้วมีปัญหาของการผิดรูปจนไม่สามารถเหยียดออกได้เหมือนกับผู้ป่วยในระยะแรก ดังนั้นจึงไม่สามารถนำไปพัฒนา

นวัตกรรมชิ้นที่ 3 ได้ออกแบบให้เป็นห่วงสำหรับใส่ลงไปแต่ละนิ้วที่บริเวณปลายนิ้วแล้วเย็บติดกับแถบที่เชื่อมกับข้อมือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดึงให้นิ้วแต่ละนิ้วกางออก (ภาพที่ 2ค) พบปัญหาที่คล้ายคลึงกันคือไม่สามารถใส่นิ้วเข้าไปในห่วงผ้าได้เนื่องจากภาวะนิ้วผิดรูปรุนแรงและมีภาวะจิกเกร็งจึงไม่สามารถพัฒนาชิ้นงานนี้ได้เช่นกัน



2ก **2ข** 2ค

ภาพที่ 2 นวัตกรรมต้นแบบ 3 ชิ้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ระยะที่ 3 การประเมินนวัตกรรมต้นแบบ

จากผลการนำต้นแบบนวัตกรรมไปทดลองใช้จึงได้ข้อสรุปในการนำนวัตกรรมในภาพที่ 2ก เป็นต้นแบบในการประเมินความเป็นไปได้ของนวัตกรรมและเพื่อการนำไปปรับปรุงต่อยอดชิ้นงาน โดยมีผลการประเมินร่างต้นแบบนวัตกรรมแสดงในตารางที่ 2 ที่ประเมินจากผู้ดูแลผู้พิการ พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการมีความพึงพอใจมากที่สุดทุกหัวข้อโดยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.60 ถึง 4.20 คะแนน ยกเว้นด้านความทนทานที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3.40±0.52 คะแนน)

ตารางที่ 2 การประเมินร่างนวัตกรรมป้องกันมือจิกเกร็ง (N = 10)

รายการประเมิน	mean±SD	ระดับความพึงพอใจ
เป็นประโยชน์ต่อผู้มีภาวะทุพพลภาพ	4.20±0.42	พึงพอใจมาก
ความปลอดภัย	4.20±1.23	พึงพอใจมาก
ความสามารถในการใช้งาน	4.00±0.67	พึงพอใจมาก
สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการ	4.00±0.00	พึงพอใจมาก
ชิ้นงานมีจุดเด่น น่าสนใจ	4.00±0.00	พึงพอใจมาก
ลดภาระการดูแลของพี่เลี้ยง	4.00±0.67	พึงพอใจมาก
ความยากง่ายของการใช้งาน	4.00±0.67	พึงพอใจมาก
ความสวยงาม	3.80±0.79	พึงพอใจมาก
วัสดุที่ใช้	3.60±0.52	พึงพอใจมาก
มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	3.60±0.52	พึงพอใจมาก
ความแปลกใหม่ ทันสมัย	3.60±0.52	พึงพอใจมาก
ความทนทาน	3.40±0.52	พึงพอใจปานกลาง

ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนานวัตกรรม

หลังจากคณะผู้วิจัยได้นำปัญหาและข้อเสนอแนะจากการนำไปทดลองใช้จริงในผู้ที่มีปัญหามือจิกเกร็งเรื้อรัง จึงได้ร่วมกันออกแบบใหม่โดยแก้ปัญหาเรื่องของชิ้นงานที่ไม่สามารถแทรกไปแต่ละนิ้วได้เนื่องจากการผิดรูปที่นิ้วมือ แต่ยังคงแนวทางในการออกแบบให้สามารถใส่น้ำมันหอมระเหยลงไปในชิ้นงานได้โดยใช้ลูกบอลวงรีและใส่นุ่นเข้าไปด้านในแล้วหุ้มด้วยผ้าถุง ดังแสดงในภาพที่ 3 โดยมีข้อเสนอแนะที่สำคัญจากผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ควรใช้วัสดุที่คงทน ปรับการออกแบบให้ไม่บาดมือผู้ใช้และปรับระดับความยาวของสายรัดได้ และเพิ่มความยาวของแท่งซับน้ำมันหอมระเหยเพื่อให้สามารถใช้งานได้ทั้ง 2 ด้านตามภาวะการจิกเกร็งของผู้พิการแต่ละคน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026



ภาพที่ 3 การทดลองใช้นวัตกรรมมือจับสมุนไพร

ระยะที่ 5 การประเมินความเหมาะสมหลังการปรับปรุงนวัตกรรม

ในระยะนี้คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่และนำชิ้นงานนวัตกรรมมือจับสมุนไพรไปทดลองใช้อีกครั้ง ภายหลังการส่งมอบนวัตกรรม 1 เดือน ซึ่งผลการประเมินในตารางที่ 3 เป็นข้อมูลผลการประเมิน ‘ก่อน’ (ผลการทดลองใช้ในระยะที่ 4) และ ‘หลัง’ (ผลการทดลองใช้ในระยะที่ 5) โดยหัวข้อที่มีผลการประเมินความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย (p=0.021) แก้ปัญหาได้ตรงความต้องการ (p=0.020) ใช้งานได้จริง (p=0.010) ช่วยลดภาระผู้ดูแล (p=0.034) และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อการใช้งานโดยรวม (p=0.008)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมก่อน-หลังการปรับปรุงโดยผู้ดูแลผู้พิการ (N = 10)

รายการประเมิน	ก่อน mean±SD	การแปลผล	หลัง mean±SD	การแปลผล	Z	p
ใช้งานได้จริง	3.10±0.74	พึงพอใจปานกลาง	4.40±0.52	พึงพอใจมากที่สุด	-2.56	0.010*
แก้ปัญหาตรงความต้องการ	3.70±0.48	พึงพอใจมาก	4.40±0.52	พึงพอใจมากที่สุด	-2.33	0.020*
เรียนรู้การใช้งานได้ง่าย	3.30±0.48	พึงพอใจปานกลาง	4.40±0.97	พึงพอใจมากที่สุด	-2.30	0.021*
ลดภาระผู้ดูแล	3.40±0.70	พึงพอใจปานกลาง	4.00±0.00	พึงพอใจมาก	-2.12	0.034*
มีความปลอดภัย	3.70±0.82	พึงพอใจมาก	4.40±0.97	พึงพอใจมากที่สุด	-1.44	0.149
มีความแข็งแรง	3.70±0.67	พึงพอใจมาก	4.00±0.00	พึงพอใจมาก	-1.34	0.180
มีความสะดวก	3.50±1.08	พึงพอใจมาก	4.10±0.88	พึงพอใจมาก	-1.16	0.244
มีความทนทาน	3.10±0.57	พึงพอใจปานกลาง	3.00±0.00	พึงพอใจปานกลาง	-0.57	0.564
พึงพอใจต่อการใช้งานโดยรวม	3.50±0.53	พึงพอใจมาก	4.20±0.63	พึงพอใจมาก	-2.64	0.008*

*p-value < 0.05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ภาพที่ 4 คือนวัตกรรมมือจับสมุนไพรที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะภายหลังจากการนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 4 โดยใช้น้ำมันหอมระเหยตะไคร้ เนื่องจากสรรพคุณของการยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ได้หลากหลายชนิด เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา (Mukarram et al., 2021) โดยมีขั้นตอนในการผลิตจากการเย็บผ้าถุงเป็นทรงยาวหุ้มลูกบอลบีบมือรูปร่างวงรีแล้วส่วนปลายใส่นุ่นไว้ด้านในเพื่อใช้หยดน้ำมันหอมระเหยและปลายสุดใส่เชือกร้อยไว้เพื่อทำหูรูดในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนนุ่นด้านใน และเย็บติดด้วยเวลโครตามภาพที่ 4



ภาพที่ 4 นวัตกรรมมือจับสมุนไพร

อภิปรายผล

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมในการป้องกันภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังในผู้พิการ ผลการศึกษาพบว่า นวัตกรรมมือจับสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังในผู้พิการ ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้รับการประเมินความพึงพอใจในระดับสูงสุด 4 ด้าน ได้แก่ ความง่ายต่อการเรียนรู้การใช้งาน ความปลอดภัย การตอบสนองต่อความต้องการ และความสามารถในการใช้งานได้จริง นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับต้นแบบก่อนปรับปรุง พบว่าผู้ดูแลผู้พิการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 ด้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนานวัตกรรมที่ตอบโจทย์ผู้ใช้งานจริง

1) การพัฒนานวัตกรรมมือจับสมุนไพร

จุดเด่นที่สำคัญของนวัตกรรมมือจับสมุนไพรคือความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้กับผู้พิการที่มีภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรัง เนื่องจากอุปกรณ์ดามมือหรือข้อมือส่วนใหญ่ที่มีอยู่ในปัจจุบันได้รับการออกแบบสำหรับการป้องกันภาวะนิ้วมือผิดรูปในระยะเริ่มต้น จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้พิการที่มีภาวะเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ นวัตกรรมมือจับสมุนไพรจึงตอบสนองความต้องการดังกล่าวและช่วยแก้ปัญหาความยากลำบากในการดูแลสุขอนามัยของมือ เช่น การทำความสะอาดและการตัดเล็บ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้พิการที่มีภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรัง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรมที่ช่วยลดการจิกเกร็งของมือ ได้แก่ ความสะดวกสบายในการใช้งาน การใช้งานง่าย และระยะเวลาในการสวมใส่ (Yang et al., 2021; Ledoux & Kumar, 2023) นวัตกรรมส่วนใหญ่มักใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อรองรับการจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ เช่น AirExGlove (Stilli et al., 2018) และ dynamic hand splint (Huang et al., 2021) นวัตกรรมมือจับสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นนี้ มุ่งเน้นการใช้วัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นร่วมกับกระบวนการผลิตที่ไม่ซับซ้อน แต่คงไว้ซึ่งประโยชน์ในการใช้งาน นอกจากนี้ ยังมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการแพทย์แผนไทยผ่านการบูรณาการผ่านน้ำมันหอมระเหยจากตะไคร้ (*Cymbopogon citratus*) ตามหลักการแพทย์แผนไทยที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางใจและลดการสะสมของเชื้อจุลชีพจากการใช้งานร่วมกัน (ฟีรดาว เฮ็งตา และคณะ, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา แสงงาม (2024) ที่ระบุว่าตะไคร้เป็นสมุนไพรหนึ่งในส่วนผสมของกระบวนการเผายา โดยน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับจากกระบวนการดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ความเหมาะสมและประสิทธิผลของนวัตกรรม

ผลการประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมพบว่า นวัตกรรมมือจับสมุนไพรได้รับการประเมินความพึงพอใจในระดับสูงสุด 4 ด้าน ได้แก่ ความง่ายต่อการเรียนรู้การใช้งาน ความปลอดภัย การตอบสนองต่อความต้องการ และความสามารถในการใช้งานได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยสำคัญที่ Yang et al. (2021) และ Ledoux & Kumar (2023) ได้เสนอไว้ว่าเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการยอมรับและการใช้งานอุปกรณ์ช่วยเหลือในผู้พิการ

เมื่อพิจารณาผลการปรับปรุงนวัตกรรม พบว่าผู้ดูแลผู้พิการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 ด้าน ได้แก่ การเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย ($p=0.021$) การแก้ปัญหาตรงกับความต้องการ ($p=0.020$) ความสามารถในการใช้งานได้จริง ($p=0.010$) การช่วยลดภาระของผู้ดูแล ($p=0.034$) และความพึงพอใจต่อการใช้งานโดยภาพรวม ($p=0.008$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนานวัตกรรมที่ตอบโจทย์ผู้ใช้งานจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการลดภาระของผู้ดูแล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้พิการระยะยาว อย่างไรก็ตาม ด้านความทนทานเป็นประเด็นเดียวที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจในระดับปานกลาง และไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการปรับปรุงนวัตกรรม โดยผู้ประเมินยังคงมีข้อกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานระยะยาว เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนชิ้นงานที่ต้องใช้ร่วมกันกับผู้พิการหลายราย ซึ่งอาจส่งผลต่อความคงทนของนวัตกรรมในการใช้งานต่อเนื่อง ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yang et al. (2021) และ Ledoux & Kumar (2023) ที่พบว่าความทนทานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับและการใช้งานอุปกรณ์ช่วยเหลือในระยะยาว

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความและการนำผลไปใช้ ได้แก่ (1) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนจำกัด ($n=10$) ซึ่งอาจส่งผลต่อการนำผลไปใช้ในวงกว้าง (2) การศึกษาในพื้นที่เดียว ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลไปใช้ในบริบทอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน (3) ระยะเวลาในการประเมินผลที่จำกัด ไม่ได้ประเมินผลการใช้งานในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) ซึ่งจำเป็นต่อการประเมินความทนทานและประสิทธิผลในระยะยาว

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

และ (4) ความทนทานของนวัตกรรมยังต้องได้รับการพัฒนาและทดสอบเพิ่มเติมเพื่อยืดอายุการใช้งานและลดต้นทุนในระยะยาว

โดยสรุป นวัตกรรมมือจับสมุนไพรมีความสามารถในการจัดการภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรังในผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีจุดเด่น คือ การเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย ความปลอดภัย การแก้ปัญหาตรงความต้องการ และความสามารถใช้งานได้จริง ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการ นอกจากนี้ นวัตกรรมนี้ยังมีความโดดเด่นในการนำสมุนไพรมาใช้ร่วมกับอุปกรณ์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่ผสมผสานการแพทย์บูรณาการเข้ากับการดูแลผู้พิการ อย่างไรก็ตาม การวิจัยและพัฒนาในอนาคตควรระบุแนวทางในการเพิ่มความทนทานของนวัตกรรม ควบคู่ไปกับการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้งานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรพิจารณากำหนดกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ (Control/Comparison Group) หรือสร้างนวัตกรรมที่มีรูปแบบหลากหลายมากกว่า 1 ชิ้น เพื่อนำมาทดสอบเปรียบเทียบประสิทธิภาพร่วมกัน ซึ่งจะช่วยยกระดับความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยให้มากยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

นวัตกรรมชิ้นนี้ถูกนำไปใช้ในการดูแลผู้พิการ ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มผู้พิการที่มีปัญหาภาวะมือจิกเกร็งเรื้อรัง เพื่อช่วยลดการจิกเกร็งและช่วยแก้ปัญหาเรื่องการดูแลทำความสะอาดเล็บของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ประกอบด้วย (1) การปรับปรุงการออกแบบและคัดเลือกวัสดุที่มีความทนทานสูงขึ้นเพื่อยืดอายุการใช้งานของนวัตกรรม (2) การขยายผลการศึกษาไปยังผู้พิการในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย (3) การติดตามผลการใช้งานระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิภาพและความคงทน (4) การพัฒนาวัสดุทางเลือกหรือรูปแบบการออกแบบที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของผู้พิการแต่ละราย (5) การศึกษาผลจากการใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมกับอุปกรณ์ป้องกันมือจิกเกร็ง และ (6) การใช้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินอาจมีข้อจำกัดในการสะท้อนประสบการณ์ตรงของผู้ใช้งาน ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเก็บข้อมูลจากผู้พิการโดยตรงในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณงบประมาณในการดำเนินโครงการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และขอขอบคุณอาสาสมัครที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้พิการและผู้พิการ ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านอุบลฮักแพง จังหวัดอุบลราชธานี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2568). *สถานการณ์คนพิการ 31 ตุลาคม 2568*. สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2569, จาก https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2567). *“ถุงมือสานฝันปันสุขเพื่อเด็กพิการทางสมอง” ผลงานนักเรียนสาธิตจุฬาฯ รางวัลชนะเลิศการประกวดสิ่งประดิษฐ์สำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2569, จาก https://www.chula.ac.th/news /166145/

ณัฐรดา บุรุษเลี่ยม. (2568). การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย ศาสตร์แห่งกลิ่นเพื่อสุขภาพองค์รวม. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 50*(2), 183-192.

ธนวิชญ์ กิจเดช, จุฑามาศ รัตนา, และ พระรัตนมุนี (ปุณณมี วิสารโท). (2567). Smart Disabled People สร้างสุขให้ผู้พิการด้วยโลกเสมือนจริง. *วารสารสังคมศึกษาปริทรรศน์, 1*(1), 16-26.

ธันยวัฒน์ รัตนสัค. (2567). การบริหารปกครองแบบร่วมมือในการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลดอยหล่อ. *สักทอง : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 30*(1), 17-30.

นคร จันทราช, พระสุภาพร เตชธโร, สิปป์มงคล ป้องภา, พระใบฏีกาสุพจน์ ตปสีโล, และ พูลศักดิ์ หอมสมบัติ. (2568). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการวิถีพุทธในสังคมไทย. *วารสารชัยภูมิปริทรรศน์, 8*(2), 128-143.

พนินทร กองเกตุใหญ่, ธนิน นุตรทัต, ศิรประภา ลิ้มประเสริฐ, และ สุพิชชา สายสิทธิ์. (2563). อุปกรณ์ดามสำหรับผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งจากโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชบันทึกศิริราช, 13*(4), 272-278.

ฟีรดาว เฮ็งตา, อุมนียะห์ กูนา, ยมล พิทักษ์ภาวศุทธิ, สุกาญจนา กำลังมาก. (2567). ลักษณะทางกายภาพและฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียของน้ำมันหอมระเหยที่สกัดได้จากมะกรูดตะไคร้และมะนาว. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, *6*(4), 57-64.

Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). *Educational research: An introduction* (5th ed.). Longman.

de Lima, F. D., Servelhere, K. R., Bittar, M. F. R., González-Salazar, C., Martinez, A. R. M., Benaglia, T., ... França, M. C. (2025). Ziclague® (Alpinia Zerumbet oil) in patients with hereditary spastic paraplegia-the randomized controlled ZISPAST trial. *Orphanet Journal of Rare Diseases, 20*(1), 481. Retrieved from https://doi.org/10.1186/s13023-025-03481-x

Ebrahimi, H., Mardani, A., Basirinezhad, M. H., Hamidzadeh, A., & Eskandari, F. (2022). The effects of Lavender and Chamomile essential oil inhalation aromatherapy on depression, anxiety and stress in older community-dwelling people: A randomized controlled trial. *Explore, 18*(3), 272-278. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.12.012

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

Hajihoseini, M., Tahermohammadi, H., Daneshfard, B., Safari, M. S., & Karimi Rouzbahani, A. (2023). Massage with herbal oils as a novel therapeutic approach for cerebral palsy: A medical hypothesis. *Traditional and Integrative Medicine, 8*(4), 408-418.

Huang, Y.-C., Lin, S.-C., Chen, K.-H., Chen, C.-M., Chang, C.-H., & Lin, C.-H. (2021). Therapeutic efficacy of dynamic hand splints in spastic hemiparetic hands: A randomized controlled single-blind trial. *Taiwan Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 49*(1), 6. Retrieved from https://doi.org/10.6315/tjpmr.202106_49(1).0006

Jivad, N., Forouzandeh Shahrakei, Z., Khaghani, A., & Setorki, M. (2023). The protective effects of lavender herbal tea on spasticity and ataxia in patients with multiple sclerosis. *Future Natural Products, 9*(1), 25-30.

Ledoux, E., & Kumar, N. S. (2023). OrthoHand extend: Design, modeling and evaluation of a simple wrist-hand stretching orthosis for neurologically impaired patients. *IEEE Transactions and Journals Template*, 1-10. Retrieved from https://doi.org/10.36227/techrxiv.170327839.98374610/v1

Mishra, A., Singh, A., & Singh, A. (2025). Evaluation of skeletal muscle relaxant activity of *Cymbopogon citratus* in mice. *International Journal of Current Pharmaceutical Research, 17*(4), 52-59. Retrieved from https://doi.org/10.22159/ijcpr.2025v17i4.7000

Mukarram, M., Choudhary, S., Khan, M. A., Poltronieri, P., Khan, M. M. A., Ali, J., ... Shahid, M. (2021). Lemongrass essential oil components with antimicrobial and anticancer activities. *Antioxidants, 11*(1), 20. Retrieved from https://doi.org/10.3390/antiox11010020

Stilli, A., Cremoni, A., Bianchi, M., Ridolfi, A., Gerli, F., Vannetti, F., . . . Althoefer, K. (2018). AirExGlove—A novel pneumatic exoskeleton glove for adaptive hand rehabilitation in post-stroke patients. In *2018 IEEE International Conference on Soft Robotics (RoboSoft)* (pp. 579-584). Retrieved from https://doi.org/10.1109/ROBOSOFT.2018.8405388

Yang, Y.-S., Tseng, C.-H., Fang, W.-C., Han, I.-W., & Huang, S.-C. (2021). Effectiveness of a new 3D-printed dynamic hand-wrist splint on hand motor function and spasticity in chronic stroke patients. *Journal of Clinical Medicine, 10*(19), 4549. Retrieved from https://doi.org/10.3390/jcm10194549

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

การศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาทุกสังกัด ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

ทนง วีระแสงพงษ์, ปิยะพร มงคลศิริ และศิรินภา หมายสุข*
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

(วันที่รับบทความ: 28 มีนาคม 2569; วันที่แก้ไข: 19 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานเทศบาลเมืองศรีสะเกษ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 13 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 294 ราย โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินระดับสติปัญญาเด็ก 2 - 15 ปี ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ถือว่าเครื่องมือมีความเหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่า เด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 มีอายุเฉลี่ย 5.7 ปี (S.D.= 0.45) ในกลุ่มอายุ 6 ปีมากที่สุด ร้อยละ 72.45 มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ร้อยละ 88.78 ใช้เวลาเฉลี่ย 63.5 (S.D.= 53.60) นาทีต่อวัน ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 42.18 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 94.06 (SD = 15.43) โดยเด็กมีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 41.20 รองลงมาคือ ระดับสติปัญญาทึบ ร้อยละ 26.20 ระดับคาบเส้น ร้อยละ 13.30 และระดับสติปัญญาสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.60 ตามลำดับ ทั้งนี้ เด็กที่มีระดับสติปัญญาฉลาดและฉลาดมาก มีเพียงร้อยละ 4.50 ในขณะที่มีเด็กที่อยู่ในระดับบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 3.40 ดังนั้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรติดตามควบคุมระยะเวลาการใช้หน้าจอของเด็ก และดูแลการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุม รวมถึงสร้างระบบคัดกรองช่วยเหลือเด็กกลุ่มสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเร่งด่วน เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ และเสริมสร้างทุนมนุษย์ทางสังคมต่อไป

คำสำคัญ: นักเรียนอนุบาลปีที่ 3, ระดับสติปัญญา, เขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ศิรินภา หมายสุข; Sirinapa.mys@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

The Study of the Intelligence Quotient Levels Situation of Kindergarten 3 In Schools under all affiliations in Si Sa Ket Province

Thanong Veerasaengpong, Piyaporn Mongkolsiri and Sirinapa Mysook*
Si Sa Ket Provincial Health Office

(Received: 28 March 2026; Revised: 19 May 2026 ; Accepted: 15 June 2026)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the intelligence levels of third-year kindergarten students enrolled in schools under the jurisdiction of the Si Sa Ket Primary Education Area Office, Si Sa Ket Local Administration Office, Si Sa Ket Municipality, Si Sa Ket Provincial Education Office, Office of the Higher Education Commission, and the Border Patrol Police Bureau in Si Sa Ket Province. Data were collected from January 13 to January 31, 2025, among 294 participants selected using a multistage sampling method. Research instruments included a demographic questionnaire and the Intelligence Quotient Assessment for Children Aged 2–15 Years. The content validity of the instruments was evaluated using the Index of Item-Objective Congruence (IOC), with values ranging from 0.67 to 1.00, and the reliability coefficient was 0.80, indicating acceptable validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results revealed that the third-year kindergarten students had an average age of 5.7 years (S.D. = 0.45), with the majority being 6 years old (72.45%). Most children demonstrated screen-use behavior (88.78%), with an average screen time of 63.5 minutes per day (S.D. = 53.60). In addition, 42.18% of the children received iron supplementation syrup. The mean intelligence quotient (IQ) score was 94.06 (SD = 15.43). Most children had an average level of intelligence (41.20%), followed by dull normal intelligence (26.20%), borderline intelligence (13.30%), and above-average intelligence (11.60%), respectively. Only 4.50% of the children were classified as intelligent or highly intelligent, whereas 3.40% were identified as having intellectual disabilities. Therefore, relevant sectors should have monitored children's screen time, promoted adequate iron supplementation, and provided early support for children with below-average intelligence to enhance early childhood development.

Keyword: Third-year kindergarten students, Intellectual level, Si Sa Ket Provincial Education Area

***Corresponding author:** Sirinapa Mysook; Sirinapa.mys@gmail.com.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สมองและระบบประสาทมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งถือเป็นระยะสำคัญในช่วงชีวิต การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงวัยดังกล่าวจึงเป็นการลงทุนด้านทุนมนุษย์ที่ให้ผลตอบแทนสูงในระยะยาว ทั้งในมิติด้านการเรียนรู้ ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม และคุณภาพชีวิต การพัฒนาระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) ในช่วงปฐมวัย (García & Heckman, 2021; Lynn & Vanhanen, 2002) จึงมีบทบาทสำคัญในการวางรากฐานของศักยภาพบุคคลและความสามารถในการพัฒนาประเทศในอนาคต

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาเด็กอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพ โภชนาการ พัฒนาการ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในขณะเดียวกันการบริการสุขภาพมารดาและเด็ก (Maternal and Child Health: MCH) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ทารก และเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด คลอด และหลังคลอดอย่างมีคุณภาพ (อรุณี หรดาล, 2564) ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการและระดับสติปัญญาของเด็กในระยะยาว

จากรายงานสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาของเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ 102.8 จุด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์มาตรฐานสากล ในขณะที่จังหวัดศรีสะเกษมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเพียง 98.4 จุด ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ณิชวรรณ จงรักษ์ธนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพภ์ และคณะ, 2565) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่ และการพัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ ข้อมูลสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในบริบทพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่แนวทางช่วยเหลือเด็กปฐมวัยต่อไป

ระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายมิติที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านโภชนาการ สุขภาพมารดาในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด รูปแบบการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการศึกษาปฐมวัยที่มีคุณภาพ (จันทร์อาภา สุขทัพภ์, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของนโยบาย Maternal Child Health และแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติที่เน้นการดูแลเด็กแบบ “ต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต (Life-course approach)” และการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัดเชิงระบบในระดับพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณและการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การเฝ้าระวังและการคัดกรองความเสี่ยงด้านสติปัญญาในระดับชุมชนยังทำได้ไม่ครอบคลุม(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2566; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

นอกจากนี้ จังหวัดศรีสะเกษยังมีบริบททางสังคมที่พบว่ามีสัดส่วนของครอบครัวแหว่งกลาง (Skipped-generation families) หรือครัวเรือนที่เด็กต้องอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ (ปู่ย่าตายาย) เนื่องจากบิดามารดาวัยแรงงานจำเป็นต้องไปทำงานในเมืองใหญ่ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566) ข้อจำกัดนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อรูปแบบการเลี้ยงดู ขาดการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยผ่านการเล่านิทานหรือกิจกรรมสร้างสรรค์ และมีแนวโน้มที่เด็กจะถูกปล่อยให้ใช้สื่อผ่านหน้าจอเกินเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2563) ประกอบกับข้อจำกัดด้านรายได้ของครัวเรือน ส่งผลให้เด็กเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและการขาดสารอาหารส่วนที่จำเป็นต่อสมอง เช่น ธาตุเหล็กและไอโอดีน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาท ส่งผลให้พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตกอยู่ในภาวะเปราะบาง (กรมอนามัย, 2565)

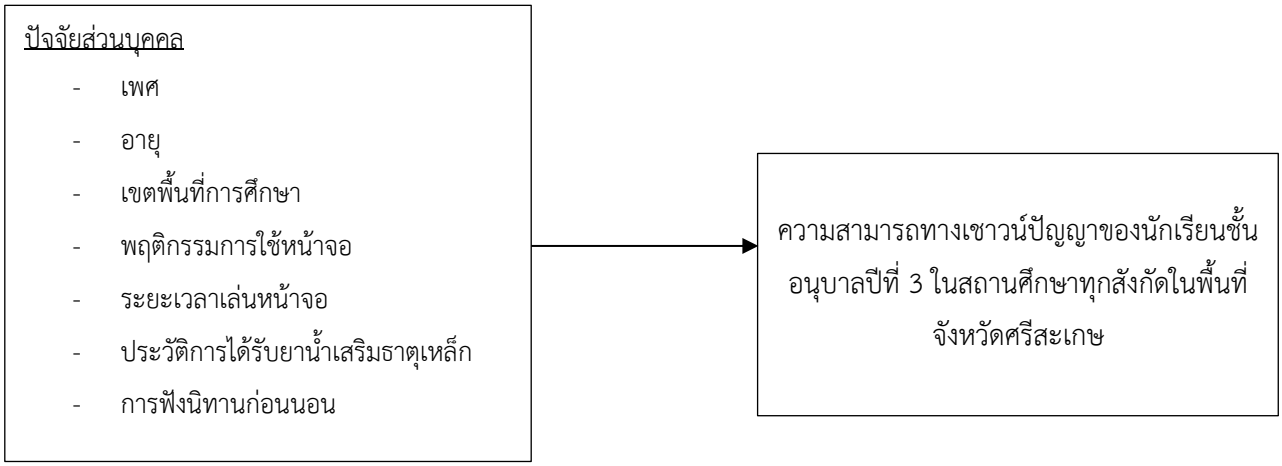
การศึกษาวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก การดำเนินงานตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในระดับพื้นที่ การกำหนดมาตรการและรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม เสริมสร้างศักยภาพของเด็กปฐมวัยจังหวัดศรีสะเกษอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำสู่การพัฒนาระดับส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับเด็กปฐมวัย ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย การพัฒนาระดับสติปัญญา และพฤติกรรมการเลี้ยงดู รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการศึกษารายละเอียดตามกรอบแนวคิดการวิจัยในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 12,450 ราย อ้างอิงฐานข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษทั้ง 4 เขต สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานเทศบาลเมืองศรีสะเกษ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Probability Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มโรงเรียนตามเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ให้กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่และทุกสังกัด ทั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เด็กที่อยู่ระหว่างการเจ็บป่วย ไม่พร้อมในการเข้ารับการประเมิน หรือไม่สามารถทำแบบประเมินได้ครบถ้วน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรไม่ทราบความแปรปรวนแต่ทราบขนาดของประชากร (Krejcie & Morgan, 1970) โดยคำนวณตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{เมื่อ} \quad n_0 = \frac{z^2 \times s^2}{d^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรของนักเรียนชั้นอนุบาล 3 จำนวน 12,450 ราย อ้างอิงจากฐานข้อมูลของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษทั้ง 4 เขต สำนักงานส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานเทศบาลเมืองศรีสะเกษ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน

Z = ค่ามาตรฐานของพื้นที่ใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในที่นี้เท่ากับ 1.96

S = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าระดับสติปัญญานักเรียนชั้นประถม 1 ของจังหวัดศรีสะเกษ อิงจากการสำรวจระดับสติปัญญาฯ พ.ศ. 2564 ในที่นี้เท่ากับ 13.09 (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2565)

d = ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาระหว่างกลุ่มตัวอย่างและประชากร (margin of error) ในที่นี้กำหนดร้อยละ 1.6 อิงจากการสำรวจระดับสติปัญญาฯ พ.ศ. 2564 (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2565)

จากการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 257 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อชดเชยความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการสุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 309 ราย ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยและมีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 294 ราย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์และออกแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เด็กอายุ 2–15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2563 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมิน และดำเนินการประเมินโดยนักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินมาตรฐานจากสังกัดโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กในความดูแล พฤติกรรมการใช้หน้าจอ การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การได้ฟังนิทาน

2. แบบประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เด็กอายุ 2 - 15 ปี ฉบับปี พ.ศ. 2563 ประเมินเกี่ยวกับ 1) Full Scale IQ (FSIQ): ค่าระดับเชาวน์ปัญญารวมทั้งหมดของเด็ก 2) Verbal IQ (VIQ): ระดับเชาวน์ปัญญาด้านภาษาและการใช้เหตุผลผ่านคำพูด 3) Performance IQ (PIQ): ระดับเชาวน์ปัญญาด้านการปฏิบัติ มิติสัมพันธ์ และการคิดโดยไม่ใช้ภาษา การแปลผลจะแปลผลจากความสามารถของเด็กแต่ละช่วงอายุ ดังนี้ IQ 130 ขึ้นไป หมายถึง ฉลาดมาก, IQ 120-129 หมายถึง ฉลาด, IQ 110-119 หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์ค่าเฉลี่ย, IQ 90-109 หมายถึง ปานกลาง (อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย), IQ 80-89 หมายถึง ทึบ, IQ 70-79 หมายถึง คาบเส้น, IQ 50-69 หมายถึง บกพร่องทางเชาวน์ปัญญา, IQ ต่ำกว่า 50 หมายถึง บกพร่องทางเชาวน์ปัญญามาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2–15 ปี พ.ศ. 2563 ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.80 (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2563)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่าง เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ปกครองและเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 294 คน โดยมีขั้นตอนหลัก 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทาง และขั้นตอนการวิจัยให้กับผู้บริหารการศึกษา ครูประจำชั้น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายทุกแห่งรับทราบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Collection Phase) โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้:

2.1 การชี้แจงและขอความยินยอม (Informed Consent): ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจนแก่ผู้ปกครองของเด็ก เพื่อแสดงความโปร่งใสและสร้างความมั่นใจ ก่อนจะขอความร่วมมือและขอความยินยอมในการจัดเก็บข้อมูล

2.2 การจัดเก็บปัจจัยส่วนบุคคล: ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและบริบททั่วไป รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก เช่น พฤติกรรมการใช้หน้าจอ และประวัติการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

2.3 การประเมินระดับสติปัญญาเด็ก: ดำเนินการใช้ "แบบประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เด็กอายุ 2 - 15 ปี ฉบับปี พ.ศ. 2563" กับเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในความดูแลของผู้ปกครอง เพื่อนำคะแนนมาวิเคราะห์สถานการณ์ IQ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ มีมติเห็นชอบอนุมัติและมีเอกสารรับรองเลขที่ SPPH2024-184 อนุมัติเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2567 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้จะถูกเก็บรวบรวมไว้ในรูปแบบของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยข้อมูลดังกล่าวจะเก็บไว้เป็นความลับที่มีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลดังกล่าวจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่มีข้อมูลที่สามารถสืบหาตัวกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนเอกสารที่ใช้ในการทดสอบที่เป็นลายลักษณ์อักษร จะถูกเก็บไว้ตามมาตรฐานเอกสารลับทางราชการ และทำลายเมื่อครบ 5 ปี

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.02 อายุเฉลี่ย 5.7 ปี (S.D.= 0.45) ในกลุ่มอายุ 6 ปีมากที่สุด ร้อยละ 72.45 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 76.87 มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ร้อยละ 88.78 ใช้เวลาเฉลี่ย 63.5 นาทีต่อวัน (S.D.= 53.60) ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 42.18 และได้รับฟังนิทานก่อนนอน ร้อยละ 43.54 ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

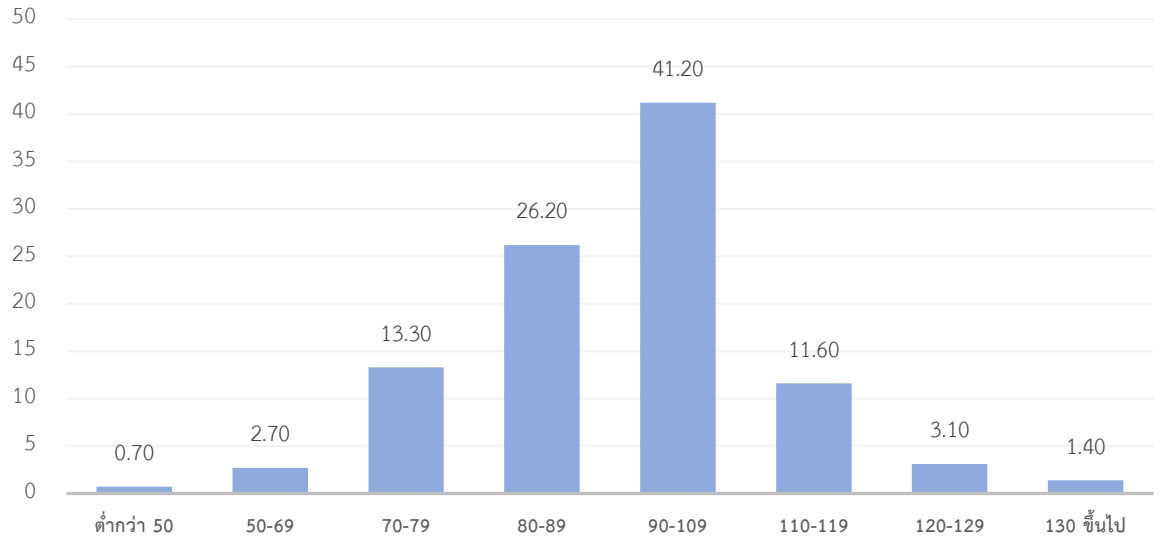
ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กอนุบาลปีที่ 3 (n=294)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	150	51.02
หญิง	144	48.98
อายุเด็ก (ปี)		
5 ปี	80	27.21
6 ปี	213	72.45
มากกว่า 6 ปี ขึ้นไป	1	0.34
$\bar{X}$=5.7, S.D. = 0.45, Min= 5 Max = 7		
เขตพื้นที่การศึกษา		
ในเขตเทศบาล	68	23.13
นอกเขตเทศบาล	226	76.87
พฤติกรรมการใช้หน้าจอ		
ไม่เล่นหน้าจอ	33	11.22
เล่นหน้าจอ	261	88.78
ระยะเวลาเล่นหน้าจอต่อวัน		
< 30 นาที	93	31.63
30-60 นาที	123	41.84
> 60 นาที	78	26.53
$\bar{X}$= 63.5 นาที, S.D.= 53.60, Min= 15, Max= 150		
ประวัติการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
ไม่ได้รับ	170	57.82
ได้รับ	124	42.18
การฟังนิทานก่อนนอน		
ไม่ได้ฟัง	166	56.46
ได้ฟัง	128	43.54

เมื่อพิจารณาคะแนนสติปัญญาของเด็กอนุบาลปีที่ 3 พบว่า มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย 94.06 (SD = 15.43) โดยเด็กมีคะแนนสติปัญญามากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.20 รองลงมาคือ ระดับทึบ ร้อยละ 26.20 ระดับคาบเส้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ร้อยละ 13.30 และระดับสติปัญญาสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.60 ตามลำดับ ทั้งนี้ เด็กที่มีระดับสติปัญญาฉลาดและฉลาดมากมีเพียงร้อยละ 4.50 ในขณะที่มีเด็กที่อยู่ในระดับบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ร้อยละ 3.40 ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ร้อยละของเด็กอนุบาลปีที่ 3 ในระดับสติปัญญาเด็กแต่ละช่วง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 3 จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2568 พบว่าเด็กกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ย 94.06 คะแนน (SD = 15.43) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินของกรมสุขภาพจิต แต่ต่ำกว่าเป้าหมายเชิงนโยบายที่กำหนดให้เด็กปฐมวัยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยมากกว่า 106 คะแนน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับ “ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ” แต่ยังไม่สามารถยกระดับสู่ผลลัพธ์เชิงคุณภาพตามเป้าหมายการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาการเด็ก สามารถอธิบายได้ผ่านกรอบแนวคิดด้านประสาทพัฒนาการ (Developmental neuroscience) ซึ่งระบุว่า ช่วงอายุ 0–5 ปีเป็นระยะที่สำคัญของการสร้างโครงสร้างสมองและการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาท (Brain architecture) ที่มีผลต่อความสามารถด้านการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา โดยสมองในช่วงปฐมวัยมีความยืดหยุ่นสูง และตอบสนองต่อคุณภาพของสิ่งแวดล้อมมากกว่าปริมาณของการได้รับบริการเพียงอย่างเดียว (Hollingworth, 2022; Orellana, 2025; Denisova & Lin, 2023) ดังนั้น การที่ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาอยู่ในช่วงปานกลางจึงสะท้อนว่าระบบการดูแลเด็กปฐมวัยในพื้นที่สามารถสนับสนุนพัฒนาการขั้นพื้นฐานได้ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เข้มข้นและต่อเนื่องในระดับที่เอื้อต่อการยกระดับศักยภาพทางสติปัญญาอย่างเต็มที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เมื่อพิจารณาการกระจายของระดับสติปัญญา พบว่ามีความแปรปรวนค่อนข้างสูง โดยคะแนน IQ มีช่วงกว้างตั้งแต่ 41 ถึง 150 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงถึง 15.43 คะแนน ลักษณะดังกล่าวสะท้อนความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Social Determinants of Health และ Nurturing Care Framework ที่ชี้ว่าพัฒนาการด้านสติปัญญาในวัยปฐมวัยเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับเด็ก ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสุขภาพและการศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพการเลี้ยงดู การกระตุ้นพัฒนาการ และโอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะแรกของชีวิต สามารถสะสมและขยายผลเป็นความแตกต่างของระดับสติปัญญาได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเด็กเข้าสู่ระบบการศึกษา (Almeida, Barros & Ribeiro, 2022; Rawat, Singh, Mahdi & Mehrotra, 2022; Puri, Shaheen, & Grover, 2023)

ผลการศึกษาพบเด็กกว่าหนึ่งในสามอยู่ในกลุ่มระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ (กลุ่มทึบ คาบเส้น และบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา) ถือเป็นสัญญาณเตือนเชิงระบบต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ เนื่องจากงานวิจัยร่วมสมัยชี้ว่า เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ในช่วงก่อนเข้าเรียน มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการเรียนรู้ การซ้ำชั้น และการหลุดออกจากระบบ อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและเศรษฐกิจในวัยผู้ใหญ่ (García & Heckman, 2021; Lacalle, Martínez-Shaw, Marín & Sánchez-Sandoval, 2023; Lynn & Vanhanen, 2002) ดังนั้นการศึกษานี้จึงตอกย้ำแนวคิดด้านการลงทุนในทุนมนุษย์ (Human capital investment) ที่ระบุว่าความล่าช้าในการพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่เพียงเป็นประเด็นด้านการศึกษา และปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อศักยภาพการแข่งขันในระยะยาว

ในมิติของการเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดเขตสุขภาพและแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเป้าหมาย และสัดส่วนเด็กที่มี IQ ตั้งแต่ 106 คะแนนขึ้นไปเพียงร้อยละ 24.48 สะท้อนช่องว่างระหว่าง “การดำเนินงานตามนโยบาย” กับ “ผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็ก” อย่างชัดเจน กล่าวคือ ระบบบริการในพื้นที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและดำเนินการคัดกรองพัฒนาการได้ตามกรอบนโยบาย แต่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพยังไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งยกระดับศักยภาพเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม การค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2018) และกรอบการพัฒนาเด็กปฐมวัยของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF, 2017) ที่เสนอว่าการประเมินความสำเร็จของนโยบายควรมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านพัฒนาการสุขภาวะ และศักยภาพการเรียนรู้ของเด็ก มากกว่าการวัดเพียงความครอบคลุมของการให้บริการหรือการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน ทั้งนี้ การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เน้นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์จะช่วยสะท้อนประสิทธิผลของนโยบายและนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างตรงจุดและยั่งยืน

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ ผลการศึกษามีแนวโน้มสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์เด็กไทยและงานวิจัยในช่วงหลัง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพื้นที่ต่างจังหวัดและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคมมักมีผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีความแปรปรวนของพัฒนาการสูงกว่า โดยความแตกต่างดังกล่าวสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง คุณภาพสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ในครอบครัว และโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย (UNICEF Thailand, 2021; UNICEF Thailand, 2024) การค้นพบนี้สะท้อนลักษณะของความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ (Area-based disparity) ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เพิ่มความครอบคลุมของบริการเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการเชิงระบบระหว่างภาคสุขภาพ การศึกษา และสังคม รวมถึงการพัฒนามาตรการที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่และครัวเรือน โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้เป็นสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพสำหรับเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์ และทักษะการเรียนรู้ในระยะยาวของเด็ก

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยจังหวัดศรีสะเกษยังคงอยู่ในระดับปานกลางและต่ำกว่าเป้าหมายเชิงนโยบาย แม้จะมีความก้าวหน้าในการเข้าถึงการประเมินพัฒนาการเด็ก ทั้งนี้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพยังสะท้อนความท้าทายเชิงโครงสร้างของระบบพัฒนาเด็กปฐมวัย การขับเคลื่อนนโยบายในระยะต่อไปจึงควรเน้นการลงทุนเชิงคุณภาพในช่วงปฐมวัย ด้วยการบูรณาการระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม และการลดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับศักยภาพสติปัญญาเด็กปฐมวัยให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ทั้งนี้ ผลการศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 3 จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2568 สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย เชิงระบบบริการ และเชิงวิชาการ ดังนี้

1. ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัด ดังนี้

1.1 การดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (สสจ.) ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ยสติปัญญา (IQ = 94.06) และสัดส่วนเด็กกลุ่มสติปัญญาทึบและคาบเส้น (รวมร้อยละ 39.50) เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Baseline data) ในการบรรจุเป็นตัวชี้วัดสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาปฐมวัยระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงบประมาณอย่างตรงจุด

1.2 กำหนดนโยบายควบคุมพฤติกรรมเนือยนิ่งและสื่อหน้าจอ ผลวิจัยที่พบว่าเด็กใช้หน้าจอสูงถึงร้อยละ 88.78 และใช้เวลาเฉลี่ยเกินเกณฑ์ (63.5 นาที/วัน) สามารถนำไปยกระดับเป็นนโยบาย "สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียนอนุบาลปลอดหน้าจอ (Screen-Free Schools)" ในทุกสังกัดพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ และให้ความรู้พ่อแม่ผู้ปกครองในการลดการใช้หน้าจอในเด็กปฐมวัย

2. ในเชิงระบบบริการ ผลการศึกษาสามารถนำมาเพื่อกำหนดแผนการดำเนินการได้ดังต่อไปนี้

2.1 การควบคุมติดตามระบบการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก: จากข้อจำกัดที่พบเด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 42.18 เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข (รพ. / รพ.สต.) ควรปรับปรุงระบบการกระจายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับครูประจำชั้นในการติดตามและจ่ายยาให้ครอบคลุมเด็กนักเรียนทุกคนครบ 100% เพื่อลดความเสี่ยงภาวะโลหิตจางที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญา

2.2 การพัฒนาระบบคัดกรองและการส่งต่อเชิงรุก (Screening and Referral System) โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในพื้นที่ สามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นตัวเร่งในการจัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเคลื่อนที่ หรือระบบส่งต่อ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เร่งด่วน (Fast Track) สำหรับส่งต่อกลุ่มเด็กที่มีแนวโน้มบกพร่องทางสติปัญญา (ต่ำกว่า 70) และกลุ่มคาบเส้น เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและกระตุ้นพัฒนาการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างทันท่วงที

3. ในเชิงวิชาการ ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อยอดด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งการศึกษาติดตามผลในระยะยาว การประเมินผลลัพธ์ของมาตรการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ งานวิจัยยังสามารถใช้เป็นต้นแบบเชิงระเบียบวิธีสำหรับการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในจังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่น ๆ เพื่อสร้างฐานข้อมูลที่มีความเทียบเคียงกันในระดับประเทศ

ดังนั้น ผลการศึกษานี้มีคุณค่าในเชิงการอธิบายสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ และเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการ และเสริมสร้างรากฐานของทุนมนุษย์ของประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 3 จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2568 นำสู่การพัฒนางานวิจัยและต่อยอดการพัฒนาในอนาคต ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อดูสถานการณ์ทั่วไป ในการศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์หรืออิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างพฤติกรรมการใช้หน้าจอ (Duration and content) รวมถึงสถานะโภชนาการ (การได้รับธาตุเหล็ก) ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

2. การวิจัยและพัฒนาเชิงทดลอง ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบหรือโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน (เช่น โปรแกรมสำหรับครอบครัวแหว่งกลางที่มีปู่ย่าตายายดูแล) โดยเน้นกิจกรรมทดแทนการใช้หน้าจอ เช่น การเล่านิทาน การเล่นสร้างสรรค์ และประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญาและพัฒนาการรอบด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกับผู้ปกครองและครูประจำชั้น เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยเชิงบริบท อุปสรรค และข้อจำกัดในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านและสะท้อนวิถีชีวิตจริงในการนำไปออกแบบนวัตกรรมการดูแลเด็กอย่างยั่งยืน

จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ นำไปสู่การวิจัยในอนาคต ที่มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงระหว่าง “สถานการณ์จริงในระดับพื้นที่” กับ “กลไกเชิงนโยบายและเชิงระบบ” เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำ และเสริมสร้างทุนมนุษย์ในระยะยาวอย่างยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์อาภา สุขทัพภ์. (2564). *เดินหน้าสร้างเด็กไทย ไอคิวดี : การสำรวจสถานการระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564.* สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ณิชวรรณ จงรักษ์ธนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพภ์, ประเสริฐ จุฑา และรัชดาวรรณ์ แดงสุข. (2565). ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *31*(1), 1-11.

สถาบันราชานุกูล. (2563). *คู่มือและเครื่องมือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2–15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2563*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันราชานุกูล. (2565). *เดินหน้าสร้างเด็กไทย ไอคิวดี: การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). *โครงการสำรวจสถานการณ์ประชากรและครอบครัวไทยในภูมิภาค*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). *รายงานสุขภาพคนไทย 2567: ความท้าทายของระบบสาธารณสุขไทยในยุคกระจายอำนาจ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). *รายงานการวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์การถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2563). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (ผลลัพธ์หลัก)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.

อรุณี หรดาล (2563). สอนอย่างไรให้เด็กปฐมวัยคิดเป็น. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, *10*(2), 211-228.

Almeida, D. Q., Barros, H., & Ribeiro, A. I. (2022). Residential and school green and blue spaces and intelligence in children: The Generation XXI birth cohort. *Science of the total environment*, *813*, 151859.

Asia, T. L. R. H. S. (2023). Life-course approach for maternal and child health: much to do. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*, *15*, 100263.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Denisova, K., & Lin, Z. (2023). The importance of low IQ to early diagnosis of autism. *Autism Research*, *16*(1), 122-142.

García, J. L., & Heckman, J. J. (2021). Early childhood education and life‐cycle health. *Health economics*, *30*, 119-141.

Hollingworth, L. S. (2022). *Children above 180 IQ Stanford-Binet: origin and development*. DigiCat.

Lacalle, L., Martínez-Shaw, M. L., Marín, Y., & Sánchez-Sandoval, Y. (2023). Intelligence Quotient (IQ) in school-aged preterm infants: A systematic review. *Frontiers in psychology*, *14*, 1216825.

Lynn, R., & Vanhanen, T. (2002). *IQ and the wealth of nations*. Bloomsbury Publishing USA.

Orellana, E. J. V. (2025). IQ and non-verbal intelligence: an integrative review of the literature. *Revista Iberoamericana de education*, *9*(1), 20-31.

Puri, S., Shaheen, M., & Grover, B. (2023). Nutrition and cognitive health: A life course approach. *Frontiers in public health*, *11*, 1023907.

Rawat, P. S., Singh, S., Mahdi, A. A., & Mehrotra, S. (2022). Environmental lead exposure and its correlation with intelligence quotient level in children. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, *72*, 126981.

United Nations Children's Fund (UNICEF) Thailand. (2021). *Addressing the gaps: Key results from the Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2019 (MICS6)*. Bangkok, Thailand: UNICEF Thailand.

United Nations Children's Fund (UNICEF) Thailand. (2024). *Addressing the gaps: Ensuring every child in Thailand has an equal chance to thrive*. Bangkok, Thailand: UNICEF Thailand.

United Nations Children's Fund. (2017). *Early moments matter for every child*. New York, NY: UNICEF.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

e280730

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

ชวลิตร สุขผดุง* และฐาวรี ขันสำโรง
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

(วันที่รับบทความ: 4 มีนาคม 2569 ; วันที่แก้ไข: 21 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 27 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 2 – 31 ตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 371 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวมรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ค่าความเที่ยงของทัศนคติ เท่ากับ 0.94 การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.92 และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน เปอร์เซนไทล์ที่ 25 และ 75 การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับทัศนคติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.53 การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.34 การเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.06 และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ ($p = 0.040$) รายได้ต่อเดือน ($p = 0.013$) โรคประจำตัว ($p < 0.001$) ทัศนคติ ($r = 0.53$, $p < 0.001$) และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ($r = 0.69$, $p < 0.001$) จากผลการศึกษาควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ผ่าน อสม. และหอกระจายข่าว เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวก พร้อมจัดกิจกรรม สร้างความมั่นใจในบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ, ทัศนคติ, การบริการสุขภาพ, การรับรู้สิทธิประโยชน์

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ชวลิตร สุขผดุง; jaycsd1994@gmail.com

e280730

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

Factors Associated with Access to Health Services in Subdistrict Health Promoting Hospitals among the Elderly in San Kamphaeng District, Chiang Mai Province

Chouwalit Sugpadung* and Thawari Khansamrong

Graduate School, Western University, Pathum Thani Province

(Received: 4 March 2026 ; Revised: 21 May 2026 ; Accepted: 27 May 2026)

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to investigate access to health services among the elderly and factors associated with access to health services in subdistrict health promoting hospitals among the elderly. The research was conducted between the 2nd October - the 31st October 2025. The samples comprised 371 older adults who had previously received health services at Subdistrict Health Promoting. with simple random sampling. Using a questionnaire The results showed high internal consistency, with coefficients of 0.94 for attitudes toward health services, 0.92 for perception of health benefits, and 0.94 for access to health services. The data were then analyzed by using percentage, mean, standard deviation (SD), minimum and maximum values, median, 25th percentile , and 75th percentile, Chi–square analysis, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistics. The level of statistical significance was set at 0.05.

The research findings revealed that the elderly had a high level of attitude (93.53%) and a high level of health benefit perception (94.34%). Their access to healthcare services at the Sub-district Health Promoting Hospital was also at a high level (87.06%). Factors significantly associated with healthcare access among the elderly included occupation ($p = 0.040$), monthly income ($p = 0.013$), underlying diseases ($p < 0.001$), attitude ($r = 0.53$, $p < 0.001$), and health benefit perception ($r = 0.69$, $p < 0.001$). Based on these findings, accessing healthcare services at the Sub-district Health Promoting Hospital should be promoted among the elderly. This can be achieved by emphasizing the public relations of health benefits through Village Health Volunteers and community loudspeakers to foster positive attitudes, alongside organizing activities to build confidence in primary care services.

Keywords: Access to services, Attitude, Health services, Perception of benefits

***Corresponding author**: Chouwalit Sugpadung; jaycsd1994@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

บทนำ

สถานการณ์สังคมสูงวัยระดับสากลและระดับประเทศ ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ระดับโลกที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง องค์การสหประชาชาติ (2023) ระบุว่ามีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปกว่า 771 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.6 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้ระบบสาธารณสุขจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งจากข้อจำกัดทางกายภาพ และข้อจำกัดเชิงระบบ นอกจากนี้ ทัศนคติส่วนบุคคล เช่น ความรู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัว หรือประสบการณ์เชิงลบในอดีต ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการรับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงในระยะยาว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) รัฐบาลไทยได้ตอบสนองต่อประเด็นท้าทายดังกล่าว โดยกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 (SDG 3) : สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ซึ่งมีเป้าหมายย่อยที่ 3.8 ที่มุ่งเน้นการบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ครอบคลุมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินจากการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพ ตลอดจนการเข้าถึงยาและวัคซีนที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และมีราคาที่เหมาะสมสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

บริบทพื้นที่อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22.78 โดยเฉพาะในอำเภอสันกำแพง มีผู้สูงอายุจำนวน 23,919 คน ร้อยละ 26.42 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง, 2566) ซึ่งถือว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมาก จากการสำรวจเบื้องต้นเมื่อต้นปี พ.ศ. 2568 พบว่า ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนเข้าไม่ถึงบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แม้สถานบริการจะมีความพร้อมด้านบุคลากร ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านเศรษฐฐานะ ระยะทาง การรับรู้สิทธิ และความเชื่อมั่นในระบบบริการ ความสำคัญของการศึกษา เพื่อให้การวิเคราะห์ปัญหาเป็นไปอย่างมีระบบ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการของ Penchansky และ Thomas (1981) ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) ความเพียงพอของบริการ (Availability) 2) การเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ (Accessibility) 3) ความเหมาะสมของระบบ (Accommodation) 4) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) และ 5) การยอมรับในคุณภาพ (Acceptability) มาใช้เป็นแกนกลางในการศึกษา

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้ตรงกับสภาพปัญหา มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและมีศักดิ์ศรี

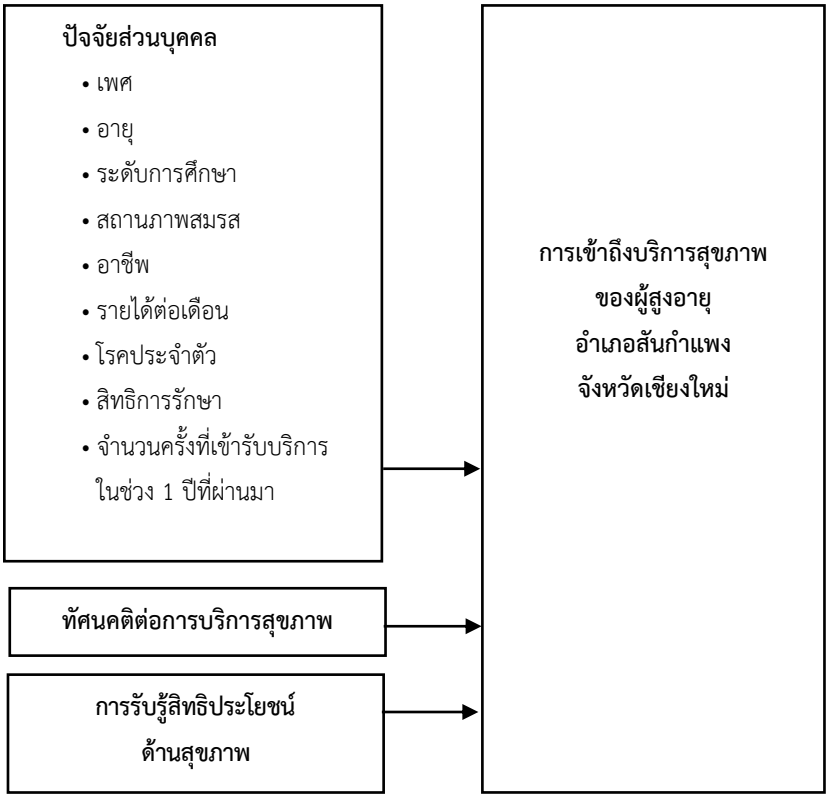
วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981) แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติตามแนวคิดของ Schermerhorn (2000) และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ประยุกต์ตามแนวคิด ของ Schiffman และ Kanuk (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ โดยมีตัวแปรตาม คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามแนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981)



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ระหว่างวันที่ 2 – 31 ตุลาคม 2568

ประชากร ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 23,919 คน (กรมการปกครอง, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ของ Daniel (2010) จำนวน 371 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

N = จำนวนประชากรในการศึกษา

P = ค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.37 (ศิริพร งามขำ และคณะ (2560))

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้วิจัยยอมให้เกิดได้สูงสุดเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรข้างต้นจะได้จำนวนตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{23{,}919\ (1.96)^2 \times 0.37\ (1-0.37)}{(1.96)^2\ 0.37(1-0.37) + (23{,}919\ -1)\ (0.05)^2}$$

$$n = 352.92$$

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 5 เท่ากับ 17.6 คน ปัดเป็น 18 คน รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 371 คน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

เกณฑ์การคัดเข้า

1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และเคยรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสันกำแพง อย่างน้อย 1 ครั้ง

2) พักอาศัยอยู่ในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

3) สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1) ขอถอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2) มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิในการรักษา และจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมคำในช่องว่างมีทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Schermerhorn (2000) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มาประยุกต์ใช้ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำถามด้านบวก			**คำถามด้านลบ**		
มากที่สุด	ให้	5 คะแนน	มากที่สุด	ให้	1 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน	มาก	ให้	2 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	2 คะแนน	น้อย	ให้	4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ซึ่งการแปลผลโดยการนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	**ระดับ**
3.68 – 5.00	มีทัศนคติ ระดับมาก
2.34 – 3.67	มีทัศนคติ ระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	มีทัศนคติ ระดับน้อย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ของ Schiffman & Kanuk (2000) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มาประยุกต์ใช้ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำถามด้านบวก			**คำถามด้านลบ**		
มากที่สุด	ให้	5 คะแนน	มากที่สุด	ให้	1 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน	มาก	ให้	2 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	2 คะแนน	น้อย	ให้	4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ซึ่งการแปลผลโดยการนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	**ระดับ**
3.68 – 5.00	มีการรับรู้ ระดับมาก
2.34 – 3.67	มีการรับรู้ ระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	มีการรับรู้ ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน 1) ความพอเพียงของบริการ2) การเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานที่ให้บริการ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ 5) การยอมรับคุณภาพการบริการ ด้านละ 4 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามด้านบวก			**คำถามด้านลบ**		
มากที่สุด	ให้	5 คะแนน	มากที่สุด	ให้	1 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน	มาก	ให้	2 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	2 คะแนน	น้อย	ให้	4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้	5 คะแนน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

เกณฑ์การแปลผล การเข้าถึงบริการสุขภาพ ภาพรวม ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ซึ่งการแปลผลโดยการนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
3.68 – 5.00	มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับมาก
2.34 – 3.67	มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับน้อย

และปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นคำถามเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.66–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของทัศนคติ เท่ากับ 0.94 การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.92 และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 2 – 31 ตุลาคม 2568 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเสนอต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้หลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและนัดหมายในการเก็บแบบสอบถาม

5) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics)

เพื่อบรรยายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 นำเสนอในรูปแบบของตาราง

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics)

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi –Square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2568 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2568 – 0108 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568 – 0108 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์ในทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมเก็บเป็นความลับ และนำผลการวิจัยเสนอในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่ให้เกิดผลกระทบหรือเกิดความเสียหาย ใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.4 มีอายุเฉลี่ย 68.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.58 ปี และเป็นกลุ่มอายุ 60–69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.9 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 67.4 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 72 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.1 ค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 5,700 บาท เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 2,700 บาท และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 7,500 บาท และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 46.4 ด้านสุขภาพ พบว่า มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.6 โดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ร้อยละ 40.2 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 86.1 และเข้ารับบริการ 1–5 ครั้ง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มากที่สุด ร้อยละ 80.9 โดยมีค่ามัธยฐานการเข้ารับบริการเท่ากับ 3 ครั้ง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เท่ากับ 2 ครั้ง และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เท่ากับ 4 ครั้ง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 87.06 รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.94 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (n=371)

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(3.68 – 5.00)	323	87.06
ระดับปานกลาง	(2.34 – 3.67)	48	12.94
ระดับน้อย	(1.00 – 2.33)	0	0.00
		371	**100.00**

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 93.53 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.20 และระดับน้อย ร้อยละ 0.27 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (n=371)

ระดับทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(3.68 – 5.00)	347	93.53
ระดับปานกลาง	(2.34 – 3.67)	23	6.20
ระดับน้อย	(1.00 – 2.33)	1	0.27
รวม		**371**	**100.00**

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ส่วนที่ 4 การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 94.34 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 5.39 และระดับน้อย ร้อยละ 0.27 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (n=371)

ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(3.68 – 5.00)	350	94.34
ระดับปานกลาง	(2.34 – 3.67)	20	5.39
ระดับน้อย	(1.00 – 2.33)	1	0.27
รวม		**371**	**100.00**

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์ พบว่า อาชีพ รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ในขณะที่เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษา และจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (p - value > 0.05) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษา และจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ดังแสดงในตารางที่ 4

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิในการรักษา และจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในช่วงระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (n=371)

ตัวแปร	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพใน รพ.สต.		p-value
	มาก จำนวน(ร้อยละ)	ระดับน้อยถึงปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	
● **เพศ**			0.755
ชาย	139 (87.97)	19 (12.03)	
หญิง	184 (86.38)	29 (13.62)	
● **อายุ**			0.198
< 70	202 (85.23)	35 (14.77)	
≥ 70	121 (90.30)	13 (9.70)	
● **ระดับการศึกษา**			0.072
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	249 (88.93)	31 (11.07)	
สูงกว่าประถมศึกษา	74 (81.32)	17 (18.68)	
● **สถานภาพสมรส**			0.186
มีคู่	222 (88.80)	28 (11.20)	
ไม่มีคู่	101 (83.47)	20 (16.53)	
● **อาชีพ**			0.040*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76 (93.83)	5 (6.17)	
ประกอบอาชีพ	247 (85.17)	43 (14.83)	
● **รายได้ต่อเดือน**			0.013*
≤ 5000	158 (91.86)	14 (8.14)	
> 5000	165 (82.91)	34 (17.09)	
● **โรคประจำตัว**			< 0.001**
ไม่มี	138 (80.23)	34 (19.77)	
มี	185 (92.96)	14 (7.04)	

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิในการรักษา และจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในช่วงระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (n=371)

ตัวแปร	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพใน รพ.สต.		p-value
	มาก จำนวน(ร้อยละ)	ระดับน้อยถึงปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	
● **สิทธิในการรักษา**			0.827
สิทธิหลักประกันสุขภาพ	278 (87.15)	41 (12.85)	
ไม่ใช่สิทธิหลักประกันสุขภาพ	45 (86.54)	7 (13.46)	
● **จำนวนครั้งการเข้ารับบริการในช่วง 1 ปี**			0.243
≤ 5	258 (86.00)	42 (14.00)	
> 5	65 (91.55)	6 (8.45)	

*$p < 0.05$

หมายเหตุ : Kolmogorov–Smirnov test for Normality เมื่อกลุ่มตัวอย่าง > 50 cases พบว่า อายุ และรายได้ต่อเดือน, $p < 0.001$ แปลว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงนำเสนอด้วย Median และ P_{25}, P_{75}

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการบริการสุขภาพและการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ($r = 0.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 2 ที่ระบุว่า ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ($r = 0.69$) อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 3 ที่ระบุว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ดังในตารางที่ 5

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพต่อการบริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=371)

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการสุขภาพ ใน รพ.สต.	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ	0.53	< 0.001**
การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ	0.69	< 0.001**

*$p < 0.05$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้ คือ

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพใน รพ.สต. ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.06 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.94 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและเชื่อมั่นในบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดชุมชน โดยเฉพาะด้านคุณภาพบริการและความสะดวกในการเข้าถึง ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการ ตามกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ Penchansky และ Thomas (1981) ที่กล่าวถึงมิติของการเข้าถึง (Access) ซึ่งประกอบด้วย หลายด้าน ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึง (Availability) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) การยอมรับ (Acceptability) ความสะดวก (Accommodation) และที่ตั้ง (Accessibility) ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถตอบสนองมิติต่าง ๆ ได้ดี โดยเฉพาะด้านการยอมรับคุณภาพบริการ ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติของผู้สูงอายุต่อบุคลากรและการบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ วิชัย และรชานนท์ ง่วนใจรัก (2566) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ผลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับความสะดวกในการเข้าถึงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลา โทนบุตร (2566) ได้ศึกษา ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย ผลวิจัยพบว่า ประเด็นระยะทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุเป็นผลจากบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตำบลในการเข้าถึงบริการที่มีระยะทางห่างไกล และปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวยากจนมีความแตกต่างกันตามบริบทแต่ละพื้นที่

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

อาชีพ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพใน รพ.สต. ของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของอาชีพของผู้สูงอายุมีผลต่อโอกาสในการใช้และเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยอาจเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบ ขึ้นอยู่กับประเภทของอาชีพและความมั่นคงทางรายได้ที่ตามมา อาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง กล่าวคือผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานหรือมีตารางเวลาที่ไม่ยืดหยุ่น เช่น เกษตรกรในฤดูเก็บเกี่ยว หรือรับจ้างรายวันอาจมีอุปสรรคด้านเวลา ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อาจเลือกที่จะละเลยการมาตามนัดหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อไปทำงานหารายได้หรือมองว่าการไปคลินิกเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาส ในการหารายได้รายวัน ทำให้การเข้าถึงบริการเชิงป้องกัน หรือการติดตามอาการลดลง ในขณะที่อาชีพข้าราชการบำนาญ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว เป็นข้าราชการบำนาญ มักมีเวลาว่างและความยืดหยุ่นสูงในการจัดสรรเวลา ทำให้พวกเขาสามารถเข้ารับบริการตามนัดหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน หรือมานั่งรอรับบริการได้อย่างสะดวก ส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการในระดับสูง ทำให้อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ลีลาภัทรพันธุ์ (2567) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางบัวทอง โครงการบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง 1 จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางบัวทอง โครงการบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง 1 จังหวัดนนทบุรี

รายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐาน ข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า มีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ในระดับที่สูงกว่า ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของมิติความสามารถในการจ่าย (Affordability) ตามกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของ Penchansky และ Thomas

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

(1981) แม้ว่าการรักษาพยาบาลหลักที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะฟรีตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่รายได้ที่สูงขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องทางอ้อม ในการเข้ารับบริการ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสามารถจ่ายค่าโดยสารรถสาธารณะ ค่าเชื้อเพลิง หรือค่าจ้างรถรับจ้าง/รถส่วนตัว เพื่อให้พามาโรงพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้านที่ตั้ง (Accessibility) และในด้านค่าใช้จ่ายเสริม ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามักมีความสามารถในการซื้ออาหารเสริม วิตามิน อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือยาที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักที่แนะนำจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์การรักษา ส่งผลให้รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ วิชัย และ รชานนท์ ง่วนใจรัก (2566) ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุภา สวัสดิมงคล (2567) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ไม่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัว

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอธิบายได้ว่า การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลัก (Need Factor) ที่กำหนดให้ผู้สูงอายุต้องเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) ในชุมชน การมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องรับยาต่อเนื่องตามนัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นจุดหลักในการจ่ายยาและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาตามนัดเพื่อรับยาและตรวจวัดระดับน้ำตาล /ความดันโลหิต การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจะได้รับการนัดหมายเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งถือเป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกและป้องกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดให้ทำให้โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลา โทนบุตร (2566) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า จำนวนโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ จารุภา สวัสดิมงคล (2567) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัว ไม่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (p-value < 0.001) ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 ที่ระบุว่า ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพที่ดีลดลงจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยลงตาม อธิบายเพิ่มเติมตามแนวคิดของ Penchansky และThomas (1981) ได้ว่า มิติการยอมรับ (Acceptability) คือ ความสอดคล้องระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการและลักษณะของบริการ (หรือผู้ให้บริการ) ในกรณีนี้ ทัศนคติเชิงบวกของผู้สูงอายุในอำเภอสันกำแพงต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ความเชื่อที่ว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้มีความเมตตา และยิ้มแย้มแจ่มใส คือหัวใจสำคัญของการเข้าถึงบริการเมื่อผู้สูงอายุมี "การยอมรับ" (Acceptability) สูง อุปสรรคทางจิตใจจะลดลง ทำให้เกิดความไว้วางใจ (Trust) และความสบายใจที่จะเดินทางมารับบริการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ วิชัย และ รชานนท์ ง่วนใจรัก (2566) ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ผลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และ ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2.3 การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (p-value < 0.001) ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 ที่ระบุว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ที่ชัดเจนว่าตนเองมีสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการผลักดันให้ผู้สูงอายุตัดสินใจและมีความกล้าที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การขจัดความไม่แน่ใจด้านค่าใช้จ่าย (Affordability Certainty) ค่าสหสัมพันธ์ที่สูงมาก (r=0.69) ชี้ให้เห็นว่า ถ้าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมากจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาก ในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพน้อยจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบายเพิ่มเติมได้ว่า การรับรู้สิทธิมีผลโดยตรงต่อมิติความสามารถในการจ่าย (Affordability) เมื่อผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจอย่างชัดเจนว่า บริการตรวจรักษา คัดกรอง และการรับยาสำหรับโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นฟรี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

หรืออยู่ภายใต้การครอบคลุมของสิทธิหลักประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุจะหมดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายกล้าตัดสินใจความมั่นใจในสิทธิทำให้ผู้สูงอายุไม่ลังเลที่จะมาตามนัด หรือแสวงหาบริการทันทีที่รู้สึกไม่สบาย เนื่องจากทราบดีว่าไม่มีค่าใช้จ่ายทางการเงินใด ๆ เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการพื้นฐาน การรับรู้ถึงขอบเขตของบริการ การรับรู้สิทธิประโยชน์ไม่ได้หมายถึงแค่ฟรีเท่านั้น แต่ยังรวมถึง การรับรู้ว่าสิทธินั้น ครอบคลุมบริการอะไรบ้างผู้สูงอายุที่รับรู้สิทธิชัดเจน จะทราบว่าตนเองสามารถได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การดูแลฟื้นฟูสภาพ หรือการฉีดวัคซีนตามฤดูกาล จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายความเข้าใจนี้ทำให้พวกเขาสามารถเรียกร้องหรือใช้สิทธิในบริการที่ตนเองพึงได้รับอย่างเต็มที่ นำไปสู่การเข้าถึงบริการที่หลากหลายมากขึ้น ทำให้การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้สูงอายุ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สมชาย นันทวัฒนากรณ์ (2566) ศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับอำเภอควรเพิ่มเติมนโยบายส่งเสริมการการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่ผู้สูงอายุผ่านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและเพิ่มทัศนคติเชิงบวก ให้เข้าใจได้ง่ายและต่อเนื่อง ทั้งสื่อบุคคล เช่น อสม. การประชุมหมู่บ้าน หอกระจายข่าว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรประชาสัมพันธ์และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่ายการรับบริการใกล้บ้าน และศักยภาพการให้บริการแบบองค์รวม โดยอาศัยบทบาทของอสม. และกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มทัศนคติเชิงบวกและกระตุ้นการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุ

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอและตำบล ควรจัดทำสื่อและกิจกรรมให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายอาทิ การให้ข้อมูลระหว่างรับบริการหรือการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในสิทธิที่พึงได้รับและเพิ่มความมั่นใจในการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม (เช่น การสนับสนุนทางสังคม การมีผู้ดูแล) กับการเข้าถึงบริการ โดยเจาะจงศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส และกลุ่มที่อายุ 80 ปีขึ้นไป เพื่อทำความเข้าใจกลไกการสนับสนุนที่เข้ามาทดแทนบทบาทของคู่สมรสและอายุที่เพิ่มขึ้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

2) ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อเจาะลึกมิติของทัศนคติและการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจอย่างแท้จริงว่าองค์ประกอบใดในทัศนคติ (เช่น ความเมตตาของเจ้าหน้าที่ หรือความรวดเร็วในการบริการ) ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการมากที่สุด

3) ควรวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพกับผู้ที่เกษียณอายุแล้ว โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรและรับจ้าง เพื่อหา รูปแบบการบริการที่เหมาะสม (Model of Care) ที่สามารถลดอุปสรรคด้านเวลาในการทำงานและเสนอเป็นทางเลือกในการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ชนบท

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง. (2566). *สถิติจำนวนประชากรและบ้าน ปี พ.ศ. 2565*. กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นจาก https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf

จารุภา สวัสดิมงคล (2567) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 5*(2), e3099. สืบค้นจาก https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/article/view/3099

จิตติมา ลีลาภัทรพันธุ์. (2567). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางบัวทอง โครงการบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง 1 จังหวัดนนทบุรี.* เว็บไซต์เผยแพร่ผลงานวิชาการ (OPEN ACCESS) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. สืบค้นจาก https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa/

ธัญลักษณ์ วิชัย และรชานนท์ ง่วนใจรัก. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขศึกษา*, *46*(2), 165–177.

ศิลา โทนบุตร. (2566). *ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. NU Intellectual Repository. สืบค้นจาก http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5794

ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล และจารุวรรณ หมั่นมี. (2561). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์, 25*(2), 91–104.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

สมชาย นันทวัฒนากรณ์. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง จังหวัดเชียงใหม่*. คลังผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_academic.php?academic_id=49

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *รายงานการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2565*. กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นจาก https://sdgs.nesdc.go.th/

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2010*). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). Wiley.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140.

Schermerhorn, J. R. (2000). *Organizational behavior* (7th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.

e279062

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

ผลของการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤต ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง และนิสากร จันทวี*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 27 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 29 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับ: 4 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2567 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ปร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา (2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และ (3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยวิธี KR 20 มีค่าเท่ากับ 0.85 และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนและหลัง ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความรู้ภายหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.64 คะแนน (SD = 3.03) ซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.23 คะแนน (SD = 2.50) ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 5.12$, p-value < 0.001) สำหรับคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง ภายหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 คะแนน (SD = 0.39) ซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 คะแนน (SD = 0.37) ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 5.67$, p-value < 0.001) จากผลการวิจัย อาจารย์ผู้สอนควรมีการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา เพื่อเพิ่มพูนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองให้กับนักศึกษาสามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, แนวคิดจิตตปัญญา, การรับรู้สมรรถนะตนเอง, ความรู้, การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** นิสากร จันทวี; Nisakorn@bcnnakhon.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

The Effects of Preparatory Simulation Base Learning Integrated with Contemplative Education on Knowledge and Perceived Self-Efficacy in Critical Care Nursing Practice Among Nursing Students

Arunrat Yotinwattanabumrung and Nisakhon Jantawee*

Boromrajonnani College of Nursing Nakhonsithamarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 27 November 2025 ; Revised: 29 April 2026; Accepted: 4 May 2026)

Abstract

This study employed a quasi-experimental one-group pretest–posttest design to compare the knowledge and perceived self-efficacy of Bachelor of Nursing students before and after participating in preparation for simulation-based learning with contemplative education. The sample comprised 32 third-year nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, enrolled in the Adult Nursing Practicum II course during the 2024 academic year, selected through purposive sampling. The research instruments included: (1) a preparatory program for simulation-based learning developed based on Kolb's experiential learning theory integrated with a contemplative education (2) a critical care nursing knowledge questionnaire and (3) a perceived self-efficacy questionnaire. Content validity was established by three experts. Reliability of the knowledge questionnaire was determined using the KR-20 result in a score of 0.85 and the perceived self-efficacy questionnaire was assessed using Cronbach's alpha, yielding scores of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, mean, and standard deviation and paired t-tests were employed to compare pretest and posttest mean scores of knowledge and perceived self-efficacy with a significance level of 0.05

The results revealed that the mean knowledge score after the intervention (M = 14.64, SD = 3.03) was significantly higher than that before the intervention (M = 9.23, SD = 2.50) ($t = 5.12$, $p < 0.001$). Similarly, the mean self-efficacy score after the intervention (M = 4.43, SD = 0.39) was significantly higher than that before the intervention (M = 3.23, SD = 0.37) ($t = 5.67$, $p < 0.001$). These findings suggest that simulation-based preparatory learning integrated with contemplative education effectively enhances knowledge and self-efficacy among nursing students in critical care practice. Nursing educators are encouraged to incorporate this approach to better prepare students for clinical practice and improve learning outcomes.

Keywords: simulation-based learning, contemplative education, perceived self-efficacy, knowledge, critical care nursing

***Corresponding author**: Nisakhon Jantawee; Nisakorn@bcnnakhon.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

บทนำ

การจัดการเรียนรู้ทางการศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน มีการปรับกระบวนทัศน์เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21 และการตระหนักถึงความสำคัญของมาตรฐานการรักษาพยาบาลด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย (สมจิตต์ สินธุชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning: SBL) เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมผู้เรียนให้ได้เรียนรู้ เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่ฝึกปฏิบัติ เนื่องจากเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเผชิญกับสถานการณ์จริง ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ และฝึกหัดให้มีประสบการณ์มากขึ้น ส่งเสริมให้สามารถดูแล (Caring) และการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing care) ได้อย่างถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์และความต้องการของผู้รับบริการ (จิรสุดา ทะเรรัมย์, ธิดารัตน์ คณิงเพียร และ กรวรรณ ผมทอง, 2566) ลดภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และสามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์และทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น (Tutticci, Coyer, Lewis, & Ryan, 2016) มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (ภาวิณี แพงสุด และ ชลดา กิ่งมาลา, 2564) สร้างความมั่นใจให้กับผู้เรียนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย (ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, และญาณี แสงสาย, 2565; ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาตยา วงศ์ยะรา, 2564; ภาวิณี แพงสุด และ ชลดา กิ่งมาลา, 2564; Demirtas et al., 2021)

วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เป็นรายวิชาที่มีการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน เรื้อรัง ที่มีปัญหาซับซ้อนอยู่ในภาวะวิกฤต การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา มีการจัดเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลด้วยการใช้สถานการณ์เสมือนจริงก่อนที่ขึ้นฝึกในหอผู้ป่วยวิกฤตจากสถานที่จริง แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลยังมีความตื่นเต้น ไม่กล้าแสดงออก เครียด กลัวความล้มเหลวในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล กลัวการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง กระบวนการคิดไตร่ตรองเกี่ยวกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการกลัว และตื่นเต้นเมื่อเจอกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้ป่วย เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเจอกับสถานการณ์ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสร้างผู้เรียนให้เกิดทักษะการพยาบาลแบบองค์รวมนั้น จะต้องใช้การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่จะการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของผู้เรียน (Tranformative Learning) ที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น แนวคิดจิตตปัญญาเป็นแนวคิดหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบองค์รวม ทั้งความรู้และทักษะ และที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงด้านในหรือจิตสำนึกของผู้เรียน ด้วยการทำสมาธิ การฝึกจิตใจให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การใคร่ครวญไตร่ตรองเหตุผลก่อนลงมือปฏิบัติ การฝึกฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิด การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่ถูกต้องซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา จะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดของนักศึกษา ทำให้รู้จักวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและปรับปรุงให้ดีขึ้น คิดและมองชีวิตในด้านบวกมากขึ้น (จักรกฤษ จันทะคุณ, 2560;

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

Berkovich-Ohana, Jennings, & Lavy, 2019) ช่วยส่งเสริมและพัฒนากระบวนการคิด ความตั้งใจเรียน ความสมดุลทางอารมณ์ ความรู้สึกเข้าอกเข้าใจ เกิดกำลังใจและพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Growth Mindset and Life-long learning) (Sherman, G.L., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนโดยใช้จิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาช่วยให้นักศึกษาเกิดความรู้สึก ผ่อนคลาย ลดความกดดันในเวลาเรียน ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี และช่วยให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างเพื่อน ผู้สอน และทีมการพยาบาล (ปิยพงศ์ สอนลบ, สุวรรณี สร้อยสงค์, ภัณฑิรชา เฟื่องทอง, และนันทวรรณ ธีรพงศ์, 2565) จากการศึกษาข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลจำนวนมาก แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มีการบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญา เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในของผู้เรียน มีความตระหนักรู้ และสามารถพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การจัดการเรียนรู้การเตรียมความพร้อมโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation base learning) ร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จึงเป็นกลยุทธ์การสอนที่ให้ผู้เรียนฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้เรียนลดความกดดันต่อสภาพจิตใจของตนเอง ผ่อนคลายความกังวล กล้าที่จะแสดงออก เพิ่มบรรยากาศการเรียนรู้ มีความสุขและกำลังใจที่จะส่งผลในทางบวกกับผู้เรียน มีการรับรู้สมรรถนะตนเองมั่นใจและสามารถทำให้ผู้เรียนปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา มากกว่า ก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อม
2. คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา มากกว่า ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb & Kolb, 2005) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาของ จักรกฤษณ์ จันทะคุณ (2560) โดยมีการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

ระยะที่ 1 การเตรียมก่อนปฏิบัติ ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง ประกอบด้วย ขั้นนำ (prebrief) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์เสมือนจริง (scenario) และขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ โคล์ป (Kolb & Kolb, 2005)

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ เป็นการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอน

การเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา

การวิจัยนี้เป็นการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเตรียมก่อนปฏิบัติ ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง ประกอบด้วย ขั้นนำ (prebrief) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์เสมือนจริง (scenario) และขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของโคล์ป (Kolb & Kolb, 2005)

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ เป็นการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอน

→ ความรู้
การรับรู้สมรรถนะตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (Quasi-experiment one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2567 จำนวน 159 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2567

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ(β) เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง เรื่อง ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล (วรนิภา กรุงแก้ว, ชุติมา รักษ์บางแหลม, อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง, นิสากร จันทวี และนันท์ณภัส สารมาศ, 2567) โดยการใช้สูตร Cohen's d ได้เท่ากับ 0.57 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง อ่านผลการวิเคราะห์จากโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดมีการแบ่งกลุ่มจากฝ่ายวิชาการตามหลักสูตร มีทั้งหมด 5 กลุ่ม กลุ่มละ 31 - 32 คน ตามเลขที่ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เป็นกลุ่มแรก ตั้งแต่วันที่ 28 ตุลาคม ถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2567 จำนวน 32 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเข้า

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับมอบหมายให้ขึ้นฝึกปฏิบัติหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและซับซ้อน

เกณฑ์การคัดออก

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติ ได้ เช่น ลาป่วย ลากิจ เป็นต้น

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

รูปแบบการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb's experiential learning theory) (Kolb & Kolb, 2005) ที่มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) องค์ประกอบที่ 2 การสังเกตจากการสะท้อนคิด (reflection observation-RO) องค์ประกอบที่ 3 สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม (abstract conceptualization-AC) และ องค์ประกอบที่ 4 การสร้างแนวปฏิบัติประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation-AE) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาของจักรกฤษณ์ จันทะคุณ (2560) ที่มีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสติ (M: Mindfulness) การลงมือปฏิบัติ (A: Action) และ การสะท้อนคิด (R: Reflection) โดยมีการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

ระยะที่ 1 การเตรียมก่อนการปฏิบัติ เป็นเตรียมกำหนดสถานการณ์เสมือนจริงที่ให้มีความเหมาะสมกับผู้เรียน ซึ่งสถานการณ์ที่ใช้คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อคจากการเสียเลือด การเตรียมบทบาทของผู้สอนในการเล่นสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และ การเตรียมผู้เรียนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเตรียมผู้เรียนก่อนล่วงหน้า 1 วันก่อนที่จะเล่นสถานการณ์เสมือนจริง โดยการปฐมนิเทศรายวิชา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของรายวิชา และการใช้แนวคิดจิตตปัญญา ประกอบด้วย การสร้างสติ (M: Mindfulness) โดยการให้ผู้เรียนสำรวจความรู้สึกตนเอง (Check in) การลงมือปฏิบัติ (A: Action) โดยให้ผู้เรียนวาดภาพที่แสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติ และ การสะท้อนการเรียนรู้ (R: Reflection) โดยให้ผู้เรียนจับคู่กันเล่าเหตุการณ์ภาพที่แสดงความรู้สึกของตนเอง โดยให้ผู้ฟังใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ ฟังอย่างลึกซึ่ง (deep listening)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมการปฏิบัติสถานการณ์เสมือนจริง โดยผู้วิจัยให้ผู้เรียนเล่าถึงความรู้สึกของตนเอง (Check in) ก่อนที่ผู้เรียนจะมีการเล่นสถานการณ์เสมือนจริง มีการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) และเสริมพลังบวกให้กับผู้เรียน หลังจากนั้น ให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์เสมือนจริง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้เรียนออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ในแต่ละกลุ่มจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นกลุ่มที่เล่นสถานการณ์และกลุ่มผู้สังเกตการณ์ ผู้เรียนที่ทำหน้าที่เป็นกลุ่มที่เล่นสถานการณ์กำหนดบทบาทหัวหน้าเวร 1 คน หัวหน้าทีม 1 คน และสมาชิกทีม 2 คน ผู้วิจัยให้ผู้เรียนเล่นสถานการณ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มละ 1 สถานการณ์ หลังจากนั้นมีการหมุนเวียนกลุ่มที่เป็นผู้สังเกตการณ์มาเล่นสถานการณ์อีก 1 สถานการณ์ โดยใช้เวลาในการเรียนรู้สถานการณ์ละ 70 นาที โดยมีขั้นตอนการเล่นสถานการณ์และการสังเกตการณ์ ได้แก่ ขั้นนำ (prebrief) ใช้เวลา 20 นาที ขั้นการปฏิบัติสถานการณ์เสมือนจริง (scenario) ใช้เวลา 20 นาที และ ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลา 30 นาที

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ผู้วิจัยให้ผู้เรียนสำรวจความรู้สึกตนเองในภายหลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์เสมือนจริง (Check out) โดยเปรียบความรู้สึกกับสภาพท้องฟ้า หรือทะเล และให้ผู้เรียนเล่าถึงความรู้สึกของตนเอง และเสริมพลังบวกให้กับผู้เรียน รวมทั้งประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อนำผลลัพธ์มาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต และเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน (GPA)

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทุกระบบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนน้อยสุด 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน (อนุวัติ คูณแก้ว, 2560) คือ

คะแนนความรู้	0 - 6	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อย
คะแนนความรู้	7 - 13	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนความรู้	14 - 20	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับมาก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) มีจำนวน 20 ข้อ โดยมีแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับต่ำที่สุด คะแนน 2 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับต่ำ คะแนน 3 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับมาก คะแนน 5 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับมากที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทั้งรายข้อและโดยรวม จำแนกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง	ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีประสบการณ์นิเทศนักศึกษาพยาบาลศาสตรที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตซับซ้อน หรือมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่ประสบการณ์ด้านการจัดการเรียนการสอนแบบ SBL จำนวน 1 ท่าน และนำเครื่องมือมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเครือข่ายภาคใต้ จำนวน 30 คน และตรวจสอบดัชนีความยาก (Item Difficulty Index: p) ของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 20 ข้อ ทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ในช่วง 0.40–0.60 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขข้อสอบให้มีประสิทธิภาพและนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson's method) มีค่าเท่ากับ 0.85 และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 28 -29 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

1. วันที่ 1 ของการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับความร่วมมือและความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 20 ข้อ และตอบแบบประเมินสมรรถนะตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 20 ข้อ ก่อนดำเนินการเตรียมความพร้อม

3. หลังจากเสร็จสิ้นการประเมินความรู้และประเมินสมรรถนะตนเอง ผู้วิจัยเตรียมผู้เรียนก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดจิตตปัญญา โดยการให้ผู้เรียนเล่าถึงความรู้สึกตนเอง (Check in) ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติวาดภาพที่แสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติพร้อมทั้งการเขียนเล่าบรรยายความรู้สึกใต้ภาพ และให้ผู้เรียนจับคู่กันเล่าเหตุการณ์ภาพที่แสดงความรู้สึกของตนเอง โดยให้ผู้เรียนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ฟังใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ผู้วิจัยสรุปประเด็นการสร้างสติ การตระหนักรู้ในตนเอง การแลกเปลี่ยนสะท้อนความรู้สึกที่ได้ฟังจากเพื่อน และการฟังอย่างใคร่ครวญจะทำให้เกียรติผู้อื่นและเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้อื่นมากขึ้น ให้กำลังใจและเสริมพลังบวกให้กับผู้เรียน

4. วันที่ 2 ของการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยให้ผู้เรียนสำรวจความรู้สึกตนเอง (Check in) อีกครั้ง ให้ผู้เรียนเล่าถึงความรู้สึกของตนเองก่อนที่ผู้เรียนจะมีการเล่นสถานการณ์เสมือนจริง โดยผู้วิจัยมีการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) และเสริมพลังบวกให้กับผู้เรียน

5. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้เรียนออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน/กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นกลุ่มที่เล่นสถานการณ์ และกลุ่มผู้สังเกตการณ์ กลุ่มเล่นสถานการณ์จะมีการกำหนดบทบาทหัวหน้าเวร 1 คน หัวหน้าทีม 1 คน และสมาชิกทีม 2 คน

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มผู้เรียนเล่นสถานการณ์ที่กำหนดไว้ โดยให้กลุ่มผู้เรียนที่เป็นกลุ่มเล่นสถานการณ์ เล่นสถานการณ์ที่ 1 ใช้เวลาในการเรียนรู้สถานการณ์ 70 นาที หลังจากนั้นมีการหมุนเวียนกลุ่มที่เป็นผู้สังเกตการณ์มาเล่นสถานการณ์ที่ 2 ใช้เวลาอีก 70 นาที ในแต่ละสถานการณ์ประกอบด้วยขั้นนำ (pre brief) ใช้เวลา 20 นาที ขั้นการปฏิบัติตามสถานการณ์เสมือนจริง (scenario) ใช้เวลา 20 นาที และขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลา 30 นาที

7. เมื่อเสร็จสิ้นการเล่นสถานการณ์ทั้งหมด ผู้วิจัยให้ผู้เรียนสำรวจความรู้สึกตนเองในภายหลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์เสมือนจริง (Check out) เสริมพลังบวกให้กับผู้เรียน และสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกัน

8. ผู้วิจัยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่ได้กำหนดไว้ข้างต้นทั้ง 2 สถานการณ์ จำนวน 20 ข้อ และขอความร่วมมือตอบแบบประเมินสมรรถนะตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล อีกครั้ง หลังจากเสร็จสิ้นการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญาด้วยสถิติ pair t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวนน้อยกว่า 50 จึงได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่าเป็นแบบปกติหรือไม่ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีการแจงแจกแบบปกติ ค่า W= 0.95 (*p*-value= 0.537)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ Exc-04/2567 ระยะเวลาที่รับรอง วันที่ 27 พฤษภาคม 2567- 26 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่เสียผลประโยชน์หรือได้รับผลกระทบใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับมีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน ร้อยละ 90.60 เพศชาย จำนวน 3 คน ร้อยละ 9.64 มีอายุเฉลี่ย 20.75 ปี นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 100 และเกรดเฉลี่ยสะสมในปัจจุบัน (GPA) มีค่าเฉลี่ย 3.01

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา

1. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 9.23, S.D. =2.50) คะแนนความรู้หลังได้รับการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=14.64, S.D. =3.03) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อม ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความรู้หลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา มากกว่า ก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t=5.12, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา (n = 32 คน)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
คะแนนความรู้	9.23	2.50	ปานกลาง	14.64	3.03	มาก	5.12	<0.001*

*p-value < 0.05

2. คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.24, S.D. =0.37) คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองหลังได้รับการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.43, S.D. =0.39) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อม ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา มากกว่า ก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t=5.67, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา (n = 32 คน)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง	3.24	0.37	ปานกลาง	4.43	0.39	มาก	5.67	<0.001*

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

1. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา มากกว่าก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มีการออกแบบกำหนดโจทย์สถานการณ์ โดยใช้หุ่นจำลองขั้นสูงเสมือนจริง จัดอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับหุ่นจำลองรวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้มีความคล้ายคลึงกับสถานการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตตามสภาพจริง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดในสถานการณ์ ผู้เรียนฝึกการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบททางคลินิก (Azizi et al., 2022) รวมทั้งผู้เรียนสามารถปฏิบัติซ้ำจากการแก้ไขข้อผิดพลาดเดิม โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกและสามารถเชื่อมโยงความรู้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Saragih, Tarihoran, & Lee, 2024) การนำแนวคิดจิตตปัญญามาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ การให้ผู้เรียนสร้างสติจากการ Check in การสะท้อนคิดความรู้สึกตัวเอง การสะท้อนคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ภายใน เป็นการเน้นการตระหนักรู้ในตนเองมีผลเชิงบวกต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้เรียน (Sherman, 2021) ช่วยเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้เชิงลึก ทำให้ผู้เรียนสามารถทบทวนความรู้และประสบการณ์ของตนเองอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ที่ยั่งยืน สามารถวางแผน และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Eyre, 2022) สอดคล้องกับ การศึกษาของ ภาวิณี แพงสุข และ ชลดา กิ่งมาลา (2564) ที่ศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 กลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้สถานการณ์จำลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และการศึกษาของ Ebrahimi et al. (2020) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Tong et al. (2024) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเรียนแบบสถานการณ์จำลองต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยมีการแบ่งวิธีการสอนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ การสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง การสอนแบบสถานการณ์โดยคอมพิวเตอร์เป็นพื้นฐาน การสอนทั้งสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและสถานการณ์โดยคอมพิวเตอร์พื้นฐานร่วมกัน การสอนแบบกรณีศึกษา พบว่า ระดับความรู้ของนักศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม ดังนั้น การใช้สถานการณ์จำลองเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเพิ่มพูนความรู้ การสร้างสติ กระบวนการสะท้อนคิด การตระหนักรู้จึงเป็นการสร้างการเรียนรู้ภายในตนเอง ซึ่งเป็นการออกแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานที่ช่วยเสริมสร้างผลลัพธ์ด้านความรู้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ที่ยั่งยืน (Hung et al., 2021)

2. คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญา มากกว่าก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนได้เผชิญกับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความจริง โดยเฉพาะในบริบทของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องใช้ทักษะการตัดสินใจและการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและแม่นยำ การบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญา มีการสร้างสติ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้เรียน เกิดการตระหนักรู้ในตนเองที่มีผลเชิงบวกต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้เรียน (Sherman, 2021) มีกำลังใจและพร้อมสำหรับการมุ่งมั่นในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (จักรกฤษ จันทะคุณ, 2560) ขั้นตอนการเล่นสถานการณ์จำลอง (Scenarios practice) และขั้นตอนการสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ผู้สอนทำหน้าที่เอื้ออำนวยการฝึกปฏิบัติของผู้เรียนอย่างใกล้ชิด สามารถชี้แนะแนวทางแก่ผู้เรียนได้ตามที่เห็นควร และผู้สอนให้กำลังใจขณะปฏิบัติในสถานการณ์ เอาใจใส่ผู้เรียน (empathy) ยอมรับในการปฏิบัติของผู้เรียน (Respect) ผู้เรียนสามารถปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือได้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

เกิดบรรยากาศที่เกื้อกูลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น และเกิดทัศนคติเชิงบวกในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (สุวรรณี สร้อยสงค์, และคณะ, 2567) ผู้สอนใช้แนวคิดจิตตปัญญาในการสะท้อนคิด ทำให้ผู้เรียนมีความรู้สึกอยู่ในบริบทของสิ่งแวดล้อมที่ให้ความปลอดภัย (Safe Zone) ให้ผู้เรียนเล่าถึงความรู้สึกของตนเองก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและซับซ้อน ผู้สอนใช้เทคนิคการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) และเสริมพลังบวกให้กับผู้เรียน แสดงความชื่นชมเมื่อผู้เรียนสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดีและถูกต้องเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนได้นำศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และให้กำลังใจเมื่อผู้เรียนเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้นักศึกษาเกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้น สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง สร้างการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนเชิงบวก (positive transformative learning) ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ มีสติอยู่กับปัจจุบัน หรือการรับรู้อยู่กับสิ่งที่กำลังทำหรือเผชิญอยู่ จึงช่วยจัดการอารมณ์ ความเครียดและพร้อมที่จะเรียนรู้การฝึกปฏิบัติงาน (Torne-Ruiz, Reguant, & Roca, 2023) สามารถลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง มีการเรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง และนำความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมาเชื่อมโยงสร้างความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) และนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (active experimentation) เป็นการสร้างวงจรการเรียนรู้ (Klob & Klob, 2005) และสามารถฝึกปฏิบัติได้ซ้ำๆ มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการคิดวิเคราะห์ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม และ นาตยา วงศ์ยะรา, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, และญาณี แสงสาย (2565) เรื่อง ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาและทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทั้งนี้ เนื่องจากการใช้ สถานการณ์จำลองส่งผลให้นักศึกษามีการเชื่อมโยงระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลทักษะฉีดยาด้วยความพยายามมุ่งมั่น ตั้งใจ ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และการศึกษาของ Tawalbeh (2020) ที่ศึกษาผลการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาด้านหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาท พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองจำเป็นต้องมีการฝึกประสบการณ์ซ้ำๆ และต่อเนื่อง โดยการฝึกด้วยสถานการณ์จำลองหลายครั้งจะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะตนเองของผู้เรียน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความถี่และความต่อเนื่องของการจัดประสบการณ์เรียนรู้มีผลต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้เรียน (Korkmaz & Toraman, 2025)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สนับสนุนให้อาจารย์มีการจัดเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ร่วมกับการใช้แนวคิดจิตตปัญญา สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยในทุกรายวิชา เพื่อให้นักศึกษาลดความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจากสถานการณ์จริงและให้ผู้ป่วยปลอดภัย

2. สถานศึกษาควรมีการพัฒนาหลักสูตรโดยการบูรณาการกิจกรรมตามหลักการจิตตปัญญาศึกษาในหลักสูตรให้ครอบคลุมทุกวิชาและต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศความสุขในการเรียนรู้และการพยาบาลแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัญหา และอุปสรรคจากการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทั้งในด้านผู้เรียน ผู้สอน และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดการเรียนรู้นี้ และมีการจัดทำวิจัยเชิงพัฒนาต่อไป เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ของแต่ละสถาบัน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาอื่นๆ และออกแบบวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม (Two-Group Quasi-Experimental Research) ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับแนวคิดจิตปัญญา กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

เอกสารอ้างอิง

จิรสุดา ทะเรรัมย์, ธิดารัตน์ คณิงเพียร, และ กรวรรณ ผมทอง. (2566). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลแบบผสมผสานวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 31*(2), 67-76.

จักรกฤษณ์ จันทะคุณ. (2560). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาที่ส่งผลต่อความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นของนิสิตครู มหาวิทยาลัยพะเยา. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 10*(4), 186-199.

ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, และ ญาณี แสงสาย. (2565). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับ การรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาและทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32*(1), 206-218.

ปิยพงศ์ สอนลบ, สุวรรณี สร้อยสงค์, ภัณฑิรชา เฟื่องทอง, และ นันทวรรณ ธีรพงศ์. (2565). ผลของการเรียนโดยใช้จิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, *6*(1), 112-126.

ภาวิณี แพงสุข และ ชลดา กิ่งมาลา. (2564). ผลของการใช้สถานการณ์จำลอง ต่อความรู้ และความมั่นใจใจความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41*(2), 89-100.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

วรนิภา กรุงแก้ว, ชุติมา รักษ์บางแหลม, อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง, นิสากร จันทวี และนันท์ณภัส สารมาศ. (2567). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 11*(2), 1-15.

ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และ นาตยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี, 4*(3), 178-194.

สมจิตต์ สินธุชัย, และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง : การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *18*(1), 29-38.

สุวรรณี สร้อยสงค์, สุภาณี คลังฤทธิ์, ปิยพงศ์ สอนลบ, จินดาวรรณ เงารัศมี, นันทวรรณ ธีรพงศ์, และ ขวัญสุวีย์ อภิจันทร์เมธากุล. (2567). ผลการใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล, *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 32*(2), 53-65.

อนุวัติ คูณแก้ว. (2560). *สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Azizi, M., Ramezani, G., Karimi, E., Hayat, A. A., Faghihi, S. A., & Keshavarzi, M. H. (2022). A comparison of the effects of teaching through simulation and the traditional method on nursing students' self-efficacy skills and clinical performance: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 21*, 283. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01065.

Berkovich-Ohana, A., Jennings, P. A., & Lavy, S. (2019). Contemplative neuroscience, self-awareness, and education. *Progress in Brain Research, 244*, 355-385. https://doi:10.1016/bs.pbr. 2018.10.015.

Demirtas, A., Guvenc, G., Aslan, Ö., Unver, V., Basak, T., & Kaya, C. (2021). Effectiveness of simulation-based cardiopulmonary resuscitation training programs on fourth-year nursing students. *Australasian Emergency Care, 24*(1), 4-10.

Ebrahimi, H. K., Sohrabi, S., Ashtiyani, F. Z., Hafize, F., Esmaeilian, S., & Jafarnejad, S. (2020). Effect of simalation-based CPR education on knowledge and performance of neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Critical Reviews, 7*(7), 1135-1140.

Eyre, A. (2022). The Manchester Attack Support Group Programme: modelling a psychosocial response to collective trauma. *Journal of Psychosocial Studies, 15*(1), 16-35.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No. 2 May-August 2026

Hung, C. C., Kao, H. S., Liu, H. C., Liang, H. F., Chu, T. P., & Lee, B. O. (2021). Effects of simulation-based learning on nursing students' perceived competence, self-efficacy, and learning satisfaction: A repeated measurement method. *Nursing Education Today, 97*, 104725. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104725.

Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education, 4*(2), 193-212.

Korkmaz, E. K., & Toraman, A. U. (2025). The effect of repeated simulation-based disaster education on nursing students' self-efficacy in disaster response. *BMC Nursing, 24*, 1433. https://doi.org/10.1186/s12912-025-04064-y

Saragih, I. D., Tarihoran, D. E. T. A. U., Lin, W. T., & Lee, B. O. (2024). Outcomes of scenario-based simulation courses in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today, 136*, 106145. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106145

Sherman, G.L. (2021). Transformative Learning and Well-Being for Emerging Adults in Higher Education. *Journal of Transformative Education, 19*(1), 29-49. https://doi.org/10.1177/1541344620935623

Tawalbeh, L. I. (2020). Effect of simulation modules on jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: A randomized controlled trial. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 13*(10024), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100242

Torne-Ruiz, A., Reguant, M., & Roca, J. (2023). Mindfulness for stress and anxiety management in nursing students in a clinical simulation: A quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice, 66*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103533

Tong, L. K., Li, Y. Y., Au, M. L., Ng, W., Wang, S. C., Liu, Y., Shen, Y., Zhong, L., & Qiu, X. (2024). The effects of simulation-based education on undergraduate nursing students' competences: A multicenter randomized controlled trial. *BMC Nursing, 23*, 400. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02069-7

Tutticci, N., Coyer, F., Lewis, P. A., & Ryan, M. (2016). High-fidelity simulation: Descriptive analysis of student learning styles. *Clinical Simulation in Nursing, 12*(11), 511-521.

e282396

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

กิตติยา ศรีมาฤทธิ์[1], ยุวธิดากร ศิริวาลย์[2], ศักดิ์นรินทร์ ประสาร[3] ,วันเพ็ญ สมหอม[1*]

[1]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก จังหวัดอุบลราชธานี

[3]โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

(วันที่รับบทความ: 19 พฤษภาคม 2569; วันที่แก้ไข: 26 มิถุนายน 2569 ; วันที่ตอบรับ: 29 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 138 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้โดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.38, 60.14, 57.25 และ 85.51 ตามลำดับ ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.39 จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยนำด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ เงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวัน (r_s = 0.17, p-value = 0.046) ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก (r_s= 0.22, p-value = 0.009) ปัจจัยเอื้อ (r_s = 0.26, p-value = 0.002) และปัจจัยเสริม (r_s= 0.34, p-value < 0.001) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นนำข้อมูลจากงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนด้านทันตสุขภาพในโรงเรียน โดยควรจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ กำหนดนโยบายให้ผู้ประกอบการในโรงอาหารงดจำหน่ายขนม กรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างสม่ำเสมอ และประสานหน่วยบริการทันตสาธารณสุขในพื้นที่จัดตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อปลูกฝังสุขนิสัยที่ดีแก่นักเรียนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6, อุบลราชธานี

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** วันเพ็ญ สมหอม; อีเมล wanpenso@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

Factors Affecting Oral Health Care Behaviors of Grade 6 Students in Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province

Kittiya Srimarit[1], Yuwatidagorn Siriwan [2], Saknarin Prasarn [3], and Wanpen Somhom[1*]

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

[2]Don Chik Sub-District Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani Province

[3]Rasisalai Hospital, Sisaket Province

(Received: 19 May 2026 ; Revised: 26 June 2026 ; Accepted: 29 June 2026)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed study predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and oral health care behaviors, found relationships between predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with oral health care behaviors of Grade 6 students in Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province. Data were collected between September and November 2023. The sample group consisted of 138 grade 6 students, selected through multi-stage random sampling. Data were collected by questionnaires on factors related to oral health care behavior of Grade 6 students in Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province. The relationship was analyzed using Chi-square and Spearman Correlation Coefficient statistics.

The results showed percent of the predisposing factors in knowledge, attitude, enabling factors and oral health care behaviors were at moderate level (46.38%), (60.14%), (57.25%) and (85.51%). The reinforcing factors was at high level (67.39%). From the study of the relationship, it was found that the leading factor in personal information, students pocket money per day (r_s = 0.17, p-value = 0.046), attitudes in oral health care (r_s = 0.22, p-value = 0.009), enabling factors (r_s = 0.26, p-value = 0.002) and reinforcing factors (r_s = 0.34, p-value < 0.001) were associated with oral health care behaviors of Grade 6 students in Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province. Statistically significant at the 0.05 level.

Therefore, the research findings should be used as a guideline for planning dental health in schools. Activities should include promoting the consumption of nutritious food, establishing policies for school cafeteria vendors to refrain from selling snacks and sugary drinks, organizing regular brushing sessions after lunch, and coordinating with local dental health services to conduct oral health check-ups. This will help instill good dental habits in students sustainably.

Keywords: Factors that are related, Oral health care behavior, Grade 6 students, Ubon Ratchathani

***Corresponding author**: Wanpen Somhom; email wanpenso@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก จากรายงานสภาวะสุขภาพช่องปากขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2023) พบว่า โรคในช่องปากที่พบในประชากรส่วนใหญ่ คือ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนมากกว่า 2 พันล้านคนและเด็ก 514 ล้านคนทั่วโลกต้องทนทุกข์ทรมาน โดยประมาณการ 2 ใน 3 ของฟันผุนั้นยังไม่ได้รับการรักษา ทั้งยังส่งผลกระทบทางสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรงและมหาศาล ซึ่งในประชาชนกลุ่มอายุ 12 ปี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคฟันผุ สาเหตุหลักมาจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง การได้รับฟลูออไรด์ไม่เพียงพอและขาดพฤติกรรมการแปรงฟันและโรคเหงือกอักเสบ สาเหตุหลักมาจากการมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดี (WHO, 2023)

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปาก ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ 2560 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีปัญหาสุขภาพช่องปากสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.40 ซี่/คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 7 ที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.30 ซี่/คน มีสภาวะเหงือกอักเสบสูงกว่าการสำรวจครั้งที่ 7 จากร้อยละ 50.30 เป็นร้อยละ 66.30 ส่วนประเด็นพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้คือ พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมและน้ำหวาน การกินลูกอม และการกินขนมกรุบกรอบ พบว่าเด็กดื่มน้ำอัดลมและกินขนมกรุบกรอบทุกวันเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมา อีกทั้งมีปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อสภาวะเหงือกอักเสบคือพฤติกรรมการแปรงฟันซึ่งพบว่าร้อยละของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ลดลงจากร้อยละ 57.90 เป็นร้อยละ 44.70 เมื่อปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมา การรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ เด็กอายุ 12 ปี เคยปวดฟันร้อยละ 36.70 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟันร้อยละ 12.20 เคยได้รับการตรวจฟันร้อยละ 84.70 เคยได้รับการรักษาฟันและเหงือกร้อยละ 50.80 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกในการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี สูงที่สุดถึงร้อยละ 61.10 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.60 ซี่/คน และความชุกการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทยังสูงกว่าในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยมีความชุกสูงที่สุดที่ร้อยละ 55.80 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.50 ซี่/คน โดยเด็กในชนบทมีพฤติกรรมการบริโภคขนมถุงกรุบกรอบและลูกอมทุกวันมากกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานครและเด็กในภาคกลางมากที่สุดร้อยละ 36.00 ในขณะที่การเคลือบหลุมร่องฟันน้อยที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 18.5 เฉลี่ย 0.40 ซี่/คน ซึ่งร้อยละฟันผุที่ยังไม่ได้รักษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุดคือร้อยละ 36.30 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 12 ปี ที่มีฟันแท้ผุ จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565 พบว่า อำเภอที่มีฟันแท้ผุสูงที่สุด คือ อำเภอน้ำขุ่น อำเภอนาเยีย และอำเภอนาตาล เป็นร้อยละ 100 51.58 และ 50.00 ตามลำดับ โดยอำเภอน้ำขุ่นมีอัตราการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีพอ ส่งผลให้เกิดโรคในช่องปากตามมา ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคขนมถุงกรุบกรอบและลูกอมที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่ลดลงเมื่อปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

เกิดสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ละเลยการแปรงฟันให้เด็กด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพช่องปากของเด็ก ในอนาคต เพราะการมีฟันน้ำนมผุลึก จะทำให้เด็กมีอาการปวดฟันเคี้ยวอาหารไม่ได้ ร่างกายจะได้รับสารอาหาร ไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโต เด็กจะมีน้ำหนักและส่วนสูงน้อย อีกทั้งอาการปวดฟันยังส่งผลให้เด็กนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ มีพัฒนาการบางด้านไม่สมวัย หรือมีพัฒนาการด้อยกว่าเด็ก ๆ ที่มีฟันดี ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญตั้งแต่เด็ก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงตระหนักเห็นถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 12 ปี ที่มีปัจจัยหลักมาจากพฤติกรรมการบริโภคและการแปรงฟัน ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งปัจจัยที่ได้จะสะท้อนถึงปัญหาการปฏิบัติตัวของเด็กที่จะส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง เพื่อนำผลจากการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและเป็นแนวทางการดำเนินการตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

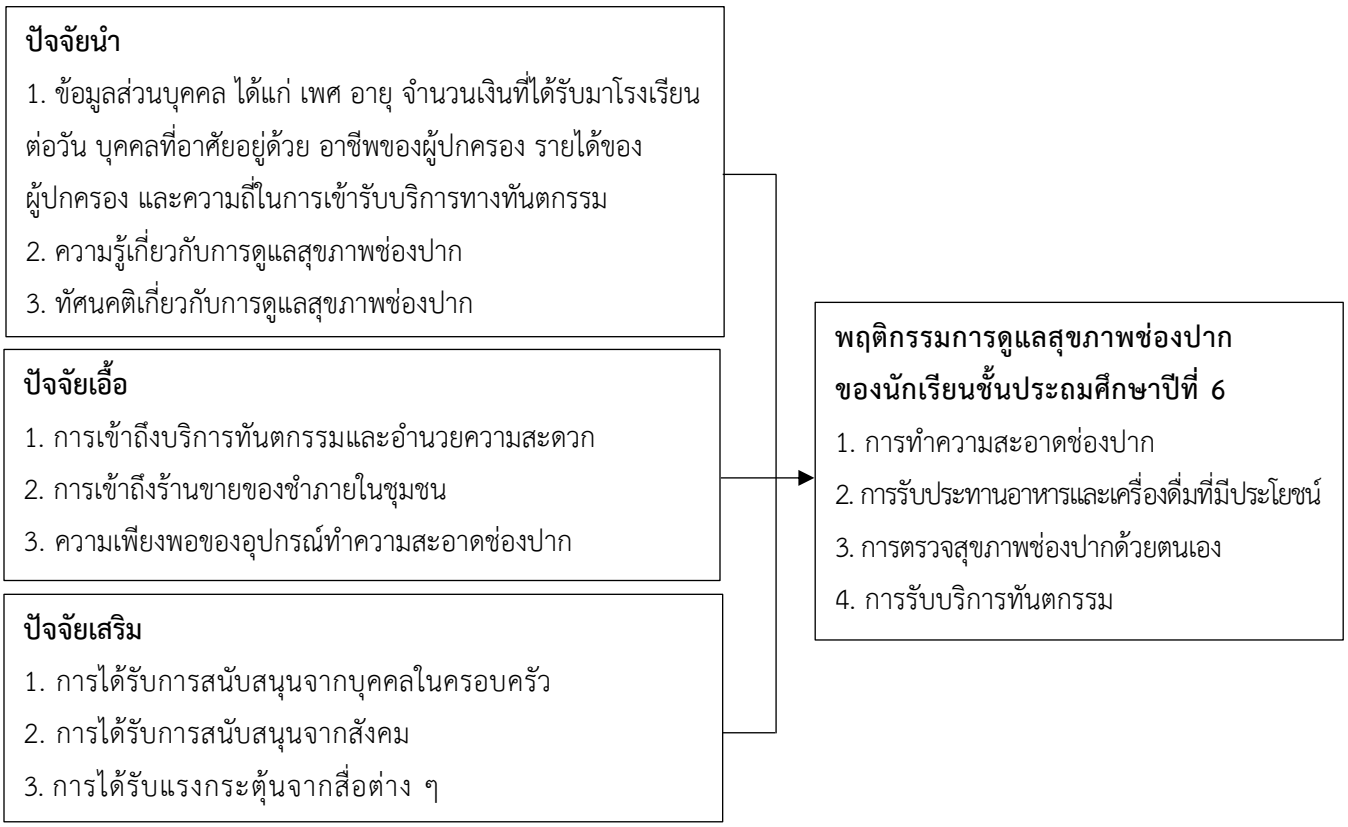
1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross - sectional Analytical Study)

ประชากร นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2566 จำนวน 347 คน ช่วงเวลาที่ศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2566

เกณฑ์การคัดเข้า

1) นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 11-12 ปี อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี
2) นักเรียนที่ได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครองและนักเรียนยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1) นักเรียนที่ขาดหรือลาโรงเรียนในวันเก็บข้อมูลและไม่สามารถติดตามได้หลังจากติดตามแล้ว 2 ครั้ง
2) นักเรียนที่ย้ายโรงเรียนไปศึกษาต่อที่อื่นระหว่างเก็บข้อมูล
3) นักเรียนที่บกพร่องทางการเรียนรู้ด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และอารมณ์ ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 เลือก Test family เป็น Exact เลือก Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model เลือก Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size - given α, power, and effect size ระบุ Input Parameters ที่ใช้ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง Two-tailed test, Correlation p H = 0.3 (Medium size (Cohen, 1977)), α err prob = 0.05, Power (1- β err prob) = 0.95 และ Correlation p H0 = 0 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ จำนวน 138 คนและสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการสุ่มแบบมีชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อหาประชากรในแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการคำนวณสัดส่วนกลุ่มประชากรในแต่ละตำบล เพื่อหากลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Custer Random Samling) โดยนำชื่อโรงเรียนแต่ละตำบลมาจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้โรงเรียนตัวแทนในแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการสุ่มนักเรียนในโรงเรียนตัวแทนแต่ละตำบลที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 3 โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำรายชื่อนักเรียนมาจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อคัดจำนวนนักเรียนที่มากกว่าสัดส่วนของกลุ่มประชากรในแต่ละตำบลออก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 138 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยศึกษาจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดชนิดเลือกตอบ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 7 ข้อได้แก่ เพศ อายุ จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวัน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง และความถี่ในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ ตอบ "ถูก" ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ "ผิด" ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (Bloom, 1971) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ความรู้ระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 60-79.99 (9-11 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert, 1932) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ทัศนคติระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ทัศนคติระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และทัศนคติระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ มีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการทันตกรรมและอำนวยความสะดวก การเข้าถึงร้านขายของชำภายในชุมชน และความเพียงพอของอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert, 1932) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เข้าถึงปัจจัยเอื้อในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00) เข้าถึงปัจจัยเอื้อในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และเข้าถึงปัจจัยเอื้อในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านปัจจัยเสริม มีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และการได้รับแรงกระตุ้นจากสื่อต่าง ๆ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert, 1932) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เข้าถึงปัจจัยเสริมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00) เข้าถึงปัจจัยเสริมในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และเข้าถึงปัจจัยเสริมในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และการรับบริการทันตกรรม ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert, 1932) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติทุกวัน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) และไม่ปฏิบัติเลย (ใน 1 สัปดาห์ไม่เคยปฏิบัติเลย) ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ออกแบบมาตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.91 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ริดชาร์ดสันที่ 20 (KR-20) ในแบบสอบถามด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และจะใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบัคส่วน ในแบบสอบถามด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.93 ปัจจัยเอื้อ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

เท่ากับ 0.87 ปัจจัยเสริม ปัจจัยเสริมเท่ากับ 0.93 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยยื่นโครงร่างวิจัยเพื่อเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

2) ผู้วิจัยยื่นขอหนังสืออนุญาตในการลงพื้นที่ หนังสือขออนุญาตผู้ปกครองและตัวนักเรียน แจ้งรายละเอียดงานวิจัย เพื่อทดลองเก็บข้อมูล (Try Out) กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 30 คน

3) ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุเคราะห์ทำการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังโรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงกับผู้อำนวยการโรงเรียนถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย แนวทางการดำเนินงาน วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจัดทำหนังสือขออนุญาตผู้ปกครอง หนังสือขออนุญาตในเด็กนักเรียนแล้วดำเนินการแจกใบขออนุญาตผู้ปกครอง หนังสือขออนุญาตในเด็กนักเรียนผ่านครูประจำชั้นแต่ละโรงเรียน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

4) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเอกสารขออนุญาตผู้ปกครองและใบขออนุญาตเด็กนักเรียน

5) ลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับโดยมีคำชี้แจง หนังสือจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แนบไว้ในหน้าแรกของแบบสอบถาม และมีส่วนให้นักเรียนตอบยินยอมหรือไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ด้วย

6) หลังจากได้รับแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะตรวจสอบจำนวนแบบผู้ตอบและความสมบูรณ์ของข้อมูล

7) เมื่อได้ข้อมูลครบจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำการทดสอบสมมติฐานและรายงานผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้แก่ การแสดงค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) แทนด้วย $\overline{X}$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แทนด้วย S.D. ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Interquartile range: IQR) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการดูแลสุภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติสเปียร์แมน (Spearman Correlation Coefficient)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง SCPHUB S014/2566 ลงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2566 – 14 กันยายน พ.ศ.2567 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม ผู้วิจัยจึงดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ปกครองและนักเรียนอย่างละเอียด พร้อมขอความยินยอมจากผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร และขอความยินยอมจากนักเรียนก่อนการเก็บข้อมูลทุกราย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยมีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.25 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 12 ปี ร้อยละ 84.06 เงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวันมีค่ากลางอยู่ที่ 20.00 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์คือ 15 จำนวนเงินมากที่สุดคือ 100 บาท และน้อยที่สุดคือ 10 บาท ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 63.04 การประกอบอาชีพของผู้ปกครองส่วนใหญ่คือ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 51.45 รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือนมีค่ากลางอยู่ที่ 7,750 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์คือ 6,000 จำนวนเงินมากที่สุดคือ 40,000 บาท และน้อยที่สุดคือ 300 บาท ความถี่ในการเข้ารับบริการทันตกรรมของนักเรียนส่วนใหญ่คือ ไปเมื่อมีอาการ ร้อยละ 61.59 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 138)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	42.75
หญิง	79	57.25
อายุ (ปี)		
11	22	15.94
12	116	84.06
เงินที่ได้รับมาโรงเรียน (บาทต่อวัน)	Median = 20.00, IQR =15, Max = 100, Min = 10	
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
บิดา/มารดา	87	63.04
ตา/ยาย	36	26.09
ปู่/ย่า	12	8.70

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 138)	ร้อยละ
ลุง/ป้า,น้า/อา	2	1.45
พี่ชาย/พี่สาว	1	0.72
อาชีพของผู้ปกครอง		
เกษตรกรรม	71	51.45
ค้าขาย	21	15.22
รับจ้างทั่วไป	20	14.49
รับราชการ	7	5.07
พนักงานรัฐ	4	2.90
พนักงานเอกชน	6	4.35
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	6.52
รายได้ของผู้ปกครอง (บาทต่อเดือน)	Median = 7,750, IQR =6,000, Max = 40,000, Min = 300	
ความถี่ในการเข้ารับบริการทันตกรรมของนักเรียน		
ทุกๆ 3 เดือน	2	1.45
ทุกๆ 6 เดือน	7	5.07
ปีละ 1 ครั้ง	19	13.77
ไปเมื่อมีอาการ	85	61.59
ไม่เคยเลย	25	18.12

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยนำในส่วนของระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 64 คน ร้อยละ 46.38 ($\overline{X}$ =10.83, S.D. =1.92) และระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 83 คน ร้อยละ 60.14 ($\overline{X}$ =3.58, S.D. =0.31)

ระดับปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงปัจจัยเอื้อโดยรวมในระดับปานกลาง จำนวน 79 คน ร้อยละ 57.25 ($\overline{X}$ =3.63, S.D. =0.38) มีปัจจัยเอื้อในด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมและสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 88 คน ร้อยละ 63.77 ($\overline{X}$ =3.51, S.D. =0.56) ด้านการเข้าถึงร้านขายของชำภายในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 112 คน ร้อยละ 81.16 ($\overline{X}$ =3.39, S.D. =0.37) และด้านความเพียงพอของอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับสูง จำนวน 105 คน ร้อยละ 76.09 ($\overline{X}$ =4.08, S.D. =0.61)

ระดับปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงปัจจัยเสริมโดยรวมในระดับสูง จำนวน 93 คน ร้อยละ 67.39 ($\overline{X}$ =3.86, S.D. =0.42) มีปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง จำนวน 113 คน ร้อยละ 81.88 ($\overline{X}$ =4.07, S.D. =0.52) ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมอยู่ใน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ระดับสูง จำนวน 82 คน ร้อยละ 59.42 ($\overline{X}$ =3.82, S.D. =0.58) และด้านการได้รับแรงกระตุ้นจากสื่อต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 73 คน ร้อยละ 52.90 ($\overline{X}$ =3.63, S.D. =0.61) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี (n = 138)

ตัวแปร	ระดับการแปรผล						$\overline{X}$	S.D.	แปรผล
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปัจจัยนำ									
ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก	18	13.04	64	46.38	56	40.58	10.83	1.92	ปานกลาง
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก	0	0	83	60.14	55	39.86	3.58	0.31	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ	0	0	79	57.25	59	42.75	3.63	0.38	ปานกลาง
การเข้าถึงบริการทันตกรรมและสิ่งอำนวยความสะดวก	4	2.90	88	63.77	46	33.33	3.51	0.56	ปานกลาง
การเข้าถึงร้านขายของชำภายในชุมชน	1	0.72	112	81.16	25	18.12	3.39	0.37	ปานกลาง
ความเพียงพอของอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	0	0	33	23.91	105	76.09	4.08	0.61	สูง
ปัจจัยเสริม	0	0	45	32.61	93	67.39	3.86	0.42	สูง
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0	0	25	18.12	113	81.88	4.07	0.52	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม	1	0.72	55	39.86	82	59.42	3.82	0.58	สูง
การได้รับแรงกระตุ้นจากสื่อต่างๆ	4	2.90	73	52.90	61	44.20	3.63	0.61	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง จำนวน 118 คน ร้อยละ 85.51 ($\overline{X}$ =3.30, S.D. =0.37) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้านการทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับสูง จำนวน 100 คน ร้อยละ 72.46 ($\overline{X}$ =3.80, S.D. =0.60) ด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 106 คน ร้อยละ 76.81 ($\overline{X}$ =2.94, S.D. =0.58) ด้านการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 76 คน ร้อยละ 55.07 ($\overline{X}$ =3.42, S.D. =0.66) ด้านการรับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 89 คน ร้อยละ 64.49 ($\overline{X}$ =2.94, S.D. =0.65) ดังตารางที่ 3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี (n = 138)

ตัวแปร	ระดับการแปรผล						$\bar{X}$	S.D.	แปรผล
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	1	0.72	118	85.51	19	13.77	3.30	0.37	ปานกลาง
การทำความสะอาดช่องปาก	3	2.17	35	25.36	100	72.46	3.80	0.60	สูง
การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์	13	9.42	106	76.81	19	13.77	2.94	0.58	ปานกลาง
การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง	8	5.80	76	55.07	54	39.13	3.42	0.66	ปานกลาง
การรับบริการทันตกรรม	26	18.84	89	64.49	23	16.67	2.94	0.65	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ, อายุ, บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย, อาชีพของผู้ปกครอง และความถี่ในการเข้ารับบริการทันตกรรมของนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม			Fisher's Exact test	p-value
	ต่ำ(ร้อยละ)	ปานกลาง(ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	0(0.00)	52(88.14)	7(11.86)	1.03	0.785
หญิง	1(1.27)	66(83.54)	12(15.19)		
อายุ (ปี)					
11	0(0.00)	20(90.91)	2(9.09)	0.85	0.780
12	1(0.86)	98(84.48)	17(14.66)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย					
บิดา/มารดา	1(1.15)	77(88.51)	9(10.34)		
ตา/ยาย	0(0.00)	31(86.11)	5(13.89)		
ปู่/ย่า	0(0.00)	8(66.67)	4(33.33)	14.37	0.180
ลุง/ป้า,น้า/อา	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)		
พี่ชาย/พี่สาว	0(0.00)	1(100)	0(0.00)		

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม			Fisher's Exact test	p-value
	ต่ำ(ร้อยละ)	ปานกลาง(ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)		
พี่ชาย/พี่สาว	0(0.00)	1(100)	0(0.00)		
อาชีพของผู้ปกครอง					
เกษตรกรรม	1(1.41)	62(87.32)	8(11.27)		
ค้าขาย	0(0.00)	16(76.19)	5(23.81)		
รับจ้างทั่วไป	0(0.00)	18(90.00)	2(10.00)		
ข้าราชการ	0(0.00)	4(57.14)	3(42.86)	14.17	0.457
พนักงานรัฐ	0(0.00)	4(100)	0(0.00)		
พนักงานเอกชน	0(0.00)	6(100)	0(0.00)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0(0.00)	8(88.89)	1(11.11)		
ความถี่ในการเข้ารับบริการทันตกรรมของนักเรียน					
ทุกๆ 3 เดือน	0(0.00)	2(100)	0(0.00)		
ทุกๆ 6 เดือน	0(0.00)	7(100)	0(0.00)	6.41	0.915
ปีละ 1 ครั้ง	0(0.00)	17(89.47)	2(10.53)		
ไปเมื่อมีอาการ	1(1.18)	70(82.35)	14(16.47)		
ไม่เคยเลย	0(0.00)	22(88.00)	3(12.00)		

*p-value < 0.05

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยนำด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ เงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวัน (r_s = 0.17, p-value = 0.046*) ด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก (r_s = 0.22, p-value = 0.009*) ปัจจัยเอื้อ (r_s = 0.26, p-value = 0.002*) และปัจจัยเสริม (r_s = 0.34, p-value < 0.001*) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ปัจจัยนำด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ เงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวันมีความสัมพันธ์กันน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย ด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กันน้อย ส่วนปัจจัยนำด้านข้อมูลส่วนบุคคลคือ รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน (r_s = -0.11, p-value = 0.186) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (r_s = 0.13, p-value = 0.109) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ดังตารางที่ 5

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (n=138)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		
	r_s	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
- เงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวัน	0.17	0.046*	น้อยหรือแทบจะไม่มีเลย
- รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน	-0.11	0.186	ไม่สัมพันธ์กัน
- ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.14	0.109	ไม่สัมพันธ์กัน
- ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.22	0.009*	น้อย
ปัจจัยเอื้อ	0.26	0.002*	น้อย
การเข้าถึงบริการทันตกรรมและสิ่งอำนวยความสะดวก	0.10	0.225	ไม่สัมพันธ์กัน
การเข้าถึงร้านขายของชำภายในชุมชน	0.24	0.004*	น้อย
ความเพียงพอของอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	0.27	0.002*	น้อย
ปัจจัยเสริม	0.34	<0.001*	น้อย
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0.43	<0.001*	น้อย
การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม	0.21	0.012*	น้อย
การได้รับแรงกระตุ้นจากสื่อต่างๆ	0.18	0.038*	มีน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พบประเด็นสำคัญดังนี้

ปัจจัยนำด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = 0.17, p-value = 0.046*) มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรนี้เพียงลำพังไม่อาจสะท้อนแนวโน้มพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน สามารถอธิบายได้ว่านักเรียนที่ได้รับเงินมาโรงเรียนจำนวนมาก ยังพอจะมีโอกาสในการเลือกซื้อขนมคบเคี้ยวหรือน้ำอัดลมได้ ซึ่งอาจเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมการบริโภคขนมและน้ำอัดลมที่แตกต่างกัน อีกทั้งอาจสะท้อนว่านักเรียนที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจจะมีแนวโน้มหรือความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากที่มีคุณภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวัฒน์ สุวคนธ์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2561) ที่พบว่าเงินมาโรงเรียน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันฟันผุ ส่วนตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย อาชีพและรายได้ผู้ปกครอง รวมถึงความถี่ในการรับบริการทันตกรรม ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น อายุใกล้เคียงกัน (11–12 ปี) และบริบทครอบครัวที่ผู้ปกครองยังมีบทบาทกำกับดูแล ส่งผลให้พฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อรุณศรี พลวงษา (2566) พบว่าปัจจัยนำด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อาชีพผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน

ปัจจัยนำด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (r_S = 0.14, p = 0.109) สะท้อนให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แม้นักเรียนจะมีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้อง เช่น การแปรงฟันและการใช้ฟลูออไรด์ สอดคล้องกับ ไกร แก้วทิพย์, มนัสนันท์ ชูสิริ และอัจฉรา ช่วยคำ (2567) พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง และปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สะท้อนให้เห็นถึงแม้มีความรู้ก็ไม่ได้แปลว่าจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเสมอไป จึงว่าด้วยพฤติกรรมของนักเรียนมิได้ถูกกำหนดด้วยความรู้เพียงมิติเดียว หากแต่ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนด้วย และเห็นถึงช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรม ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ

ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ (r_S = 0.22, p = 0.009*) มีความสัมพันธ์กันน้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรนี้เพียงลำพังไม่อาจสะท้อนแนวโน้มพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน แต่ก็ยังมีความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าการที่นักเรียนมีทัศนคติหรือความตระหนักเห็นคุณค่าในระดับที่ดีย่อมมีส่วนสำคัญในการกำกับและกำหนดทิศทางพฤติกรรม สอดคล้องกับ อรุณศรี พลวงษา (2566) ด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กล่าวได้ว่าเมื่อนักเรียนพอมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก ย่อมส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ (r_S = 0.26, p = 0.002*) มีความสัมพันธ์กันน้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรนี้เพียงลำพังไม่อาจสะท้อนแนวโน้มพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงร้านขายของชำภายในชุมชน (r_S = 0.24, p = 0.004*) มีความสัมพันธ์กันน้อย และความเพียงพอของอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก (r_S = 0.27, p = 0.002*) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับ วรยา มณีลังกา และคณะ (2567), ไกร แก้วทิพย์, มนัสนันท์ ชูสิริ และอัจฉรา ช่วยคำ (2567), ไกรสร อินภิบาล (2567), อรุณศรี พลวงษา (2566) และศรุตยา โสคำภา และคณะ (2565) ที่ต่างยืนยันว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อล้วนมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่ว่าจะเป็นทั้งการเข้าถึงมีร้านขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก หรือมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากที่เพียงพอ ล้วนเป็นเงื่อนไขจำเป็นที่ช่วยลดอุปสรรคและสนับสนุนให้นักเรียนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างราบรื่น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ (r_s = 0.34, p < 0.001*) มีความสัมพันธ์กันน้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรนี้เพียงลำพังไม่อาจสะท้อนแนวโน้มพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะแรงสนับสนุนในด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (r_s = 0.43, p < 0.001*) ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม (r_s = 0.21, p = 0.012*) และการการได้รับแรงกระตุ้นจากสื่อต่างๆ (r_s = 0.18, p = 0.038*) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับ วรยา มณีลังกา และคณะ (2567), ไกร แก้วทิพย์, มนัสนันท์ ชูสิริ และอัจฉรา ช่วยคำ (2567), ไกรสร อินภิบาล (2567), อรุณศรี พลวงษา (2566) และศรุตยา โสคำภา และคณะ (2565) พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากในวัยนี้ ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีบทบาทอย่างยิ่งในการหล่อหลอมพฤติกรรม การได้รับคำแนะนำ การมีแบบอย่างที่ดี ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย จะช่วยสร้างกำลังใจและความตระหนักรู้ภายในตัวเด็ก ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยเสริมเสมือนเป็นกลไกทางสังคมที่คอยกระตุ้นและผลักดันให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) นำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนาและวางแผน โดยโรงเรียนควรจัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และมีนโยบายให้พ่อค้าแม่ค้าที่โรงอาหารงดจำหน่ายขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน เพื่อสร้างสุขนิสัยที่ดีแก่นักเรียน

2) ทันตบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ควรจัดบริการทันตกรรมในเชิงรุก เพื่อให้นักเรียนได้รับบริการสะดวกและทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ อาจจะเป็นระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ หรือระดับประเทศ เพื่อให้ทราบระดับพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียน ในภาพกว้าง

2) ควรมีการศึกษาโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กนักเรียน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *กรมอนามัย เผย เด็กปฐมวัยฟันผุส่งผลต่อพัฒนาการ แนะพ่อแม่แปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรก*. อนามัยมีเดีย. https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/110365/

ไกร แก้วทิพย์, มนัสนันท์ ชูสิริ และอัจฉรา ช่วยคำ. 2567. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้*, *28*(4), 77-87.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ไกรสร อินภิบาล. 2567. สถานการณ์สุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 11(1), 137-149.

ณัฐวัฒน์ สุวคนธ์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก, *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12*(2), 273–286.

วรยา มณีลังกา และคณะ. 2567. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านบัวขาว(วันครู 2500) ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารทันตาภิบาล*, *35*(1), 25-36.

ศรุตยา โสคำภา, วัฒน์ บุญกอบ, จันทร์จารี เกตุมาโร และเกษม ชูรัตน์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนราชวินิต. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ*, *48*(1), 177-184.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิช.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *OHSP ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีมีฟันผุในฟันแท้ จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565*. HDC กระทรวงสาธารณสุข. https://shorturl.asia/CSZbd

อรุณศรี พลวงษา. 2566. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, *5*(3), 23-38.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Bloom, B. S. (1971). *Taxonomy of educational objectives, handbook 1: Cognitive domain*. David McKay.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (rev. ed.). Academic Press.

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 22*(140), 1–55.

World Health Organization. (2023). *Oral Health*. https://www.shorturl.asia/yXASG

e280975

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิลาวัณย์ สายสุวรรณ[1], สุทธามาศ อนุธาตุ[1], อายุพร กัยวิกัยโกศล[1]* และชื่นมนัส จาดยางโทน[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] โรงพยาบาลพุทธชินราช

(วันที่รับบทความ: 15 มีนาคม 2569; วันที่แก้ไข: 9 สิงหาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 13 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในหอผู้ป่วยสรรค์สุข โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง อย่างละ 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบจับคู่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยโปรแกรมมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 (เฉลี่ย 0.83) และแบบประเมินทั้งสองฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (Mean = 92.70, SD = 2.83) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 71.50, SD = 4.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต (Mean = 92.70, SD =2.83) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 80.30, SD = 8.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's d = 1.99) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการติดตามผลความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น รวมทั้งในบริบทการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อผลของโปรแกรม เช่น ความรุนแรงของโรค อายุ เพศ

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม, ความแข็งแกร่งในชีวิต, โรคซึมเศร้า

***ผู้รับผิดชอบบทความ :** อายุพร กัยวิกัยโกศล; Aryuporn.k@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

The Effects of Rational Emotive Behavior Therapy Program On Resilience Of Major Depressive Disorder

Wirawan Saisuwan[1], Suthtamad Anutat[1], Aryuporn Kaiwikaikosol[1*], Cheunmanus Jadyangtone[2]

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

[2] Buddhachinaraj Hospital

(Received: 15 March 2026; Revised: 9 August 2026; Accepted: 13 August 2026)

Abstract

This quasi-experimental, two-group pretest-posttest research aimed to examine the effects of a Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) program on resilience among patients with major depressive disorder in the Suksan Ward at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province. The study was conducted between July 3, 2024 and July 2, 2025. The sample consisted of 20 patients, divided into control and experimental groups, with 10 participants in each group. The participants were selected using matched-pair randomization and consisted of patients with major depressive disorder diagnosed by a psychiatrist. The research instruments consisted of a Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) program, the Resilience Inventory, and the Beck Depression Inventory. The REBT program was reviewed for content validity by five experts and demonstrated an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.80 to 1.00 (mean = 0.83). The RQ questionnaire and the BDI demonstrated satisfactory internal consistency, with Cronbach's alpha coefficients of 0.84 and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (including frequency, percentage, mean, and standard deviation), paired t-tests, and independent t-tests. Statistical significance was set at $p < .05$.

The findings revealed that: 1) the posttest mean resilience score of the experimental group (Mean = 92.70, SD = 2.83) was significantly higher than their pretest score (Mean = 71.50, SD = 4.01) ($p < .001$); and 2) after the intervention, the experimental group demonstrated a significantly higher mean resilience score (Mean = 92.70, SD =2.83) than the control group (Mean = 80.30, SD = 8.33) ($p < .001$), with a very large effect size (Cohen's d = 1.99). Suggestions for practice: Long-term follow-up assessments of resilience among patients with major depressive disorder should be conducted. Furthermore, researchers should examine the effectiveness of the REBT program using larger sample sizes and in different care settings, such as outpatient and community-based populations. Additionally, factors that may influence the program's effectiveness, including disease severity, age, and sex, should be further investigated.

Keywords: rational emotive behavior therapy program, resilience, major depressive disorder

***Corresponding author**: Aryuporn Kaiwikaikosol; Aryuporn@bcnb.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive disorder) เป็นความผิดปกติของจิตใจซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มการเกิดโรคมากขึ้น ประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 2.05 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (เนตรชนก แก้วจันทาและชมพูนุท กาบคำบา, 2566) ซึ่งการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อบุคคลในรูปแบบต่างๆ โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการเศร้าหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ลบ และมักรู้สึกเบื่อหน่ายอยู่เสมอ ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป สมาธิไม่ดี กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข มีอาการอ่อนเพลียไร้เรี่ยวแรง รู้สึกตนเองไร้คุณค่า สมาธิลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอทิตยา พรชัยเกตุโอวยอง, 2559) ปี 2565 มีคนไทย 96,290 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2565) และในปี 2564 มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (อธิชาติ โรจนะหัสดิน, และจันทิมา อังคพณิชกิจ, 2561) จากสถิติผู้รับบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งจังหวัดพิษณุโลก ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด พบว่าในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดพิษณุโลกมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษา โดยมีผู้ป่วยสะสมจำนวน 19,657 คน (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2565) นอกจากนี้พบรายงานสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดพิษณุโลก โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 65 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 76 รายในปี พ.ศ. 2567 (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2, 2568) ซึ่งจากข้อมูลพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีจำนวนมากและอยู่ในระดับที่น่ากังวล นอกจากนี้จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก งานจิตเวชและสารเสพติด โรงพยาบาลพุทธชินราช ระหว่างปีพ.ศ.2562-2564 มีจำนวน 910 คน 1,034 คน และ 1,250 คน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับบริการตรวจรักษา อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคจิตเภท (Schizophrenia) (ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2564) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง หรือ มีภาวะซึมเศร้าจนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก จากการสัมภาษณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยสรรค์สุข ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยใน เปิดให้บริการตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสรรค์สุข ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 27 คน คิดเฉลี่ย 5 คนต่อเดือน ซึ่งพบสถิติมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท

โรคซึมเศร้าเกิดได้จากหลากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันหรือทำให้เกิดความเครียดสะสม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจทำให้บุคคลรู้สึกแย่และกดดัน เกิดภาวะซึมเศร้า และนำสู่การทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตายได้ในที่สุด นอกจากนี้อาจเกิดจากลักษณะนิสัย การมองโลกในแง่ร้ายหรือคิดลบทุกแง่มุม มีโอกาสพัฒนาความคิดไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น (วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ, 2563) การบำบัดรักษาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองโลกในด้านบวกให้เพิ่มมากขึ้น ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อปรับสมดุลสารชีวเคมีในสมอง ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ซึ่งการบำบัด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ด้านจิตใจ อาทิ การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive Behavior Therapy : CBT) การบำบัดทางความคิดแบบย่อ (Brief Dynamic Therapy : BDT) (สายฝน เอกวรางกูร, 2563) นอกจากนี้ยังมีการบำบัดโดยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy : REBT) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ปรับความคิดที่บิดเบือนหรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลซึ่งแฝงอยู่ในตัวของบุคคล ให้คิดหรือแปลผลเหตุการณ์ที่มากระทบไปในด้านลบต่อตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ก็จะส่งผลย้อนกลับทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบเพิ่มขึ้น ทำให้ความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผลลดลง นำไปสู่โรคซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น (รณชัย ไชยกูล, 2561) แต่ถ้าบุคคลได้รับการให้คำปรึกษาด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมแล้วจะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (ผ่องศรี คุณารักษ์, สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, และสมพงษ์ ปั้นหุ่น, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ เขมมัสศิริ เนตร์มณี ดลดาว วงศ์ธีระธรณ์ และเพ็ญนภา กุลนภาดล (2563) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติลบต่อตนเองทำให้รู้สึกท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย สูญเสียคุณค่าในตนเอง สิ้นหวังในการมีชีวิตอยู่ แต่เมื่อได้รับคำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมทำให้ผู้ติดเชื้อดังกล่าวมองโลกในแง่ดีส่งผลให้การทำงานของอารมณ์และจิตใจของบุคคลเข้มแข็งขึ้น ดังนั้นจึงจะเห็นว่าการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ที่ท้อแท้ สิ้นหวังมองตนเองและโลกในแง่ลบสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองและมีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการยืนหยัด ผ่านพ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจหรือความเครียดในชีวิต และสามารถที่จะฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนา ทวีคูณ, จริยา วิทยะศุภร, และพิศสมัย อรทัย, 2552: Grotberg, 1997) ความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกร็อทเบอร์ก (1995) มี 3 องค์ประกอบหลัก ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจหรือความเครียดในชีวิตของตนเองได้นั้น คือ ‘I have’ ‘I am’ และ ‘I can’ เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวการณ์อันก่อให้เกิดความเครียดก็จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับภาวะการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสมและเกิดการเรียนรู้ (Grotberg, 1997) จากการศึกษาที่ผ่านมาก็พบว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, และจริยา วิทยะศุภร, 2556 : วารีรัตน์ ถาน้อย, อทิตยา พรชัยเกตุโอวยอง, และภาศิษฎา อ่อนดี, 2555)

การพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy : REBT) ตามแนวคิดของอัลเบิร์ต เอลลิส เชื่อว่าพฤติกรรมและความรู้สึกที่บุคคลแสดงออกนั้น ไม่ได้มีสาเหตุจากเหตุการณ์ที่ตนเองประสบอยู่ แต่มีสาเหตุจากความเชื่อ หากบุคคลมีความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลก็จะแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมองตนเองในแง่ลบ รับรู้ตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ ทำให้มีอารมณ์หม่นหมอง ไม่อยากทำอะไร ประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิตลดลง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบในระยะเวลายาวนานจนก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรงถึงขั้นจบชีวิตของตนเองหรือผู้อื่นได้ (อุไรวรรณ จันทร์สร, 2561) อย่างไรก็ดี การทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ตระหนักถึงความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ตลอดจน การสร้างพลังใจในการต่อสู้กับเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าได้ก้าวพ้นภาวะการณ์เหล่านั้น การบำบัดทางจิตใจที่มุ่งสร้างพลังใจให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ผ่านพ้นภาวะการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต และมีความแข็งแกร่ง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ในชีวิต (Resilience) จึงเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุขมากที่สุดตามศักยภาพ ดังนั้นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นสิ่งสำคัญและช่วยให้บุคคลสามารถยืดหยัด เมื่อเจอสถานการณ์วิกฤต ท้าทาย และเลือกที่จะไม่ทุกข์ยากอยู่นานในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก โดยเมื่อบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตแล้ว (‘I have’ ‘I am’ ‘I can’) บุคคลสามารถที่จะสร้างความพยายามในการหาทางออกให้ตนเองโดยไม่ปล่อยให้ตนเองตกเป็นเหยื่อในสถานการณ์นั้น ๆ และสามารถรับมือกับความทุกข์ด้วยการยิ้มสู้ ลุกขึ้นได้ด้วยจิตวิญญาณสูงสุดที่ตนมีและพร้อมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Masten, 2001)

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตและการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลไปสู่ความคิดและความเชื่อที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมร่วมกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีจำนวนจำกัด และยังขาดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมในทางลบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรุนแรงและการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้า ในหอผู้ป่วยสรรค์สุข โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีจำนวนเฉลี่ย 5 รายต่อเดือน จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง รวมถึงบริบทแวดล้อมในทางลบ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดและคงอยู่ของภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะคงรูปแบบความคิดดังกล่าว หากไม่ได้รับการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่เรื้อรังและเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมาได้

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้การบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมร่วมกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์และพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อันจะนำไปสู่การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

2.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

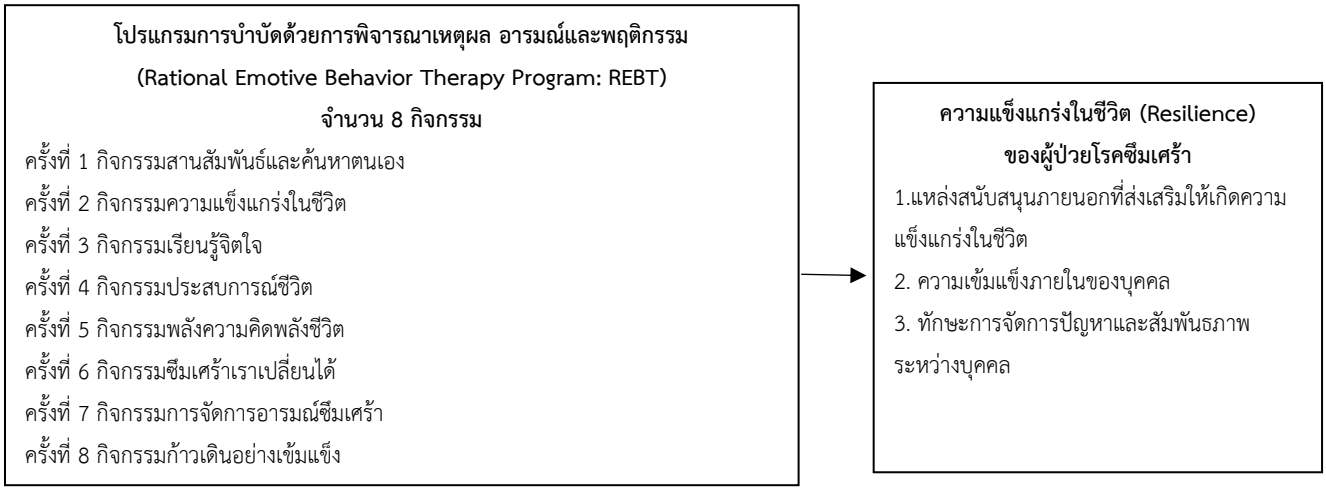
สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการให้คำปรึกษาเชิงเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) ของเอลลิส (Ellis) ที่เน้นการใช้รูปแบบ A-B-C-D-E โปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy Program: REBT) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ให้มีเหตุผล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ ลดความคิดด้านลบ มีการเผชิญปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย 8 กิจกรรม นำสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเข้าใจชีวิตและลดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ ความแข็งแกร่งในชีวิต มี 3 องค์ประกอบ คือ 1. แหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2. ความเข้มแข็งภายในของบุคคล 3. ทักษะการจัดการปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ดังแสดงในรูปที่ 1

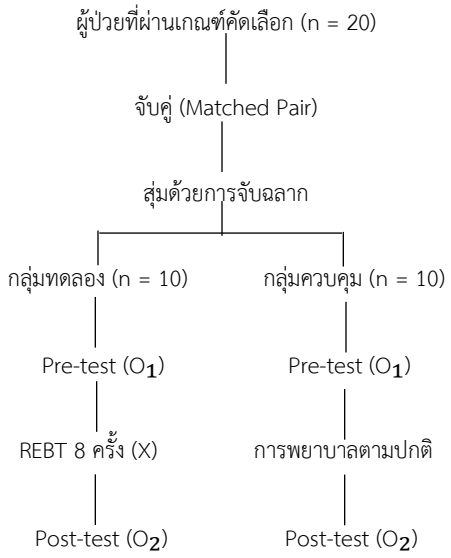


แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนหลังการทดลอง (two groups pre and post test)



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการวิจัย

ประชากร ประชากร (population) คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ ตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสรรค์สุข โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10)
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้า อยู่ระหว่างระดับเล็กน้อย ถึงระดับมาก (10- 29 คะแนน)
4. ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ ยาเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล
5. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ
2. ขณะเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดมีอาการทางจิตในลักษณะ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด
3. ถอนตัวออกจากการวิจัย/ร่วมโปรแกรมการบำบัดไม่ครบตามเวลาที่ระบุ
4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำไม่ได้ เช่น ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจกิจกรรมที่กำหนด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสรรค์สุขมีจำนวนจำกัด โดยจากสถิติระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในจำนวน 27 รายใน 6 เดือน คิดเฉลี่ย 5 รายต่อเดือน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จนครบกลุ่มละ10 คน ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงได้ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสรรค์สุข โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

- กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน ช่วงอายุ 20-59 ปี
- กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ช่วงอายุ 20-59 ปี

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสรรค์สุข โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างช่วงเวลาที่กำหนด โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย

ภายหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบจับคู่ (Matched-Pair Randomization) โดยการจัดกลุ่มแบบจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่ม ให้เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา คะแนนซึมเศร้า และแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้ากลุ่มเดียวกันในขนาดยาใกล้เคียงกัน จากนั้นจึงสุ่มแต่ละคู่ด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อจัดเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือในการทดลอง

โปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) เป็นโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมของเอลลิส (Ellis) ประกอบด้วยกิจกรรมการบำบัดจำนวน 8 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมประมาณ 8 ชั่วโมงต่อราย ผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ทำหน้าที่ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการบำบัดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยทั้งสองสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการแนวคิด และเทคนิคการบำบัด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) จากตำรา งานวิจัย และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและดำเนินโปรแกรมการบำบัด ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง ผู้วิจัยทั้งสองได้ประชุมร่วมกันเพื่อศึกษาคู่มือโปรแกรม ซักซ้อมขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และทำความเข้าใจบทบาทของผู้ดำเนินโปรแกรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งได้ทดลองใช้โปรแกรมและปรับปรุงเนื้อหาและกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตลอดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทั้งสองใช้คู่มือโปรแกรมและแผนการดำเนินกิจกรรมฉบับเดียวกัน ดำเนินการบำบัดตามลำดับขั้นตอน ระยะเวลา และเทคนิคการบำบัดที่กำหนดไว้เหมือนกันทุกครั้ง เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปในแนวทางเดียวกันและลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากผู้ดำเนินโปรแกรม

การบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย เทคนิคการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม และเทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม โดยกิจกรรมมีทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “I have”: การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เตรียมความพร้อมในการบำบัด ประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตก่อนร่วมโปรแกรม (Pretest) กิจกรรมที่ 2 “I am”: การค้นหาความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลโดยใช้รูปแบบ ABC (Activating event, Beliefs, Consequencees) กิจกรรมที่ 3-4 “I am”: การตรวจสอบความเชื่อ กิจกรรมที่ 5-6 “I am”: การปรับเปลี่ยนความเชื่อให้มีเหตุผลตามรูปแบบ ABCDE (Activating event, Beliefs, Consequencees, Disputing, Effects) กิจกรรมที่ 7 “I can”: ทักษะการจัดการกับความเครียดและพัฒนาความเชื่อสู่การดำเนินชีวิตในอนาคต กิจกรรมที่ 8 “I can”: กำลังใจสู้เป้าหมายที่ก้าวเดินต่อไป โดยมีรายละเอียดกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสานสัมพันธ์และค้นหาตนเอง

1.1 สำรวจและเข้าใจตนเอง

1.2 ต้นไม้แห่งชีวิต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรม และผู้ดำเนินกิจกรรม
2. เข้าใจวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรม
3. ตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครเข้าใจตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง และบอกสิ่งสนับสนุนทางสังคมได้

ครั้งที่ 2 กิจกรรมความแข็งแกร่งในชีวิต

2.1 ความแข็งแกร่งในชีวิตของฉัน

2.2 เหตุการณ์และการผ่านพ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิต
2. ตระหนักถึงความสำคัญของความแข็งแกร่งในชีวิต
3. วิเคราะห์ประสบการณ์การใช้ความแข็งแกร่งในการดำเนินชีวิต

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครสามารถวิเคราะห์ประสบการณ์การใช้ความแข็งแกร่งในการดำเนินชีวิตตนเองที่ผ่านมาได้

ครั้งที่ 3 กิจกรรมเรียนรู้จิตใจ

3.1 ประสบการณ์ชีวิต

3.2 รู้จักโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า
2. ตระหนักถึงปัญหา อุปสรรคในชีวิตที่มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า
3. มีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า สามารถบอกปัญหา อุปสรรคในชีวิตที่มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าได้

ครั้งที่ 4 กิจกรรมประสบการณ์ชีวิต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. จำแนกประสบการณ์ชีวิตที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้
2. ตระหนักถึงความสำคัญของวิธีการแก้ปัญหา/อุปสรรคที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครสามารถบอกวิธีการแก้ปัญหา/อุปสรรคที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของตนเองได้

ครั้งที่ 5 กิจกรรมพลังความคิดพลังชีวิต

5.1 คิดอย่างไร ใจเป็นอย่างนั้น

5.2 ความคิดความเชื่อต่อภาวะเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดของบุคคล
2. ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดที่ผลต่อสุขภาพ/บุคคล

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครสามารถบอกความสำคัญของความคิดที่ผลต่อสุขภาพได้

ครั้งที่ 6 กิจกรรมซึมเศร้าเราเปลี่ยนได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนความคิด
2. มีทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดไม่มีเหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผลได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครสามารถปรับเปลี่ยนความคิดไม่มีเหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผลได้อย่างเหมาะสม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ครั้งที่ 7 กิจกรรมการจัดการอารมณ์ซึมเศร้า

7.1 ปัญหาทุกอย่างมีทางออก

7.2 สื่อสารอย่างไรให้คลายเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหา การผ่อนคลายความเครียด และการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

2. มีทักษะการจัดการกับปัญหา การผ่อนคลายความเครียดและการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครสามารถบอกวิธีการจัดการกับปัญหา การผ่อนคลายความเครียดและการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 8 กิจกรรมก้าวเดินอย่างเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สามารถ

1. ตระหนักถึงความแข็งแกร่งของตนเอง

2. มีแนวทางในการนำความแข็งแกร่งของตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวัน

เกณฑ์การยุติกิจกรรม คือ เมื่ออาสาสมัครสามารถบอกแนวทางในการนำความแข็งแกร่งของตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

2) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ตามแนวคิดของ Grotberg (1995; 1997) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) แหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) ความเข้มแข็งภายในตัวบุคคล และ 3) ความสามารถของตนเองซึ่งเป็นปัจจัยที่ใช้ในการจัดการปัญหาและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยข้อคำถามของแบบประเมินแบ่งตามองค์ประกอบได้ ดังนี้

ข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ 1 มี 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 11, 18, 23, 24 และ 28

ข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ 2 มี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 25 และ 27

ข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ 3 มี 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 6, 8, 10, 14, 15, 20, 22 และ 26

ข้อคำถามแต่ละข้อเป็นการเลือกตอบ เพื่อแสดงระดับความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน เริ่มจากคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง เฉยๆ คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย และคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28 – 140 คะแนน คะแนนสูงถือว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบค (Beck,1967) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) ใช้เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ไม่ได้นำมาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการวิจัย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า จนถึง 3 คะแนน คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 - 63 คะแนน

แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

0-9 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

10-15 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

16-19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

20-29 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30-63 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตหรือสูงกว่า และมีประสบการณ์ในสาขาที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 10 ปี ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวชและการวิจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 1 ท่าน ผลการตรวจสอบพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ขององค์ประกอบต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ด้านระยะเวลาและความเข้าใจในกิจกรรมก่อนดำเนินการวิจัยจริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินความเที่ยงตรงในการดำเนินกิจกรรม (Intervention Fidelity) ร่วมกับผู้สังเกตการณ์อิสระ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 10 ปี และไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินโปรแกรม โดยพบว่าการดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามโปรแกรมการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 92 สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck, 1967) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสรรค์สุขและผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

2. ผู้ช่วยผู้วิจัยทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test และ Post-test) โดยอธิบาย และรวบรวมแบบสอบถามของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามขั้นตอนเดียวกัน ส่วนผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อควบคุมอคติจากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดและผู้ประเมินผลในบุคคลเดียวกัน

3. กลุ่มทดลอง ผู้ช่วยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าพบที่ห้องให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสรรค์สุข โรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตของพัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ (2555) (Pre-test) จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและเริ่มดำเนินโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมเป็นรายบุคคลในวันเดียวกัน สัปดาห์ละ 5 วัน (ยกเว้นวันหยุดราชการ) วันละ 1 ชั่วโมง จำนวน 8 ครั้ง ตามโปรแกรมที่กำหนด (รายละเอียดแสดงในส่วนเครื่องมือการวิจัย) เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 8 ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต

4. กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมเข้าพบที่ห้องให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสรรค์สุข โรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตของพัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ (2555) (Pre-test) จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เป็นส่วนหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น ไม่ใช่การบำบัดรักษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ การบริหารยา การเฝ้าระวังอาการ การให้สุขภาพจิตศึกษาและคำแนะนำทั่วไปก่อนจำหน่าย และการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

5. ภายหลังกลุ่มทดลองสิ้นสุดโปรแกรมและได้รับการประเมินหลังการทดลอง (Post-test) ผู้ช่วยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมให้ตอบแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Post-test) ภายใน 1 วัน เพื่อให้ระยะเวลาการประเมินผลของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันและสามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยได้อย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามผู้วิจัยจะนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนจะลงรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลต่อเนื่อง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตหลังจากเข้าโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คุ้มครองสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ขอการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช (COA No. 075/2567 และ HREC No. 084/2567) ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2568 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และลงนามยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษา

ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นระยะเวลา 2 ปี คือ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 เมื่อครบตามระยะเวลาที่กำหนดผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเอกสารด้วยเครื่องย่อยกระดาษของวิทยาลัยฯ ทำการลบข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ให้เรียบร้อย ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นผู้วิจัยมีการเผยแพร่ผลงานวิจัยโดยนำไปตีพิมพ์ในวารสารทางการพยาบาล โดยแสดงผลข้อมูลในภาพรวมไม่มีการระบุข้อมูลใด ๆ ที่เปิดเผยตัวตนของอาสาสมัคร ไปไว้ในหัวข้อจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 เพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 50 และพบว่านับถือศาสนาพุทธ ทั้งหมด ร้อยละ 100 สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสดและมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40 สำเร็จการศึกษาระดับอาชีวศึกษา (ปวช.) ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา ร้อยละ 30 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 50ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีคะแนนซึมเศร้าอยู่ในช่วง 22-29 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 50 สำเร็จการศึกษาระดับอาชีวศึกษา (ปวส.) ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 50 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ร้อยละ 60 และส่วนใหญ่มีคะแนนซึมเศร้าอยู่ในช่วง 22-29 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 ดังแสดงในตารางที่ 1.1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=20)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง(n=10)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	6	60	6	60
	ชาย	4	40	4	40
อายุ(ปี)	20-30 ปี	5	50	5	50
	31-40 ปี	2	20	3	30
	41 ปีขึ้นไป	3	30	2	20
ศาสนา	พุทธ	10	100	10	100
สถานภาพ	โสด	4	40	5	50
	คู่	4	40	3	30
	หย่า	2	20	1	10
	หม้าย			1	10
การศึกษา	ประถมศึกษา	1	10	1	10
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	10	1	10
	อาชีวศึกษา (ปวช.)	4	40	0	0
	อาชีวศึกษา (ปวส.)	2	20	5	50
	ปริญญาตรี	2	20	3	30
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	20	1	10
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	10	1	10
	ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	2	20	5	50
	นักเรียน/นักศึกษา	3	30	2	20
	เกษตรกร	1	10	1	10
	รับจ้างทั่วไป	1	10		
รายได้	≤ 10,000	5	50	6	60
	10,000-20,000	2	20	1	10
	> 20,000	3	30	3	30
ครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	1 ครั้ง	5	50	6	60
	2 ครั้ง	4	40	1	10
	≥ 3 ครั้ง	1	10	3	30
คะแนนซึมเศร้า	10-15 คะแนน	1	10	1	10
	16-21 คะแนน	0	0	1	10
	22-29 คะแนน	9	90	8	80

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ส่วนที่ 2 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (Mean = 92.70, SD = 2.83) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 71.50, SD = 4.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 21.20, 95% Cl: 18.55 - 23.85), t(9) = 18.09, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's d = 5.72) ในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (Mean = 80.30, SD = 8.33) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 76.50, SD = 9.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 3.80, 95% CI = 1.37-6.23, t(9) = 3.54, p = .006) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's d = 1.12) แต่มีขนาดของการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตก่อนและหลังของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=20)

กลุ่ม	ก่อนทดลอง (n=10)		หลังทดลอง (n=10)		M D	95% CI	t	p-value	Cohen's d
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D					
กลุ่มควบคุม	76.50	9.66	80.30	8.33	3.80	1.37-6.23	3.54	.006*	1.12
กลุ่มทดลอง	71.50	4.01	92.70	2.83	21.20	18.55 - 23.85	18.09	<.001*	5.72

*p-value <. 001

หมายเหตุ: แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนรวมตั้งแต่ 28 -140 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูงขึ้น

ส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต (Mean = 92.70, SD =2.83) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 80.30, SD = 8.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 12.40, 95%CI = 6.28 ถึง 18.52, t(11.05) = 4.46, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก(Cohen's d = 1.99) ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=20)

ความแข็งแกร่งในชีวิต	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		M D	95% CI	t	p-value	Cohen's d
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D					
ก่อนทดลอง	76.50	9.66	71.50	4.01	5.00	-2.21 - 12.21	1.51	.157	-
หลังทดลอง	80.30	8.33	92.70	2.83	12.40	6.28 - 18.52	4.46	<.001*	1.99

*p-value < .05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

หมายเหตุ: แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนรวมตั้งแต่ 28 -140 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูงขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent t-test และรายงานผลจากแถว Equal variances not assumed เนื่องจากผลการทดสอบ Levene's test มีนัยสำคัญ ($p = .001$)

จากผลการวิจัย พบว่า (1) คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 5.72$) และ (2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 1.99$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2)คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและออกแบบตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy : REBT) ของอัลเบิร์ต เอลลิส (อุไรวรรณ จันทร์สร, 2561) ผสมผสานกับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกร็อทเบอร์ก (1995) ซึ่งมุ่งปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล (irrational beliefs) ให้เป็นความเชื่อที่สมเหตุผล (rational beliefs) พร้อมทั้งส่งเสริมองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ I have, I am และ I can ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีทักษะในการจัดการอารมณ์และการเผชิญปัญหา รวมทั้งสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นไม่ได้เกิดจากกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง แต่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องตลอดโปรแกรม เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากกิจกรรม "ต้นไม้แห่งชีวิต" ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมหลายรายตระหนักรู้และมองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตผ่านสัญลักษณ์ของต้นไม้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความสามารถ ความดี ความสำเร็จ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม กลุ่มตัวอย่างหลายรายสามารถระบุจุดแข็งของตนเองได้ชัดเจนขึ้น เกิดความภาคภูมิใจเมื่อเห็นว่าตนเองเคยผ่านอุปสรรคและยังคงเติบโตได้ อีกทั้งยังสามารถระบุบุคคลที่พร้อมให้การช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหา ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีความหวังต่อการดำเนินชีวิตมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนถึงการพัฒนาองค์ประกอบด้าน “ I have”จากการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และองค์ประกอบด้าน “I am” จากการเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเองและการตระหนักถึงศักยภาพของตนในการก้าวผ่านปัญหา จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ช่วยลดความเครียด เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ส่งเสริมการปรับตัว (ศรัทธินี มาไกล และเรียม นมรักษ์, 2568) ในส่วนของกิจกรรมเรียนรู้จิตใจและรู้จักโรคซึมเศร้ามีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยช่วยพัฒนาองค์ประกอบด้าน " I have" และ " I am" ผ่านการทบทวนประสบการณ์ชีวิตและการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ในระหว่างกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ พร้อมเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง ทำให้สามารถตระหนักได้ว่าความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกผิด หรือการตำหนิตนเอง มีความสัมพันธ์กับรูปแบบความคิดที่ไม่สมเหตุผลมากกว่าตัวเหตุการณ์โดยตรง โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถอธิบายได้ว่า เดิมมักมีความคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของปัญหาทุกอย่าง แต่เมื่อได้วิเคราะห์เหตุการณ์ร่วมกับผู้วิจัย จึงเริ่มมองเห็นว่าปัจจัยหลายอย่างอยู่นอกเหนือการควบคุมของตน ส่งผลให้ลดการตำหนิตนเองและยอมรับตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนการพัฒนาองค์ประกอบด้าน " I am" นอกจากนี้กระบวนการสำคัญของโปรแกรมคือการใช้เทคนิค ABCDE ของ REBT มาใช้ในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล โดยผู้ป่วยได้ฝึกตั้งคำถามต่อความคิดอัตโนมัติของตนเอง ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเอง และร่วมกันพิจารณาหลักฐานที่สนับสนุนหรือหักล้างความคิดดังกล่าว จนสามารถสร้างมุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลมากขึ้น เช่น การยอมรับว่าความผิดพลาดเป็นประสบการณ์ที่สามารถเรียนรู้ได้ ไม่ได้หมายความว่าตนเองไร้คุณค่า ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการยอมรับตนเองมากขึ้น ซึ่งสะท้อนการพัฒนาองค์ประกอบด้าน " I am" และเป็นพื้นฐานของการฟื้นตัวจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถระบุได้ว่า ความคิดเดิมที่ว่า "ฉันไม่มีคุณค่า เพราะทำงานไม่ได้เหมือนเดิม" เป็นเพียงการตีความของตนเอง เมื่อฝึกค้นหาหลักฐานสนับสนุนและมุมมองทางเลือกจึงเริ่มยอมรับว่า แม้ยังมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย แต่ยังสามารถดูแลตนเองและทำประโยชน์ให้ครอบครัวได้ ส่งผลให้มีความมั่นใจและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ในช่วงท้ายของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ซึมเศร้า และมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และการเผชิญปัญหาจากสถานการณ์ที่อาจพบในชีวิตประจำวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถเสนอแนวทางรับมือเมื่อเกิดความเครียดได้ด้วยตนเอง โดยเลือกใช้การฝึกผ่อนคลาย การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การหยุดคิดก่อนตอบโต้ หรือการขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัว แทนการเก็บปัญหาไว้เพียงลำพัง แสดงให้เห็นถึงความมั่นใจในการจัดการปัญหาและการตัดสินใจมากขึ้น ซึ่งสะท้อนการพัฒนาองค์ประกอบด้าน “I can” ของความแข็งแกร่งในชีวิต และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างยังได้ทบทวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมกำหนดเป้าหมายในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายรายสามารถกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมสำหรับการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้เทคนิคจัดการอารมณ์เมื่อรู้สึกเครียด หรือการพูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจได้เมื่อต้องเผชิญปัญหา รวมทั้งสามารถระบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนที่พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต สะท้อนถึงการพัฒนาองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งด้าน “I have” “I am” และ “I can” จึงทำให้คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา แม้ว่ายังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรม REBT ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง แต่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่า REBT สามารถลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตได้ สอดคล้อง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

กับการศึกษาของเขมมัสศิริ เนตร์มณี ดลดาว วงศ์ธีระธรณ์ และเพ็ญนภา กุลนภาดล (2563) ที่พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมสามารถเพิ่มการมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษาดังกล่าวจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีบริบทของปัญหาแตกต่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ทั้งสองกลุ่มต่างเผชิญความเครียดทางจิตใจ ความคิดด้านลบ และความรู้สึกสิ้นหวัง ในลักษณะใกล้เคียงกัน จึงอาจอธิบายได้ว่าการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลตามแนวคิด REBT เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางอารมณ์และพัฒนาปัจจัยทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการมองโลกในแง่ดีหรือความแข็งแกร่งในชีวิต นอกจากนี้ ผลการศึกษายังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดาวรรณ ผลพานิช (2560) ที่พบว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีลักษณะและระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ทั้งสองการศึกษาใช้หลักการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลดความคิดด้านลบ เพิ่มการยอมรับตนเอง และเสริมสร้างการเผชิญปัญหา จึงสะท้อนว่ากลไกของการบำบัดสามารถส่งเสริมปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวได้ แม้ว่าจะประยุกต์ใช้กับประชากรที่แตกต่างกัน และผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของหยาดชล ทวีธนาวณิชย์ (2557) ที่พบว่าโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สามารถลดภาวะซึมเศร้าในคนพิการได้ แม้ว่าประชากรศึกษาจะเป็นคนพิการซึ่งมีข้อจำกัดทางร่างกายแตกต่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้ แต่ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันสะท้อนว่า REBT สามารถช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ลดอารมณ์ด้านลบ และส่งเสริมการปรับตัวทางจิตใจได้ในประชากรที่มีปัญหาทางจิตสังคมหลากหลายกลุ่ม ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การปรับความคิดที่ไม่สมเหตุผล การส่งเสริมการยอมรับตนเอง และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาซึ่งเป็นกลไกสำคัญของ REBT ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและสนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy : REBT) มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของอัลเบิร์ต เอลลิส ซึ่งเสนอว่าความทุกข์ทางอารมณ์เกิดจากความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล (irrational beliefs) มากกว่าตัวเหตุการณ์โดยตรง ดังนั้น การบำบัดด้วย REBT จึงมุ่งเปลี่ยนความเชื่อดังกล่าวให้เป็นความเชื่อที่สมเหตุผล (rational beliefs) เพื่อให้บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (Weinrach et al, 2001) กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Richardson (2002) ที่อธิบายว่าการปรับตัว การเผชิญปัญหา และการฟื้นตัวจากภาวะวิกฤต เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการพัฒนากระบวนการคิดผ่านเทคนิค ABCDE ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ REBT โดยผู้ป่วยได้ฝึกวิเคราะห์ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ และเรียนรู้การโต้แย้งความคิดที่ไม่สมเหตุผลด้วยเหตุผลและหลักฐานที่เหมาะสม กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมองสถานการณ์ตามความเป็นจริงมากขึ้น ลดการตีความเชิงลบและการตำหนิตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมการยอมรับตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนในการเผชิญปัญหา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนถึงการพัฒนาองค์ประกอบด้าน I am ขณะที่การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ การแก้ไขปัญหา และการนำความคิดใหม่ไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรับมือกับปัญหาและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ประกอบด้าน I can ส่วนการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ช่วยส่งเสริมองค์ประกอบด้าน I have ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงและมีพลังในการฟื้นตัวจากภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การพัฒนาองค์ประกอบทั้งสามด้านอย่างเป็นระบบจึงเป็นกลไกสำคัญที่อธิบายได้ว่าเหตุใดกลุ่มทดลองจึงมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศที่รายงานว่า REBT ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัว โดย Moon et al (2021) พบว่า REBT ช่วยลดอาการซึมเศร้า ความคิดที่ไม่สมเหตุผล และระดับคอร์ติซอล ซึ่งสะท้อนถึงการปรับตัวทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ขณะที่ David et al. (2008) รายงานว่า REBT มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างจากการบำบัดทางความคิดและการรักษาด้วยยา และยังมีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในระยะยาว นอกจากนี้ Joyce et al (2018) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า โปรแกรมที่มุ่งพัฒนาการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสติสามารถเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นกลไกเดียวกับที่ใช้ในโปรแกรม REBT ส่วน Hofmann et al (2012) ยังรายงานว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยลดอาการทางจิตเวชและปรับรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวทางจิตใจที่ดีขึ้น ผลการศึกษาทั้งหมดสนับสนุนข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้ว่า การปรับความคิดที่ไม่สมเหตุผลควบคู่กับการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การแก้ไขปัญหา และการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ไม่เพียงช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ยังช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างครอบคลุมทั้งด้าน I have, I am และ I can ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นตัว การปรับตัว และการดำรงชีวิตในระยะยาว จึงอาจนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางเสริมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวทางจิตสังคมและลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โปรแกรม REBT มีรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปรับความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลเป็นความเชื่อที่มีเหตุผล ส่งผลให้มีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ สามารถจัดการอารมณ์ และเผชิญสถานการณ์กดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปได้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ป่วย ลดความรุนแรงของอาการ และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

3. อาจารย์พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นสื่อการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาทักษะการบำบัดทางจิตของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและในบริบทที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในชุมชน

2.ควรติดตามผลระดับความแข็งแกร่งในชีวิตในระยะ 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลของโปรแกรม

3.ควรศึกษาปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อผลของโปรแกรม เช่นอายุ เพศ และความรุนแรงของโรค

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการแปลผล ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดค่อนข้างเล็ก (กลุ่มละ 10 คน) เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมีจำกัด จึงอาจส่งผลต่อการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่มอบทุนวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมการบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดฯ ด้วยความตั้งใจ และเห็นประโยชน์จากการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

เขมมัสศิริ เนตร์มณี, ดลดาว วงศ์ธีระธรณ์ และเพ็ญนภา กุลนภาดล. (2563). ผลการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช*, *33*(1), 72–87.

เนตรชนก แก้วจันทา และชมพูนุท กาบคำบา.(2566). *การพยาบาลจิตเวช.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 275-276.

ผ่องศรี คุณารักษ์, สุรินทร์ สุทธิธิทิพย์ และสมพงษ์ ปั้นหุ่น. (2560). ผลการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมต่อคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่ผิดหวังในความรัก. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, *6*(2), 91–105.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนา ทวีคูณ, จริยา วิทยะศุภร และพิศสมัย อรทัย. (2552). *คู่มือการสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (Enhancing resilience).* กรุงเทพฯ: จุดทอง.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน และทัศนา ทวีคูณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต: A resilience-enhancing program.* กรุงเทพฯ: จุดทอง.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน และจริยา วิทยะศุภร. (2556). ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, *7*(2), 12–26.

มุกดา ศรียงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค [Beck depression inventory IA (BDI-IA)]*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มุกดาวรรณ ผลพานิช. (2560). *ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอทิตยา พรชัยเกตุโอวยอง. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รณชัย ไชยกูล. (2561). *ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย.* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารีรัตน์ ถาน้อย, อทิตยา พรชัยเกตุโอวยอง และภาศิษฎา อ่อนดี. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล, 27*(พิเศษ), 60–76.

วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*, *29*(1), 1–16.

ศรัทธินี มาไกล และเรียม นมรักษ์. (2568). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลเชียงคำ. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 26*(1), 1–13.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2. (2568). *สรุปรายงานประจำปี 2568 เขตสุขภาพที่ 2.* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 21 มิถุนายน 2569 จาก https://www.mhc2.go.th/newweb/files/docs/OperationResults2025.pdf

ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2565). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2565* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2565 จาก https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-08-22-mix_HDC.pdf

สายฝน เอกวรางกูร. (2563). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์สามลดา.

หยาดชล ทวีธนาวณิชย์. (2557). ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *28*(3), 26–35.

อธิชาติ โรจนะหัสดิน และจันทิมา อังคพณิชกิจ. (2561). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. *วารสารเทคโนโลยีสุรนารี*, *15*(1), 61–86.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

อุไรวรรณ จันทร์สร. (2561). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของนักเรียนวัยรุ่น* [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

David, D., & Szentagotai, A. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology, 64*(6), 728-746.

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* [Internet]. The Hague: The Bernard van Leer Foundation. Retrieved June 1, 2017, from https://eric.ed.gov/?id=ED386271

Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience research project* [Internet]. Retrieved June 6, 2017, from http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 1-21.

Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open, 8*(6), 1-9.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227–238.

Moon, J. R., Huh, J., Song, J., Kang, I.-S., Park, S.W., Chang, S.-A., Yang, J.-H., Jun, T.- G., & Han, J.-S. (2021). The effects of rational emotive behavior therapy for depressive symptoms in adults with congenital heart disease. *Heart & Lung, 50*(6), 906-913.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321.

Weinrach, S.G., Ellis, A, MacLaren, C, DiGiuseppe, R., Vernon, A., Wolfe, J, Malkinson, R., & Backx, W. (2001). Rational emotive behavior therapy successes and failures: Eight personal perspectives. *Journal of Counseling & Development, 79*(3), 259-268.

e279339

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

อรทัย พรมแก้ว[1], รัตนาภรณ์ จันทรา[2], กฤตย์นัย ธารารัตนสุวรรณ[2*]

[1]นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขานวัตกรรมการเรียนรู้ คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์สุพรรณบุรี

[2] คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์สุพรรณบุรี

(วันที่รับบทความ: 15 พฤษภาคม 2569 ; วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2569 ; วันที่ตอบรับ: 2 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม–กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และแบบสอบถามความต้องการส่งเสริมความรอบรู้และรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า อสม.มีความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยรวม ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 44.87 และผลรวมคะแนนความรอบรู้ระดับดีขึ้นไปของแต่ละด้าน ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเรียงจากสูงสุดเรียงไปถึงต่ำสุด คือ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 50.97 ด้านความรู้และความเข้าใจสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 44.78 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 44.01 ด้านการตัดสินใจและการจัดการปัญหา ร้อยละ 43.49 ด้านความรู้และความเข้าใจสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 42.86 และต่ำสุดคือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 37.06 ตามลำดับ สำหรับความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่ามีความต้องการส่งเสริมในระดับมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ โดยค่าเฉลี่ยทุกด้าน ร้อยละ 35.26 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าระดับความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบยังไม่เพียงพอควรส่งเสริมความรอบรู้แก่ อสม.ทุกด้านเพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้อยู่ในระดับดีขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแก่ประชาชน

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคหลอดเลือดหัวใจ, อสม., ส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** กฤตย์นัย ธารารัตนสุวรรณ; orgoodluck@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

A Study of Cardiovascular Disease Health Literacy and the Need to Promote Health Literacy Among Village Health Volunteers in Mueang District, Ubon Ratchathani Province

Orathai Promkaew [1], Ratanaporn Jantra[2], Klitanai Tararatanasuwun[2*]

[1] Doctor of Philosophy student in learning innovation, Faculty of Industrial Education, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi, Suphan Buri Center

[2] Faculty of Industrial Education, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi, Suphan Buri Center

Abstract

This descriptive research aimed to examine coronary artery disease (CAD) health literacy and the needs for health literacy promotion among village health volunteers (VHSs) in Mueang District, Ubon Ratchathani Province, Thailand, during August–September 2025. The sample consisted of 259 village health volunteers selected through cluster random sampling. The research instruments were questionnaires comprising three parts: general information, a CAD health literacy assessment, and a questionnaire on health literacy promotion needs and preferred promotion approaches. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that 44.87% of village health volunteers demonstrated an overall coronary artery disease literacy level of good or above. The proportion with good or above scores in each domain, from highest to lowest, was: managing one's own health conditions (50.97%), knowledge and understanding of coronary artery disease health information (44.78%), access to health information and services (44.01%), decision-making and problem-solving (43.49%), another knowledge and understanding domain related to coronary artery disease (42.86%), and media and information literacy (37.06%). The need for coronary artery disease literacy promotion was generally rated at the highest level across all domains, with an overall mean of 35.26%. These findings suggest that coronary artery disease literacy is still inadequate. Accordingly, all domains of literacy should be strengthened among village health volunteers to improve their literacy to a good level or above, enhance their self-care capacity, and support their role as positive models for coronary artery disease prevention in the community

Keywords: health literacy, coronary artery disease, village health volunteers, health promotion, cardiovascular disease prevention

***Corresponding author:** Klitanai Tararatanasuwun ; email: orgoodluck@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกประมาณ 17.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 และเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566 คิดเป็นร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยสาเหตุหลักมาจากอาการหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทย จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) รายงานปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสะสมมากกว่า 2.5 แสนราย และเสียชีวิตปีละ 4 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 5 ราย (กรมควบคุมโรค, 2567) ปัญหาสำคัญคือภาวะหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิต 20,746 ราย อัตราตาย 21.8 ต่อแสนประชากร เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง ในสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.57:1 กลุ่มเสี่ยงสูงสุด คือ ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี (144.1 ต่อแสนประชากร) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 5.71) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.79) เบาหวาน (ร้อยละ 37.77) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 54.84) (กองระบาดวิทยา, 2562) สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในปี พ.ศ. 2564 การประเมินความเสี่ยงป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ด้วย Thai CVD Risk Score พบแนวโน้มเสี่ยงป่วยในระยะ 10 ปีข้างหน้า กลุ่มเสี่ยงน้อย ร้อยละ 92.5 และกลุ่มเสี่ยงป่วยระยะ 10-20 ปีข้างหน้า ร้อยละ 6.2 (ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์, 2566) ในปีพ.ศ. 2565 อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 26.60 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2567) อย่างไรก็ตามแม้ว่าประเทศไทยมีการพัฒนาการรักษาโรคนี้เป็นระบบช่องทางด่วนรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยมีเครือข่ายของโรงพยาบาลระดับชุมชนและส่งต่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สามารถช่วยเหลือการเจ็บป่วยของประชาชนได้มากขึ้น แต่การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงยังคงมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่ท้าทายในการแก้ปัญหาการป่วยและการเสียชีวิตของประชาชน (Reddy, K. S., 2015).

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค (รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, จงกลณี ตุ้ยเจริญ, สุรีพร แสงสุวรรณ, สุระพงษ์ ฝ่ายเคนา และ นลป์ธนัญศ์ ไชยวงค์, 2568) กระทรวงสาธารณสุข จึงสนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ในคนอายุมากกว่า 15 ปี ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) โดยใช้แบบสอบถามจากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ประเมิน 3 ระดับ คือ พื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ และวิจารณญาณ ครอบคลุม 6 ด้าน พบความรอบรู้สุขภาพระดับไม่ดี ร้อยละ 59.4 ระดับพอใช้ ร้อยละ 39.0 และระดับดีมาก ร้อยละ 1.6 และมีการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 อีกครั้ง พบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ระดับเพียงพอ ร้อยละ 65 และประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 มีระดับความรอบรู้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 24.05 (วิมล โรมา และ สายชล คล้อยเอี่ยม, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีอยู่ในหลายพื้นที่ เช่น จังหวัดร้อยเอ็ดและศรีสะเกษ โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเฉพาะ และพบว่าความรอบรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในจังหวัดอุบลราชธานี แม้จะมีการศึกษาความรอบรู้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

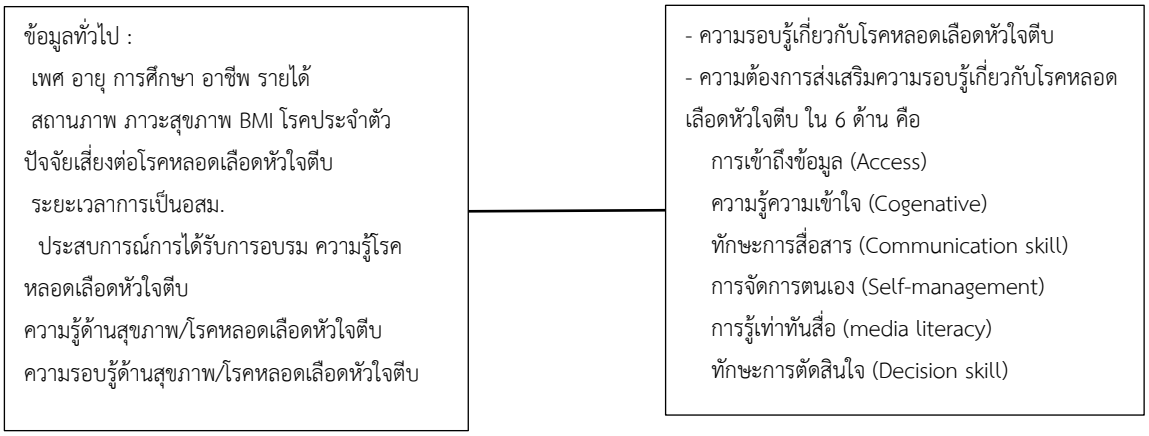
ด้านสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยตรงในกลุ่ม อสม. ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้และใช้เป็นฐานในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับชุมชนต่อไป ในจังหวัดอุบลราชธานี มี อสม. จำนวน 30,752 คน (ปี พ.ศ. 2567) มากที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 10 กระจายใน 25 อำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แต่ยังขาดข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับระดับความรอบรู้และความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของ อสม. ในจังหวัดนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ของ อสม. ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการส่งเสริมความรอบรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของ อสม. ในอำเภอขนาดใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี
2.เพื่อศึกษาระดับความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของอสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทำงานวิจัยเรื่องความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากร เป็นอสม.ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดอุบลราชธานี โดยคัดเลือกตามสภาพประชากรที่มีหนาแน่นของประชากรมาก โดยเลือก อำเภอขนาดใหญ่ที่มีลักษณะประชากรกึ่งเมืองกึ่งชนบท จำนวน 5 อำเภอ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มเลือก 1 อำเภอ และสุ่มเลือกตำบลในอำเภอนั้นมา 1 ตำบล จากจำนวน 9 ตำบล และสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง จากจำนวน 3 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง: สุ่มเลือก 1 ตำบล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง: คำนวณจากสูตรของ Cochran (Cochran, W. G. ,1977)
ขั้นที่ 1 สูตรคำนวณ Cochran เพื่อหากลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น

$$n_0 = \frac{Z^2P(1-P)}{e^2}$$

Z= ค่าระดับความเชื่อมั่น (เช่น 1.96 สำหรับ 95%)

P= ค่าสัดส่วนความรอบรู้ (0.5) (ใช้ค่าสัดส่วนประชากรนี้ เพื่อให้ได้ค่าสูงสุด เนื่องจากไม่มีการศึกษานำร่องมาก่อน)

e = ค่าความคลาดเคลื่อน ที่ยอมรับได้ (0.05)

แทนค่า

$$n\ 0 = \frac{(1.96)^2.0.5.(1-0.5)}{(0.05)^2}$$

$$= 384$$

ขั้นที่ 2 สูตรปรับแก้ **(Correction Formula)** เพื่อความเหมาะสมกับขนาดประชากรจริง
ใช้ค่าประชากรจริง

n_0 = 384 คน

N = 776 คน (จำนวนประชากรจากการเลือกสุ่ม 1 ตำบล)

$$n = \frac{n\ 0}{1+(n\ 0\ -1)/N} = \frac{384}{1+(383)/776}$$

$$= 384\ /1.49 = 259$$

เพิ่มอีก 10% เพื่อกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบจากการไม่ตอบแบบสอบถามหรือตกหล่น

$$259+(259.x\ 0.10) = 285 \text{ คน}$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 285 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในเขตตำบลขามใหญ่ ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนสิงหาคม-กันยายน 2568

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็น อสม. ปฏิบัติหน้าที่ต่อเนื่องมาแล้วมากกว่า 1 ปี

2) ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3) สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้ปกติ

4) ไม่มีปัญหาการรับรู้ และการสื่อสาร

5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ต่อเนื่อง /ไม่ได้ปฏิบัติในขณะที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) มีปัญหาสุขภาพจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ไม่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ครบ

4) ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตรับผิดชอบตำบลขามใหญ่

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลด้านวิชาการและนิยามศัพท์เฉพาะ (Operational Definition) มากำหนดในการสร้างเครื่องมือ ตัวอย่างการสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สร้างแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อคำถามเป็นแบบเติมข้อมูลและเลือกตอบตรงข้อมูลที่เป็นจริง จำนวน 20 ข้อ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพทั่วไปของ อสม. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประสบการณ์การเป็น อสม.การได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการได้รับการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบฯ

2) แบบประเมินความรอบรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จัดทำขึ้นสำหรับสอบถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (Nutbeam, 2008; กระทรวงสาธารณสุข, 2567) เป็นแบบตอบความรอบรู้แบบ Likert scale 5 ระดับ โดยระดับ 5 เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 เห็นด้วยมาก ระดับ 3 เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 เห็นด้วยน้อย ระดับ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด แบ่งเป็นรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) จำนวน 9 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) จำนวน 11 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) จำนวน 9 ข้อ 4) การจัดการตนเอง (Self-management) จำนวน 10 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) จำนวน 8 ข้อ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จำนวน 8 ข้อ

การแปลผลคะแนนใช้วิธีคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนที่ได้รับ โดยพิจารณารายด้านและรวมคะแนนทั้งหมด จากนั้นนำคะแนนร้อยละมาแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก (ร้อยละ 80-100) ระดับดี (ร้อยละ 70-79) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-69) และระดับไม่ดี (ต่ำกว่าร้อยละ 60) (กองสุขศึกษา, 2561; Cohen & Orbuch, 1990)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

นอกจากนี้ ยังมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาสัดส่วนของผู้ที่มีระดับความรอบรู้ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป หากมีมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง จะถือว่าผ่านเกณฑ์ความรอบรู้เฉพาะกลุ่มตามที่กำหนด (กองสุขศึกษา, 2561)

3) แบบสอบถามความต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นแบบแสดงความคิดเห็น

แบบ Likert scale 5 ระดับ เช่น ระดับ 5 เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 เห็นด้วยมาก ระดับ 3 เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 เห็นด้วยน้อย ระดับ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด แบ่งเป็นรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) จำนวน 3 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) จำนวน 4 ข้อ 4) การจัดการตนเอง (Self-management) จำนวน 4 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) จำนวน 3 ข้อ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จำนวน 3 ข้อ

การแปลผล แบบร้อยละคะแนนที่ได้ โดยแบบสอบถามความต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแต่ละข้อ แปลเป็นคะแนน ตอบ 1-5 คะแนน คิดคะแนนรวมรายด้าน แล้วนำคะแนนแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน ร้อยละ 80-100 ระดับความต้องการส่งเสริมความรอบรู้มากที่สุด คะแนน ร้อยละ 70-79 ระดับความต้องการส่งเสริมความรอบรู้มาก คะแนน ร้อยละ 60-69 ระดับความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับความต้องการส่งเสริมความรอบรู้น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 3 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญการพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานในชุมชน 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด มีประสบการณ์ในการสอน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ตรวจความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งประกอบด้วย I-CVI (รายข้อ) และ S-CVI (รวมทั้งฉบับ) เกณฑ์การยอมรับคือ ค่า I-CVI ต้องไม่น้อยกว่า 0.78 และค่า S-CVI ต้องไม่น้อยกว่า 0.90 (Polit & Beck, 2006) และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try-out) กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่อยู่ในพื้นที่ตำบลเดียวกัน จำนวน 30 คน มีผลการประเมินดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ค่า S-CVI =0.96

2) แบบประเมินความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ค่า S-CVI =0.99 และประเมิน Cronbach’s alpha = 0.98

3) แบบสอบถามความต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจตีบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ S-CVI = 0.98 Cronbach’s alpha = 0.97

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี แล้วมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ทำหนังสือประสานงานไปที่เทศบาลขามใหญ่เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตตำบลขามใหญ่ มีการดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม 2568 - 23 กันยายน 2568

2) ผู้วิจัยนัดผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานของ อสม.เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและนัดประชุมอสม.และคัดเลือกอสม. ตามเกณฑ์คัดเข้า ชี้แจงโครงการวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ ผลดีและผลเสียของการเข้าร่วมวิจัย และสอบถามผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดรายชื่ออสม.ทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ ให้รายชื่อทั้งหมดเป็น sampling flame แล้วสุ่มจับฉลาก ผู้ที่ถูกสุ่มถามความสมัครใจ ถ้าไม่สมัครใจร่วมงานวิจัยตัดออกแล้วสุ่มใหม่แทนจนครบกลุ่มตัวอย่าง แล้วชี้แจงการร่วมโครงการจึงให้ตัดสินใจเข้ามร่วมและลงนามในการสมัครใจร่วมโครงการในใบยินยอมโดยสมัครใจและตอบแบบสอบถาม 3 ส่วน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อส่งแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจความเรียบร้อย รวบรวมแบบสอบถามที่ครบถ้วนจำนวน 259 ตัวอย่าง

2) รวบรวมแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูล และนำแบบสอบถามบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 259 คน มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2) แบบประเมินความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบสอบถามความต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจตีบและรูปแบบที่ต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-08.023 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2568 การเก็บข้อมูลดำเนินตามหลักจริยธรรม โดยชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วม ไม่ระบุชื่อ เก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลภายใน 5 ปี ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 233 ราย ร้อยละ 89.96 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 39.77 อายุเฉลี่ยของอสม. 56 ปี (S.D.=10.29) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.59 สถานภาพ คู่ ร้อยละ 67.57 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.95 อาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.84 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 52.89 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ระยะเวลานาน 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 27.81 และระยะการทำหน้าที่อสม. เฉลี่ยนาน 15 ปี สมาชิกครอบครัว มากว่าหรือเท่ากับ 4 ราย ร้อยละ 74.13 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.51 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 47.49 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น รูปร่างท้วม ร้อยละ 22.39 ดัชนีมวลกาย 25.00-29.99 kg/m^2 ร้อยละ33.98 ดัชนีมวลกาย มากกว่า 30.00 kg/m^2 ร้อยละ15.83 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องควบคุมโรค ร้อยละ 19.31 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.53 มีญาติสายตรง เช่น พ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยายเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจ หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองฯ ร้อยละ 12.74

ประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรมหรือส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรียงลำดับจากสูงสุด 10 อันดับ ได้แก่ 1) โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.07 2) เบาหวาน ร้อยละ 58.30 3) โรคไข้เลือดออก ร้อยละ 47.9 4) โรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 41.70 5) โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.40 6) โรคไข้หวัด 2019 (โควิด) ร้อยละ 39.00 7) โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 35.50 8) โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 34.36 9) การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 26.6 10) โรคอ้วน ร้อยละ 22.78

อสม.ประเมินตนเองมีระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 46.56 ความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 93.05 ไม่ต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 6.05

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลการศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ระดับความรอบรู้มีการกระจายตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับดีมากในทุกด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรอบรู้ในระดับดีมาก ในด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 34.75 และด้านการตัดสินใจและการจัดการปัญหา ร้อยละ 34.43 ขณะที่ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.04 และร้อยละ 33.20 (ตามลำดับ) ในทางตรงกันข้ามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมถึงด้านทักษะการสื่อสาร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากยังอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 31.27 และร้อยละ 32.82 (ตามลำดับ) ผลรวมคะแนนความรอบรู้ระดับดีขึ้นไป (ระดับดี และระดับดีมาก) ของแต่ละด้าน ด้านที่มีความรอบรู้สูงสุดเรียงไปถึงต่ำสุดคือ ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 50.97 ด้านที่ 2 ความรู้และความเข้าใจสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 44.78 ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 44.01 ด้านที่ 6 การตัดสินใจและการจัดการปัญหา ร้อยละ 43.49 ด้านที่ 3 ความรู้และความเข้าใจ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

สุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 42.86 และด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 37.06 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม.ตามระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	ระดับความรอบรู้น้อย (คะแนน<ร้อยละ 60)	ระดับความรอบรู้ปานกลาง (คะแนน ร้อยละ 60-69)	ระดับความรอบรู้ดี (คะแนนร้อยละ 70-79)	ระดับความรอบรู้ดีมาก (คะแนน>ร้อยละ 80)
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	81 (31.27)	64 (24.71)	46 (17.76)	68 (26.25)
ด้านที่ 2 ความรู้และความเข้าใจสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	60 (23.17)	83 (32.04)	48 (18.53)	68 (26.25)
ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร	85 (32.82)	63 (24.32)	44 (16.99)	67 (25.87)
ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	64 (24.71)	63 (24.32)	42 (16.22)	90 (34.75)
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	77 (29.73)	86 (33.20)	28 (10.81)	68 (26.25)
ด้านที่ 6 การตัดสินใจและการจัดการปัญหา	67 (25.87)	69 (26.64)	39 (15.06)	84 (34.43)
สรุปความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	72.33 (27.93)	71.33(27.54)	41.17(15.90)	74.11 (28.97)

ส่วนที่ 3 ความต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ความต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความใกล้เคียงกันทั้ง 6 ด้าน ภาพรวมความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความต้องการส่งเสริมกระจายตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมากที่สุดในทุกด้าน ค่าเฉลี่ยทั้ง 6 ด้านที่ต้องการส่งเสริมระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.26 ซึ่งเป็นความต้องการส่งเสริมความรอบรู้มากที่สุดเป็นส่วนใหญ่เมื่อแยกความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงสุด คือ ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง ร้อยละ 38.22 รองลงมาลำดับที่ 1 คือ ด้านที่ 2 ความรู้และความเข้าใจสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 37.45 รองลงมาลำดับที่ 2 มี 2 ด้านเท่ากัน คือด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านที่ 6 การตัดสินใจและการจัดการปัญหา ร้อยละ 35.52 และรองลงมาลำดับที่ 3 ด้านที่ 5 รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 33.98 และด้านที่ต่ำสุด คือ ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ร้อยละ 30.89 ดังตารางที่ 2

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ตารางที่ 2 ความต้องการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจตีบรายด้าน (n=259)

ความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	ระดับความต้องการน้อย	ระดับความต้องการปานกลาง	ระดับความต้องการมาก	ระดับความต้องการมากที่สุด
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	60 (23.16)	78 (30.11)	29 (11.19)	92 (35.52)
ด้านที่ 2 ความรู้และความเข้าใจสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	55 (21.24)	83 (32.05)	248 (9.27)	97 (37.45)
ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร	59 (27.782)	71 (27.41)	49 (18.92)	80 (30.89)
ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	49 (18.92)	84 (32.43)	27 (10.42)	99 (38.22)
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	54 (20.85)	89 (34.36)	28 (10.81)	88 (33.98)
ด้านที่ 6 การตัดสินใจและการจัดการปัญหา	52 (20.08)	88 (33.98)	27 (10.42)	92 (35.52)
สรุปความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	54.83 (22.01)	82.17(31.72)	30.67(11.84)	91.33 (35.26)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ข้อที่หนึ่ง เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอขนาดใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานีและเพื่อศึกษาความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของอสม.ผลการวิจัยพบว่า อสม.มีระดับความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่ค่อยสูงนัก โดยสัดส่วนผู้ที่มีระดับความรอบรู้น้อยและปานกลางรวมกันมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ขณะที่ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ดีและดีมากมีสัดส่วนใกล้เคียงกันซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม.จะอยู่ในระดับดีและดีมาก (อโณทัย งามวิชัยกิจและอรเพ็ญ หนูหล่อ,2568) สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มอสม. ยังมีข้อจำกัดด้านความรอบรู้ที่เฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีความซับซ้อนในเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค การแสดงอาการและการตัดสินใจเข้ารับบริการ แม้อสม.เป็นกลุ่มบุคลากรสุขภาพ ภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญ ในการสื่อสารสุขภาพและดูแลประชาชนในชุมชนก็ตาม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความรอบรู้น้อยจำนวนค่อนข้างสูง ได้แก่ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากโรคดังกล่าวต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การปฏิบัติตัว การใช้ยา และ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

การเข้าถึงบริการในการวินิจฉัยและรักษาเฉพาะทางของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอสม.ประเมินตนเองระดับน้อย สะท้อนถึงยังขาดความรู้เฉพาะด้านและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกในด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและยังขาดทักษะบางอย่างที่จำเป็นต่อการแปลข้อมูลสุขภาพให้สามารถปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีข้อมูลด้านข้อมูลด้านสุขภาพมีจำนวนมากและกระจายอยู่หลายช่องทาง นอกจากนี้ อาจสัมพันธ์กับลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาและมีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของ Reineck (2024) ที่ระบุว่า ทักษะการรู้เท่ากันสื่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในยุคดิจิทัล เนื่องจากประชาชนได้รับข้อมูลจากหลากหลายช่องทาง หากขาดทักษะในการประเมินข้อมูล อาจนำไปสู่ความเข้าใจคลาดเคลื่อนและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาทักษะด้าน digital health literacy และ media literacy ให้แก่อสม.เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชนในชุมชน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองและด้านการตัดสินใจและการจัดการปัญหา มีสัดส่วนระดับดีมากสูงกว่าด้านอื่น แสดงให้เห็นว่า อสม.อาจมีพื้นฐานในการดูแลตนเองและการตัดสินใจในสถานการณ์ทั่วไปได้พอสมควร ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์การทำงานในบทบาทดูแลประชาชนมานานและมีโอกาสได้เรียนรู้จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ แต่ความรอบรู้เชิงลึกที่เกี่ยวกับการค้นหา การประเมิน และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพยังเป็นจุดที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม

ในส่วนของวัตถุประสงค์ข้อที่สอง พบว่า อสม. มีความต้องการส่งเสริมความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในระดับมากที่สุดค่อนข้างสูง โดยเฉพาะด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ และการตัดสินใจและการจัดการปัญหา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบดังกล่าวข้างต้นที่ยังมีข้อจำกัด ทำให้สะท้อนถึงความต้องการพัฒนาแบบเฉพาะด้านอย่างชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงช่องว่างความรู้ของตนเองและพร้อมที่จะเรียนรู้หรือรับการสนับสนุนเพิ่มเติม ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในอนาคต

เมื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างระดับความรอบรู้ที่ไม่สูงและระดับความต้องการส่งเสริมที่ค่อนข้างมาก บ่งชี้ว่าการจัดโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้สำหรับอสม.ควรออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริง เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การใช้สถานการณ์จำลอง การฝึกสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเชิงปฏิบัติรวมทั้งการเชื่อมโยงกับแหล่งบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม วิธีการดังกล่าวน่าจะช่วยให้อสม.เกิดการเรียนรู้ที่นำไปใช้ได้จริงและสนับสนุนบทบาทอสม.ในการถ่ายทอดความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสู่ประชาชนได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า อสม.ยังมีความรอบรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระดับที่ควรได้รับการพัฒนาโดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อ และมีความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ในระดับสูง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมและโอกาสในการพัฒนาเชิงระบบ หากมีการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับบทบาทและบริบทของ อสม.ย่อมมีแนวโน้มช่วยเสริมศักยภาพของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยหลายฉบับที่พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางและยังต้องการการพัฒนาในด้านการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ทั้งนี้ การศึกษาของปัทมา คงบุญรักษ์ (2568) และอารีย์ แร่ทอง (2562) พบว่าอสม.ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพชุมชนจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการจัดการสุขภาพตนเองและการสื่อสารสุขภาพ

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า แม้ อสม.จะมีศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านข้อมูลเชิงลึก การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาหลักสูตรอบรมที่เน้นการเสริมสร้างทักษะ digital health literacy การใช้สื่อสุขภาพอย่างถูกต้องและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มศักยภาพของอสม.ในการเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะของ อสม.ในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพประชาชนในปัจจุบัน และแสดงให้เห็นช่องว่างที่ควรได้รับการพัฒนาต่อ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม อสม.ให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบครบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร นำไปใช้การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนจากหน่วยงาน ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ของความรอบรู้ของอสม.เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มตัวอย่าง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ประกอบการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรจากภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของอสม.ให้มีแรงจูงใจมีเครื่องมือและองค์ความรู้ที่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ของอสม.เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในระดับปานกลางยังมีความต้องการส่งเสริมความรอบรู้ให้มีระดับดีขึ้นกว่านี้ได้ โดยการพัฒนาชุดความรู้หรือโปรแกรมอบรมส่งเสริมความรอบรู้โรคหัวใจตีบสำหรับอสม. โดยใช้แนวคิด Blended Learning มีรูปแบบที่หลากหลายทันสมัยในยุคดิจทัล เพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายในระดับหมู่บ้าน บูรณาการเนื้อหาการป้องกันโรคหัวใจกับกิจกรรมสุขภาพประจำเดือนของอสม.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้โรคหัวใจตีบในกลุ่มอสม.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับพฤติกรรมสุขภาพของอสม. เปรียบเทียบความรอบรู้ของอสม.ในเขตเมืองและชนบท

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณคณะอาจารย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์สุพรรณบุรี ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และกำกับดูแลการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเอาใจใส่และเมตตา ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำที่มีคุณค่าเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณผู้อำนวยการวิยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ที่อนุเคราะห์ อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆอย่างเรียบร้อย ขอบคุณเทศบาลตำบลขามใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2567). *ข้อมูลสถิติการตาย/ป่วยโรคไม่ติดต่อ*. สืบค้นจากhttps://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911

กรมควบคุมโรค. (2567). *กรมควบคุมโรครณรงค์วันหัวใจโลก 2567: เน้นย้ำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจ*. สืบค้นจาก https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=46450&deptcode=brc

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 10*. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. สืบค้นจาก https://healthregion10.moph.go.th/

กองระบาดวิทยา. (2562). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2562*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/files/108112019 1227084415.pdf

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป* (ฉบับปรับปรุงปี 2561). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/257545

ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์. (2566). การศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 3*(1), 1-14. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/260799

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ปัณณทัต จันพานิช, เวธกา วงษ์มณี และน่ารัก จุดาบุตร. (2566). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน: บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก, 24*(3), 23-30. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/263631/179941/1124345

ปัทมา คงบุญรักษ์. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10*(2), 905-918. สืบค้นจาก https://scholar.google.com/scholar?hl=th&as_sdt=0%2C5&q=, https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/download/286308/190158

ไพฑูรย์ ดำริห์. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและชุมชน, 9*(5), 845-852. สืบค้นจาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3471/2531

รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, จงกลณี ตุ้ยเจริญ, สุรีพร แสงสุวรรณ, สุระพงษ์ ฝ่ายเคนา และนลป์ธนัญศ์ ไชยวงค์. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารสุขศึกษา, 48*(1), 88-98. สืบค้นจาก https://he01.tcithaijo.org/index.php/muhed/article/download/277854/187028/1273834

วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). *รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://borc.anamai.moph.go.th/web-upload/24xe82d9421a764bd38b31a4171c44f37a6/tinymce/KPI/2565/KPI1_36/L2/1KPI1-36_2-2-8.pdf

สถิรกานต์ ทั่วจบ วันทนา มณีศรีวงศ์กูล และชู้หงษ์ ดีเสมอ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสภาการพยาบาล, 39*(3), 1–15.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทย์การพิมพ์.

อารีย์ แร่ทอง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15*(3), 69-70. สืบค้นจาก https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/8218

อโณทัย งามวิชัยกิจ และอรเพ็ญ หนูหล่อ.(2568).รายงานการศึกษาเรื่องการพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยหมวดการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก https://www.nationalhealth.or.th/ebook/125

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

อารีย์ แร่ทอง.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา ตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(3)*:69-70 สืบค้นจาก https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/8218

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.

Cohen, J., & Orbuch, T. (1990). *Introduction to sociology*. Singapore: McGraw Hill.

Costa, A. C., Conceição, A. P., Butcher, H. K., & Butcher, R. C. G. S. (2023).

Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 31, e3879.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Peltzer, S., et al. (2020). *Health literacy in persons at risk of and patients with coronary heart disease: A systematic review*. Social Science & Medicine, 245, 112711.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.

Reddy, K. S. (2015). Prevention and control of non-communicable diseases. In R. Detels, M. Gulliford, Q. A. Karim, & C. C. Tan (Eds.), *Oxford textbook of global public health* (6th ed.). Oxford, England: Oxford University Press. Retrieved from https://doi.org/10.1093/med/9780199661756.003.0237

Reineck, D. (2024). *How media and information literacy can fight disinformation*. Retrieved from https://akademie.dw.com/en/dennis-reineck/person-38698316

World Health Organization. (2021). *Cardiovascular disease (CVDs)*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

Zeinali-Nezhad, N., Najafipour, H., Shadkam, M., & Pourhamidi, R. (2024). *Prevalence and trend of multiple coronary artery disease risk factors and their incidence*. *BMC Public Health*, 24, 25. Retrieved from https://doi.org/10.1186/s12889-023-17504-8

e282657

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กอบแก้ว ติดใจดี[1], อัญชนา ไกยสิทธิ์[2] และอนุสรณ์ บุญทรง[3*]

[1]โรงพยาบาลศรีณรงค์ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปือย ตำบลเปือย อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

[3]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 1 มิถุนายน 2569 ; วันที่แก้ไข: 29 มิถุนายน 2569 ; วันที่ตอบรับ: 2 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2568 เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 41 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้ด้วยวิธี KR 20 มีค่าเท่ากับ 0.723 แบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.834 และ 0.727 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ฟิชเชอร์ และสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.80 ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 97.56 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.54 โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (χ^2=4.562, p-value=0.033) ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์ระดับน้อย (r=0.322, p-value=0.040) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า และพฤติกรรมที่ยังคงมีปัญหาที่ควรได้รับการส่งเสริมคือ การทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว การเลือกรับประทานอาหารโดยคิดถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่ารสชาติ และการควบคุมน้ำหนัก

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** อนุสรณ์ บุญทรง; anusorn@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

Factors Associated with Health-Promoting Behaviors among Dependent Older Adults in Mueang Si Khai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Kobkaew Tidjaidee[1], Auchana Kaiyasit[2] andAnusorn Boonsong[3*]

[1]Si Narong Hospital, Si Narong District, Surin Province

[2]Ban Pueai Subdistrict Health Promoting Hospital, Pueai Subdistrict, Lue Amnat District, Amnat Charoen Province

[3]Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

(Received: 1 June 2026 ; Revised: 29 June 2026 ; Accepted: 2 July 2026)

Abstract

This analytical cross-sectional survey research aimed to: (1) examine health behavior knowledge, attitudes toward health behaviors, and health-promoting behaviors among dependent older adults; and (2) investigate factors associated with health-promoting behaviors among dependent older adults. The study was conducted from June 1 to June 30, 2025. The sample consisted of 41 dependent older adults. The research instruments included questionnaires on health behavior knowledge, attitudes toward health behaviors, and health-promoting behaviors. Content validity was assessed by three experts. The reliability of the knowledge questionnaire, measured using the Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20), was 0.723. The attitude and health-promoting behavior questionnaires demonstrated Cronbach's alpha coefficients of 0.834 and 0.727, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Associations between variables were examined using Chi-square test, Fisher's exact test, and Spearman's rank correlation coefficient at a significance level of 0.05.

The results revealed that 87.80 % of the participants had a good level of health behavior knowledge, 97.56 % had positive attitudes toward health behaviors, and 58.54 % demonstrated good health-promoting behaviors. Underlying diseases were significantly associated with health-promoting behaviors among dependent older adults (χ^2 = 4.562, p = 0.033). Body mass index (BMI) was positively associated with health-promoting behaviors, showing a low but statistically significant correlation (r_s = 0.322, p = 0.040). These findings indicate that dependent older adults possess adequate knowledge and positive attitudes toward health behaviors and are ready to improve their health practices. However, challenges remain regarding participation in activities with family members, selecting foods based on nutritional value rather than taste preference, and maintaining appropriate weight control.

Keywords: Dependent Elderly Persons, Health-promoting behaviors, Associated factors

***Corresponding author**: Anusorn Boonsong; anusorn@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

บทนำ

ประชากรโลกมีแนวโน้มอัตราการเพิ่มชะลอตัวลงจากการเกิดที่ลดลง ข้อมูลปี พ.ศ.2543 กับ ปี พ.ศ.2564 พบว่า อัตราเจริญพันธุ์ต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1,000 คน ลดลงจาก 2.73 เป็น 2.32 อัตราการเกิดต่อ 1,000 ประชากร ลดลงจาก 21.79 เป็น 16.94 อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพิ่มจาก 66.45 ปี เป็น 71.05 ปี ทำให้โลกกำลังเป็นสังคมสูงอายุ โดยสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ.2567 มีถึงร้อยละ 10 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) สังคมผู้สูงอายุกำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศทั้งโลก สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปีพ.ศ.2565 ทั่วโลก มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน 3) กลุ่มติดเตียง (กรมอนามัย, 2567) ข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2564 - 2567 มีข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 1,491,881 ราย พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดย 1) กลุ่มติดบ้าน เพศชายเพิ่มจากร้อยละ 2.2 เป็น 2.5 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 3.2 เป็น 3.5 2) กลุ่มติดเตียง เพศชายเพิ่มจากร้อยละ 0.8 เป็น 0.9 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 1.0 เป็น 1.2 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะพึ่งพิง พบว่า อายุ เพศ เขตสุขภาพ ฝุ่น PM 2.5 การมีกิจกรรมทางกาย การกินผักผลไม้ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การนอนหลับ ซึมเศร้า และสุขภาพช่องปาก เป็นปัจจัยทำนายภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ กล่าวคือ พฤติกรรมการกินผักผลไม้ที่เพียงพอ การไม่สูบบุหรี่ การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การนอนหลับที่เพียงพอ รวมทั้งการไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีสุขลักษณะอนามัยช่องปากที่ดี มีแนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมมากกว่ากลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง และจากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุในอีก 20 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ.2564 กับพ.ศ.2583 พบว่าจะมี 1) ผู้สูงอายุติดบ้าน เพศชายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 18,000 ราย เป็น 94,000 ราย เพศหญิงคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 58,000 ราย เป็น 210,000 ราย 2) ผู้สูงอายุติดเตียง เพศชายคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 81,000 ราย เป็น 370,000 ราย เพศหญิงคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 18,000 ราย เป็น 211,000 ราย (กรมอนามัย, 2568)

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกคือ กลุ่มโรคสามัญทั่วไปที่เป็นได้ แม้ยังไม่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ ไต ซึ่งเกิดได้กับคนทุกวัย แต่พออายุมากขึ้น ก็ยิ่งมีโอกาสเป็นมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุ คือเกิดจากความชราภาพของร่างกายหรือจากผลข้างเคียง จากโรคที่มารุมเร้าทำให้การดูแลตนเองถดถอยลง ได้แก่ 1) อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ 2) ภาวะกระดูกพรุน 3) ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม 4)อาการนอนไม่หลับ 5)ปัญหาการกลั้นการขับถ่ายไม่อยู่ 6) อาการมึนงง เวียนศีรษะ 7) ปัญหาภาวะทุพโภชนาการและความผิดปกติในการรับประทานอาหาร 8) ปัญหาการได้ยิน 9) ปัญหาการมองเห็น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง สะสม 150 นาที/สัปดาห์ กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย นอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง และการดูแลช่องปากด้วยการแปรงฟันก่อนนอน (กรมอนามัย, 2565)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ปีพ.ศ.2567 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 231,754 คน และ 11,827 คน ในอำเภอวารินชำราบ จำนวน 18,830 คน และ 1,377 คน และตำบลเมืองศรีไค จำนวน 882 คน และ 57 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568) จากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ยิ่งประสบกับปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพิงคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นแนวทาง ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสุขภาพกายสุขภาพจิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต่อไป

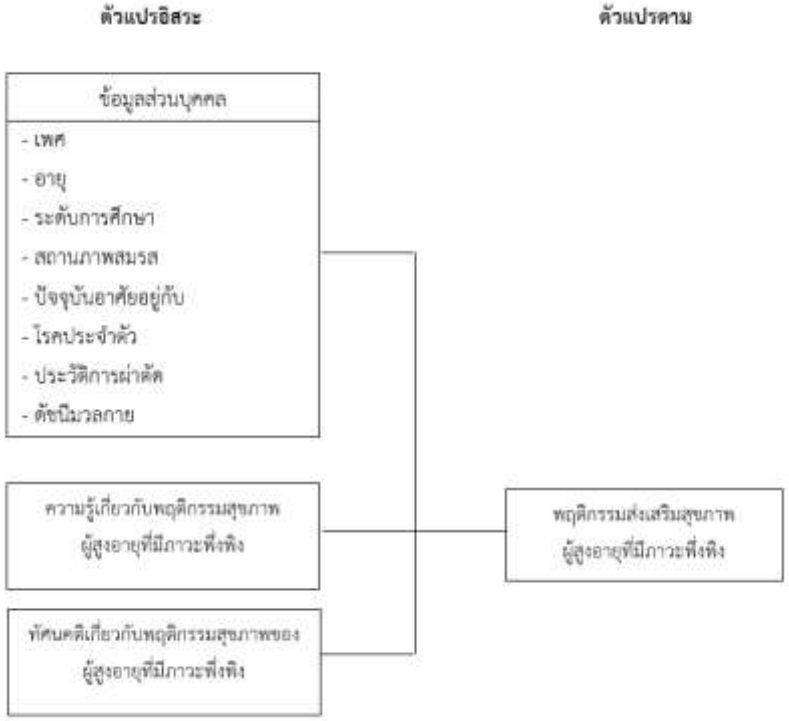
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, B.S. ED.et al., 1956) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP Model) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้ จะส่งผลทำให้เกิดทัศนคติ และก่อให้เกิดการกระทำ ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2568

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 57 คน จากข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 41 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากร (Daniel, W. W., & Cross, C. L.) ดังนี้

$$n = \frac{N\, z^2_{1-\alpha/2}\, p(1-p)}{d^2(N-1)+z^2_{1-\alpha/2}\, p(1-p)}$$

$$n = \frac{57 \times 1.96^2 \times 0.10 \times 0.90}{0.05^2(57-1) + 1.96^2 \times 0.10 \times 0.90} = 40.57$$ เก็บจริง 41 คน

n แทน ขนาดตัวอย่าง

N แทน ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด เท่ากับ 57 คน

$z^2_{1-\alpha/2}$ แทนค่า $z_{0.975}$ เท่ากับ 1.96 กำหนดให้ α เท่ากับ 0.05

p แทน ค่าสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 10.0 (บุษบา แพงบุปผา และชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2560)

d แทน ค่าสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย/ ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงที่เก็บข้อมูลวิจัย/ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบตามกระบวนการวิจัย/ ไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด น้ำหนัก ส่วนสูง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบที่คำตอบคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน โดยใช้ระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ คะแนนร้อยละ 80 - 100 หมายถึง มีความรู้ระดับดี คะแนนร้อยละ 60 - 79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0 - 59 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน โดยใช้ระดับเกณฑ์ของเบส (Best, 1977) ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน บางครั้ง ให้ 1 คะแนน ไม่เคย ให้ 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 0 คะแนน บางครั้ง ให้ 1 คะแนน ไม่เคย ให้ 2 คะแนน โดยใช้ระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ คะแนนร้อยละ 80 - 100 ($\overline{X}$ =1.60 - 2.00) หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี คะแนนร้อยละ 60-79 ($\overline{X}$ =1.20 - 1.59) หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0 - 59 ($\overline{X}$ =0.00 - 1.19) หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ การพยาบาล และสาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) มากกว่า 0.66 ขึ้นไปทุกข้อ

ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา) นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผลการทดสอบพบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้วิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.723 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการหาค่า Cronbach’s alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.834 และ 0.727 ตามลำดับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลาก (Simple random sampling) จำนวน 41 คน จากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมด 57 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2568 โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยสถิติไควสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S014-2568 ระยะเวลาที่รับรอง วันที่ 19 พฤษภาคม 2568 – 18 พฤษภาคม 2569 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่เสียประโยชน์หรือได้รับผลกระทบใด ๆ การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.17 มีอายุ 70-79 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36.59 รองลงมาคือ อายุ 80-89 ปี 60-69 ปี และ 90 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 31.71 21.95 และ 9.76 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 77.63 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.94 ปี อายุต่ำสุด-สูงสุด 60-98 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 92.68 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 7.32 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ75.61 รองลงมาคือ หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 14.63 และโสด ร้อยละ 9.76 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 63.41 รองลงมาคือ อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 36.59 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.85 ไม่เคยผ่าตัด ร้อยละ 68.29 มีดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าเกณฑ์ และสมส่วน ร้อยละ 31.71 เท่ากัน รองลงมาคือ น้ำหนักเกิน และอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 17.07 เท่ากัน และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 2.44

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 87.80 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.20 ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีความรู้ในระดับดีในเรื่อง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรพบแพทย์สม่ำเสมอ และควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 97.56 การออกกำลังช่วยป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ และการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ลดความเครียด ร้อยละ 95.12 เท่ากัน การออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 วัน และ ควรกินผักและผลไม้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 92.68 เท่ากัน ควรดื่มนมเป็นประจำทุกวัน วันละ 1 – 2 แก้ว

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ช่วยให้กระดูกแข็งแรง และ ควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ร้อยละ 87.80 และมีความรู้ระดับปานกลางในเรื่องควรงดดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนนอน ร้อยละ 70.73

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับดี ร้อยละ 97.56 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.44 ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีทัศนคติอยู่ในระดับดีทั้งหมด โดยมีทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ขับถ่ายดี มากที่สุด ($\overline{X}$=4.85, S.D.=0.42) รองลงมาคือ การออกกำลังกายตามสภาพร่างกายทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ($\overline{X}$=4.83, S.D.=0.38) การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนเป็นสิ่งจำเป็น ($\overline{X}$=4.73, S.D.=0.58) การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้วช่วยขับของเสียจากร่างกาย และการดูแลสุขภาพรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจและให้ความสำคัญ เท่ากัน ($\overline{X}$=4.71, S.D.=0.68) การดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ($\overline{X}$=4.68, S.D.=0.91) การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ($\overline{X}$=4.66, S.D.=0.91) และผู้สูงอายุควรนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง ($\overline{X}$=4.54, S.D.=0.90)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.54 รองลงมาคือ ปานกลาง และต่ำ ร้อยละ 36.59 และ 4.88 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นประจำ เช่น อาบน้ำ เท่ากัน ($\overline{X}$=1.58, S.D.=0.22) เมื่อเจ็บป่วยท่านมาพบแพทย์ตามนัด ($\overline{X}$=1.93, S.D.=0.26) สูบบุหรี่ ($\overline{X}$=1.88, S.D.=0.40) ท่านหรือผู้ดูแลจัดเตรียมยาสามัญประจำบ้านให้พร้อม ($\overline{X}$=1.88, S.D.=0.46) พักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน ($\overline{X}$=1.83, S.D.=0.38) ท่านหรือบุคคลในครอบครัวจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่เพื่อให้มีสุขอนามัยที่ดี ($\overline{X}$=1.71, S.D.=0.51) บอกกับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย ($\overline{X}$=1.66, S.D.=0.62) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($\overline{X}$=1.63, S.D. =0.66) ข้อที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ ระมัดระวังอยู่เสมอ เมื่อขึ้นลงมีการเคลื่อนไหว ($\overline{X}$=1.59, S.D.=0.22) สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ($\overline{X}$=1.56, S.D.=0.71) มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ($\overline{X}$=1.51, S.D.=0.75) แปรงฟันก่อนนอน ($\overline{X}$=1.27, S.D.=0.92) และข้อที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น ไปวัด ทำบุญ หรือทำกิจกรรมเบาๆ สบายๆ ($\overline{X}$=1.17, S.D.=0.80) เลือกรับประทานอาหารโดยคิดถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่ารสชาติ ($\overline{X}$=1.10, S.D.=0.86) และควบคุมน้ำหนักตัวทุกครั้งที่รู้สึกน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ($\overline{X}$=0.66 , S.D.=0.88) ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ			$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
	ประจำ (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย (ร้อยละ)		
1. รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	40 (97.56)	1 (2.44)	0 (0.00)	1.98 (0.16)	ดี
2. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นประจำ เช่น อาบน้ำ	40 (97.56)	1 (2.44)	0 (0.00)	1.98 (0.16)	ดี
3. เมื่อเจ็บป่วยท่านมาพบแพทย์ตามนัด	38 (92.68)	3 (7.32)	0 (0.00)	1.93 (0.26)	ดี
3. สูบบุหรี่*	1 (2.44)	3 (7.32)	37 (90.24)	1.88 (0.40)	ดี
4. ท่านหรือผู้ดูแลจัดเตรียมยาสามัญประจำบ้านให้พร้อม	38 (92.68)	1 (2.44)	2 (4.88)	1.88 (0.46)	ดี
5. พักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน	34 (82.93)	7 (17.07)	0 (0.00)	1.83 (0.38)	ดี
6. ท่านหรือบุคคลในครอบครัวจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่เพื่อให้มีสุขอนามัยที่ดี	30 (73.17)	10 (24.39)	1 (2.44)	1.71 (0.51)	ดี
7. การบอกกับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย	30 (73.17)	8 (19.51)	3 (7.32)	1.66 (0.62)	ดี
8. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*	4 (9.76)	7 (17.07)	30 (73.17)	1.63 (0.66)	ดี
9. ระมัดระวังอยู่เสมอ เมื่อขึ้นลงมีการเคลื่อนไหว	31 (75.61)	3 (7.32)	7 (17.1)	1.59 (0.77)	ปานกลาง
10. สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเอง	28 (68.29)	8 (19.51)	5 (12.20)	1.56 (0.71)	ปานกลาง
11. มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	27 (65.85)	8 (19.51)	6 (14.63)	1.51 (0.75)	ปานกลาง
12. แปรงฟันก่อนนอน	24 (58.54)	4 (9.76)	13 (31.71)	1.27 (0.92)	ปานกลาง
13. ทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น ไปวัด ทำบุญ หรือทำกิจกรรมเบา ๆ สบาย	17 (41.46)	14 (34.15)	10 (24.39)	1.17 (0.80)	ต่ำ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ			$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
	ประจำ (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย (ร้อยละ)		
14. เลือกรับประทานอาหารโดยคิดถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่ารสชาติ	17 (41.46)	11 (26.83)	13 (31.71)	1.10 (0.86)	ต่ำ
15. ควบคุมน้ำหนักตัวทุกครั้งที่รู้สึกน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	11 (26.83)	5 (12.20)	25 (60.98)	0.66 (0.88)	ต่ำ

* คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามระดับ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 6-7 คะแนน)	5	12.20
ดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป/ 8-10 คะแนน)	36	87.80
ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.34 - 3.67)	1	2.44
ดี ($\bar{X}$ = 3.68 - 5.00)	40	97.56
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ต่ำ (ร้อยละ 0 - 59 หรือ $\bar{X}$ =0.00 - 1.19)	2	4.88
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ $\bar{X}$ =1.20 - 1.59)	15	36.59
ดี (ร้อยละ 80 - 100 หรือ $\bar{X}$ =1.60 - 2.00)	24	58.54

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์

พบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (χ^2 = 4.562, p-value=0.033) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ประวัติการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตารางที่ 3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยสถิติไควสแควร์และฟิชเชอร์

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		χ^2	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง (ร้อยละ)	ดี (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	5	6	0.099	0.753
	(45.00)	(55.00)		
หญิง	12	18		
	(40.00)	(60.00)		
สถานภาพสมรส				
โสด หม้าย หย่า แยก	4	6	0.012	0.914
	40.00	60.00		
คู่	13	18		
	41.94	58.06		
ระดับการศึกษา†				
ไม่ได้เรียน / ประถมศึกษา	16	22		1.000
	(42.11)	(57.89)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2		
	(33.33)	(66.67)		
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ				
อยู่คนเดียว / อยู่กับบุตร	11	15	0.021	0.885
	(42.31)	(57.69)		
อยู่กับคู่สมรส	6	9		
	(40.00)	(60.00)		
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	9	5	4.562	0.033*
	(64.29)	(35.71)		
มีโรคประจำตัว	8	19		
	(29.63)	(70.37)		

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยสถิติไควสแควร์และฟิชเชอร์

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		χ^2	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง (ร้อยละ)	ดี (ร้อยละ)		
ประวัติการผ่าตัด				
ไม่มีประวัติผ่าตัด	11 (39.29)	17 (60.71)	0.173	0.678
มีประวัติผ่าตัด	6 (46.15)	7 (53.85)		

หมายเหตุ † ใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

*p-value < .05

5.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ระดับน้อย (r = 0.322 , p-value = 0.040) ส่วนอายุ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	
	ระดับความสัมพันธ์ (r_s)	p-value
อายุ	-0.168	0.293
ดัชนีมวลกาย	0.322	0.040*
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.135	0.398
ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	-0.149	0.353

*p-value < .05

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะความรู้ในเรื่อง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรพบแพทย์สม่ำเสมอ ควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักจะมีปัญหาสุขภาพ มีโรคประจำตัว จึงจำเป็นต้องพบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

แพทย์ รวมถึงทันตแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของมัณฑนา สุพรรณไพบูลย์ และคณะ (2567) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี กันธุ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนางั่ว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รังสรรค์ เชตประพันธ์ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก

2. ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี โดยเฉพาะมีทัศนคติในเรื่อง การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ขับถ่ายดี การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้วช่วยขับของเสียจากร่างกาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะใช้ชีวิตในบ้านเป็นส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยอาจมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายจึงมีความคิดเห็นว่าการรับประทานผักและผลไม้ การดื่มน้ำช่วยในการขับถ่ายและการขับของเสีย ผู้สูงอายุเห็นว่าการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีร่างกายไม่แข็งแรงจึงเห็นว่าการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรง และผู้สูงอายุเห็นว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนเป็นสิ่งจำเป็น และการดูแลสุขภาพ รับประทานยาต่อเนื่องเป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจและให้ความสำคัญ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีฟันที่เหลือน้อยลงการจะรักษาฟันไว้ควรจะแปรงฟัน รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักจะมีโรคประจำตัวจึงเห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ คมศักดิ์ ทองอยู่ และสุมลรัตน์ ขนอม (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งโพธิ์ อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่าผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี กันธุ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนางั่ว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รังสรรค์ เชตประพันธ์ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับดี โดยมีพฤติกรรมที่ดีในเรื่อง การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นประจำ เมื่อเจ็บป่วยทานมาพบแพทย์ตามนัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักจะมีปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์ หรือต้องมาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงมีการดูแลสุขวิทยาของตนเองจากการคำแนะนำเมื่อไปพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของคมศักดิ์ ทองอยู่ และสุมลรัตน์ ขนอม (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งโพธิ์ อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ในเรื่อง การระมัดระวังอยู่เสมอเมื่อมีการเคลื่อนไหว การมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการแปรงฟันก่อนนอน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีปัญหาเรื่อง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

การเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถควบคุมร่างกายได้อย่างคนปกติ จึงไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี กันธุ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนางั่ว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ คือ การทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมเศรษฐกิจที่ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องทำงานเพื่อเลี้ยงครอบครัว รวมถึงความแตกต่างระหว่างวัย จึงทำให้ไม่ค่อยมีกิจกรรมร่วมกัน และพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารโดยคิดถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่ารสชาติ และควบคุมน้ำหนักตัวทุกครั้งที่รู้สึกน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักจะไม่ควบคุมน้ำหนัก มีรับประทานอาหารที่คำนึงถึงรสชาติมากกว่าประโยชน์

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องพบแพทย์อยู่สม่ำเสมอ ซึ่งจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน รวมถึงการมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่น้ำหนักเกินหรืออ้วน ทำให้เกิดความตระหนักในโรค รวมถึงการได้รับการกระตุ้นจากบุคลากรทางการแพทย์บ่อยกว่ากลุ่มที่สมส่วน จึงต้องดูแลสุขภาพมากกว่า หรือผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์จะมีภาวะพึ่งพิงที่รุนแรงกว่าจึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่า โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีขนาดประชากรเพียง 57 คน ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างแทนการเก็บข้อมูลจากประชากรทุกคน เนื่องจากคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลโดยคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย โดยคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 71.92 ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างขนาดเล็ก อาจส่งผลต่อการแปลผลที่ได้จากการหาความสัมพันธ์แบบสหสัมพันธ์สเปียร์แมน เพื่อให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดตัวอย่าง 80 คนขึ้นไป

6. ความรู้ และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับ ดี ร้อยละ 87.80 และทัศนคติระดับดี ร้อยละ 97.56 ทำให้ความแปรปรวนไม่เพียงพอสำหรับการตรวจจับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 87.80 มีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 97.56 และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.54 โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (χ^2= 4.562, p-value=0.033) ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความสัมพันธ์ระดับน้อย ($r = 0.322$, p-value = 0.040) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ในเรื่องการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การเลือกรับประทานอาหารโดยคิดถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่ารสชาติ และการควบคุมน้ำหนักทุกครั้งที่รู้สึกน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุได้เห็นประโยชน์ของการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลดีต่อร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงควรส่งเสริมให้มีการจัดอาหารที่เน้นประโยชน์มากกว่ารสชาติ เพื่อควบคุมน้ำหนักอันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในประชากรที่ใหญ่ขึ้น เช่น ระดับอำเภอหรือจังหวัด

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อหาปัญหา หรือความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/know/15/415

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สังคมสูงวัย ความท้าทายประเทศไทย*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580199450-276_0.docx

กรมอนามัย. (2565). *คู่มือการดำเนินงาน ตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565*. สืบค้นจาก https://anyflip.com/itgte/rnvl.

กรมอนามัย. (2567). *การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. สืบค้นจาก https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/download_doc/upload13.pdf

กรมอนามัย. (2568). *ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย ในอนาคตอีก 20 ปี : อนามัยพยากรณ์*. สืบค้นจาก https://hfd.anamai.moph.go.th/en/news-anamai-3/229198.

คมศักดิ์ ทองอยู่ และสุมลรัตน์ ขนอม. (2567). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งโพธิ์ อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. สืบค้นจาก https://nrt.go.th/web/wp-content/uploads/2024/03/ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุข.pdf

จารุณี กันธุ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนางั่ว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 9*(3), 19-35.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May – August 2026

ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, กันธิมา ศรีหมากสุก, ศรีสุรางค์ เคหะนาค และอังคณา บุญครอง. (2564). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14*(2), 94–107.

มัณฑนา สุพรรณไพบูลย์, นภาพร ตูมน้อย และปริทรรศน์ วันจันทร์. (2567). ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 11*(1), 68–82.

รังสรรค์ เชตประพันธ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 1*(1), 23-36.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(HDC)*. สืบค้นจาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *11 กรกฎาคม วันประชากรโลก 2567*. สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/public/e-book/NSOLetsRead/population.html.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bloom, B. S. (Ed.), Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: Handbook I: Cognitive domain*. New York, NY: David McKay.

Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

e280996

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์กับอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ กรณีศึกษา กลุ่มอาชีพทอผ้าไหม อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

พจนีย์ พุฒนา[1*],อรอุมา ปราชญ์ปรีชา[2],ทศพล ปราชญ์ปรีชา[3], แสงเดือน แพงภูงา[4] และรินทร์ลิดา มนตรีอุดมเวทย์[5]

[1]สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.วงษ์ชวลิตกุล

[2]สาขาการสอนวิทยาศาสตร์ทั่วไป คณะศึกษาศาสตร์ ม.วงษ์ชวลิตกุล

[3]สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ ม.วงษ์ชวลิตกุล

[4]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูก

[5]กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเขวาสินรินทร์

(วันที่รับบทความ: 8 มิถุนายน 2569; วันที่แก้ไข: 24 กรกฎาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 13 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อจากการทำงาน ประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคม และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ กับการเกิดอาการ WMSDs ในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหม อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงาน ทอผ้าไหม จำนวน 162 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 สำหรับการประเมินท่าทางการทำงานใช้วิธี Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินและค่าความคงที่ของการวัดอยู่ในระดับสูง (r = 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Pearson’s Chi-square test หรือ Fisher’s exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.10 มีอายุระหว่าง 50–59 ปี ร้อยละ 56.20 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 82.10 ความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาและ 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 70.99 ผลการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยวิธี RULA พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง โดยการประเมินด้านซ้ายและด้านขวาคิดเป็นร้อยละ 72.80 และ 73.50 ตามลำดับ และไม่พบแรงงาน ที่อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ตรวจไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคม และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์กับการเกิดอาการ WMSDs โดยมีค่า p-value อยู่ระหว่าง 0.095–1.000 ทั้งนี้ การกระจายตัวของข้อมูลบางตัวแปรที่ไม่สมดุลอาจส่งผลให้พลังในการทดสอบทางสถิติลดลง ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่าแรงงานทอผ้าไหมมีภาระความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และการเกิดอาการ WMSDs ในระดับที่ค่อนข้างสูงแม้จะตรวจไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างปัจจัยที่ศึกษา แต่ผลการประเมิน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ท่าทางการทำงาน ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงสถานีงาน ท่าทางการทำงาน และมาตรการส่งเสริมการยศาสตร์ในระดับชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงาน ของแรงงานนอกระบบในอนาคต

คำสำคัญ: การยศาสตร์, อาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน, แรงงานนอกระบบ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** พจนีย์ พุฒนา; potjanee_put@vu.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

Study of Ergonomic Risk Factors and Work-Related Musculoskeletal Discomfort Among Informal Workers : A Case Study of Silk Weaving Occupation in Khwao Sinarin District, Surin Province

Potjanee Putna[1]*, Onuma Pratpricha[2], Thotsaphon Pratpricha[3], Saengduean Phangphunga[4] and Rinlida Montriudomwet[5]

[1] Occupational Health and Safety Program, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

[2] General Science Teaching Program, Faculty of Education, Vongchavalitkul University

[3] Computer Science Program, Faculty of Engineering, Vongchavalitkul University

[4]Takuk Subdistrict Health Promoting Hospital

[5] Department of Rehabilitation Medicine, Khwao Sinarin Hospital

(Received: 8 June 2026; Revised: 24 July 2026; Accepted: 13 August 2026)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to determine the prevalence of work-related musculoskeletal disorders (WMSDs), assess ergonomic risk levels, and examine the associations between personal factors, work-related factors, psychosocial factors, ergonomic risk levels, and WMSDs occurrence among silk-weaving workers in Khwao Sinarin District, Surin Province. The study was conducted from February 2025 to January 2026. A total of 162 silk-weaving workers were recruited using stratified random sampling. Data were collected using a structured questionnaire with a content validity index (CVI) of 0.92 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.88. Working posture was assessed using the Rapid Upper Limb Assessment (RULA), which demonstrated high inter-rater and test-retest reliability (r = 0.85 and 0.89, respectively). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while associations between variables were examined using Pearson's Chi-square test or Fisher's exact test, as appropriate, with the significance level set at 0.05.

The results showed that the majority of participants were female (98.10%), aged 50–59 years (56.20%), and had more than 10 years of work experience (82.10%). The overall prevalence of WMSDs was 70.99% (115/162) affected, compared with 29.01% (47/162) unaffected. Ergonomic risk assessment using RULA indicated that most workers were at a high risk level, with 72.80% and 73.50% classified as high risk on the left and right sides, respectively, and no workers were classified as low risk. However, no statistically significant associations were found between personal factors, work-related factors, psychosocial factors, ergonomic risk levels, and WMSDs occurrence (p-values ranged from 0.095 to 1.000). The imbalanced distribution of several variables may have reduced statistical power. These

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

findings indicated that silk-weaving workers faced a considerable ergonomic risk burden and a relatively high prevalence of WMSDs. Although no statistically significant associations were identified, the posture assessment results highlighted the need to improve workstation design, working posture, and community-based ergonomic promotion measures to prevent future work-related health problems among informal sector workers.

Keywords: ergonomics, work-related musculoskeletal disorders, informal workers

***Corresponding author:** Potjanee Putna; potjanee_put@vu.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

บทนำ

นิยามของ “แรงงานนอกระบบ” ถูกกำหนดไว้หลากหลายโดยองค์กร และหลายหน่วยงาน ซึ่งครอบคลุมแรงงานในลักษณะ ใดนั้นขึ้นอยู่กับภารกิจของแต่ละหน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดคำนิยาม กระทรวงแรงงาน กำหนดคำนิยาม “แรงงานนอกระบบ” ในแผนปฏิบัติการด้านการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ (พ.ศ. 2566 - 2570) หมายถึง คนทำงานสัญชาติไทยที่มีอายุตั้งแต่สิบห้าปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งไม่ได้เป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน หรือไม่ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 แห่ง กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม รวมถึงผู้ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด แต่มิให้หมายความรวมถึงเจ้าหน้าที่ของรัฐ และของรัฐวิสาหกิจซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญหรือตามกฎหมาย (กองเศรษฐกิจการแรงงาน, 2566) การสำรวจข้อมูลแรงงานนอกระบบ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) พบว่า ในปี 2565 แรงงานนอกระบบมีจำนวนมากกว่าแรงงานในระบบประมาณ 8.00 แสนคน จากผู้มีงานทำทั้งสิ้น 39.60 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 20.20 ล้านคน (ร้อยละ 51.00) และเป็นแรงงานในระบบ 19.40 ล้านคน (ร้อยละ 49.00) โดยแรงงานนอกระบบเพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงการกระจายตัวของแรงงานนอกระบบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของแรงงานนอกระบบมากที่สุด คือ ร้อยละ 75.70 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 68.20 และภาคใต้ ร้อยละ 52.00 ส่วนในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมีแรงงานนอกระบบน้อยกว่าแรงงานในระบบ

กิจกรรมทางเศรษฐกิจของแรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม มีจำนวน 11.20 ล้านคน หรือ ร้อยละ 55.40 รองลงมาทำงานในภาคการบริการและการค้าร้อยละ 34.60 และภาคการผลิต ร้อยละ 10.00 ขณะที่แรงงานในระบบ ทำงานอยู่ในภาคการบริการและการค้ามากที่สุด รองลงมาเป็นภาคการผลิต และภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 28.70 ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาจากการทำงาน ร้อยละ 49.00 เป็นเรื่องค่าตอบแทน งานขาดความต่อเนื่อง ร้อยละ 19.90 และงานหนัก ร้อยละ 12.50 ปัญหาจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุด คือ อิริยาบถในการทำงาน ร้อยละ 37.50 มีฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ร้อยละ 31.10 มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 11.30 และพบปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน โดยพบว่า ร้อยละ 59.10 ประสบปัญหาจากสารเคมี รองลงมา คือ ปัญหาจากเครื่องจักรเครื่องมือที่เป็นอันตราย ร้อยละ 17.30 และประสบอันตรายต่อระบบหูระบบตาร้อยละ 6.60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) จากรายงานสถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพในประเทศไทย โดยระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 โรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานมีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 3 ซึ่งมีอัตราป่วย 266.35 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2560-2563 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานคิดเป็นอัตราป่วย 235.72, 275.50, 292.25 และ 270.85 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าปัญหาต่อสุขภาพจากความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานและการประกอบอาชีพมีแนวโน้มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพทอผ้าด้วยมือจะต้องมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายให้สัมพันธ์กับเครื่องมือ เครื่องใช้ และการวางท่าทางตำแหน่งของร่างกาย จากข้อมูลลักษณะการทำงานของผู้ทอผ้าไหม มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงานทั้งสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

สภาพการทำงานส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย พบอาการปวดหลังเอว สะบัก ข้อไหล่ ร้อยละ 51.70 ปวดเบ้าตา ศีรษะ ร้อยละ 27.50 มีแสงสว่างไม่ได้มาตรฐานส่งผลเสียต่อระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายร้อยละ 41.50 และพบอุบัติเหตุในการทำงานร้อยละ 93.90 (ชลาลัย หาญเจนลักษณ์, 2563) สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหม ได้แก่ สิ่งคุกคามด้านกายภาพ โดยส่วนใหญ่มีการสัมผัสเสียงดังจากอุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้ทอผ้า ร้อยละ 34.70 เครื่องมือที่ใช้ทอผ้ามีความสั่นสะเทือน ร้อยละ 29.20 สิ่งคุกคามด้านเคมี พบว่า มีการสัมผัสสารเคมี/สีย้อมผ้า ร้อยละ 69.60 และมีการสัมผัสฝุ่นละออง ร้อยละ 42.20 สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ พบว่า มีการก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน ร้อยละ 90.30 นั่งหรือยืนทำงานนานเกิน 2 ชั่วโมง ร้อยละ 83.70 ก้ม/โค้งตัวไปด้านหน้าขณะทำงาน ร้อยละ 83.50 ทำงานในลักษณะซ้ำๆ เป็นระยะเวลานาน ร้อยละ 71.20 บิดเอี้ยวเอียงตัวขณะทำงาน ร้อยละ 70.80 และยกของหนักหรือออกแรงดึงเกินกำลังตนเอง ร้อยละ 42.90 สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหมมีรายได้หรือค่าตอบแทนจากการทำงานที่ไม่แน่นอน ร้อยละ 54.50 มีภาระการทำงานที่มากเกินในแต่ละวัน ร้อยละ 41.00 และเร่งรีบทำงานเพื่อให้ได้ผลผลิตตามเวลา ร้อยละ 30.00 ภาวะสุขภาพตามการรับรู้อาการหรือความเจ็บป่วยจากการทำงาน พบว่า ผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหม มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 80.40 มีอาการปวดต้นคอ/ปวดไหล่/ปวดหลัง ร้อยละ 75.50 มีอาการปวดเอวหรือหลังส่วนล่าง ร้อยละ 72.40 มีอาการปวดเมื่อย มีนชาบริเวณแขนและขา ร้อยละ 60.10 กล้ามเนื้อตาล้า หรือมองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว ร้อยละ 53.80 มีอาการระคายเคืองตา แสบตา ร้อยละ 44.80 และมีความเครียดหรือกังวลกับงานที่เร่งรีบ ร้อยละ 35.50 (ชาตรี เชิดนาม และ วิภาดา พนากอบกิจ, 2566) การทอผ้ามีหลากหลายขั้นตอนและในแต่ละขั้นตอน จึงส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดหลัง

โดยลักษณะการทำงานที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง ได้แก่ ลักษณะการทำงานที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลานานๆ มีการเคลื่อนไหวแขน ข้อมือ ขา และเท้าในลักษณะเดิมซ้ำๆตลอดเวลา การทำงานในท่าก้มๆเงยๆ และระยะเวลาในการพักระหว่างวันน้อย (Durlov et al., 2014) จากข้อมูลการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์การทำงานในกลุ่มอาชีพทอผ้าด้วยมือทางภาคเหนือของไทย พบว่ามีคะแนนความเสี่ยงทางการยศาสตร์อยู่ในระดับสูงซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดหลัง (Chantaramanee et al, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาทางการยศาสตร์กับการเกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกโครงร่างในกลุ่มแรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพช่างเฟอร์นิเจอร์ไม้ จังหวัดสุโขทัย (Chauychoocherd et al, 2020; Prom-anun et al, 2020) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิกเพื่อวิเคราะห์ความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกโครงร่าง รวมทั้งใช้แบบประเมินท่าทางการทำงานและแรงกระทำต่อรยางค์ส่วนบนของร่างกาย (Rapid Upper Limb Assessment) การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทาง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างคือจำนวนวันการทำงาน/สัปดาห์ อาการไม่สบายทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบมากในบริเวณไหล่ หลังส่วนล่าง มือ ข้อมือ และเข่า ปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่ก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บทางระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ด้านกายภาพ และด้านจิตสังคม โดยพบว่าแรงบีบมือของแขนข้างถนัด และขนาดของสถานีงานมีแนวโน้มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการไม่สบายทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อมูลการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2566 จังหวัดสุรินทร์ พบข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจาก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

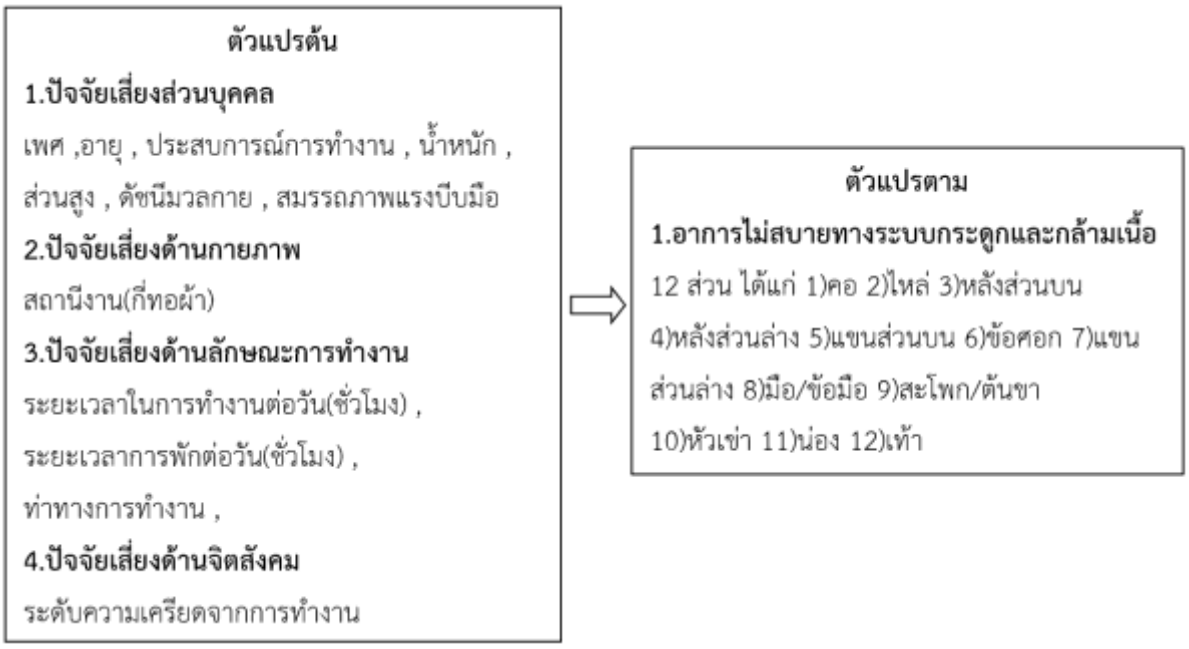
การทำงาน 787.78 อัตราต่อแสนประชากร สูงเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศไทย (กลุ่มรายงานมาตรฐาน,2566) ระบุว่าจังหวัดสุรินทร์มีจำนวนแรงงานนอกระบบในสายการผลิตผ้าไหมประมาณ 60,000 คน ตั้งแต่กลุ่มคนเลี้ยงไหม คนรับจ้างย้อมและมัดไหม คนทอผ้าไหม ซึ่งผ้าไหมเป็นผลิตภัณฑ์สำคัญที่ช่วยโอบอุ้มเศรษฐกิจ โดยอำเภอเขวาสินรินทร์ เป็นพื้นที่ที่มีชื่อเสียงในผลิตภัณฑ์ OTOP ประชาชนในชุมชนมีรายได้จากการทอผ้าไหมแก่นักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ บ้านตากูก ตำบลตากูก เป็นพื้นที่ที่มีครัวเรือนในชุมชน ประกอบอาชีพหลักจากการทอผ้าด้วยมือมากที่สุด ปัญหาสุขภาพจากการทำงานที่สำคัญของแรงงานนอกระบบ คือ ความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานซึ่งเกิดจากการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ และการทำงานเป็นเวลานาน โดยข้อมูลคู่มือพัฒนาเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 รายงานว่าโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพที่พบได้บ่อยในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาอาชีพทอผ้าไหมเป็นหนึ่งในอาชีพของแรงงานนอกระบบที่พบได้มากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยลักษณะการทำงานต้องนั่งทำงานเป็นเวลานาน มีการเคลื่อนไหวของแขนและลำตัวซ้ำ ๆ รวมทั้งต้องใช้แรงในการควบคุมอุปกรณ์ทอผ้า ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าวในแรงงานทอผ้าไหมค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบในระดับชุมชน แม้จะมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในแรงงานกลุ่มอาชีพต่าง ๆ มาก่อนหน้านี้ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคม และความเสี่ยงทางการยศาสตร์อย่างเป็นระบบ ในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหมด้วยมือระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ซึ่งเป็นแหล่งผลิตผ้าไหมสำคัญของประเทศ ช่องว่างองค์ความรู้นี้ จึงเป็นที่มาของการเลือกตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการดังกล่าว ในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหม กลุ่มอาชีพทอผ้าไหม อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหม
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพทอผ้าไหมด้วยมือ บ้านตากูก ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยวิธี Rapid Upper Limb Assessment
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคม และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากการประเมินด้วย Rapid Upper Limb Assessment กับการเกิดอาการ WMSDs

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงทางการยศาสตร์และศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (WMSDs) ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การวิจัยรูปแบบนี้มีข้อจำกัดในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล เนื่องจากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามในช่วงเวลาเดียวกัน จึงไม่สามารถยืนยันลำดับก่อน–หลัง ของการเกิดปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติได้อย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือประเมินร่วมกัน 2 ชนิด ได้แก่ Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ซึ่งเป็นการประเมินท่าทางการทำงานเชิงภาววิสัยที่สะท้อนความเสี่ยงด้านชีวกลศาสตร์จากลักษณะท่าทางการทำงาน และแบบสอบถาม Standard Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการจากการรายงานของผู้ปฏิบัติงานที่สะท้อนประสบการณ์การเกิดอาการจริง การใช้เครื่องมือทั้งสองร่วมกันจึงช่วยให้สามารถประเมินได้ทั้งมิติของความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ส่งผลให้การแปลผลมีความครอบคลุมและสมบูรณ์มากกว่าการใช้เครื่องมือเพียงชนิดเดียว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรจาก 10 หมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ที่ประกอบอาชีพทอผ้าไหมด้วยมือเป็นอาชีพหลัก จำนวน 235 ครัวเรือน (องค์การบริหารส่วนตำบลตากูก, 2568)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับกรณีที่ทราบขนาดประชากรอย่างชัดเจน และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านสาธารณสุข โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05 จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 235 ครัวเรือนซึ่งมีอาชีพทอผ้าไหมด้วยมือเป็นอาชีพหลัก ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 147 ครัวเรือน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์หรือสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ทั้งสิ้น 162 ครัวเรือน การสุ่มตัวอย่างดำเนินการด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยกำหนดให้หมู่บ้านทั้ง 10 หมู่บ้าน ในตำบลตากูกเป็นชั้นภูมิ จากนั้นจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพ ทอผ้าไหมเทียบกับประชากรทั้งหมด และดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากภายในแต่ละหมู่บ้าน ตามจำนวนที่กำหนดไว้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ศึกษาอย่างเป็นสัดส่วน สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยกำหนดให้ตัวแทนอาสาสมัครจำนวน 1 คนต่อ 1 ครัวเรือน เป็นผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ การใช้ตัวแทนเพียงคนเดียวต่อครัวเรือนอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังสมาชิกครัวเรือนคนอื่นที่ประกอบอาชีพเดียวกัน เนื่องจากลักษณะงาน ระยะเวลาการทำงาน และปัจจัยด้านการยศาสตร์อาจมีความแตกต่างกันภายในครัวเรือน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ตัวแทนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 1 คนต่อครัวเรือน อายุ 20 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพทอผ้าไหมด้วยมือเป็นอาชีพหลัก ไม่น้อยกว่า 12 เดือนที่ผ่านมา อาศัยอยู่ในตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
2. ครอบครัวมีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพทอผ้าไหมด้วยมือ
3. สามารถตอบคำถามได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการพูด การฟัง และการรับรู้ ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยินการสื่อสาร
4. เป็นผู้ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษานี้ และเป็นผู้ได้รับการบอกกล่าวรายละเอียดการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดโครงการ
2. เป็นครอบครัวแรงงานต่างด้าว

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเครื่องมือมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ และอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ระยะเวลาพัก และประวัติอาการบาดเจ็บสะสมจากการทำงาน ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตามลักษณะของตัวแปร ข้อมูลที่ได้ มีทั้งมาตรวัดระดับนามบัญญัติ และมาตรวัดระดับอัตราส่วนโดยข้อมูลเพศ และประวัติอาการบาดเจ็บสะสมจากการทำงาน เป็นมาตรวัดระดับนามบัญญัติ ส่วนข้อมูลอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประสบการณ์การทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน และระยะเวลาพัก เป็นมาตรวัดระดับอัตราส่วน ทั้งนี้ ดัชนีมวลกาย คำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (kg/m²) และนำมาจัดกลุ่มเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ใช้แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้เพื่อประเมินระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่รู้สึกเครียด 2 = รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 = รู้สึกเครียดปานกลาง 4 = รู้สึกเครียดมาก และ 5 = รู้สึกเครียดมากที่สุด โดยกรณีที่เหตุการณ์ตามข้อคำถามไม่เกิดขึ้นให้ข้ามและไม่ต้องตอบ ข้อมูลรายข้อ เป็นมาตรวัดระดับอันดับคะแนนที่ได้จากแต่ละข้อนำมารวมเป็นคะแนนความเครียดโดยรวม และจำแนกระดับความเครียด ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0–23 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับน้อย 24–41 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง 42–61 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับสูง และตั้งแต่ 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเครียดระดับรุนแรง โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับความเครียดที่สูงขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสมรรถภาพทางร่างกายและการวัดสัดส่วนร่างกาย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกายและการวัดสัดส่วนร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การทดสอบแรงบีบมือ โดยใช้เครื่องวัดแรงบีบมือแบบดิจิทัล ยี่ห้อ CAMRY รุ่น EH101 บันทึกค่าที่วัดได้ และนำมาจำแนกระดับแรงบีบมือตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ใช้แบบสอบถาม Standard Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) เพื่อประเมินอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และ 12 เดือนที่ผ่านมา ครอบคลุม 12 ส่วนของร่างกาย ได้แก่ คอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง แขน ข้อศอก มือและข้อมือ สะโพกและต้นขา เข่า น่อง และเท้า ลักษณะคำตอบเป็นการให้คะแนนระดับความปวดตั้งแต่ 0–10 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดระดับอันดับ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากท่าทางการทำงาน ใช้แบบประเมิน Rapid Upper Limb Assessment (RULA) พัฒนาโดย McAtamney และ Corlett (1993) สำหรับประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากท่าทางการทำงาน โดยพิจารณาท่าทางของร่างกายส่วนต่างๆ ร่วมกับการใช้กล้ามเนื้อและแรงที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

การประเมิน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A ประกอบด้วยแขนส่วนบน แขนส่วนล่าง และข้อมือ และกลุ่ม B ประกอบด้วยคอ ลำตัว และขา จากนั้นนำคะแนนของแต่ละส่วนมาคำนวณตามเกณฑ์ของ RULA เพื่อให้ได้คะแนนสุดท้าย (Grand score) ตั้งแต่ 1–7 คะแนน และจำแนกระดับการดำเนินการเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 คะแนน 1–2 หมายถึง ท่าทางการทำงานอยู่ในระดับยอมรับได้ หากไม่มีการทำงานในท่าดังกล่าวซ้ำหรือเป็นเวลานาน ระดับ 2 คะแนน 3–4 หมายถึง ควรตรวจสอบเพิ่มเติมและอาจจำเป็นต้องปรับปรุง ระดับ 3 คะแนน 5–6 หมายถึง ควรตรวจสอบเพิ่มเติมและปรับปรุงในระยะเวลาอันใกล้ และระดับ 4 คะแนน 7 หมายถึง ควรตรวจสอบและปรับปรุงทันที โดยระดับการดำเนินการเป็นข้อมูลมาตรวัดระดับอันดับ (McAtamney & Corlett, 1993)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาชีวอนามัยและการยศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับสูงมาก

2) ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s coefficient alpha) ซึ่งได้ค่า 0.88 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี

3) ความเชื่อมั่นของการประเมินท่าทางการทำงาน การประเมินท่าทางการทำงานโดยใช้แบบประเมิน Rapid Upper Limb Assessment(RULA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) โดยนำคะแนนการประเมินของผู้ประเมินมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งได้ค่า r = 0.85 แสดงถึงความสอดคล้องของการประเมินในระดับสูง นอกจากนี้ ได้ตรวจสอบความคงที่ของการวัดด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test–retest reliability) โดยให้ผู้ประเมินคนเดิมทำการประเมินคลิปบันทึกท่าทางการทำงานเดิมอีกครั้งหลังจาก 2 สัปดาห์ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s correlation) ซึ่งได้ค่า r=0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความคงที่ของการวัดอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัยและทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ภายหลังได้รับอนุญาตผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูกและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และนัดหมายการเก็บข้อมูลในพื้นที่

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยร่วม ได้แก่ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ประชุมและทดลองใช้แบบประเมินร่วมกันเพื่อให้การประเมินเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยการประเมินตามหลัก Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียวตลอดการศึกษา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ประเมิน ระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater bias) ส่วนการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามดำเนินการโดยทีมผู้วิจัยที่ผ่านการชี้แจงแนวทาง และขั้นตอนการสัมภาษณ์ร่วมกันก่อนลงพื้นที่จริง เพื่อให้การซักถามเป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดอคติจากการสัมภาษณ์ (information bias)

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกวิดีโอขั้นตอนการทำงานของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินท่าทางการทำงานตามหลัก Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงสิทธิในการ เข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยการรักษาความลับของข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 60 นาทีต่อราย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ให้ค่าคะแนนตามแบบประเมิน ทำการลงรหัสข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะการทำงาน ปัจจัยทางการยศาสตร์ และปัจจัยด้านจิตสังคม โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (WMSDs) วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยในกรณีที่ค่าคาดหวัง (Expected frequency) ในเซลล์มีค่าน้อยกว่า 5 จะใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวไม่สมดุลในบางตัวแปร เช่น เพศ ระดับความเครียด ชั่วโมงทำงาน จึงพิจารณาผลการทดสอบทางสถิติร่วมกับข้อจำกัดด้านอำนาจการทดสอบประกอบการแปลผล และรายงานช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) ประกอบผลการวิเคราะห์ความชุกที่สำคัญเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ในการแปลผล ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน "เพศ" ไม่ได้นำมาทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเกิดอาการ WMSDs เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายเพียง 3 คนจาก 162 คน (ร้อยละ 1.90) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการทดสอบทางสถิติอย่างมีความหมาย จึงวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลเฉพาะอายุและดัชนีมวลกายแทน

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย 126/2567 วันที่รับรอง 20 มกราคม 2568 – 19 มกราคม 2569 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งไม่ก่อให้เกิดอันตรายใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

เกี่ยวกับการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็นลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากการประเมินท่าทางการทำงาน รวมถึงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดอาการ WMSDs กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 162 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 159 คน ร้อยละ 98.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากลักษณะอาชีพการทอผ้าไหมในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการโดยแรงงานหญิง และเพศชาย จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.90 เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี จำนวน 91 คน ร้อยละ 56.20 รองลงมาคือช่วงอายุ 60–69 ปี จำนวน 35 คน ร้อยละ 21.60 อายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 19 คน ร้อยละ 11.70 และอายุไม่เกิน 49 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 10.50 นับว่าอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง ด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 133 คน ร้อยละ 82.10 ขณะที่ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานไม่เกิน 10 ปี มีจำนวน 29 คน ร้อยละ 17.90 สำหรับลักษณะการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นั่งทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 153 คน ร้อยละ 94.40 และมีระยะเวลาพักอย่างน้อย 1 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 160 คน ร้อยละ 98.80 เมื่อพิจารณาดัชนีมวลกาย พบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 72 คน ร้อยละ 44.40 รองลงมาคือภาวะอ้วน จำนวน 52 คน ร้อยละ 32.10 น้ำหนักเกิน จำนวน 31 คน ร้อยละ 19.10 และผอม จำนวน 7 คน ร้อยละ 4.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =162)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	1.90
หญิง	159	98.10
อายุ		
≤49 ปี	17	10.50
50 – 59 ปี	91	56.20
60 – 69 ปี	35	21.60
>70 ปี	19	11.70
ประสบการณ์การทำงาน		
≤ 10 ปี	29	17.90
> 10 ปี	133	82.10

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =162)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลานั่งทำงาน/วัน		
≤ 8 ชั่วโมง/วัน	153	94.40
> 8 ชั่วโมง/วัน	9	5.60
ระยะเวลาพัก/วัน		
< 1 ชั่วโมง	2	1.20
≥ 1 ชั่วโมง	160	98.80
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	7	4.30
ปกติ	72	44.40
น้ำหนักเกิน	31	19.10
อ้วน	52	32.10

ผลการศึกษาความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการมากที่สุดบริเวณหลังส่วนล่างด้านขวา ร้อยละ 35.80 รองลงมาคือหลังส่วนล่างด้านซ้าย ร้อยละ 31.50 และหัวเข่าด้านซ้าย ร้อยละ 27.20 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอาการในบริเวณไหล่ด้านซ้าย ร้อยละ 25.30 และหลังส่วนบนด้านขวา ร้อยละ 24.70 สำหรับความชุกของอาการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีอาการมากที่สุดบริเวณหลังส่วนบนด้านขวา ร้อยละ 22.80 รองลงมาคือไหล่ด้านขวา ร้อยละ 21.00 และหลังส่วนบนด้านซ้าย ร้อยละ 19.10 ขณะที่อาการบริเวณหลังส่วนล่างด้านขวาพบความชุก ร้อยละ 18.50 และบริเวณน่องด้านขวา ร้อยละ 17.90 โดยภาพรวม พบว่าตำแหน่งร่างกายที่มีความชุกของอาการสูง ได้แก่ บริเวณหลังส่วนล่าง หลังส่วนบน ไหล่ และหัวเข่า ขณะที่บริเวณที่พบอาการน้อย ได้แก่ ข้อศอกแขนส่วนบน และเท้า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของอาการ WMSDs ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (n = 162)

ตำแหน่งร่างกาย	มีอาการภายใน 7 วันที่ผ่านมา		มีอาการภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	
	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา
	ความชุก(ร้อยละ)	ความชุก(ร้อยละ)	ความชุก(ร้อยละ)	ความชุก(ร้อยละ)
คอ	35(21.60)	32(19.80)	19(11.70)	27(16.70)
ไหล่	41(25.30)	38(23.50)	29(17.90)	34(21.00)
หลังส่วนบน	34(21.00)	40(24.70)	31(19.10)	37(22.80)
หลังส่วนล่าง	51(31.50)	58(35.80)	25(15.40)	30(18.50)
แขนส่วนบน	14(8.60)	23(14.20)	6(3.70)	23(14.20)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 2 ความชุกของอาการ WMSDs ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (n = 162)

ตำแหน่งร่างกาย	มีอาการภายใน 7 วันที่ผ่านมา		มีอาการภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	
	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ซ้าย
	ความชุก(ร้อยละ)	ความชุก(ร้อยละ)	ความชุก(ร้อยละ)	ความชุก(ร้อยละ)
ข้อศอก	15(9.30)	11(6.80)	6(3.70)	6(3.70)
แขนส่วนล่าง	11(6.80)	38(23.50)	9(5.60)	12(7.40)
มือ/ข้อมือ	17(10.50)	23(14.20)	11(6.80)	9(5.60)
สะโพก/ต้นขา	18(11.10)	17(10.50)	21(13.00)	21(13.00)
หัวเข่า	44(27.20)	39(24.10)	24(14.80)	21(13.00)
น่อง	35(21.60)	36(22.20)	25(15.40)	29(17.90)
เท้า	12(7.40)	11(6.80)	9(5.60)	7(4.30)

ผลการศึกษาความชุกโดยรวมของอาการ WMSDs พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการ ร้อยละ 70.99 และไม่มีอาการ ร้อยละ 29.01 ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แรงงานทอผ้าไหมมีอาการผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อในระดับที่ควรให้ความสำคัญ ความชุกของอาการ WMSDs โดยรวมเท่ากับร้อยละ 70.99 ซึ่งอาจสะท้อนถึงการเกิดอาการจากภาระงานในระยะสั้นของแรงงานทอผ้าไหม โดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับลักษณะงานที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลานานและมีการเคลื่อนไหวซ้ำของแขน และลำตัว แสดงให้เห็นว่า ปัญหาความผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ค่อนข้างมากในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความชุกโดยรวมของอาการ WMSDs ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 162)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา		
มีอาการ	115	70.99
ไม่มีอาการ	47	29.01
อาการ WMSDs ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา		
มีอาการ	115	70.99
ไม่มีอาการ	47	29.01

ผลการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากท่าทางการทำงาน โดยวิธีRapid Upper Limb Assessment พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า มีแรงงานที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขทันที จำนวน 14 คน สำหรับร่างกายด้านซ้าย ร้อยละ 8.60 และ 32 คน สำหรับร่างกายด้านขวา ร้อยละ 19.80 ในขณะที่ความเสี่ยงระดับปานกลาง ซึ่งควรมีการตรวจสอบ และศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุง พบจำนวน 30 คน สำหรับร่างกายด้านซ้าย ร้อยละ 18.50 และ 11 คน สำหรับร่างกายด้านขวา ร้อยละ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

6.80 โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่ำที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แรงงานทอผ้าไหมส่วนใหญ่มีท่าทางการทำงานที่อยู่ในระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูง โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์อยู่ในระดับสูง มากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในระยะยาว และควรได้รับการปรับปรุงสภาพการทำงานอย่างเหมาะสมดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเสี่ยงของการเกิดโรค WMSDs

ระดับความเสี่ยง RULA	ซ้าย	ขวา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ความเสี่ยงระดับต่ำยอมรับได้	0(0.00)	0(0.00)
ความเสี่ยงระดับปานกลางควรตรวจสอบและศึกษารายละเอียดเพื่อปรับปรุง	30(18.5)	11(6.8)
ความเสี่ยงระดับสูงจำเป็นต้องตรวจสอบและปรับปรุงวิธีการทำงานโดยเร็ว	118(72.8)	119(73.5)
ความเสี่ยงระดับสูงมากต้องตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขทันที	14(8.6)	32(19.8)

เมื่อพิจารณาลักษณะสถานีงาน และปัจจัยด้านการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นั่งทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 153 คน ร้อยละ 94.40 ขณะที่ผู้ที่นั่งทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีเพียง 9 คน ร้อยละ 5.60 สำหรับสมรรถภาพแรงบีบมือพบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีสมรรถภาพแรงบีบมืออยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยด้านซ้ายมีจำนวน 141 คน ร้อยละ 87.00 และด้านขวา มีจำนวน 139 คน ร้อยละ 85.80 ขณะที่ผู้ที่มีแรงบีบมือระดับต่ำพบเพียง ร้อยละ 13.0 และ 14.2 ตามลำดับ ในด้านระดับความเครียดจากการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 161 คน ร้อยละ 99.40 และพบผู้ที่มีระดับความเครียดปานกลางถึงสูงเพียง 1 คน ร้อยละ 0.60 ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ลักษณะงานทอผ้าไหม ส่วนใหญ่เป็นงานที่ใช้แรงทางกายภาพในระดับปานกลาง ขณะที่ปัจจัยด้านจิตสังคมจากการทำงานมีแนวโน้มอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะการทำงานแบบครัวเรือนหรือชุมชน อย่างไรก็ตาม การทำงานในท่านั่งเป็นเวลานานอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานดังกล่าว แม้ว่าสมรรถภาพแรงบีบมือของแรงงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ และมีระดับความเครียดจากการทำงานค่อนข้างต่ำ แต่ลักษณะการทำงานที่ต้องนั่งทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ลักษณะสถานีงานและปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 162)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)
ระยะเวลานั่งทำงานต่อวัน	
≤ 8 ชั่วโมง	153 (94.40)
> 8 ชั่วโมง	9 (5.60)
สมรรถภาพแรงบีบมือด้านซ้าย	
ระดับต่ำ	21 (13.00)
ระดับปานกลางถึงสูง	141 (87.00)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 5 ลักษณะสถานีงานและปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 162)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)
สมรรถภาพแรงบีบมือด้านขวา	
ระดับต่ำ	23 (14.20)
ระดับปานกลางถึงสูง	139 (85.80)
ระดับความเครียดจากการทำงาน	
ระดับต่ำ	161 (99.40)
ระดับปานกลางถึงสูง	1 (0.60)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับระดับความเครียดจากการทำงาน โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ชั่วโมงการทำงานต่อวันและระยะเวลาพัก ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเครียดจากการทำงาน ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ โดยพบร้อยละ 99.30 ในกลุ่มที่ทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 100.00 ในกลุ่มที่ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง ต่อวัน กลุ่มที่มีระยะเวลาพักตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป มีระดับความเครียดต่ำถึง ร้อยละ 99.40 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ลักษณะการทำงานของแรงงานทอผ้าไหมในชุมชนมีระดับความกดดันจากการทำงานค่อนข้างต่ำ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับระดับความเครียดจากการทำงานพบว่า ชั่วโมงการทำงานต่อวัน และระยะเวลาพัก ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเครียดจากการทำงาน ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ โดยพบ ร้อยละ 99.30 ในกลุ่มที่ทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 100.00 ในกลุ่มที่ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ในทำนองเดียวกัน กลุ่มที่มีระยะเวลาพักตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไปมีระดับความเครียดต่ำถึง ร้อยละ 99.40 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าลักษณะการทำงานของแรงงานทอผ้าไหมในชุมชนมีระดับความกดดันจากการทำงานค่อนข้างต่ำ ผลการศึกษานี้อาจสะท้อนถึงลักษณะการทำงานของแรงงานทอผ้าไหมที่ส่วนใหญ่ทำงานในลักษณะครัวเรือนหรือชุมชน ซึ่งมีความยืดหยุ่นในการจัดการเวลาและมีแรงกดดันจากการทำงานต่ำเมื่อเทียบกับแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับระดับความเครียด

ปัจจัยการทำงาน	ความเครียดต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ความเครียดปานกลาง–สูง จำนวน(ร้อยละ)	p-value
ชั่วโมงการทำงาน ≤8 ชม.	152(99.30)	1(0.70)	1.000[f]
ชั่วโมงการทำงาน >8 ชม.	9(100.00)	0(0.00)	
ระยะเวลาพัก < 1 ชั่วโมง	2(100.00)	0(0.00)	1.000[f]
ระยะเวลาพัก ≥ 1 ชั่วโมง	159(99.40)	1(0.60)	

*p-value < .05

[f] คำนวณด้วย Fisher's exact test

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะการทำงานกับการเกิดอาการ WMSDs ด้วยสถิติไคสแควร์และFisher's exact test พบว่า ประสบการณ์การทำงานชั่วโมงการทำงานต่อวัน ระยะเวลาพัก และระดับความเครียดจากการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอาการ WMSDs ($p > 0.05$) ทุกปัจจัย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของข้อมูลรายกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการ WMSDs ในสัดส่วนค่อนข้างสูงในเกือบทุกกลุ่มของลักษณะการทำงาน โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงานไม่เกิน 10 ปีพบอาการร้อยละ 75.90 สูงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีซึ่งพบร้อยละ 69.90 ($p = 0.523$) กลุ่มที่ทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวันพบอาการร้อยละ 72.50 เทียบกับกลุ่มที่ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันซึ่งพบร้อยละ 44.40 ($p = 0.123$) และกลุ่มที่มีระยะเวลาพักอย่างน้อย 1 ชั่วโมงต่อวันพบอาการร้อยละ 71.30 ($p = 0.497$) ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า แม้ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานเชิงปริมาณที่ศึกษาจะไม่แสดงความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเกิดอาการ WMSDs อย่างชัดเจน แต่การพบสัดส่วน ของอาการในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอในเกือบทุกกลุ่ม สะท้อนให้เห็นว่าความผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อยังคงเป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญของแรงงานทอผ้าไหม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะท่าทางการทำงานที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลานาน และมีการเคลื่อนไหวซ้ำของแขนและลำตัวมากกว่าปัจจัยด้านลักษณะการทำงานเชิงปริมาณที่ศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นการปรับปรุงสภาพการทำงาน และการจัดการด้านการยศาสตร์จึงมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ในระยะยาว ดังแสดงตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะการทำงานกับการเกิดอาการ WMSDs (n = 162)

ปัจจัยลักษณะการทำงาน	ไม่มีอาการ WMSDs จำนวน(ร้อยละ)	มีอาการ WMSDs จำนวน(ร้อยละ)	p-value
ประสบการณ์การทำงาน			
≤ 10 ปี	7(24.10)	22(75.90)	0.523
> 10 ปี	40(30.10)	93(69.90)	
ชั่วโมงทำงาน/วัน			
≤ 8 ชั่วโมง	42 (27.50)	111 (72.50)	0.123[f]
> 8 ชั่วโมง	5 (55.60)	4 (44.40)	
ระยะเวลาพัก/วัน			
≥ 1 ชั่วโมง	46 (28.70)	114 (71.30)	0.497[f]
< 1 ชั่วโมง	1 (50.00)	1 (50.00)	
ระดับความเครียด			
ระดับต่ำ	47(29.20)	114(70.80)	1.000[f]
ระดับปานกลางถึงสูง	0(0.00)	1(100.00)	

*p-value < .05

[f] คำนวณด้วย Fisher's exact test

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพแรงบีบมือกับการเกิดอาการ WMSDs ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า แรงบีบมือด้านซ้ายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอาการ WMSDs (X^2 = 3.259, p = 0.196) เช่นเดียวกับแรงบีบมือด้านขวาที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่มีค่า p-value ต่ำที่สุดในปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษาในครั้งนี้ (X^2 = 4.715, p = 0.095) เมื่อพิจารณาสัดส่วนการเกิดอาการ WMSDs รายกลุ่มพบว่า มีลักษณะไม่เป็นเส้นตรง กล่าวคือ กลุ่มที่มีแรงบีบมือด้านขวาระดับปานกลางมีสัดส่วนการเกิดอาการต่ำที่สุด ร้อยละ 53.80 ขณะที่กลุ่มระดับต่ำ และระดับสูงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 69.60 และ 75.20 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้จึงยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างระดับแรงบีบมือกับการเกิดอาการ WMSDs ได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงบีบมือกับอาการ WMSDs (n = 162)

ระดับแรงบีบมือ	อาการ WMSDs		X^2	p-value
	ไม่มี จำนวน(ร้อยละ)	มี จำนวน(ร้อยละ)		
แรงบีบมือด้านซ้าย				
ระดับต่ำ	8(38.10)	13(61.90)	3.259	0.196
ระดับปานกลาง	11(39.30)	17(60.70)		
ระดับสูง	28(24.80)	85(75.20)		
แรงบีบมือด้านขวา				
ระดับต่ำ	7(30.40)	16(69.60)	4.715	0.095
ระดับปานกลาง	12(46.20)	14(53.80)		
ระดับสูง	28(24.80)	85(75.20)		

*p-value < .05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากการประเมินท่าทางการทำงานด้วยวิธี Rapid Upper Limb Assessment กับการเกิดอาการ WMSDs ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) ทั้งในตำแหน่งร่างกายด้านซ้าย และด้านขวา อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเกิดอาการ WMSDs ในแต่ละระดับความเสี่ยงพบว่า กลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงสูงมีสัดส่วนของการเกิดอาการ WMSDs มากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า โดยตำแหน่งร่างกายด้านซ้าย กลุ่มที่มีระดับความเสี่ยง “งานมีปัญหาต้องปรับปรุงทันที” มีอาการ WMSDs สูงถึงร้อยละ 85.70 ขณะที่กลุ่มที่ควรได้รับการพิจารณาศึกษาติดตามพบอาการ ร้อยละ 66.70 ในทำนองเดียวกันตำแหน่งร่างกายด้านขวาพบว่า กลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงสูงสุดมีสัดส่วนของการเกิดอาการ WMSDs ถึงร้อยละ 78.10 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แรงงานที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูงมีแนวโน้มเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่า แม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การพบสัดส่วน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ของการเกิดอาการ WMSDs ที่ค่อนข้างสูงในกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูง สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงท่าทางการทำงานเพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของแรงงานทอผ้าไหม ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากการประเมินท่าทางการทำงานด้วยวิธี Rapid Upper Limb Assessment กับการเกิดอาการ WMSDs (n = 162)

ระดับความเสี่ยงจาก RULA	ไม่มีอาการ WMSDs จำนวน(ร้อยละ)	มีอาการ WMSDs จำนวน(ร้อยละ)	X^2	p-value
ด้านซ้าย				
ควรได้รับการพิจารณาศึกษาติดตาม	10 (33.30)	20 (66.70)	1.770	0.439[f]
งานเริ่มมีปัญหารีบปรับปรุง	35 (29.70)	83 (70.30)		
งานมีปัญหาต้องปรับปรุงทันที	2 (14.30)	12 (85.70)		
ด้านขวา				
ควรได้รับการพิจารณาศึกษาติดตาม	3 (27.30)	8 (72.70)	1.058	0.605[f]
งานเริ่มมีปัญหารีบปรับปรุง	37 (31.10)	82 (68.90)		
งานมีปัญหาต้องปรับปรุงทันที	7 (21.90)	25 (78.10)		

*p-value < .05

[f] คำนวณด้วย Fisher's exact test

จากข้อมูลความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่าตำแหน่งที่มีความชุกของอาการภายใน 7 วัน ได้แก่ หลังส่วนล่างด้านขวา ร้อยละ 35.80 หลังส่วนล่างด้านซ้าย ร้อยละ 31.50 หัวเข่าด้านซ้าย ร้อยละ 27.20 ไหล่ด้านซ้าย ร้อยละ 25.30 หลังส่วนบนด้านขวา ร้อยละ 24.70 น่องด้านขวา ร้อยละ 22.20 และคอด้านซ้าย ร้อยละ 21.60 ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกตำแหน่งดังกล่าวมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงด้านการทำงานและระดับความเสี่ยงจากการประเมินท่าทางการทำงานด้วย Rapid Upper Limb Assessment ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากการประเมินท่าทางการทำงานด้วยวิธี Rapid Upper Limb Assessment กับอาการ WMSDs ในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายในช่วง 7 วันที่ผ่านมาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตำแหน่งของร่างกาย ($p > 0.05$) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการกระจายตัวของข้อมูลพบแนวโน้มว่ากลุ่มแรงงานที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูงมีสัดส่วนของการเกิดอาการ WMSDs มากกว่ากลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงต่ำกว่า โดยเฉพาะในตำแหน่ง เข่า ไหล่ และหลังส่วนล่างด้านซ้าย ซึ่งกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยง “ต้องปรับปรุงทันที” มีสัดส่วนของการเกิดอาการสูงถึง ร้อยละ 50.00 ในบางตำแหน่งของร่างกาย ในทำนองเดียวกันด้านขวาพบ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอาการ WMSDs ในตำแหน่ง หลังส่วนล่าง ไหล่ และหลังส่วนบนในกลุ่ม ที่มีระดับความเสี่ยงสูง โดยกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยง “ต้องปรับปรุงทันที” พบอาการในสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 50.00 ในตำแหน่งหลังส่วนล่าง ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะท่าทางการทำงานของแรงงานทอผ้าไหม อาจมีผลต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อในหลายตำแหน่งของร่างกายโดยเฉพาะบริเวณลำตัว และไหล่ ซึ่งสอดคล้อง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

กับลักษณะงาน ที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลานาน และมีการเคลื่อนไหวซ้ำของแขน และลำตัวแม้ว่าผลการวิเคราะห์จะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การพบแนวโน้มของการเกิดอาการ WMSDs ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่ม ที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูงสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงท่าทางการทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของแรงงานทอผ้าไหม ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จาก Rapid Upper Limb Assessment กับอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (n=162)

อวัยวะที่มีอาการ	ระดับความเสี่ยง RULA	ไม่มีอาการ จำนวน(ร้อยละ)	มีอาการ จำนวน(ร้อยละ)	X^2	p-value
ซ้าย					
เข่า	ควรศึกษาติดตาม	23 (76.70)	7 (23.30)	4.093	0.129
	งานเริ่มมีปัญหา	88 (74.60)	30 (25.40)		
	ต้องปรับปรุงทันที	7 (50.00)	7 (50.00)		
ไหล่	ควรศึกษาติดตาม	26 (86.70)	4 (13.30)	3.282	0.194
	งานเริ่มมีปัญหา	86 (72.90)	32 (27.10)		
	ต้องปรับปรุงทันที	9 (64.30)	5 (35.70)		
หลังส่วนล่าง	ควรศึกษาติดตาม	22 (73.30)	8 (26.70)	2.600	0.273
	งานเริ่มมีปัญหา	82 (69.50)	36 (30.50)		
	ต้องปรับปรุงทันที	7 (50.00)	7 (50.00)		
น่อง	ควรศึกษาติดตาม	24 (80.00)	6 (20.00)	0.459	0.795
	งานเริ่มมีปัญหา	93 (78.80)	25 (21.20)		
	ต้องปรับปรุงทันที	10 (71.40)	4 (28.60)		
คอ	ควรศึกษาติดตาม	25 (83.30)	5 (16.70)	0.546	0.761
	งานเริ่มมีปัญหา	91 (77.10)	27 (22.90)		
	ต้องปรับปรุงทันที	11 (78.60)	3 (21.40)		
หลังส่วนบน	ควรศึกษาติดตาม	24 (80.00)	6 (20.00)	2.008	0.366
	งานเริ่มมีปัญหา	95 (80.50)	23 (19.50)		
	ต้องปรับปรุงทันที	9 (64.30)	5 (35.70)		
ขวา					
หลังส่วนล่าง	ควรศึกษาติดตาม	8 (72.70)	3 (27.30)	3.630	0.163
	งานเริ่มมีปัญหา	80 (67.20)	39 (32.80)		

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จาก Rapid Upper Limb Assessment กับอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (n=162)

อวัยวะที่มีอาการ	ระดับความเสี่ยง RULA	ไม่มีอาการ จำนวน(ร้อยละ)	มีอาการ จำนวน(ร้อยละ)	X^2	p-value
	ต้องปรับปรุงทันที	9 (64.30)	5 (35.70)		
ขวา					
หลังส่วนล่าง	ควรศึกษาติดตาม	8 (72.70)	3 (27.30)	3.630	0.163
	งานเริ่มมีปัญหา	80 (67.20)	39 (32.80)		
	ต้องปรับปรุงทันที	16 (50.00)	16 (50.00)		
คอ	ควรศึกษาติดตาม	10 (90.90)	1 (9.10)	0.893	0.640
	งานเริ่มมีปัญหา	95 (79.80)	24 (20.20)		
	ต้องปรับปรุงทันที	25 (78.10)	7 (21.90)		
ไหล่	ควรศึกษาติดตาม	9 (81.80)	2 (18.20)	0.213	0.899
	งานเริ่มมีปัญหา	91 (76.50)	28 (23.50)		
	ต้องปรับปรุงทันที	24 (75.00)	8 (25.00)		
หลังส่วนบน	ควรศึกษาติดตาม	9 (81.80)	2 (18.20)		
	งานเริ่มมีปัญหา	90 (75.60)	29 (24.40)	0.460	0.794
	ต้องปรับปรุงทันที	23 (71.90)	9 (28.10)		
น่อง	ควรศึกษาติดตาม	10 (90.90)	1 (9.10)		
	งานเริ่มมีปัญหา	90 (75.60)	29 (24.40)	1.638	0.441
	ต้องปรับปรุงทันที	26 (81.30)	6 (18.80)		

*p-value < .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการ WMSDs โดยรวม ร้อยละ 70.99 ตามเกณฑ์ที่กำหนดในแบบประเมิน โดยตำแหน่งร่างกายที่พบอาการสูงสุด ได้แก่ หลังส่วนล่าง หัวเข่า และไหล่ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในกลุ่มแรงงานอื่นในประเทศไทย ความชุกในช่วง 7 วันที่พบใกล้เคียงกับการศึกษาของ Putsa (2021) ในกลุ่มพนักงานสำนักงาน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหมโดยตรง Yota et al (2025) ที่ศึกษาในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหมแบบแพรวาพบความชุกของ WMSDs สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 68.68 และ 96.46 ในช่วง 7 วันและ 12 เดือน ตามลำดับ) ความแตกต่างดังกล่าว อาจเกิดจากความแตกต่างของวิธีการทอ ความซับซ้อนของลวดลาย และลักษณะการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานในแต่ละพื้นที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ทั้งนี้รูปแบบของอาการที่หลังส่วนล่าง และไหล่เป็นตำแหน่งหลักสอดคล้องกับหลักฐานในวรรณกรรมระดับสากล โดย Tegegne et al (2025) ซึ่งทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานในกลุ่มแรงงานทอผ้า ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง รายงานความชุกรวมสูงถึง ร้อยละ 72.20 และมีความสัมพันธ์กับท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และการเคลื่อนไหวซ้ำ ลักษณะดังกล่าว สอดคล้องกับภาระงานทางชีวกลศาสตร์ของการทอผ้าไหม ซึ่งต้องอยู่ในท่าโน้มลำตัวไปข้างหน้าเป็นเวลานาน ยกไหล่ขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเคลื่อนไหวแขนซ้ำระหว่างการทอ การคงท่าทางดังกล่าวเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณไหล่และหลังส่วนบนต้องหดตัวค้าง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง และเกิดการสะสมของกรดแลคติก ประกอบกับการเคลื่อนไหวซ้ำของแขน และข้อมือเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดแรงกดทับซ้ำต่อเส้นเอ็น และเนื้อเยื่อรอบข้อ ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานที่ใช้อธิบายความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในระบบการประเมิน RULA (McAtamney & Corlett, 1993)

ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี Rapid Upper Limb Assessment พบว่าแรงงานทอผ้าไหมส่วนใหญ่ มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์อยู่ในระดับสูง โดยร่างกายด้านซ้ายร้อยละ 72.80 และด้านขวาร้อยละ 73.50 จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงสภาพการทำงานโดยเร็ว นอกจากนี้ยังพบแรงงานที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมากซึ่งต้องได้รับการแก้ไขทันทีร้อยละ 8.60 และร้อยละ 19.80 สำหรับร่างกายด้านซ้ายและด้านขวาตามลำดับ และที่น่าสังเกตคือไม่พบแรงงานคนใดอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มอาชีพที่ใกล้เคียงกัน โดย Yota et al (2025) ศึกษาในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหมแพรวาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่า ท่าทางการทอผ้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ในทำนองเดียวกัน Mahmood et al (2021) ศึกษาในกลุ่มแรงงานหัตถกรรมโดยใช้วิธี RULA พบว่าร้อยละ 47.00 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง โดยบริเวณคอและไหล่เป็นตำแหน่งที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Bayo-Monton et al (2020) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ RULA ในอุตสาหกรรมสิ่งทอ โดยรวม พบระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์อยู่ในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ การที่ไม่พบแรงงานคนใดอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำยิ่งตอกย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วน ในการปรับปรุงสภาพการทำงานและออกแบบสถานีงานใหม่สำหรับกลุ่มอาชีพนี้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคม และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์กับการเกิดอาการ WMSDs พบว่าปัจจัยทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอาการ WMSDs ($p > 0.05$) โดยพบแนวโน้มที่น่าสนใจในการกระจายตัวของข้อมูลหลายประการ ด้านปัจจัยลักษณะการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวันไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบด้วย Fisher's exact test ($p = 0.123$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวันมีความชุกของ WMSDs สูงถึงร้อยละ 72.50 ซึ่งอาจอธิบายได้จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง มีขนาดเล็กมาก ($n = 9$) ทำให้อำนาจทางสถิติในการตรวจจับความสัมพันธ์ที่แท้จริงไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับ Tegegne et al (2025) ที่ระบุว่าชั่วโมงการทำงานและการขาดการพักเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการเกิด WMSDs ในกลุ่มแรงงานทอผ้า ด้านปัจจัยจิตสังคม การที่แรงงานเกือบทั้งหมดร้อยละ 99.40 มีระดับความเครียดต่ำ ทำให้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีนัยสำคัญ อาจสะท้อนถึงลักษณะการทำงานแบบครัวเรือนหรือชุมชนของแรงงานทอผ้าไหม สอดคล้องกับ Hongsranagon et al

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

(2011) ที่ศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบประเภท OTOP พบว่ากลุ่มการทำงานแบบชุมชนมีกระบวนการทำงานที่เรียบง่ายและมีระดับความตระหนักด้านอาชีวอนามัยในระดับปานกลางถึงสูง ด้านปัจจัยการยศาสตร์แม้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบแนวโน้มที่ชัดเจนว่ากลุ่มแรงงานที่มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูงมีสัดส่วนการเกิดอาการ WMSDs มากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า โดยกลุ่มที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุงทันที ด้านซ้ายมีความชุกของ WMSDs ร้อยละ 85.70 เมื่อเทียบกับร้อยละ 66.70 ในกลุ่มที่ควรได้รับการติดตาม สอดคล้องกับ Yota et al (2025) ที่พบว่าระดับ RULA ระดับ 4 มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 3.62 สำหรับการเกิด WMSDs แสดงให้เห็นถึงนัยสำคัญของความเสี่ยงจากท่าทางการทำงาน แม้ในบริบทของการทดสอบทางสถิติจะไม่พบนัยสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ก็ตาม สำหรับสมรรถภาพแรงบีบมือ ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงบีบมือทั้งด้านซ้ายและด้านขวาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ WMSDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแรงบีบมือด้านขวา พบว่ากลุ่มที่มีแรงบีบมือระดับปานกลาง มีสัดส่วนการเกิดอาการ WMSDs ต่ำกว่ากลุ่มระดับต่ำและระดับสูง โดยมีสัดส่วนร้อยละ 53.80, 69.60 และ 75.20 ตามลำดับ ลักษณะดังกล่าวไม่ได้แสดงรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ระดับแรงบีบมือที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับการเกิดอาการ WMSDs ในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหม ทั้งนี้ แรงบีบมือเป็นตัวชี้วัดสมรรถภาพของกล้ามเนื้อมือและปลายแขน ขณะที่อาการ WMSDs ในกลุ่มตัวอย่างพบมากบริเวณหลังส่วนล่าง เข่า และไหล่จึงอาจเป็นไปได้ว่าสมรรถภาพแรงบีบมือ เพียงตัวแปรเดียวไม่สามารถสะท้อนภาระทางชีวกลศาสตร์ของการทำงานทอผ้าไหมได้ทั้งหมด

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเกิดอาการ WMSDs แต่การตีความผล ควรพิจารณาร่วมกับข้อจำกัดด้านการกระจายตัวของข้อมูล พบว่าตัวแปรบางกลุ่มมีความถี่ต่ำมาก ส่งผลให้พลังในการทดสอบทาง สถิติ (statistical power) ลดลง และอาจจำกัดความสามารถในการตรวจพบความสัมพันธ์ที่แท้จริง ในด้านข้อจำกัดของการวิจัย การไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้จากข้อจำกัดเชิงระเบียบวิธีวิจัยหลายประการ ได้แก่ ขนาดตัวอย่างที่อาจไม่เพียงพอสำหรับการตรวจจับความสัม พันธ์ขนาดเล็ก การกระจายตัวของตัวแปรที่มีความแปรปรวนต่ำเนื่องจาก แรงงานส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานและระดับความเครียดที่คล้ายคลึงกัน รวมถึงรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางที่มีข้อจำกัด ในการสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ในทางกลับกัน จุดแข็งของการวิจัยนี้อยู่ที่การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (RULA) ร่วมกับแบบสอบถามอาการผิดปกติมาตรฐานสากล (NMQ) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทั้งความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่น และเป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มแรงงานทอผ้าไหม ด้วยมือระดับชุมชนอย่างเป็นระบบในพื้นที่ จังหวัดสุรินทร์ จากข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (กรมควบคุมโรค, 2566) ที่ระบุว่า WMSDs ส่งผลให้เกิดการสูญเสียวันทำงานสูงถึง 3.80 ล้านวัน ในปี พ.ศ. 2563 และการเคลื่อนไหวซ้ำเป็นสาเหตุของปัญหา สุขภาพอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบร้อยละ 39.90 ยืนยันถึงความสำคัญของการดำเนินมาตรการป้องกันด้านการยศาสตร์ อย่างจริงจัง แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ แต่ผลการประเมินด้วยวิธี RULA ที่พบว่าแรงงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง และไม่พบผู้ที่อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำที่ยอมรับได้ จึงมีน้ำหนักเพียงพอที่จะสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงสถานีงาน ท่าทางการทำงาน และมาตรการป้องกันด้านการยศาสตร์ในระดับชุมชน โดยเฉพาะ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

การปรับปรุงสถานีงานและการออกแบบอุปกรณ์ ในการทอผ้าในระดับครัวเรือนที่คำนึงถึงลักษณะสรีระของผู้ปฏิบัติงาน การส่งเสริมการพักระหว่างการทำงานอย่างเพียงพอ และการพัฒนาแนวทางการให้บริการด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพทอผ้าไหม ทั้งนี้ ในระดับนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรบูรณาการการคัดกรองความเสี่ยงทางการยศาสตร์ เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับแรงงานนอกระบบ และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านให้สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นด้านการปรับสถานีงานได้ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาเครือข่ายการจัดบริการ อาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ของกรมควบคุมโรค (กลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ทั้งนี้รูปแบบการแทรกแซงเชิงมีส่วนร่วม (participatory ergonomics intervention) ในกลุ่มแรงงานนอกระบบเคยแสดงให้เห็นผลลัพธ์เชิงบวก ในการลดปัญหาสุขภาพจากการทำงานมาแล้ว (Hongsranagon et al, 2011) จึงควรพิจารณานำแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากการทำงานในระดับชุมชนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและประเมินปัญหาอาการผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงาน ทอผ้าไหม โดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่าง ไหล่ หลังส่วนบน เข่า น่อง และคอ

2. ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงสถานีงานตามหลักการยศาสตร์ เช่น การปรับระดับกี่ทอผ้า ที่นั่ง และพื้นที่ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสรีระและลักษณะการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

3. ส่งเสริมการจัดท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงจากการทำงานซ้ำ การทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม และการคงท่าทางเดิมเป็นเวลานาน

4. ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมกิจกรรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อระหว่างการทำงาน เพื่อลดความเมื่อยล้าและป้องกันการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

5. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาโปรแกรม สื่อ หรือกิจกรรมให้ความรู้ด้านการยศาสตร์สำหรับแรงงานทอผ้าไหม และแรงงานนอกระบบ

6.ใช้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและอาชีวอนามัยในการกำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ปัญหาด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

7. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพการทำงานของแรงงานทอผ้าไหม ซึ่งเป็นอาชีพพื้นบ้านที่มีความสำคัญต่อเศรษฐกิจและวิถีชีวิตของชุมชน

8. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านการยศาสตร์ หรืออุปกรณ์ช่วยลดความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานทอผ้าไหมในอนาคต

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพิจารณาใช้รูปแบบการศึกษาแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานตามช่วงเวลา ซึ่งจะช่วยให้สามารถพิจารณาลำดับเวลาของการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง และการเกิดอาการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ประกอบอาชีพ ทอผ้าไหมในพื้นที่ที่มีบริบท แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

3. ควรศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น ลักษณะและการออกแบบสถานีงาน แรงที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาและความถี่ของการทำงานซ้ำ รวมถึงปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาแนวทางการป้องกันและลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในกลุ่มแรงงานนอกระบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ์ โลไธสง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลปักธงชัย อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่ปรึกษางานวิจัย และกลุ่มแรงงานทอผ้าไหมในพื้นที่ศึกษาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลา ดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุขประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขวาสินรินทร์ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ประจำปี 2565*. กรมควบคุมโรค. https://ddc.moph.go.th/doed/pagecontent.php?page=888&dept=doed

กรมสุขภาพจิต. (2567). *แบบทดสอบคัดกรองสุขภาพจิต: แบบประเมินความเครียด (ST-5)*. https://dmh.go.th/test/

กลุ่มรายงานมาตรฐาน. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2566*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือพัฒนาเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์*. กรมควบคุมโรค. https://ddc.moph.go.th/uploads/files/69956e0d4b5a1f09414c0f47a5336039.pdf

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

กองเศรษฐกิจการแรงงาน กระทรวงแรงงาน. (2565). *รายงานผลการจัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบและสำรวจข้อมูล แรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2565*. กระทรวงแรงงาน.

ชลาลัย หาญเจนลักษณ์. (2563). การปรับปรุงสถานีงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อลดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานเย็บจักรอุตสาหกรรม. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 13*(1), 25-35.

ชาตรี เชิดนาม และ วิภาดา พนากอบกิจ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหม จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14*(2), 280.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2565*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

องค์การบริหารส่วนตำบลตากูก. (2568). *ข้อมูลทะเบียนอาชีพแรงงานนอกระบบ ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์* [เอกสารอัดสำเนา]. องค์การบริหารส่วนตำบลตากูก.

Bayo-Monton, J. L., Martinez-Millana, A., Han, W., Fernandez-Llatas, C., Sun, Y., & Traver, V. (2020). Musculoskeletal risks: RULA bibliometric review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(12), Article 4354. https://doi.org/10.3390/ijerph17124354

Chantaramanee, N., Taptagaporn, S., & Piriyaprasarth, P. (2015). The assessment of occupational ergonomic risks of handloom weaving in Northern Thailand. *Science & Technology Asia, 20*(4), 29–37.

Chauychoocherd, T., Kongtawelert, A., Sujirarat, D., & Bhuanantanondh, P. (2020). Factors associated with work-related musculoskeletal disorders among wood furniture informal workers in Sukhothai Province. *Thai Journal of Health Education*. *43*(2), 54-65.

Durlov, S., Chakrabarty, S., Chatterjee, A., Das, T., Dev, S., Gangopadhyay, S., Haldar, P., Maity, S. G., Sarkar, K., & Sahu, S. (2014). Prevalence of low back pain among handloom weavers in West Bengal, India. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 20*(4), 333–339.

Hongsranagon, P., Somana, Y., Maha-Udomporn, S., Siriwong, W., Havanond, P., Deelertyuenyong, N., Petchprasit, V., Munkatunyu, N., & Saksri, P. (2011). Participatory ergonomics intervention for improving work-related musculoskeletal disorders in the “One Tambon One Product” industry in Thailand. *Journal of Human Ergology, 40*(1–2), 11–18. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25665204/

Mahendran, S., & Tiwari, R. R. (2023). Prevalence of work-related musculoskeletal disorders and quality of life among garment workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, 27*(1), 45–51.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

Mahmood, W., Bashir, M. S., Ehsan, S., & Qureshi, M. A. (2021). Upper extremity musculoskeletal disorders and exposure to ergonomic risk factors among handicraft workers. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 37*(2), 494–498. https://doi.org/10.12669/pjms.37.2.749

McAtamney, L., & Corlett, E. N. (1993). RULA: A survey method for the investigation of work-related upper limb disorders. *Applied Ergonomics, 24*(2), 91–99. https://doi.org/10.1016/0003-6870(93)90080-S

Nguyen, T. H., Nguyen, T. H., & Nguyen, Q. D. (2025). Prevalence and associated factors of work-related musculoskeletal disorders among textile workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(3), 1–14.

Prom-anun, P., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2020). Ergonomic factor and prevalence rate of musculoskeletal disorders among workers in furniture industry. *Journal of Health Science of Thailand. 15*(6), 923-30.

Putsa, N. (2021). Prevalence of work-related musculoskeletal disorders, pain in different body areas, and stress level in office workers. *Thai Journal of Ergonomics, 4*(2), 21–30. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJE/article/view/253117

Taifa, I. W., & Desai, D. A. (2017). Anthropometric measurements for ergonomic design of students' furniture in India. *Engineering Science and Technology, an International Journal , 20*(1), 232–239.

Tegegne, B. S., Abate, B. B., Amare, A. T., Mekonen, Y. W., & Tessema, M. T. (2025). Prevalence of work-related musculoskeletal disorder and its associated factors among weavers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 15*(8), e093124. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-093124

Yota, W., Neubert, M. S., & Kaewdok, T. (2025). Occupational risk factors related to musculoskeletal disorders among Praewa silk weavers in the Northeast region, *Thailand. Narra J, 5*(1), e1480. https://doi.org/10.52225/narra.v5i1.1480

Yota, W., Swangnetr Neubert, M., & Kaewdok, T. (2025). Ergonomic design and evaluation of cloth-pulling devices for Praewa silk weavers. F1000Research, 14, Article 477. https://doi.org/10.12688/f1000research.163622.3

e279743

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

สุรพงษ์ สุนทรา

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

(วันที่รับบทความ: 7 มกราคม 2569; วันที่แก้ไข: 15 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 7 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบแบบย้อนหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ (LA) กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง (SB) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยชายที่เข้ารับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 135 ราย แบ่งเป็นกลุ่มใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ 68 ราย และกลุ่มใช้วิธีการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง 67 ราย เครื่องมือวิจัยผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.83 และความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (ICC) มีค่าระหว่าง 0.94-0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test, Independent t-test และ Multivariable Logistic Regression เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม LA มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่ม SB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก (Effect size r = 0.86) และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ในขณะที่ระยะเวลาผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ($p = 0.127$) สำหรับอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการควบคุมตัวแปรอายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และข้างที่เป็นไส้เลื่อน พบว่ากลุ่ม SB มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมสูงกว่ากลุ่ม LA ถึง 9.59 เท่า ($p = 0.006$) และเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำสูงกว่าถึง 13.03 เท่า ($p = 0.019$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดด้วยยาชาเฉพาะที่มีความปลอดภัย ลดระยะเวลา และลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงอาจพิจารณานำมาเป็นหนึ่งในทางเลือกแรกเพื่อสนับสนุนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ต่อไป

คำสำคัญ: ไส้เลื่อนขาหนีบ, ยาชาเฉพาะที่, ยาชาเข้าช่องไขสันหลัง, การผ่าตัดวันเดียวกลับ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** นายสุรพงษ์ สุนทรา; อีเมล s.soontara1@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

A Comparison of local and spinal block for elective inguinal hernia repair at 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital: Retrospective Cohort Study

Surapong Suntara
Surgery Department 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital

(Received: 7 January 2026; Revised: 15 June 2026; Accepted: 7 August 2026)

Abstract

This retrospective descriptive comparative study aimed to compare the incidence of postoperative complications, operative time, length of hospital stay, and treatment costs between elective inguinal hernia repair using local anesthesia and spinal block. The sample consisted of male patients who underwent the surgery at 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital totaling 135 cases, divided into the local anesthesia (LA) group (68 cases) and the spinal block (SB) group (67 cases). The research instrument's content validity (IOC) was 0.83, and the inter-observer reliability (ICC) ranged from 0.94 to 0.97. Data were analyzed using the Mann-Whitney U test, independent t-test, and multivariable logistic regression to control for confounding variables.

The results revealed that the LA group had a significantly shorter length of hospital stay than the SB group ($p < 0.001$) with a large effect size (Effect size $r = 0.86$), and significantly lower treatment costs ($p < 0.001$), while the operative time showed no significant difference ($p = 0.127$). Regarding the incidence of complications, after adjusting for age, body weight, body mass index (BMI), and hernia site, it was found that the SB group had a 9.59 times higher risk of overall complications than the LA group ($p = 0.006$) and a 13.03 times higher risk of hypotension ($p = 0.019$). The study suggests that surgery under local anesthesia is safe and significantly reduces both treatment duration and costs. Therefore, it may be considered as an initial option to support One Day Surgery protocols, which will further enhance the efficiency of medical resource management.

Keywords: Inguinal hernia repair, Local anesthesia, Spinal block, One Day Surgery

***Corresponding author**: Surapong Suntara; Email s.soontara1@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

บทนำ

โรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (inguinal hernia) พบบ่อยประมาณร้อยละ 75 ของไส้เลื่อนทางหน้าท้องทั้งหมด (Cleveland Clinic, 2024) และเป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดโรคหนึ่งในผู้ป่วยทางศัลยกรรม (กมล กัญญาประสิทธิ, 2558) จากการคาดการณ์ทางระบาดวิทยาในระดับโลก พบว่าอัตราความชุก (Prevalence) ของการเกิดโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 5.85 และมีอุบัติการณ์ (Incidence) ของผู้ป่วยรายใหม่ต่อปีอยู่ที่ 293 คนต่อประชากร 100,000 คน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายภูมิภาค พบว่าภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกมีอัตราความชุกสูงที่สุดคือร้อยละ 6.05 ในขณะที่ทวีปยุโรปมีอัตราความชุกโดยรวมต่ำที่สุดที่ร้อยละ 4.06 แต่มีอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่ต่อปีสูงที่สุด โดยคิดเป็น 336 คนต่อประชากร 100,000 คน (Shakil et al, 2020) พบในเพศชายมากกว่าหญิง การวินิจฉัยในชายใช้การตรวจร่างกายเป็นหลัก โดยให้ผู้ป่วยยืนแล้วไอหรือเบ่ง ร่วมกับการใช้นิ้วคลำผ่านถุงอัณฑะเพื่อสัมผัสลักษณะคล้ายก้อนในช่องขาหนีบ ส่วนในผู้หญิงมักต้องอาศัยการตรวจทางภาพ เพราะอาการไม่ชัดเจน โดยการทำอัลตราซาวนด์ (Ultrasound) คัดกรองเบื้องต้น และใช้การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ในกรณีที่ต้องการความละเอียดและความแม่นยำในการวินิจฉัยสูงสุด โดยเฉพาะในกรณีที่ผลอัลตราซาวนด์ไม่ชัดเจนหรือต้องการแยกแยะจากภาวะอื่นในบริเวณขาหนีบ

ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย ไส้เลื่อนขาหนีบแบบทางตรง (Direct hernia) และไส้เลื่อนขาหนีบแบบทางอ้อม (Indirect hernia) วิธีการรักษาที่ได้รับการแนะนำคือการผ่าตัด หากปล่อยทิ้งไว้อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เมื่ออวัยวะในช่องท้องออกมาแล้วกลับเข้าไปในช่องท้องไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อนติดค้าง (obstructed hernia) หรือ หากติดค้างอยู่เป็นเวลานานก็อาจเกิดลำไส้เน่าตายได้ (strangulated hernia) (Jenkins & O'Dwyer, 2008) แนวทางการรักษาไส้เลื่อนขาหนีบของสมาคมไส้เลื่อนแห่งยุโรป (EHS) แบ่งออกเป็น 2 วิธีคือการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้อง กระบวนการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมมีทั้งการผ่าตัดแบบเย็บซ่อมแซมรอยโรคแบบดั้งเดิม (Sutured repair) และการผ่าตัดด้วยการเสริมตาข่าย (Mesh repair) ร่วมกับการซ่อมแซมรอยโรคแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นวิธีที่แนะนำมากที่สุดเนื่องจากช่วยลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำได้ดีกว่าการไม่ใช้แผ่นตาข่าย (Simons et al, 2009)

ปัจจุบันการผ่าตัดไส้เลื่อนสามารถทำได้ภายใต้การระงับความรู้สึกหลายวิธี ได้แก่ การดมยาสลบ (General Anesthesia: GA), การฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block: SB) และการฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia: LA) โดยแต่ละวิธีมีข้อบ่งชี้และข้อพิจารณาที่แตกต่างกันขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยและลักษณะของการผ่าตัด โดยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) เป็นวิธีที่ได้รับการแนะนำตามแนวทางเวชปฏิบัติสากลให้พิจารณาใช้เป็นลำดับแรกสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบชนิดปฐมภูมิแบบข้างเดียวและสามารถดันกลับได้ (Primary reducible unilateral inguinal hernia) ที่ใช้วิธีการผ่าตัดแบบเปิด เนื่องจากมีความปลอดภัยสูง ผลข้างเคียงน้อย และผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่า (Simons et al, 2009) แต่ในประเทศไทยรวมถึงโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ วิธีที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายคือการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (SB) เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับวิธีการนี้มากกว่าและสามารถควบคุมระงับระดับความรู้สึกผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยาวนานกว่าในห้องผ่าตัด อย่างไรก็ตามการระงับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ความรู้สึกด้วยวิธีนี้มีข้อจำกัดและผลข้างเคียงที่สำคัญ โดยมีการศึกษาของ บันลือ ช่อดอก และ อารยะ ไข่มุกด์ (2553) และ เกียรติตระกูล กองทอง (2564) พบว่าผู้ป่วยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (SB) มักประสบภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) และชีพจรเต้นช้า ซึ่งอาจเป็นอันตรายในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคหัวใจร่วมด้วย นอกจากนี้ Sanjay & Woodward (2007) ยังระบุว่าการบล็อกไขสันหลังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะปัสสาวะไม่ออก (Urinary retention) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักฟื้นที่โรงพยาบาลนานขึ้น และไม่เอื้อต่อการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

การผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (LA) เริ่มได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและลดผลกระทบต่อระบบสรีรวิทยาของร่างกาย จากการศึกษาของ กมล กัญญาประสิทธิ์ (2558) และ ชวลิต สงครามยศ (2563) ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป พบผลสอดคล้องกันว่าการใช้ยาชาเฉพาะที่ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการบล็อกไขสันหลัง อีกทั้งยังสอดคล้องกับนโยบายการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ของกระทรวงสาธารณสุข ดังที่ ครองชัย วิบูลย์อุทัย (2561), Chainapapong (2019) และ ธีรวัฒน์ ลิมป์พานิชกุล (2566) ได้รายงานผลสำเร็จของการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบผู้ป่วยนอกด้วยยาชาเฉพาะที่ว่า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง

โรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ พบโรคนี้ประมาณ 250 รายต่อปี และได้เข้าตรวจในโรงพยาบาลเพื่อรักษาด้วยการผ่าตัดประมาณ 130 – 200 รายต่อปี โดยปกติแล้วในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณจะใช้วิธีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังหรือการดมยาสลบ แต่จากงานวิจัยที่มีรายงานถึงความสำเร็จและข้อดีของการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ กล่าวคือ ทำให้ลดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

แม้ว่าการผ่าตัดด้วยยาชาเฉพาะที่จะมีข้อดีหลายประการ แต่การนำมาใช้ในทางปฏิบัติยังอาจจำกัดอยู่ในบางหน่วยงาน เนื่องด้วยความกังวลเรื่องความเจ็บปวดระหว่างผ่าตัด หรือความชำนาญของศัลยแพทย์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยเปรียบเทียบระหว่างวิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่และการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง เพื่อพิสูจน์ทราบถึงประสิทธิผล ความปลอดภัย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และต้นทุนการรักษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง

2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานของงานวิจัยนี้คือ ผลลัพธ์การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ในด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านระยะเวลาผ่าตัด ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษามีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ตั้งอยู่บนการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉิน เน้นไปที่ความแตกต่างที่เกิดจากการเลือกใช้เทคนิคการระงับความรู้สึก 2 วิธี ระหว่างวิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ ศึกษาเปรียบเทียบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) เพื่อดูผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นวิจัยเปรียบเทียบแบบย้อนหลัง(Retrospective cohort study) ในผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ และได้รับการผ่าตัดโรคไส้เลื่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 135 คน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยการเลือกตัวอย่างแบบ Census Sampling โดยรวบรวมผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าในช่วงเวลาที่กำหนด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) ยาชาที่ให้จะเหมือนกันทุกรายในกลุ่มที่ให้ยาชาเฉพาะที่จะทำการระงับความรู้สึกโดยศัลยแพทย์ ใช้ 2% lidocaine with adrenaline (1:200,000) 20 ml ผสมกับ 0.5 % bupivacaine 20 ml ฉีดบริเวณชั้นผิวหนังโดยศัลยแพทย์จะทำการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาแบบ field block, step-by-step infiltration โดยฉีดยาชาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง(Subcutaneous layer), ใต้ชั้น external oblique aponeurosis layer รอบ spermatic cord และรอบ hernia sac ตามลำดับ ฉีดยาชาผ่านเข้าไปที่ละชั้นจนสำเร็จทุกขั้นตอน ยาชาที่ใช้ทั้งหมด ในรายที่น้อยที่สุด 15 ml รายที่มากที่สุด 25 ml โดยเฉลี่ยเท่ากับ 18 ml หลังจากนั้นก็ดำเนินการผ่าตัดจนเสร็จ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block) ใช้ Marcaine spinal heavy 1 amp ใช้ 2% Xylocaine with adrenaline 2 ml ฉีดเข้าบริเวณ ที่จะใช้ spinal block (SB) needle No. 25 เจาะเข้าช่องไขสันหลังบริเวณ L3-L4 หลังจากนั้นใช้ SB needle No.25 เจาะเข้าช่องไขสันหลังบริเวณ L3 – L4 หลังจาก ได้ทดสอบดูแล้วว่าเข้าช่องเยื่อหุ้มน้ำไขสันหลังแล้วก็ฉีด Heavy marcain เข้าช้าๆ โดยเฉลี่ยแล้วใช้ Marcaine spinal heavy 2.5 ml หลังจากฉีดก็จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงาย ทดสอบระดับยาชา จากนั้นก็ดำเนินการผ่าตัดจนเสร็จ

โดยในกลุ่มที่ให้ยาชาทางไขสันหลังจะทำการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์ตามวิธีมาตรฐาน และยาชาเฉพาะที่ที่ให้โดยศัลยแพทย์จะเหมือนกันทุกราย รวมถึงวิธีการผ่าตัดจะใช้วิธี modified Lichtenstein's tension-free technique ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทุกราย

ประชากร ประชากรคือ ผู้ป่วยชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ และได้รับการผ่าตัดโรคไส้เลื่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 135 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เวชระเบียนผู้ป่วยเพศชายอายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. เวชระเบียนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบข้างเดียวและได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

เกณฑ์การคัดออก

1. เวชระเบียนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน
2. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้เลื่อนค้าง
3. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่เป็นซ้ำหลังการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้พารามิเตอร์ในการคำนวณ ดังนี้ Effect size = 0.50 ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 Power (1-β)=80% ใช้การทดสอบ Two-tailed test คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย (63 ราย/กลุ่ม) เนื่องจากเป็นการศึกษา retrospective ที่ใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จึงใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ 135 ราย ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงมี statistical power เพียงพอสำหรับการศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษา retrospective cohort

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

จึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบcensus sampling (เก็บทุกรายที่เข้าเกณฑ์) โดยรวบรวมผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยจะถูกจัดกลุ่มตามประเภทการระงับความรู้สึกที่ได้รับ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) = 68 ราย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block) = 67 ราย

เครื่องมือการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล (Data collection form) แบ่งเป็น2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง และข้อมูลลักษณะทางคลินิก เช่น ชนิดของไส้เลื่อน ข้างที่เป็น ASA class โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเฉพาะที่กับกลุ่มผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง ได้แก่ ระยะเวลาการทำหัตถการ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 2 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญมีค่า IOC (Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ใช้วิธี Inter-rater Reliability โดยให้ผู้บันทึกข้อมูลสองคนดึงข้อมูลจากเวชระเบียนรายการเดียวกัน 20 ราย (ร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่าง) โดยการสุ่มแบบ Simple Random Sampling จากทั้งสองกลุ่มในสัดส่วนเท่ากัน ผลการตรวจสอบพบว่าตัวแปรเชิงปริมาณทุกรายการมีค่า ICC อยู่ในระดับ Excellent (ICC = 0.94–0.97) และตัวแปรเชิงคุณภาพมีค่า Cohen's Kappa และ Weighted Kappa อยู่ในระดับ Almost Perfect (**K** = 0.86–0.91) ตามเกณฑ์ของ Landis & Koch (1977) แสดงให้เห็นว่าแบบบันทึกข้อมูลมีความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตในระดับสูง และข้อมูลที่รวบรวมได้มีความน่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมการบันทึกข้อมูลแบบมาตรฐานก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยข้อมูลที่จะเก็บรวบรวมแบ่ง 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง และข้อมูลลักษณะทางคลินิก เช่น ชนิดของไส้เลื่อน ข้างที่เป็น ASA class โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเฉพาะที่กับกลุ่มผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง ได้แก่ ระยะเวลาการทำหัตถการ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อน

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากผู้เก็บข้อมูล (Inter-rater Bias) ข้อมูลถูกตรวจสอบความถูกต้องโดยการเปรียบเทียบกับระบบ Hospital Information System (HIS) ของโรงพยาบาล เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเปรียบเทียบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

แบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ซึ่งมีข้อได้เปรียบด้านความเป็นไปได้และการเข้าถึงข้อมูล แต่มีข้อจำกัดสำคัญในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Variables) เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย และโรคร่วม เนื่องจากการจัดกลุ่มผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากการสุ่ม ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่ม และรายงานผลด้วยความระมัดระวังในการตีความ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ดำเนินการ 3 ระดับ ได้แก่ (1) สถิติพรรณนาและการเปรียบเทียบตัวแปรพื้นฐาน (2) สถิติอนุมานสำหรับผลลัพธ์หลักและรอง และ (3) Multivariable Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ (two-tailed) ซึ่งทุกการทดสอบวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ตัวแปรเชิงปริมาณที่แจกแจงแบบปกติ (ทดสอบด้วย Shapiro-Wilk) รายงาน Mean ± SD เปรียบเทียบด้วย Independent t-test ตัวแปรที่แจกแจงเบ้รายงาน Median (IQR) เปรียบเทียบด้วย Mann-Whitney U test ตัวแปรเชิงคุณภาพรายงาน n (%) เปรียบเทียบด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test ทุกผลลัพธ์เชิงปริมาณรายงาน Mean Difference (MD) พร้อม 95% CI

เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในตัวแปรพื้นฐาน ผู้วิจัยจึงดำเนินการ Multivariable Logistic Regression สำหรับผลลัพธ์ Binary 2 ตัว ได้แก่ Hypotension และ Any complication โดยใส่ตัวแปรควบคุม อายุ น้ำหนัก BMI และข้างที่เป็น พร้อมกัน (Enter method) รายงาน Adjusted Odds Ratio (aOR) พร้อม 95% CI ตรวจสอบ Assumptions ด้วย VIF (< 10), Cook's distance (< 1), Hosmer-Lemeshow test และ AUC ข้อควรระวัง: Hypotension มีจำนวน events = 11 ราย (EPV = 2.20) ต่ำกว่าเกณฑ์แนะนำ (EPV ≥ 10) จึงต้องตีความผลด้วยความระมัดระวัง

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568 – 09.022 วันที่ 30 กันยายน 2568 การศึกษานี้ใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วย ผู้วิจัยกำหนดรหัสแทนชื่อและเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการศึกษา

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในผู้ป่วยชายที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal Hernia Repair) ณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จำนวน 135 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia: LA) จำนวน 68 ราย และกลุ่มที่ได้รับยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block: SB) จำนวน 67 ราย ผลการศึกษาเป็นดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาชาเฉพาะที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 2 ราย จาก 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับยาชาเข้าช่องไขสันหลังมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 14 ราย จาก 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.90 ผลการวิเคราะห์ด้วย Chi-square test พบว่า อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.001) โดยกลุ่มที่ได้รับยาชาเข้าช่องไขสันหลังมีสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำแนกตามวิธีระงับความรู้สึก (n = 135 คน)

วิธีระงับความรู้สึก	ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		χ^2	p-value
	พบ n (%)	ไม่พบ n (%)		
LA (n=68)	2(2.94)	66(97.06)	10.41	0.001*
SB (n=67)	14(20.90)	53(79.10)		

*p-value < 0.05 *วิเคราะห์ด้วย Chi-square test*

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผลการเปรียบเทียบด้านระยะเวลาผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าระยะเวลาผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการรักษาของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ (p-value > 0.05) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และรายงานผลเป็น Mean ± SD ผลการเปรียบเทียบพบว่าระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่ม LA (35.78 ± 8.59 นาที) และกลุ่ม SB (32.64 ± 14.47 นาที) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.127) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยของกลุ่ม LA ต่ำกว่ากลุ่ม SB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การรักษาด้านระยะเวลาการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษา (n = 135 คน)

ตัวแปร	วิธีระงับความรู้สึก		t	MD	p-value
	LA (n=68) Mean ± SD	SB (n=67) Mean ± SD			
ระยะเวลาผ่าตัด(นาที)	35.78 ± 8.59	32.64 ± 14.47	t=1.53	3.14	0.127
ค่าใช้จ่ายรักษา (บาท)	10,983.68±2,788.88	16,495.37±2,979.66	t=-11.09	-5,511.69	<0.001*

*p-value <0.05 *ทดสอบด้วย Independent t-test*

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย กลุ่ม LA มีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม SB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value=0.017) กลุ่ม LA มีน้ำหนักเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่ม SB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value=0.023) และกลุ่ม LA มีBMI เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่ม SB อย่างมีนัยสำคัญ(p-value=0.036) ส่วนความสูงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (n = 135 คน)

ข้อมูลทั่วไป	วิธีระงับความรู้สึก		t	df	*p*-value
	LA (n=68) (Mean ± SD)	SB (n=67) (Mean ± SD)			
อายุเฉลี่ย (ปี)	64.13 ± 12.37	58.63 ± 14.04	2.41	133.00	0.017*
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	59.39 ± 7.74	63.02 ± 10.42	-2.30	121.79	0.023*
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	162.94 ± 6.09	164.24 ± 6.68	-1.18	133.00	0.240
BMI เฉลี่ย (กก./ตร.ม.)	22.29 ± 2.48	23.34 ± 3.25	-2.11	123.29	0.036*

**p-value < 0.05 วิเคราะห์ด้วย Independent t-test*

ชนิดไส้เลื่อนขาหนีบส่วนใหญ่เป็นชนิด Indirect ทั้งในกลุ่ม LA ร้อยละ 64.71 และกลุ่ม SB ร้อยละ 77.61 ข้างที่เป็นพบด้านขวาเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่ม LA ร้อยละ 60.29 ขณะที่กลุ่ม SB พบด้านซ้ายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.22 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทั้งในกลุ่ม LA ร้อยละ 57.35 และกลุ่ม SB ร้อยละ 56.72 และระดับความเสี่ยงตามเกณฑ์ ASA Class ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ASA II ทั้งในกลุ่ม LA ร้อยละ 70.59 และกลุ่ม SB ร้อยละ 68.66 ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางคลินิกพบว่า ข้างที่เป็นพบด้านขวาเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่ม LA ร้อยละ 60.29 ขณะที่กลุ่ม SB พบด้านซ้ายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.22 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทั้งในกลุ่ม LA ร้อยละ 57.35 และกลุ่ม SB ร้อยละ 56.72 และระดับความเสี่ยงตามเกณฑ์ ASA Class ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ASA II ทั้งในกลุ่ม LA ร้อยละ 70.59 และกลุ่ม SB ร้อยละ 68.66 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลลักษณะทางคลินิกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (n = 135 คน)

ข้อมูลทั่วไป	วิธีระงับความรู้สึก		χ^2	*p*-value
	LA (n=68) n (%)	SB (n=67) n (%)		
ข้างที่เป็น			3.26	0.071
ซ้าย	27(39.71)	37(55.22)		
ขวา	41(60.29)	30(44.78)		

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ตารางที่ 4 ข้อมูลลักษณะทางคลินิกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (n = 135 คน)

ข้อมูลทั่วไป	วิธีระงับความรู้สึก		χ^2	*p*-value
	LA (n=68) n (%)	SB (n=67) n (%)		
ระดับความเสี่ยง (ASA Class)			0.66	0.718
ASA I	9(13.23)	12(17.91)		
ASA II	48(70.59)	46(68.66)		
ASA III	11(16.18)	9(13.43)		
โรคประจำตัว			0.01	0.940
มีโรคประจำตัว	29(42.65)	29(43.28)		
ไม่มีโรคประจำตัว	39(57.35)	38(56.72)		

*p-value < 0.05 *วิเคราะห์ด้วย Chi-square test*

ผลลัพธ์ด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาล เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่ากลุ่ม LA มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล Median 5.5 ชั่วโมง (IQR: 1.0 ชม.) สั้นกว่ากลุ่ม SB ซึ่งมี Median 48.0 ชั่วโมง (IQR: 2.05 ชม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 0.00, p < 0.001) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Effect size r = -0.863) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การรักษาด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาล (n = 135 คน)

ตัวแปร	วิธีระงับความรู้สึก		U	*p*-value
	LA (n=68) Median (IQR)	SB (n=67) Median (IQR)		
ระยะเวลานอน รพ. (ชั่วโมง)	5.50(1.00)	48.50(2.05)	0.00	<0.001*

**p-value <0.05 *ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test*

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบชนิดไม่ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ (LA) และกลุ่มยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (SB) พบว่าข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (BMI) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษารูปแบบเชิงสังเกตแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ที่ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Non-randomization) ทำให้เกิดตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การศึกษาได้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

อย่างไรก็ตาม เพื่อควบคุมอคติจากความไม่สมดุลของข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีความแตกต่างกันเหล่านี้เข้าสู่โมเดลวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

ด้านภาวะแทรกซ้อน

การอภิปรายผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อน แม้ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะมีความแตกต่างกันอันเกิดจากข้อจำกัดของการศึกษารูปแบบ Retrospective Cohort แต่เมื่อผู้วิจัยได้นำตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding factors) ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เข้าสู่โมเดลวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้แล้ว พบว่า วิธีการระงับความรู้สึกยังคงส่งผลต่อผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (SB) ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวม สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ (LA) ถึง 9.59 เท่า (Adjusted OR = 9.59, 95% CI: 1.90-8.52, p =0.006) และมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำสูงกว่าถึง 13.03 เท่า (Adjusted OR = 13.03, 95% CI: 1.54-110.32, p =0.019) สถิติดังกล่าวยืนยันได้ว่าความปลอดภัยที่สูงกว่าในกลุ่ม LA เป็นผลมาจากวิธีการระงับความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บันลือ ช่อดอก และ อารยะ ไข่มุกด์ (2553) ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ เกียรติตระกูล กองทอง (2564) ที่พบว่าการบล็อกไขสันหลังส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้บ่อยกว่าการใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งมีผลต่อระบบทั่วร่างกายน้อยมาก ในภาวะปัสสาวะไม่ออก (Urinary Retention) แม้ในการศึกษานี้จะพบจำนวนน้อยแต่ก็พบเฉพาะในกลุ่ม SB เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Sanjay & Woodward (2007) และ ธีรวัฒน์ ลิมป์พานิชกุล (2566) ที่ระบุว่าการคั่งของปัสสาวะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์โดยตรงกับการบล็อกไขสันหลัง และสามารถหลีกเลี่ยงโดยการใช้การฉีดยาชาเฉพาะที่ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยชายสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคต่อมลูกหมากโต

ด้านระยะเวลาการผ่าตัด การนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา

ด้านระยะเวลาในการผ่าตัด ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระยะเวลาผ่าตัดระหว่างสองกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าเมื่อศัลยแพทย์มีความชำนาญ การผ่าตัดด้วยวิธี LA ไม่ได้ทำให้เสียเวลามากขึ้นแต่อย่างใด สอดคล้องกับ ชวลิต สงครามยศ (2563) ที่พบว่าระยะเวลาผ่าตัดด้วยวิธี LA ใกล้เคียงกับ SB เมื่อหักลบเวลาที่ต้องรอให้ยาชาออกฤทธิ์หรือรอให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการบล็อกหลัง

ด้านระยะเวลการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ (LA) มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่าและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาชาไขสันหลัง (SB) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับในประเทศไทยที่ศึกษาในบริบทโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ การศึกษาของ กมล กัญญาประสิทธิ์ (2558) ณ โรงพยาบาลหนองไผ่, ชวลิต สงครามยศ (2563) โรงพยาบาลมหาสารคาม, เกียรติตระกูล กองทอง (2564) ณ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และ ธีรวัฒน์ ลิมป์พานิชกุล (2566) ณ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ซึ่งให้ผลสรุปที่ตรงกันว่า การใช้ยาชาเฉพาะที่ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทันทีหลังผ่าตัด และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของค่าห้องพักและค่ายาทางวิสัญญี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสนับสนุนแนวทางการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ครองชัย วิบูลย์อุทัย (2561) ณ โรงพยาบาลชัยภูมิ ที่พบว่าการใช้ยาชาเฉพาะที่ทำให้สามารถบริหารจัดการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกได้จริง ปลอดภัย และช่วยลดความแออัดของหอผู้ป่วยใน เช่นเดียวกับรายงานของ Chainapapong (2019) ที่สรุปประสบการณ์ 8 ปีว่าการผ่าตัดไส้เลื่อนด้วยยาชาเฉพาะที่แบบวันเดียวกลับนั้นมีความเป็นไปได้สูงและให้ผลลัพธ์ที่ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยยาชาเฉพาะที่(Local Anesthesia: LA) มีความปลอดภัยสูง ลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้ดีกว่าวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block: SB) อย่างมีนัยสำคัญ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้ โดยแบ่งออกได้เป็น 2 ด้านหลัก

1.ด้านการบริการทางคลินิก ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CNPG) ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยควรพิจารณาให้การใช้ยาชาเฉพาะที่ (LA) เป็นทางเลือกแรกในการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อลดความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตต่ำ นอกจากนี้ ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลด้านความปลอดภัยและระยะเวลาพักฟื้นที่สั้นกว่า ประกอบการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยการตัดสินใจและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

2.ด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลด้านการลดต้นทุนและระยะเวลานอนโรงพยาบาล ประกอบการวางแผนจัดสรรทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ซึ่งจะช่วยลดความแออัดของหอผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการหมุนเวียนเตียงของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตดังนี้

1.ควรทำการศึกษาในรูปแบบ การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) หรือการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น เช่น เทคนิคการผ่าตัดของศัลยแพทย์แต่ละท่าน หรือระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.ควรติดตามผลระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

3.ด้านค่าใช้จ่ายควรมีการศึกษาต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของญาติ หรือการสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นภาพรวมความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในมุมมองของผู้ป่วยและสังคมอย่างครบถ้วน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

เอกสารอ้างอิง

กมล กัญญาประสิทธิ์. (2558). การเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ ระหว่างวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่และการฉีดยาชาเข้า ช่องน้ำไขสันหลัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24*(6), 1167-72.

เกียรติตระกูล กองทอง. (2564). การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบด้วยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่และการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ. *วารสารโรงพยาบาลอำนาจเจริญ, 12*(3), 13-25.

ครองชัย วิบูลย์อุทัย. (2561). การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบโดยใช้ยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล *ชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร, 38*(1), 58-67.

ชวลิต สงครามยศ. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการใช้ยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17*(2), 48-57.

ธีรวัฒน์ ลิมป์พานิชกุล. (2566*). การเปรียบเทียบผลของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการใช้ยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์* (รายงานวิจัย). สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์;.

บันลือ ช่อดอก และอารยะ ไข่มุกด์. (2553). ผลการศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนชนิดไม่ฉุกเฉินโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังกับการฉีดยาชาเฉพาะที่ในโรงพยาบาลหาดใหญ่. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 28*(5), 247-55.

Chainapapong, K. (2019). Groin hernia repair under local anesthesia in one day surgery-8-year experience. *Thai J Surg, 40*(2), 27-34.

Jenkins, J. T., & O'Dwyer, P. J. (2008). Inguinal hernias. *British Medical Journal*, *336*(7638), 269–272. https://doi.org/10.1136/bmj.39450.428275.AD

Sanjay, P., & Woodward, A. (2007). Inguinal hernia repair: local or general anaesthesia?. *Ann R Coll Surg Engl, 89*(5), 497-503.

Shakil, A., Aparicio, K., Barta, E., & Munez, K. (2020). *Inguinal Hernias: Diagnosis and Management*. *102. Inguinal Hernia: Types, Causes, Symptoms and Treatment*. (n.d.). Cleveland Clinic. Retrieved 2 June 2026, from https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/16266-inguinal-hernia

Simons, M. P., Aufenacker, T., Bay-Nielsen, M., Bouillot, J. L., Campanelli, G., Conze, J., et al. (2009). European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, *13*(4), 343–403. https://doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7

e281202

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ผลของรูปแบบการนิเทศงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

วรา เศลวัตนะกุล และบัญชา พร้อมดิษฐ์*
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่รับบทความ: 27 มีนาคม 2569 ; วันที่แก้ไข: 4 มิถุนายน 2569 ; วันที่ตอบรับ: 7 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาการนิเทศงาน คปสอ.ปี 2567 และ 2568 2) พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการนิเทศงาน คปสอ. มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นค้นหาปัญหา เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเอกสาร ขั้นพัฒนารูปแบบฯ ที่ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเคยเป็นผู้นิเทศงานในปี 2568 แต่ปี 2569 ไม่ได้เป็นผู้นิเทศ มีทั้งหมด 10 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และขั้นการประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นิเทศงานและผู้รับการนิเทศงาน 80 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นก่อน ขณะ และหลังการนิเทศงาน ดัชนีความสอดคล้องมีค่าระหว่าง 0.66-1 ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ One-way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า 1) ขั้นค้นหาปัญหา การนิเทศงานปี 2567 ไม่เน้นเรื่องผลงานตามตัวชี้วัด แต่เน้นความเข้าใจในงานและการทำงานร่วมกัน ส่วนปี 2568 เน้นการติดตามผลงานตามตัวชี้วัด แต่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับการนิเทศ และไม่มีผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเข้าร่วม 2) ขั้นพัฒนารูปแบบ ปี 2569 ได้พัฒนา Health-Chan Co-Supervision Model ที่เป็นข้อตกลงร่วมในด้าน Team หรือการสร้างทีมผู้นิเทศงาน KPI หรือการกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ร่วมกัน Slide format หรือการสร้างรูปแบบสไลด์การนำเสนอ Schedule หรือการกำหนดวันและเวลา และ Room arrangement หรือการจัดห้องประชุม โดยรูปแบบมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในระดับสูง 3) ขั้นประเมินผลรูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นการนิเทศงาน ก่อน ขณะ และหลังในภาพรวม และรายข้ออยู่ในระดับดี เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่าสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ทำให้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นทั้งก่อนและหลังการนิเทศงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p=0.007 และ p=0.006) โดยผู้บริหารและทีมจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงที่สุด สรุป Health-Chan Co-Supervision Model สามารถสร้างความตระหนัก และการทำงานร่วมกันของทั้ง 2 ฝ่าย ดังนั้นจึงควรมีนโยบายการนิเทศงาน และกำหนดไว้ในแผนให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่องและขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: การนิเทศงาน, คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** บัญชา พร้อมดิษฐ์; bpromdit@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

The Effects of the Participatory Supervision Model for the District Health Coordinating Committee (DHCC) Jointly Implemented by the Chanthaburi Provincial Public Health Office and Chanthaburi Provincial Administrative Organization Agencies

Vara Selawattanakul and Bancha Promdit *

Chanthaburi Provincial Public Health Office

(Received: 27 March 2026 ; Revised: 4 June 2026; Accepted: 7June 2026)

Abstract

This action research aimed to: (1) examine the supervision of the District Health Coordinating Committee during 2024 and 2025; and (2) develop and evaluate a supervision model. The study comprised three phases: problem identification through retrospective document review, model development, and model evaluation. Ten former supervisors participated in the model development phase, while 80 supervisors and supervisees were selected through simple random sampling for the evaluation phase. Data were collected using questionnaires. The instrument demonstrated content validity (IOC = 0.66–1.00) and reliability (Cronbach's alpha = 0.91). Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, and One-way ANOVA at a significance level of $p<0.05$.

The findings revealed that: 1) the 2024 emphasized work understanding and collaborations, whereas the 2025 supervision emphasized indicator monitoring but lacked alignment with participants' interests and participation from the Provincial Administrative Organization; 2) the 2026 Health-Chan -Supervision Model was developed, consisting of Team, KPI, Slide format, Schedule, and Room arrangement, with high practical feasibility; and 3) overall opinions toward supervision before, during, and after implementation were at a good level. Workplace differences significantly affected opinions before and after supervision ($p=0.007$ and $p=0.006$), with PAO administrators and teams reporting the highest mean scores. In conclusion, the Health-Chan Co-Supervision Model enhanced awareness and collaboration between both sectors. Therefore, clear supervision policies and implementation plans should be established to support continuous application and future expansion.

Keywords: supervision, district health coordinating committee, provincial public health office, provincial administrative organization

***Corresponding author**: บัญชา พร้อมดิษฐ์; bpromdit@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และตามแนวทางการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, มปป.) ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี (สสจ.จบ.) ได้ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี (อบจ.จบ.) ครอบคลุมทั้ง 10 อำเภอ จำนวน 92 แห่ง คงเหลืออีก 13 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2568ก) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาล (รพ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ภายใต้กลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่มีผู้แทนของ อบจ.จบ.ร่วมอยู่ในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ด้วย ซึ่งโดยหลักการทำงานนั้นจะมุ่งเน้นการทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ต่อเนื่อง และครอบคลุม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัจจัยเชิงนโยบาย โครงสร้าง การบริหารจัดการ ระบบการวางแผน ตัวชี้วัดความสำเร็จ และกระบวนการทำงานที่มีความแตกต่างกันของ สสจ.จบ.และ อบจ.จบ.อาจมีผลทำให้รูปแบบ แนวทาง และวิธีการดำเนินงานต่างๆ ของ รพ.สต.มีความแตกต่างออกไปจากเดิมที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การนิเทศ ติดตาม กำกับงานเป็นกระบวนการหนึ่งในการชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ให้ข้อเสนอแนะ สังเกตการณ์ กระตุ้นแก้ไข และส่งเสริมให้ผู้รับนิเทศสนใจในงานที่รับผิดชอบและเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานภายในขอบเขตให้ดีขึ้น (รัตนจันทร์ นาดี, 2563) ดังนั้น การนิเทศงานจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพงาน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในอำเภอได้ ซึ่ง สสจ.จบ.ได้กำหนดให้มีการนิเทศงานและติดตามผลการดำเนินงานของ คปสอ.อย่างต่อเนื่องในทุกปีๆ ละ 1-2 ครั้งขึ้นอยู่กับความเหมาะสม ทำให้การนิเทศงาน คปสอ.เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพงาน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในอำเภอ โดยการนิเทศงานที่ผ่านมายังพบปัญหาอยู่หลายประการ เช่น ปี 2567 พบปัญหาด้านความพร้อมและความเข้าใจในงานสาธารณสุขของทีมนิเทศงานของ อบจ.จบ. (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2567) และปี 2568 พบปัญหาด้านการมีส่วนร่วมและความสนใจในกระบวนการนิเทศงานของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนฯ เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2568ข) ซึ่งแสดงให้เห็นนัยยะของความยากลำบากที่ในการร่วมติดตามและพัฒนางานด้านสุขภาพร่วมกัน และจากการรวบรวมผลงานวิจัยด้านการนิเทศงานสาธารณสุข ของปี 2566–2568 ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับระบบหรือรูปแบบการนิเทศงาน คปสอ.ร่วมกันของ สสจ.จบ.กับ อบจ.จบ.ที่เป็นรูปธรรมมาก่อน โดยที่พบจะเป็นการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด ที่มีต่อผู้นิเทศในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (วิรัช ประวันเตา และจามจุรี เพียรทำ, 2566) การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้นิเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง, 2567) และการศึกษาความคิดเห็นของ คปสอ.ต่อรูปแบบการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข (นิตยา แดนราชรัมย์, 2568) เป็นต้น ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการนิเทศงานร่วมกันกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่อย่างใด ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายประการหนึ่งที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

นิเทศงาน คปสอ.อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดภาพการทำงานร่วมกันที่ดีระหว่างราชการส่วนภูมิภาคกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน และส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการนิเทศงาน คปสอ. ปี 2567-2568

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศงาน คปสอ. แบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีและหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

3.เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการนิเทศงาน คปสอ. แบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการนิเทศงาน ที่ศึกษาสภาพปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลการนิเทศงาน (วิชนีย์ ทศศะ, 2561) แนวคิดตัวชี้วัดร่วมที่หน่วยงานทำงานร่วมตอบโจทย์เป้าหมายร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2566) แนวคิดการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ที่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวางแผนดำเนินงาน (สัญญาศรณ์ สวัสดิ์ไธสง, 2567) แนวคิดการใช้เทคโนโลยีนำเสนองานยุคใหม่ โดยใช้ Cloud-based คือ Canva ที่ใช้งานร่วมกันได้แบบ Real-time (กรมส่งเสริมการเกษตร, 2568) แนวคิดจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม ที่ออกแบบสภาพแวดล้อมให้มีผลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม (Courtney E. Ackerman, 2018) และแนวคิดการประเมินผล 3 ช่วงเวลา คือ ก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการ (พงศ์เทพ จิระโร, 2555)

ขั้นค้นหาปัญหา (Look)	ขั้นพัฒนารูปแบบ (Think)	ขั้นการนำรูปแบบไปปฏิบัติ (Act)	ขั้นประเมินผลรูปแบบ (Act)
สถานการณ์และปัญหาการนิเทศงาน ปี 2567-2568	1.แนวคิดกระบวนการนิเทศงาน 2.แนวคิดตัวชี้วัดร่วม 3.แนวคิดการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม 4.แนวคิดการใช้เทคโนโลยีนำเสนองาน 5.แนวคิดจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม	1.ชี้แจงรูปแบบการนิเทศงานฯ ให้กับผู้เกี่ยวข้อง 2.ปฏิบัติตามรูปแบบฯ	แนวคิดการประเมินผล ตามระยะเวลา คือ ก่อน ขณะ และหลังการนิเทศงาน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (Stringer, 2014) คือ

1.ขั้นค้นหาปัญหา (Look) เป็นขั้นตอนก่อนการพัฒนารูปแบบฯ ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการนิเทศงานย้อนหลัง ปี 2567-2568 จากเอกสาร

2.ขั้นพัฒนารูปแบบ (Think) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดตามกรอบแนวคิดการวิจัยมาพัฒนาเป็นรูปแบบฯ แล้วเสนอต่อกองสาธารณสุข อบจ.จบ. เพื่อรับฟังความคิดเห็น หลังจากนั้นนำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร สสจ.จบ. แล้วนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงรูปแบบฯ แล้วนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของรูปแบบฯ โดยมีรายละเอียดการทดสอบ ดังนี้

ประชากร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ใน สสจ.จบ.ที่มีประสบการณ์ในการนิเทศงาน คปสอ.มาก่อนในปี 2568 แต่ปี 2569 ไม่ได้เป็นผู้นิเทศ ซึ่งจะให้ความเห็นถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในขั้นตอนการนิเทศงานต่างๆ ได้ชัดเจน ซึ่งมีทั้งหมด รวม 10 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และกลุ่ม/กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน เป็นตัวแปรแบบกลุ่ม (Nominal Scale) ข้อคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของรูปแบบฯ ที่ศึกษาความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้จริงของรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ เป็นตัวแปรแบบอันตรภาค (Interval Scale) ที่เป็นข้อคำตอบแบบตัวเลข 1-5 คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด ในการแปลผลจะนำค่าเฉลี่ยในส่วนที่ 2 มาจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ตามแบบแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1997; อ้างถึงใน ไชยยา จักรสิงห์โต, 2560) คือ คะแนนสูงสุด–คะแนนต่ำสุด/ระดับชั้น นั่นคือ 5-1/3 ได้ 1.33 แปลผล คือ เป็นไปได้น้อย มีคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.34 เป็นไปได้ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.35-3.69 และเป็นไปได้สูง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 3.70

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามฯ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) 0.88 ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.87

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมถึงการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นได้อธิบายรายละเอียดของรูปแบบฯ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 26-27 กุมภาพันธ์ 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

3.ขั้นการประเมินผลรูปแบบฯ (Act) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบไปปฏิบัติในช่วงของการนิเทศงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรกลุ่มผู้นิเทศงานของ สสจ.จบ.ที่มีอยู่ในหนังสือขออนุมัติออกนิเทศงาน 13 กลุ่มงาน จำนวน 35 คน 2) ผู้อำนวยการ และกลุ่มบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการวางแผน และตัวชี้วัดของ รพ.12 แห่งๆ ละ 15 คน รวม 180 คน และ สสอ.10 แห่งๆ ละ 5 คน รวม 50 คน 3) กลุ่มบุคลากรที่อยู่ในสังกัด อบจ.จบ. 92 คน รวมทั้งสิ้น 357 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ร่วมในการนิเทศงาน และมีหลักฐานการลงนามเข้าร่วมการนิเทศงาน รวมทั้งยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ มีการย้ายสถานที่ปฏิบัติงานข้ามอำเภอหรือข้ามสังกัด และไม่ได้อยู่ร่วมการนิเทศงานจนจบกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power โดย Test family ใช้ F tests กำหนด Effect size f=0.40, α err prob=0.05, Power (1-β err prob=0.80) และ Number of groups=4 ได้ขนาดตัวอย่าง 76 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มไว้ร้อยละ 5 รวมเป็น 80 คน โดยคิดสัดส่วน (ร้อยละ) จำนวนประชากรตามกลุ่มบุคลากร และคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงประชากร (N=357) สัดส่วน (ร้อยละ) ประชากรตามกลุ่มบุคลากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

กลุ่มบุคลากร	ประชากร	สัดส่วน (ร้อยละ)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
สสจ.จบ.	35	9.81	8
รพ.	180	50.42	40
สสอ.	50	14.00	11
สังกัด อบจ.จบ.	92	25.77	21
รวม	357	100.00	80

ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นการนิเทศงาน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานการณ์นิเทศงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการนิเทศงาน เป็นตัวแปรแบบกลุ่ม (Nominal Scale) ที่เป็นข้อคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นการนิเทศงานที่ใช้แนวคิดการประเมินผล มี 3 ด้าน คือ ก่อนการนิเทศงาน 7 ข้อ ด้านขณะนิเทศงาน 12 ข้อ และด้านหลังหรือผลการนิเทศงาน 9 ข้อ รวมทั้งสิ้น 28 ข้อ เป็นตัวแปรแบบอันตรภาค (Interval Scale) ที่ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง ดีมาก 4 หมายถึง ดี 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง ไม่ค่อยดี และ 1 หมายถึง ไม่ดีเลย นำค่าเฉลี่ยในส่วนที่ 2 ความคิดเห็นการนิเทศงาน มาแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best; อ้างในไชยยา จักรสิงห์โต, 2560) คือ 3.70 – 5.00 = ดี 2.35– 3.69 = ปานกลาง และ 1.00 – 2.34 = ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าระหว่าง 0.66-1 ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.91

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

การรวบรวมข้อมูล

1.นัดหมายกลุ่มเป้าหมาย และใช้การประชุม online ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด รวมถึงการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2.เก็บข้อมูลโดย จัดทำ google form แบบสอบถาม ส่ง link ทางไลน์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลเชิงประมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความคิดเห็นการนิเทศงาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นการนิเทศงานกับข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Independent t-test และ One-way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่รับรอง COA no.103/68 เริ่มอนุมัติจริยธรรมวิจัยตั้งแต่วันที่ 24 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2569 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ และลงนามในหนังสือยินยอมก่อนเข้าร่วม ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถูกเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง และจำกัดสิทธิการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ขั้นค้นหาปัญหา

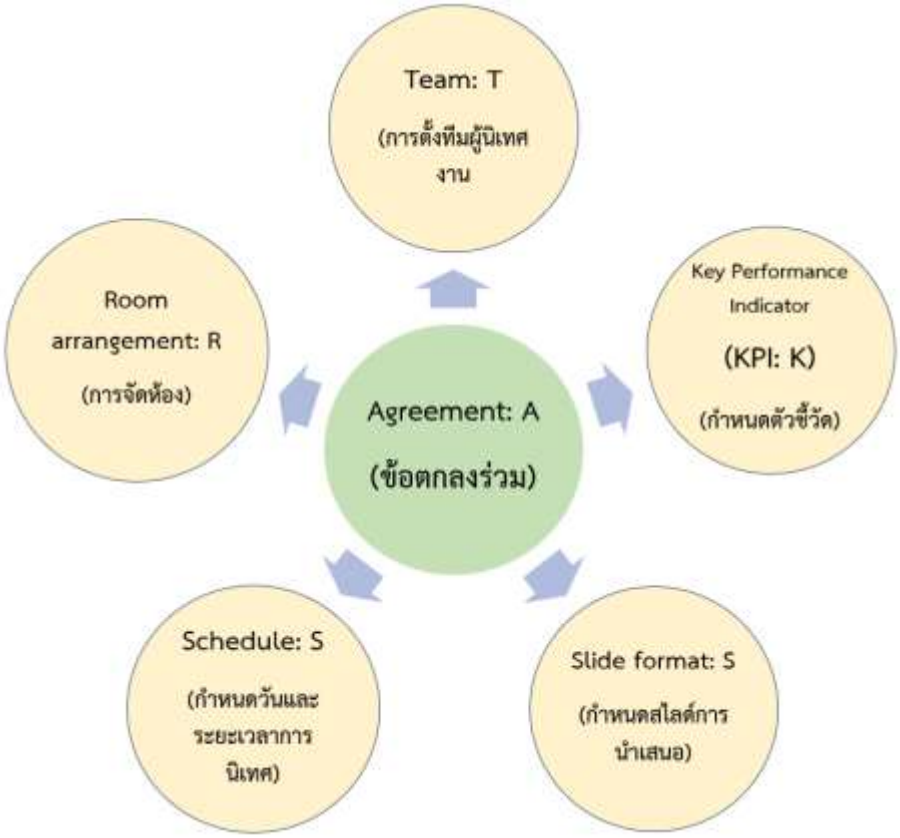
1.การนิเทศงานปี 2567 ที่ร่วมกับ อบจ.จบ.เป็นปีแรกนั้น เป็นการนิเทศงานที่ไม่เน้นเรื่องการติดตามผลงานตามตัวชี้วัด แต่เน้นเรื่องความเข้าใจในงานและการทำงานร่วมกัน ภายใต้ประเด็น 1) การส่งต่อผู้ป่วยใน คปสอ. 2) การประสานงานระหว่างกันใน คปสอ. 3) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงภัยสุขภาพ 4) การจัดการยาและเวชภัณฑ์ 5) การพัฒนาวิชาการ 6) การดำเนินงานในชุมชน ผลที่เกิดขึ้น คือ ผู้แทน อบจ.จบ. และบุคลากรของกองสาธารณสุขสังกัด อบจ.จบ. ยังไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ในบริบทการทำงานทั้งของ รพ. สสอ.และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจฯ เท่าที่ควร แต่ก็มีความเข้าใจในระบบงานสาธารณสุขมากขึ้น ส่วน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปแล้ว ก็มีความเข้าใจในวิธีการทำงานของ อบจ.จบ.มากขึ้นเช่นกัน

2.การนิเทศงานในปี 2568 เน้นการติดตามผลงานตามตัวชี้วัด ใช้แนวคิดการนิเทศงานแบบเสริมพลัง (Empowerment Supervision) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การเปิดโอกาสให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจและวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดทิศทางการทำงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ข้อค้นพบ คือ 1) ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกันที่กำหนดขึ้นมา 16 ตัวนั้น มีจำนวนมากเกิน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

กว่าที่ผู้แทน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจฯ ในพื้นที่ จะเข้าร่วมได้ครบทุกตัวชี้วัด ทำให้ต้องรวบตัวชี้วัดเข้ามาคุยร่วมกันเป็นกลุ่มใหญ่ 2) บาง คปสอ.ไม่ได้รับความร่วมมือจาก รพ.สต.ถ่ายโอนฯ ในการเข้าร่วมนิเทศงานเท่าที่ควร โดยบาง คปสอ. มีตัวแทนเข้าร่วมเพียง 1 คน บาง คปสอ.ก็เข้าร่วมไม่ครบทุก รพ.สต.และบาง คปสอ.ก็เข้าร่วมเพียงชั่วขณะ และกลับออกไป 3) ไม่มีผู้บริหาร และกองสาธารณสุขของ อบจ.จบ.เข้าร่วมการนิเทศงาน มีเพียงผู้แทน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจฯ ที่เรียกว่าประธานสุขภาพพื้นที่เข้าร่วมเท่านั้น ทำให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ส่วนใหญ่ถูกเสนอจากผู้บริหารทางฝั่งกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว

ขั้นพัฒนารูปแบบ การนิเทศงานในปี 2569 ได้พัฒนา Health-Chan Co-Supervision Model ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Health-Chan Co-Supervision Model

คำอธิบาย

Agreement: A หรือการจัดทำข้อตกลงร่วมกันกับ อบจ.จบ.เป็นขั้นตอนเริ่มต้นก่อนการนิเทศงาน โดยเป็นการหารือเพื่อ 1) หาข้อสรุปการมีการนิเทศงาน คปสอ.ร่วมกันในปี 2569 2) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสิ่งที่พึงประสงค์จากการนิเทศงานของทั้ง สสจ.จบ.และ อบจ.จบ. 3) หาข้อสรุปแนวทางการนิเทศงานที่จะใช้ร่วมกัน 4) การเตรียมรูปแบบการนิเทศงานเบื้องต้นตามแนวทางที่กำหนด 5) การร่วมพิจารณาหาข้อสรุปของรูปแบบการนิเทศงาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ข้อตกลงด้านรูปแบบการนิเทศงานร่วมกัน ประกอบด้วย

Team: T คือ การสร้างทีมผู้นิเทศงานที่ประกอบด้วย 1) ฝั่ง อบจ.จบ. ได้แก่ รองนายก และผู้บริหารที่เป็นคณะกรรมการ คปสอ.ของอำเภอนั้นๆ รวมถึงทีมกองสาธารณสุข อบจ.จบ. 2) ฝั่ง สสจ.จบ.ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและทีมผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มและกลุ่มงาน รวมถึงผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดของ สสจ.จบ.

Key Performance Indicator (KPI: K) คือ การกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการนิเทศงานร่วมกัน โดยกำหนดเป็นใน 2 ลักษณะ คือ 1) ตัวชี้วัดหลักสำคัญที่มุ่งเน้นร่วมกัน 3 ตัว 2) ตัวชี้วัดที่เป็นเดียวกันหรือคล้ายกัน 9 ตัว รวมทั้งสิ้น 12 ตัวชี้วัด

Slide format: S คือ การสร้างรูปแบบหัวข้อในสไลด์การนำเสนอ ที่ใช้โปรแกรม CANVA ที่สามารถทำแบบ online และ real time

1.เน้นการนำเสนอรายละเอียดงานตามตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนชัดเจน คือ 1) ส่วนของ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ และ 2) ส่วนของ รพ. สสอ.และ รพ.สต.ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ทั้งนี้ เพื่อให้ทีมผู้นิเทศงานทั้ง อบจ.จบ.และ สสจ.จบ.สามารถรับทราบข้อมูลสถานการณ์ มีความเข้าใจ และสามารถเปรียบเทียบ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่มีประสิทธิภาพ

2.ผู้แทน คปสอ.นำเสนอ 1-2 คน (รพ./สสอ.1 คน และ/หรือ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ 1 คน)

3.แต่ละ คปสอ.นำเสนอรายละเอียดทั้งหมดก่อน แล้วทีมผู้นิเทศให้ข้อเสนอแนะทีละ ตัวชี้วัด

Schedule: S คือ การกำหนดวัน และระยะเวลาของการนิเทศงาน โดยกำหนด 6 วันๆ ละ 2 คปสอ.

Room arrangement: R เป็นการจัดห้องประชุม โดยแบ่งเป็น 2 ฝั่ง คือ ฝั่ง รพ.สต.ถ่ายโอนฯ ที่มีทีมผู้นิเทศงานจาก อบจ.จบ.อยู่ฝั่งเดียวกัน และฝั่ง รพ. สสอ.และ รพ.สต.ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ที่มีทีมผู้นิเทศงานจาก สสจ.จบ.อยู่ฝั่งเดียวกัน เพื่อให้เกิดความใกล้ชิด และสามารถซักถามหรือสื่อสารระหว่างกันได้สะดวก

รูปแบบฯ นี้ ทางกองสาธารณสุข อบจ. และคณะกรรมการบริหาร สสจ. จบ.ให้ความเห็นชอบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2569) สำหรับการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบฯ พบว่า มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90 (9 ข้อ) และระดับปานกลาง ร้อยละ 10 (1 ข้อ) โดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวมความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.31 S.D.=0.46)

ขั้นประเมินผลรูปแบบ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ 80 คน พบว่า

1.ความคิดเห็นการนิเทศงานในขั้นก่อนการนิเทศงาน คปสอ.ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =3.89 S.D.=0.54) และรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การกำหนดกรอบ (หัวข้อ) การนำเสนอ ($\overline{X}$ =4.00 S.D.=0.76) และที่ต่ำที่สุด คือ วิธีการชี้แจงรูปแบบการนิเทศงาน แบบ Online ($\overline{X}$ =3.76 S.D.=0.64) ดังตารางที่ 2

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายความคิดเห็นการนิเทศงาน ในขั้นก่อนการนิเทศงานในภาพรวมและรายข้อ (n=80)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1.วิธีการชี้แจงรูปแบบการนิเทศงาน แบบ Online	3.76	0.64	ดี
2.การประสานงานกันภายใน คปสอ.เกี่ยวกับการนิเทศงาน	3.94	0.68	ดี
3.การกำหนดกรอบ (หัวข้อ) การนำเสนอ	4.00	0.76	ดี
4.การใช้แนวคิดตัวชี้วัดร่วมในการนิเทศงาน	3.95	0.65	ดี
5.ความสะดวกในการจัดห้องประชุมของ รพ.	3.84	0.85	ดี
6.ความเข้าใจในกระบวนการนิเทศงาน	3.82	0.76	ดี
7.การคาดการณ์ในประโยชน์ที่จะได้รับจากการนิเทศงาน	3.94	0.72	ดี
ภาพรวม	3.89	0.54	ดี

2.ความคิดเห็นการนิเทศงาน ในขั้นขณะการนิเทศงาน คปสอ.ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.95 S.D.=0.52) และรายข้ออยู่ทุกข้อในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความสะดวกการใช้โปรแกรม Canva ทำข้อมูลและนำเสนอ ($\bar{X}$ =4.05 S.D.=0.72) และต่ำที่สุด คือ การไม่มีการนำเสนอผลงานทั่วไปของ คปสอ. ($\bar{X}$ =3.79 S.D.=0.85) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายความคิดเห็นการนิเทศงาน ในขั้นขณะนิเทศงานในภาพรวมและรายข้อ (n=80)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1.จำนวนของผู้นิเทศงาน	3.91	0.64	ดี
2.การมีทีมผู้นิเทศงานที่มีผู้บริหารของ อบจ. และสสจ.ร่วมกัน	4.04	0.60	ดี
3.การไม่มีการนำเสนอผลงานทั่วไปของ คปสอ.	3.79	0.85	ดี
4.วิธีการนิเทศฯ ที่ไม่ใช้การประชุม online	3.83	0.74	ดี
5.การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการนิเทศฯ	4.04	0.73	ดี
6.ความสะดวกการใช้ Canva ในการจัดทำข้อมูลและนำเสนอ	4.05	0.72	ดี
7.จำนวนการเข้าร่วมนิเทศงานของ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ	3.90	0.83	ดี
8.ความเหมาะสมของการจัดห้องประชุม	4.04	0.66	ดี
9.การแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ และ รพ./สสอ.รพ.สต.ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ	4.05	0.59	ดี
10.ความเหมาะสมของระยะเวลาในการนำเสนอ	3.99	0.64	ดี
11.ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้สำหรับผู้บริหาร และทีมของ อบจ. จบ.และ สสจ.จบ.ในการให้ข้อเสนอแนะ	3.82	1.03	ดี
12.ความเหมาะสมของระยะเวลาการนิเทศงานโดยรวม	4.00	0.69	ดี
ภาพรวม	3.95	0.52	ดี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

3.ความคิดเห็นการนิเทศงานในขั้นหลังหรือผลการนิเทศงาน คปสอ.ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.99 S.D.=0.63) และรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ($\bar{X}$ =4.17 S.D.=0.70) และที่ต่ำที่สุด ได้รับความรู้ ด้านวิชาการ หรือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X}$ =3.80 S.D.=0.73) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายความคิดเห็นการนิเทศงาน ในขั้นหลังหรือผลการนิเทศงานในภาพรวม และรายข้อ (n=80)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1.การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.17	0.71	ดี
2.การได้ข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมจากผู้บริหาร และทีมนิเทศงาน	4.16	0.64	ดี
3.การได้ “โครงการ/กิจกรรม”ที่นำไปปฏิบัติได้ชัดเจน	3.96	0.72	ดี
4.การนำผลจากการนิเทศไปเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน	3.99	0.78	ดี
5.การได้รับแรงกระตุ้น หรือแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น	3.91	0.81	ดี
6.การได้รับความรู้ ด้านวิชาการ หรือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น	3.80	0.73	ดี
7.เกิดการทำงานร่วมกันภายใน คปสอ.ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.02	0.69	ดี
8.ประโยชน์ที่ได้รับจากการนิเทศงานในภาพรวม	4.01	0.77	ดี
9.การคาดการณ์บรรลุผลตามเป้าหมายของตัวชี้วัด เมื่อสิ้นปี 2569	3.95	0.77	ดี
ภาพรวม	3.99	0.63	ดี

4.เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นการนิเทศงาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า เพศ อายุ สถานการณ์นิเทศงาน และประสบการณ์ในการนิเทศงาน จะมีความคิดเห็นการนิเทศงานทั้งก่อนการนิเทศงาน ขณะนิเทศงาน และหลังหรือผลการนิเทศงานที่ไม่แตกต่างกัน แต่สถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ทำให้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการนิเทศงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ โดยผู้แทนจาก อบจ.จบ.จะมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ =4.52 S.D.=0.50) นอกจากนั้น สถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ยังทำให้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังหรือผลการนิเทศงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ เช่นกัน โดยผู้แทนจาก อบจ.จบ.มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น ($\bar{X}$ =4.59 S.D.=0.52) ดังตารางที่ 5

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นการนิเทศงานตามรูปแบบฯ ในขั้นตอนก่อน ขณะ และหลังนิเทศงาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	n	ก่อนการนิเทศงาน			ขณะนิเทศงาน			หลังนิเทศงาน		
		$\bar{X}$	S.D.	*p* value	$\bar{X}$	S.D.	*p* value	$\bar{X}$	S.D.	*p* value
เพศ [1]										
ชาย	21	3.73	0.68	0.106	3.89	0.63	0.537	3.82	0.73	0.147
หญิง	59	3.95	0.47		3.97	0.48		4.06	0.59	
อายุ (ปี) [2]										
ต่ำกว่า 35	11	3.76	0.52	0.442	3.97	0.41	0.341	4.05	0.36	0.897
36-50	32	3.84	0.52		3.85	0.58		4.02	0.72	
มากกว่า 50	37	3.97	0.57		4.03	0.49		3.96	0.63	
สถานการณ์นิเทศงาน [1]										
ผู้นิเทศงาน	8	4.05	0.26	0.382	3.76	0.15	0.274	4.11	0.56	0.601
ผู้รับนิเทศงาน	72	3.87	0.56		3.97	0.54		3.98	0.64	
สถานที่ปฏิบัติงาน [2]										
สสจ.จบ.	8	4.05	0.26	0.007 *	3.76	0.15	0.062	4.11	0.56	0.006 *
รพ.	40	4.00	0.47		4.06	0.53		4.17	0.57	
สสอ.	11	3.62	0.64		3.92	0.51		3.69	0.59	
รพ.สต.ถ่ายโอนฯ	18	3.62	0.55		3.73	0.55		3.64	0.65	
ผู้แทน อบจ.จบ.	3	4.52	0.50		4.47	0.41		4.59	0.52	
ประสบการณ์ในการนิเทศงาน คปสอ (ปี) [2]										
ต่ำกว่า 5	48	3.97	0.53	0.051	4.00	0.55	0.522	4.06	0.61	0.405
5-10	14	3.95	0.35		3.82	0.30		3.81	0.54	
มากกว่า 10	18	3.61	0.61		3.93	0.57		3.95	0.75	

[1] Independent t-test [2] Oneway ANOVA * *p* value <0.05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

อภิปรายผล

1.สถานการณ์และปัญหาของการนิเทศงาน คปสอ.ในปี 2567 และ 2568 ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงปี 2567–2568 มีการพัฒนาการนิเทศงานอย่างต่อเนื่องตามบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ไปสู่ อบจ.จบ.โดยในปี 2567 การนิเทศงานมุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในระบบงานสาธารณสุขและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานมากกว่าการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้นของการปรับตัวหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่งผลให้บุคลากรของ อบจ.จบ.และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจได้รับโอกาสในการเรียนรู้บทบาท หน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าความเข้าใจต่อบริบทการทำงานร่วมกันยังไม่สมบูรณ์ และยังมีความแตกต่างด้านระบบบริหารจัดการและกระบวนการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การดำเนินงานยังมีลักษณะต่างฝ่ายต่างดำเนินการตามภารกิจของตนเองมากกว่าการทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน

ในปี 2568 แม้จะมีการปรับแนวทางการนิเทศงานให้มุ่งเน้นการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร่วมกันมากขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการนิเทศแบบเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง แต่กลับพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ จำนวนตัวชี้วัดที่มากเกินไป การเข้าร่วมของ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ ที่ไม่ครบถ้วน และการไม่มีผู้บริหารหรือกองสาธารณสุขของ อบจ.จบ.เข้าร่วมกระบวนการนิเทศงาน ทำให้ข้อเสนอแนะและการกำหนดทิศทางการพัฒนางานยังมาจากฝ่าย สสจ.จบ.เป็นหลัก ส่งผลให้กระบวนการนิเทศงานยังไม่สามารถสร้างความเป็นเจ้าของร่วม (Shared Ownership) ระหว่างหน่วยงานได้อย่างเต็มที่

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาสำคัญของการนิเทศงานในช่วงเปลี่ยนผ่านไม่ได้อยู่ที่ตัวชี้วัดหรือผลการดำเนินงานเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความแตกต่างด้านนโยบาย โครงสร้างองค์กร ระบบบริหารจัดการ และวัฒนธรรมการทำงานของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งส่งผลต่อการประสานงานและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของสัญญาศรณ์ สวัสดิ์ไธสง (2567) ที่ระบุว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรจะเกิดประสิทธิผลได้เมื่อทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจ และรับผิดชอบร่วมกัน รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง (2567) ที่พบว่าปัญหาสำคัญของระบบนิเทศงานสาธารณสุขคือการขาดการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การพัฒนาการนิเทศงานในบริบทหลังการถ่ายโอนภารกิจจึงควรมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือ ความไว้วางใจ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ควบคู่ไปกับการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

2.ขั้นการพัฒนา Health-Chan Co-Supervision Model ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับสูง โดยรูปแบบดังกล่าวถูกออกแบบขึ้นจากการวิเคราะห์ปัญหาการนิเทศงานในช่วงปี 2567–2568 และมุ่งแก้ไขปัญหาการขาดการมีส่วนร่วม การสื่อสารที่ไม่เป็นระบบ และการกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ไม่ชัดเจนร่วมกันระหว่าง สสจ.จบ.และ อบจ.จบ.ซึ่งสะท้อนว่ารูปแบบนี้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการนิเทศงานในช่วงที่ผ่านมาได้อย่างเหมาะสม โดยจุดเด่นสำคัญของรูปแบบ คือ การกำหนดกระบวนการ “Agreement” หรือการสร้าง “ข้อตกลงร่วม” ระหว่าง สสจ.จบ.และ อบจ.จบ.ก่อน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เข้าสู่กระบวนการนิเทศงานจริง ซึ่งเปิดโอกาสให้ทั้งสององค์กรได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แนวทางดำเนินงาน และความคาดหวังจากการนิเทศงาน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เกิดความชัดเจนด้านบทบาท หน้าที่ เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน รวมถึงลดช่องว่างระหว่างหน่วยงานที่มีโครงสร้างการบริหารแตกต่างกัน

นอกจากนี้ องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ Team, KPI, Slide format, Schedule และ Room arrangement ยังสะท้อนแนวคิดการบริหารจัดการเชิงระบบที่ให้ความสำคัญทั้งด้านบุคคล กระบวนการ ข้อมูล และสภาพแวดล้อมในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะการกำหนดตัวชี้วัดร่วม (Joint KPI) ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงเป้าหมายของหน่วยงานที่มีโครงสร้างการบริหารแตกต่างกันให้สามารถขับเคลื่อนงานไปในทิศทางเดียวกัน ลดปัญหาการทำงานที่แยกส่วน และส่งเสริมการใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดตัวชี้วัดร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2566) ที่มุ่งเน้นการสร้างความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ขณะเดียวกันการกำหนดรูปแบบการนำเสนอข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันยังช่วยให้ข้อมูลมีความเป็นระบบและเอื้อต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน โดยผู้นิเทศสามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา และให้ข้อเสนอแนะได้อย่างตรงประเด็นมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่มุ่งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน การตัดสินใจ และการดำเนินงานร่วมกัน (สัญญาศรณ์ สวัสดิ์ไธสง, 2567) รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำที่ระบุว่า ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม การประสานความร่วมมือ และการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายเดียวกัน (สุพจน์ ประไพเพชร และคณะ, 2566) ทั้งนี้ การที่ผู้บริหารของทั้งสององค์กรเข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการนิเทศงาน ยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ปฏิบัติงาน และเพิ่มโอกาสในการนำข้อเสนอแนะจากการนิเทศไปสู่การกำหนดนโยบายหรือการตัดสินใจเชิงบริหารได้จริง

แม้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะมีลักษณะแตกต่างจากการศึกษาของมงคลชัย โยธะมาตย์ (2568) ที่ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA เป็นฐานในการพัฒนาระบบนิเทศงาน แต่ทั้งสองการศึกษามีจุดร่วมสำคัญคือการมุ่งพัฒนากระบวนการนิเทศให้มีความเป็นระบบและสามารถนำผลไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงานได้จริง อย่างไรก็ตาม จุดเด่นของ Health-Chan Co-Supervision Model คือการออกแบบขึ้นภายใต้บริบทการทำงานร่วมกันระหว่างราชการส่วนภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะ จึงมีความเหมาะสมกับสถานการณ์หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบนิเทศงานร่วมในจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

3.จากการประเมินรูปแบบฯ พบว่า ความคิดเห็นในระยะก่อน ขณะและหลังการนิเทศงาน คปสอ.อยู่ในระดับ “ดี” ทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศได้อย่างเหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง (2567) ที่พบว่าด้านกระบวนการนิเทศ ระบบการนิเทศงานไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาดการวางแผน ขาดการทำงานเป็นทีมและขาดการกำหนดประเด็นสำคัญในการนิเทศ อย่างไรก็ตาม บางหัวข้อในการวิจัยนี้ เช่น ขั้นก่อนการนิเทศ ในหัวข้อขั้นตอนหรือวิธีการชี้แจงรูปแบบการนิเทศงานแบบ online ที่แม้ว่าจะอยู่ในระดับดีแต่ก็ได้ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สื่อไปถึงการที่อาจจะมีความไม่เหมาะสมบางประการ เช่น บุคลากรไม่สามารถเข้าถึงและรับรู้กระบวนการนิเทศงานได้ครอบคลุมทุกคน หรือช่วงเวลาที่ online ไม่เหมาะสมกับบุคลากรบางคน เป็นต้น ซึ่งส่งผลถึงหัวข้อความเข้าใจในกระบวนการนิเทศงาน ที่มีค่าเฉลี่ย 3.82 ซึ่งยังไม่สูงเท่าที่ควร สำหรับในหัวข้อ การ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

คาดการณ์ในประโยชน์ที่จะได้รับจากการนิเทศงาน ที่มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 3.94 นั้นแสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่กำหนดมีศักยภาพที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเห็นภาพของประโยชน์ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ส่วนการกำหนดกรอบหรือหัวข้อการนำเสนอ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดถึง 4.00 นั้น เป็นจุดแข็งที่เปรียบเสมือนการมีแบบการนำเสนอที่เหมือนกันในทุก คปสอ.ที่มีข้อดี คือ เข้าใจทิศทางการดำเนินงาน จัดทำได้ง่าย สร้างเนื้อหาที่กระชับและไม่ผิดประเด็น ควบคุมเวลาในการนำเสนอได้ และสามารถเพิ่มความมั่นใจในการนำเสนอของผู้นำเสนอ ซึ่งสอดคล้องกับผลความคิดเห็นในขณะนิเทศงานที่พบว่าหัวข้อความสะดวกการใช้ Canva ทำข้อมูลและนำเสนอ มีค่าเฉลี่ย 4.05 ซึ่งสูงที่สุด สำหรับหัวข้อการไม่มีการนำเสนอผลงานทั่วไปของ คปสอ.ที่มีค่าเฉลี่ย 3.79 ซึ่งต่ำที่สุดนั้น เป็นเพราะในการนิเทศงานในครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านเวลา อีกทั้งไม่ได้มุ่งเน้นไปยังผลงานอื่นที่นอกเหนือจากตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน ทำให้การนำเสนออาจจะไม่เป็นไปตามธรรมเนียมที่ปฏิบัติ และอาจไม่ตรงกับความต้องการของ คปสอ.บ้าง

ในส่วนของความคิดเห็นหลังหรือผลการนิเทศงานนั้น พบว่าหัวข้อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ย 4.17 ซึ่งสูงที่สุดนั้น แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าทั้ง อบจ.จบ.และ สสจ.จบ.จะมีโครงการและวิธีการทำงานที่ต่างกัน แต่ความแตกต่างนั้นก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคเสมอไป ถ้ามีนโยบายและรูปแบบการทำงานร่วมกันที่ดี ซึ่งรูปแบบ Health-Chan Co-Supervision Model เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถเป็นรากฐานในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและเหนียวแน่นระหว่างกันได้ด้วยเหตุผล คือ การมีเป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชนผ่านตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกันที่มีความสำคัญมากกว่าความแตกต่างหรือความขัดแย้งระหว่างองค์กร ทำให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิดและเปิดรับมุมมองระหว่างกัน รวมถึงสามารถเติมเต็มส่วนขาดด้านการติดตามประเมินผลงานซึ่งกันและกันได้ ส่วนหัวข้อการได้รับความรู้ ด้านวิชาการ หรือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ที่มีค่าเฉลี่ย 3.80 ที่น้อยที่สุดนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากในระหว่างการนิเทศได้มีกิจกรรมการให้ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและทีมนิเทศงาน ซึ่งภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา (Time constraints) ทำให้ผู้นิเทศงานของ สสจ.จบ.เน้นการให้ข้อเสนอแนะในเชิงการนำไปปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานมากกว่าการให้เชิงองค์ความรู้ อีกทั้งผู้นิเทศงานจาก อบจ.จบ.จะให้ข้อเสนอแนะในลักษณะเชิงการบริหารจัดการมากกว่าด้วยเช่นกัน ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดหนึ่งของรูปแบบนี้ที่กำหนดเวลาในการนิเทศงานไว้ คปสอ.ละครึ่งวัน

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีเพียงปัจจัยสถานที่ปฏิบัติงานเท่านั้นที่ทำให้ค่าเฉลี่ยของผลการนิเทศงานมีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการนิเทศงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ นิตยา แดนราชรัมย์ (2568) ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงาน ไม่ทำให้ความคิดเห็นต่อรูปแบบการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแตกต่างกัน โดยงานวิจัยนี้มีข้อสังเกต คือ ค่าเฉลี่ยก่อนการนิเทศของ รพ.จะสูงกว่า รพ.สต.ถ่ายโอนฯ เป็นเพราะการชี้แจงรายละเอียดการนิเทศนั้น กลุ่มที่เข้าฟังส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง รพ.เป็นหน่วยงานหลักที่จะต้องดำเนินการ และอยู่ในฐานะประธานของ คปสอ.จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจที่มากกว่ากลุ่มอื่น ในทำนองเดียวกัน ในส่วนของ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ อาจจะมีเพียงบางแห่ง หรือเป็นผู้แทนที่เป็นประธานสุขภาพพื้นที่ในแต่ละอำเภอเข้ารับฟังคำชี้แจงรายละเอียดในวันประชุมชี้แจง online เท่านั้น นอกจากนั้นในผลหลังการนิเทศ พบว่า รพ.สต.ถ่ายโอนฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุด อาจจะเป็นเพราะ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เห็นว่าโครงสร้างและกลไกการทำงานของ อบจ.จบ.ยังไม่สนับสนุนการนำผลการนิเทศไปพัฒนางานอย่างเต็มที่ ส่งผลทำให้มุมมองและความสนใจในการที่จะพัฒนางานมีไม่มากเท่าที่ควร

เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้แทน อบจ.จบ.ซึ่งเป็นผู้บริหาร และเป็นบุคลากรของกองสาธารณสุข อบจ.จบ.จะมีค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุดทั้งก่อน ขณะ และหลังการนิเทศงาน อาจเป็นเพราะ 1) นายก อบจ.มีนโยบายและให้ความสนใจกิจกรรมที่มีการทำงานร่วมกันกับ สสจ.และต้องการทราบผลในเรื่องนี้ ทำให้การนิเทศงานครั้งนี้อยู่ในความสนใจ 2) ผู้แทน อบจ.จบ.ที่เป็นผู้บริหาร เป็นอดีตพยาบาลที่เป็นแกนหลักในการนิเทศงาน และต้องเป็นผู้รายงานผลให้นายก อบจ.จบ. อีกทั้งต้องเป็นผู้ที่เป็นประธานฝั่ง รพ.สต.ถ่ายโอนฯ ที่ต้องให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการทำงาน ทำให้มีความจำเป็นต้องเข้าใจรายละเอียดต่างๆ อย่างลึกซึ้ง 3) บุคลากรของกองสาธารณสุข อบจ.เป็นตัวกลางในการประสานงานกับ รพ.สต.ถ่ายโอนฯ จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจที่ถ่องแท้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และรายงานต่อผู้บริหาร อบจ.และอาจจะเห็นตัวอย่างของรูปแบบการนิเทศงานที่จะต่อยอดความคิดในเชิงการพัฒนาไปในงานอื่นจึงมีความสนใจและเห็นถึงประโยชน์ที่ลึกซึ้งกว่ากลุ่มอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหา และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศงานให้ดีขึ้นในบางประเด็นเพิ่มเติม สำหรับการนิเทศงานครั้งต่อไป เช่น การเพิ่มจำนวนตัวชี้วัด การมีเวทีพูดคุยระหว่างกันให้มากขึ้น และการเพิ่มระยะเวลาการนิเทศงานในแต่ละ คปสอ.เป็น 1 วัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า Health-Chan Co-Supervision Model นี้ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดบ้างแต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการนิเทศงานอย่างต่อเนื่องที่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยงาน และบรรลุวัตถุประสงค์การทำงานร่วมกันประการหนึ่งอย่างเป็นรูปธรรม และแสดงให้เห็นถึงความลงตัวในรูปแบบการนิเทศงานในระดับหนึ่ง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.ผู้บริหารทั้งของ สสจ.จบ.และ อบจ.จบ.ควรกำหนดเป็นนโยบายที่ต้องนิเทศงาน คปสอ.ร่วมกันเป็นประจำทุกปี โดยกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการให้ชัดเจน

2.ในการนำรูปแบบ Health-Chan Co-Supervision Model ไปใช้ในปีต่อไป ควรมีการทบทวนกันในรายละเอียดของรูปแบบอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้รายละเอียดของ Model นี้เป็นหลัก และเพิ่มเติมรายละเอียดให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3.ควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้นิเทศงานร่วมกัน โดยเฉพาะผู้นิเทศในส่วนของ อบจ.จบ.ที่งานวิจัยนี้พบว่าเป็นการให้ข้อเสนอแนะในลักษณะทั่วไปมากกว่าที่จะเสนอแนะในเชิงวิชาการหรือการทำงานในเชิงลึก

4.ในจังหวัดอื่นที่สนใจในการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการนิเทศงาน ควรศึกษาและทบทวนถึงบริบทต่างๆ ทั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และภายใน คปสอ.ว่าเหมาะสมและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันหรือไม่ เพราะ Health-Chan Co-Supervision Model นี้อยู่ภายใต้เงื่อนไขการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาโดยใช้เทคนิคเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นต้น เพิ่มเติมจากข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อค้นหาเหตุผลหรือคำอธิบายประเด็นต่างๆ ในเชิงลึก

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมการเกษตร. (2568). *การถอดองค์ความรู้ เรื่อง เทคนิคการใช้ Canva ในการนำเสนองาน*. เอกสารอัดสำเนา.

ไชยยา จักรสิงห์โต. (2560). ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.

ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง. (2567). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้นิเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, *9* (12), 2691-2703.

นิตยา แดนราชรัมย์. (2568). *ความคิดเห็นของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ต่อรูปแบบการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ*. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.

พงศ์เทพ จิระโร. (2555). การประเมินโครงการ: สิ่งจำเป็นในการทำงานยุคใหม่. *วารสารศึกษาศาสตร์*, *23*(3), 43-55.

มงคลชัย โยธะมาตย์. (2568). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการตรวจราชการและนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6 (1), 348-361.

รัตนจันทร นาดี. (2563). การประเมินผลโครงการ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการส่งเสริมและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, *10*(2), 25-38.

วิชนีย์ ทศศะ. (2561). *การพัฒนารูปแบบการนิเทศภายในสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

วิรัช ประวันเตา และจามจุรี เพียรทำ. (2566). ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด ที่มีต่อผู้นิเทศในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *32*(1), 165-175.

สัญญาศรณ์ สวัสดิ์ไธสง. (2567). การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม: แนวทางการสร้างพลังความร่วมมือในองค์การ. *วารสารการบริหารการจัดการ และการพัฒนาที่ยั่งยืน*, *2*(4), 841-852.

สุพจน์ ประไพเพชร, สราวุฒิ กุลแดง, ราตรี เลิศหว้าทอง และสุดสวาสดิ์ ประไพเพช. (2566). ภาวะผู้นำ: แนวคิด ทฤษฎี และองค์ประกอบ. *วารสารครุศาสตร์ปัญญา*, *2* (1), 59-73.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (มปป.). *15 ปีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2566). *รายละเอียดตัวชี้วัดขับเคลื่อนการบูรณาการร่วมกัน (Joint KPIs) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2568ก). *เอกสารประกอบการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2568*. เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2568ข). *รายงานประจำปี 2568*. เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2569). *รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ครั้งที่ 1/2569 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2569*. เอกสารอัดสำเนา.

Courtney E. Ackerman. (2018). *What is Environmental Psychology?*. Retrieved from https://positivepsychology.com/environmental-psychology/

Stringer, E. T. (2014). *Action research* (4th ed.). California: SAGE.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

พรรภษา กูนแสง[1], สุภัสสรา ดวงตา[1], ณัฐพล ไวกล้า[1] และอรัญญา นามวงศ์[2*]

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 25 มกราคม 2569; วันที่แก้ไข: 8 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 3 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความเสี่ยงในการหกล้มและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 - มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 150 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง และแบบประเมินภาวะหกล้มในชุมชน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น เท่ากับ 0.91 0.86 และ 0.99 ตามลำดับ และแบบสอบถามการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติกทวิภาค กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน คือ ร้อยละ 57.33 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (OR_{adj}=3.15, 95% CI=1.37-7.27, p<0.01) ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (OR_{adj}=9.24, 95% CI=1.64-52.13, p<0.05) และความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (OR_{adj}=2.68, 95% CI=1.20-6.01, p<.05) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรนำปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษาและความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มาเป็นข้อมูลสำคัญในการคัดกรองและเฝ้าระวังเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการหกล้มเชิงรุกของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการหกล้ม, ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย, ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** อรัญญา นามวงศ์; arunya.n@bcnpy.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

Prevalence and Associated Factors of Fall Risk among Community-dwelling Older Adults

Panpasa Goonsang, Supatsara Duangta, Nattaphon Waikla, Arunya Namwong*

[1]3rd year Nursing students, Boromrajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Instructor, Boromrajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 25 January 2026; Revised: 8 June 2026; Accepted: 3 July 2026)

Abstract

This descriptive correlational cross-sectional study aimed to explore the prevalence of fall risk and its associated factors among community-dwelling older adults in Mueang District, Phayao Province. A multistage sampling method was utilized to select a sample of 150 older adults aged 60 years and above during December 2023 to January 2024. The instruments for data collection included a personal information questionnaire, the SARC-F questionnaire for sarcopenia risk assessment, the FRAIL scale for frailty screening, the Thai Falls Risk Assessment Test (Thai FRAT), and a family functioning assessment questionnaire. The reliability of the SARC-F, FRAIL scale, and Thai FRAT was evaluated using the test-retest method, yielding Intraclass Correlation Coefficients (ICCs) of 0.91, 0.86, and 0.99, respectively. The family functioning questionnaire demonstrated internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression at a statistical significance level of p<.05.

The results demonstrated that the prevalence of fall risk among community-dwelling older adults was 57.33%. Factors significantly associated with an increased fall risk included being female (OR_{adj} = 3.15, 95% CI = 1.37–7.27, p<0.01), having an education level higher than primary school (OR_{adj} = 9.24, 95% CI = 1.64–52.13, p<0.05), and being at risk for sarcopenia (OR_{adj} = 2.68, 95% CI = 1.20–6.01, p<0.05). Consequently, healthcare professionals should incorporate these factors including gender, educational attainment, and sarcopenia risk into targeted screening protocols and proactive care management frameworks to prevent falls among community-dwelling older adults.

Keywords: fall risk, sarcopenia, community-dwelling older adults

***Corresponding author**: อรัญญา นามวงศ์; arunya.n@bcnpy.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 14,075,243 คน จากประชากรของประเทศไทย จำนวน 65,826,149 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 21.71 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุหลายด้านตามมา โดยเฉพาะอุบัติการณ์การหกล้มและการบาดเจ็บ เนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มมากขึ้น เริ่มมีภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (aging process) โดยเฉพาะ พบว่า มวลกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง ระบบประสาทรับความรู้สึกเริ่มเสื่อมถอยรวมถึงความแข็งแรง การทรงตัว ความมั่นคงในการยืนถดถอยลงเช่นกัน (Xing et al., 2023) จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุในทวีปเอเชีย พบว่า มีอุบัติการณ์การหกล้มอยู่ระหว่าง ร้อยละ 15-26 (Ngamsangiam & Suttanon, 2020) ในประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 7 (พ.ศ.2567-2568) เกี่ยวกับสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุไทย พบ ความชุกของการหกล้มในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาในผู้สูงอายุไทยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ที่ ร้อยละ 16.2 โดยเพศหญิงมีอัตราการหกล้ม ร้อยละ 18.3 สูงกว่าเพศชาย ซึ่งพบ ร้อยละ 13.5 ส่วนช่วงอายุที่เสี่ยงสูงสุดในการหกล้มคือมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 20.9 สถานที่หกล้มมากที่สุดคือนอกตัวบ้าน ร้อยละ 64.5 (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) โดยการหกล้มแต่ละปีของผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า ร้อยละ 25 ส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต (Colón-Emeric, McDermott, Lee, & Berry,2024)

การหกล้มเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ อาจทำให้การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานลดลง เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ (Salari, Darvishi, Ahmadipanah, Shohaimi & Mohammadi, 2022) จากการศึกษาภาระโรคระดับโลกล่าสุด รายงานว่าการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิต มีการรวบรวมข้อมูลทั่วโลก ปี ค.ศ. 2021 โดยการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต พบมากถึง 555,539 ราย คิดเป็น ร้อยละ 174.08 และมีอุบัติการณ์การหกล้มสูงถึง 45.6 ล้านครั้งทั่วโลก ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 182 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 หรือในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา และคาดการณ์ว่าแนวโน้มของปัญหานี้จะยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปี ค.ศ. 2040 (Chen et al., 2025) การหกล้มได้ส่งผลต่อโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหากเกิดการบาดเจ็บรุนแรง โดย ผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วเกิดกระดูกหักที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือนอนโรงพยาบาลนานเกินกว่า 4 วัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Khalaf & Değer, 2023) ในด้านผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจและความกลัวการหกล้มซ้ำ (fear of falling) (Colón-Emeric et al., 2024) ในประเทศไทยมีการศึกษา พบว่า การหกล้มส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ในเขตภาคเหนือของไทยอย่างมีนัยสำคัญ (Kantow et al., 2021)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ปัจจัยภายในที่ทำให้หกล้มที่สำคัญ ได้แก่ ความบกพร่องของการทรงตัวและการเดิน ภาวะความดันตกขณะเปลี่ยนท่า ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และความบกพร่องทางประสาทสัมผัส การใช้ยาหลายชนิด และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่างๆ (Colón-Emeric et al., 2024) และในทวีปเอเชีย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รวมถึง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

โรคประจำตัว สมรรถภาพทางกาย ความจำและการรู้คิด ประวัติการหกล้มในอดีต ความกลัวต่อการหกล้ม สายตาและการมองเห็น อาการเวียนศีรษะ โรคเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัจจัยจำเพาะที่ควรให้ความสำคัญคือ อาการปวดเฉพาะที่ เช่น บริเวณหลังและเข่า รวมถึงคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ (Ngamsangiam & Suttanon, 2020) นอกจากนี้การมีโรคเรื้อรังหลายชนิดร่วมกัน เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และพาร์กินสัน เป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ (Xu, Ou, & Li, 2022) เช่นเดียวกับภาวะความจำและการรู้คิดบกพร่อง อายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง ความกลัวการหกล้ม ประวัติการล้ม การมองเห็นบกพร่อง อาการซึมเศร้า และความผิดปกติของการเดิน ทรงตัว การกลัวการล้ม รายได้ และการบาดเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หกล้มในผู้สูงอายุ (Li et al, 2023; จตุพร เหลืองอุบล, สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพจน์, 2563) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้ง่าย มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ และทำให้กระดูกหักร่วมด้วย (Yeung et al, 2019) และการศึกษาระยะยาวในกลุ่มที่เกษียณอายุประเทศจีน พบว่า ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการหกล้ม โดยเพิ่มโอกาสเสี่ยงการหกล้มสูงถึง 1.64 เท่า (OR = 1.64, 95% CI: 1.23-2.19) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุปกติ และติดตามผลระยะยาว 4 ปี พบว่า ผู้ที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีโอกาสเกิดการหกล้มครั้งใหม่ มากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะนี้ถึง 1.32 เท่า (HR = 1.32, 95% CI: 1.11-1.57) (Yang et al., 2025) นอกจากนี้ภาวะเปราะบาง (frailty) ในผู้สูงอายุยังเพิ่มความเสี่ยงการหกล้มมากขึ้นสูงกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรงถึง 1.48 เท่า (RR = 1.48) อย่างมีนัยสำคัญ (Yang et al., 2023) และเป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการการหกล้มในผู้สูงอายุร่วมด้วยจึงควรคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก (Chittrakul, Siviroj, Sungkarat, & Sapbamrer, 2020) ปัจจัยด้านค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการศึกษาย้อนหลังในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 4,642 ราย ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักน้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน (BMI<18.5 kg/m²) มีความเสี่ยงต่อการหกล้มและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในกลุ่มอายุ 65-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Kim, Seol, & Lee, 2024) และปัจจัยด้านการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ (วรัญญ์ศิชา ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ, 2564)

จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 127,914 คน คิดเป็นร้อยละ 28.47 ซึ่งมากกว่า ร้อยละ 20 เป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) มีการศึกษาการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ของ จังหวัดพะเยา พบว่า ปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมในชีวิตประจำวัน สุขภาพกายและสุขภาพจิต และปัจจัยภายนอก คือปัจจัยสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้ม (อริสรา บุญรักษา, 2564) อย่างไรก็ตามการศึกษาความชุกเกี่ยวกับการหกล้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยายังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนชนบทที่ยังต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมให้หลากหลายมิติเพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมสาเหตุและปัจจัยมากขึ้น สอดคล้องกับบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การศึกษาความชุกและปัจจัยปัจจัยที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

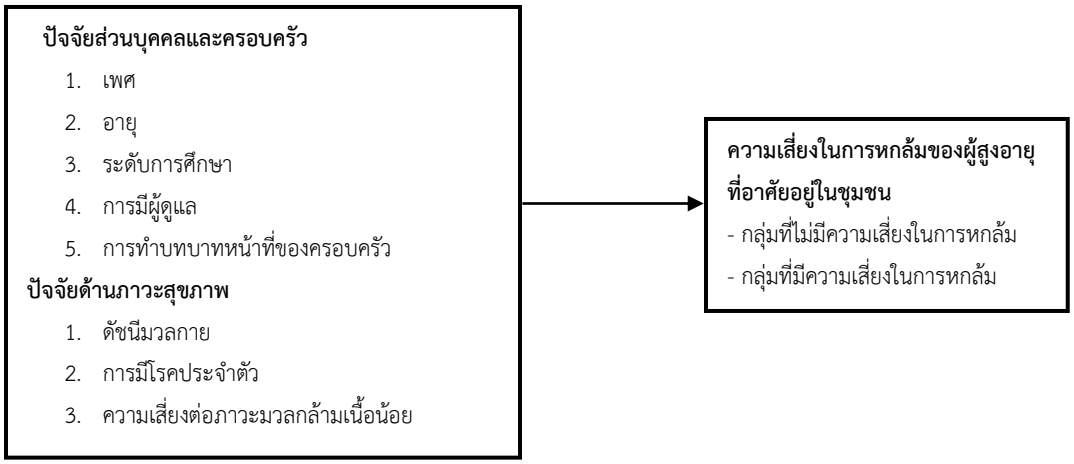
สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตอำเภอเมือง พะเยา ครั้งนี้สามารถนำไปสู่การคัดกรองและพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างรอบด้านมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยต่างๆ ได้มาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (cross-sectional descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความชุกของความเสี่ยงในการหกล้มและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในตำบลบ้านสาง บ้านตุ่น และสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 - มกราคม พ.ศ. 2567

ประชากร ประชากรคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 21,595 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนด Test family เป็น z tests กำหนด Statistical test เป็น Logistic regression และในส่วน Input parameters: กำหนด Two tails กำหนดความน่าจะเป็นของกลุ่มที่มีความเสี่ยง (odds ratio: OR) เป็น 1.72 (Yeung et al., 2019) ความน่าจะเป็นของกลุ่มไม่มีความเสี่ยง (Pr(Y-1|X=1)) เป็น 0.333 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เป็น 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 135 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 150 คน

โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) คือ ขั้นที่ 1 สุ่มระดับตำบลจากพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาจากทั้งหมด 15 ตำบล ในสัดส่วน 1:5 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้พื้นที่ตัวแทนจำนวน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านสาง ตำบลบ้านตุ่น และตำบลสันป่าม่วง และขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากกรอบการสุ่มจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละตำบล ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 50 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 150 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 3) มีความยินดีที่จะร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน และ 2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูลได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแล การทำบทบาทหน้าที่ครอบครัว ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย SARC-F ฉบับภาษาไทย (Thai version of SARC-F questionnaire) แปลเป็นภาษาไทยโดย Akarapornkrailert et al (2020) เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบสำรวจ ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามรายข้อมีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยยกของหนัก 4.5 กิโลกรัม 2) ความลำบากในการเดินจากห้องหนึ่งไปอีกห้องหนึ่ง 3) ความลำบากในการลุกจากเก้าอี้หรือเตียงนอน 4) ความลำบากในการเดินขึ้นบันได 10 ขั้น และ 5) การหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยคำถามข้อที่ 1-4 จะมีการแปลผล ดังนี้ ไม่ลำบาก (0 คะแนน) ค่อนข้างลำบาก (1 คะแนน) ลำบากมากหรือทำไม่ได้เลย (2 คะแนน) และคำถามข้อที่ 5 การแปลผล โดย ไม่หกล้ม (0 คะแนน) หกล้ม 1-3 ครั้ง (1 คะแนน) หกล้ม 4 ครั้งหรือมากกว่า (2 คะแนน) เกณฑ์การประเมิน คือ คะแนน 0-3 คะแนน บ่งบอกถึงภาวะมวลกล้ามเนื้อปกติ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไปคือเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคัดกรองภาวะเปราะบาง

ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองภาวะเปราะบางแปลเป็นภาษาไทยโดย Sriwong et al. (2019) มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการที่มีชุดคำตอบให้ผู้ตอบได้เลือกตอบตามข้อมีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ 1) อาการอ่อนเพลีย ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) การขึ้นบันได10 ขั้นต้องหยุดพักหรือมีอุปกรณ์ช่วยเดิน 3) การเดินระยะ 300-400 เมตรหยุดพักหรือมีอุปกรณ์ช่วยเดิน 4) การมีโรคร่วม และ 5) ประเมินน้ำหนักตัวที่ลดลงในรอบ 1 ปี การให้คะแนนคือ โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะดังกล่าว 1 คะแนน หมายถึงมีภาวะดังกล่าว โดยมีคะแนนรวม 0-5 คะแนน หากมีคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ วรัญญ์ศิชา ทรัพย์ประสริ และคณะ (2564) เป็นแบบสอบถามที่ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนสูงสุดคือ 60 คะแนน และคะแนนต่ำสุดคือ 12 คะแนน การแปลผลระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) ปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน) และมาก (3.67 - 5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน (Thai FRAT)

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของลัดดา เถียมวงศ์, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และจักษณา ปัญญาชีวิน (2547) แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ ประกอบด้วย หญิง (1 คะแนน) ชาย (0 คะแนน) 2) การมองเห็นบกพร่อง ประกอบด้วย ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 เมตรได้มากกว่าครึ่ง (1 คะแนน) อ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 เมตรได้มากกว่าครึ่ง (0 คะแนน) 3) การทรงตัวบกพร่อง ประกอบด้วย ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที (2 คะแนน) ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที (0 คะแนน) 4) การใช้ยา ประกอบด้วย กินยาชนิดใดก็ได้ที่อยู่ในแบบสอบถาม เช่น ยาขับปัสสาวะ ยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิต รวมกันตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (1 คะแนน) กินยาชนิดใดก็ได้น้อยกว่า 4 ชนิด (0 คะแนน) 5) ประวัติการหกล้ม ประกอบด้วย มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา (5 คะแนน) ถ้าไม่มี (0 คะแนน) และ 6) สภาพที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย อยู่บ้านยกสูงตั้งแต่ 2 เมตรขึ้นไป ต้องขึ้น-ลงโดยใช้บันได (1 คะแนน) และไม่ได้อยู่บ้านลักษณะดังกล่าว (0 คะแนน) เกณฑ์การประเมิน คือ ถ้ามีคะแนน 4-11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งจะกำหนดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม และถ้ามีคะแนน 0-3 คะแนน หมายถึง ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งจะกำหนดเป็นกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงในการหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ดังนี้

1. แบบประเมิน SARC-F Questionnaire, FRAIL scale และ Thai FRAT ใช้วิธีทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

จะเก็บข้อมูลจริง จำนวน 20 ราย โดยประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) เท่ากับ 0.91, 0.86, และ 0.99 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลจริง และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ทีมผู้วิจัยนำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เพื่อขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาง ตำบลบ้านตุ่น และตำบลสันป่าม่วง เพื่อติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านและลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามหมู่บ้าน โดยทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาสัมภาษณ์ 10-15 นาทีต่อคน ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรต้น (multicollinearity) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (VIF<5, Tolerance>0.2) (Hair et al., 2019) และมีการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่ผ่านเกณฑ์ (p-value of Wald's test ≤ 0.25) (Hosmer & Lemeshow, 2013) ก่อนนำเข้าสถิติถดถอยโลจิสติกทวิภาค (binary logistic regression) นำเสนอผลการศึกษาด้วยความน่าจะเป็นของกลุ่มที่มีความเสี่ยง (adjusted odds ratio: OR_{adj}) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95% confidence interval: 95% CI) โดยมีการแปลค่าของ OR_{adj} เป็น 2 กรณี คือ 1) ค่า $OR_{adj} > 1$ ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และ 2) ค่า $OR_{adj} < 1$ ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเชิงป้องกัน (protective factor) ในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ REC 011/66 วันที่รับรอง 22 ธันวาคม 2566 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

วัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ์โดยมีเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยรายงานตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความชุกของความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน มีความชุกของความเสี่ยงในการหกล้ม จำนวน 86 คน คิดเป็น ร้อยละ 57.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของความเสี่ยงในการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ความเสี่ยงในการหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงในการหกล้ม (0-3 คะแนน)	64	42.67
กลุ่มที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม (4-11 คะแนน)	86	57.33
รวม	**150**	**100.00**

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม จำนวน 86 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.26 เพศชาย ร้อยละ 26.74 ส่วนมากเป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 47.67 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 83.72 และ 95.35 ตามลำดับ และเกินครึ่งมีบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมาก ร้อยละ 59.30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	no risk of falls (n=64)	risk of falls (n=86)	Total (n=150)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	32 (50.00)	23 (26.74)	55 (36.67)
หญิง	32 (50.00)	63 (73.26)	95 (63.33)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	no risk of falls (n=64)	risk of falls (n=86)	Total (n=150)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี) Min-Max=60-97, $\bar{X}$=72.19 (SD=7.61)			
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	35 (54.69)	28 (32.56)	63 (42.00)
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	22 (34.38)	41 (47.67)	63 (42.00)
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	7 (10.93)	17 (19.77)	24 (16.00)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	62 (96.88)	72 (83.72)	134 (89.33)
สูงกว่าประถมศึกษา	2 (3.13)	14 (16.28)	16 (10.67)
การมีผู้ดูแล			
ไม่มีผู้ดูแล	5 (7.81)	4 (4.65)	9 (6.00)
มีผู้ดูแล	59 (92.19)	82 (95.35)	141 (94.00)
การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว Min-Max=12-60, $\bar{X}$=47.49 (SD=9.25)			
มีบทบาทหน้าที่น้อย (0-29 คะแนน)	4 (6.25)	3 (3.49)	7 (4.67)
มีบทบาทหน้าที่ปานกลาง (30-47 คะแนน)	21 (32.81)	32 (37.21)	53 (35.33)
มีบทบาทหน้าที่มาก (48 คะแนนขึ้นไป)	39 (60.94)	51 (59.30)	90 (60.00)

ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม จำนวน 86 คน มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.41 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m²) (SD=5.31) ส่วนมากอยู่ในระดับปกติสมส่วน ร้อยละ 34.88 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.23 เกินครึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 61.63 และมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 23.26 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ภาวะสุขภาพ	no risk of falls (n=64)	risk of falls (n=86)	Total (n=150)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย (BMI) Min-Max=13.8-43.8, $\bar{X}$=23.18 (SD=4.70)			
ปกติสมส่วน (18.5 – 22.9)	21 (32.81)	30 (34.88)	51 (34.00)
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	10 (15.63)	15 (17.44)	25 (16.67)
น้ำหนักเกิน (23 – 24.9)	11 (17.19)	13 (15.12)	24 (16.00)
อ้วน (25 ขึ้นไป)	22 (34.37)	28 (32.56)	50 (33.33)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ภาวะสุขภาพ	no risk of falls (n=64) จำนวน (ร้อยละ)	risk of falls (n=86) จำนวน (ร้อยละ)	Total (n=150) จำนวน (ร้อยละ)
การมีโรคประจำตัว			
ไม่มี	25 (39.06)	17 (19.77)	42 (28.00)
มี	39 (60.94)	69 (80.23)	108 (72.00)
ความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย Min-Max=0-9, $\bar{X}$=3.30 (SD=2.14)			
ภาวะมวลกล้ามเนื้อปกติ (0-3 คะแนน)	48 (75.00)	33 (38.37)	81 (54.00)
ภาวะมวลกล้ามเนื้อพร่อง (4 คะแนนขึ้นไป)	16 (25.00)	53 (61.63)	69 (46.00)
ภาวะเปราะบาง Min-Max=0-4, $\bar{X}$=1.32 (SD=1.13)			
ไม่มีภาวะเปราะบาง (0-2 คะแนน)	60 (93.75)	66 (76.74)	126 (84.00)
มีภาวะเปราะบาง (3 คะแนนขึ้นไป)	4 (6.25)	20 (23.26)	24 (16.00)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรต้น (multicollinearity) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (VIF<5, tolerance>0.2) (Hair et al., 2019) และมีการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่ผ่านเกณฑ์ (p-value of wald's test ≤ 0.25) (Hosmer & Lemeshow, 2013) ก่อนนำเข้าสถิติถดถอยโลจิสติกทวิภาค (binary logistic regression) ได้แก่ เพศ (p=.004) อายุ (p=.010) ระดับการศึกษา (p=.021) การมีโรคประจำตัว (p=.010) ความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (p=.000) และภาวะเปราะบาง (p=.009)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีโอกาสของความเสี่ยงในการหกล้มเป็น 3.15 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (OR_{adj}=3.15, 95% CI=1.37-7.27, p<.01) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีโอกาสของความเสี่ยงในการหกล้มเป็น 9.24 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (OR_{adj} =9.24, 95% CI=1.64 - 52.13, p<.05) และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีโอกาสของความเสี่ยงในการหกล้มเป็น 2.68 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อปกติ (OR_{adj} =2.68, 95% CI=1.20 - 6.01, p<.05) ในส่วนของอายุ การมีโรคประจำตัว และภาวะเปราะบาง ไม่มีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (n=150)

ปัจจัย	no risk of falls (n=64)	risk of falls (n=86)	Adjusted OR	95% CI of $OR_{adj.}$	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		Lower - Upper	
เพศ					
ชาย	32 (50.00)	23 (26.74)		Ref.	
หญิง	32 (50.00)	63 (73.26)	3.15	1.37 - 7.27	.007**
อายุ (ปี)					
60-69 ปี	35 (54.69)	28 (32.56)		Ref.	
70-79 ปี	22 (34.38)	41 (47.67)	2.06	0.90 - 4.72	.087
80 ปีขึ้นไป	7 (10.93)	17 (19.77)	3.36	0.99 - 11.37	.052
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	62 (96.88)	72 (83.72)		Ref.	
สูงกว่าประถมศึกษา	2 (3.13)	14 (16.28)	9.24	1.64 - 52.13	.012*
โรคประจำตัว					
ไม่มี	25 (39.06)	17 (19.77)		Ref.	
มี	39 (60.94)	69 (80.23)	1.65	0.71 - 3.85	.245
ความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย					
ภาวะมวลกล้ามเนื้อปกติ	48 (75.00)	33 (38.37)		Ref.	
ภาวะมวลกล้ามเนื้อพร่อง	16 (25.00)	53 (61.63)	2.68	1.20 - 6.01	.017*
การมีภาวะเปราะบาง					
ไม่มีภาวะเปราะบาง	60 (93.75)	66 (76.74)		Ref.	
มีภาวะเปราะบาง	4 (6.25)	20 (23.26)	3.22	0.91 - 11.44	.070

*p<.05, **p<.01

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน มีความชุกของความเสี่ยงในต่อการหกล้ม จำนวน 86 คน ร้อยละ 57.33 ($\overline{X}$= 4.89, S.D. = 3.07, Max= 11, Min= 0) ซึ่งสูงกว่าอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนของทวีปเอเชียที่สำรวจพบอยู่ระหว่าง ร้อยละ 15-26 (Ngamsangiam & Suttanon, 2020) และสูงกว่าการสำรวจ ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่นำมาเปรียบเทียบกับความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุไทยภายใน 6 เดือน จากการการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 อยู่ที่ ร้อยละ 16.9 (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) รวมถึงสูงกว่าการศึกษา

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

อุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุไทย 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบ ร้อยละ 37.4 (Sukchan et al., 2025) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70 -79 ปี ร้อยละ 41 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลาง ซึ่งอาจจะมีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกระดูกและกล้ามเนื้อที่ทำงานลดลง ทำให้ความสามารถเชิงปฏิบัติลดลง โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย เกือบครึ่ง คือ ร้อยละ 46.00 รวมถึงเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 73.26 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาความชุกในการหกล้มของผู้สูงอายุประเทศไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุหญิงเคยหกล้มมีจำนวน ร้อยละ 19.0 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชายซึ่งมี ร้อยละ 13.9 (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) รวมถึงจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่า อายุและเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้มได้ถึง 1.15 และ1.52 เท่า ตามลำดับ (Li et al., 2023)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ผลการศึกษาสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง (OR_{adj}=3.15, 95% CI=1.37-7.27, p<.01) การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (OR_{adj}=9.24, 95% CI=1.64 - 52.13, p<.05) และความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (OR_{adj}=2.68, 95% CI=1.20 - 6.01, p<.05) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อธิบายได้ ดังนี้

เพศ: จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง (OR_{adj}=3.15, 95% CI=1.37-7.27, p<.01) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีโอกาสของความเสี่ยงในการหกล้มเป็น 9.24 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เพศหญิงมีความชุกของการเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย โดยพบมากถึง ร้อยละ 73.26 อาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายตามธรรมชาติ ความแข็งแรงของกลามเนื้อและกระดูก ของผู้สูงอายุเพศหญิงมีน้อยกว่าเพศชาย โดยเฉพาะเพศหญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง และเร่งกระบวนการสลายกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน และมวลกล้ามเนื้อน้อย จึงทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวช้าลงทำให้เสียการทรงตัว (Li et al., 2023; Nur'amalia et al., 2025) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของทวีปเอเชีย พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าเพศชายประมาณ 1.4 – 2.9 เท่า (Ngamsangiam & Suttanon, 2020) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนทั่วโลก พบว่า และเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้มได้ถึง 1.5 เท่า (Li et al., 2023) นอกจากนี้มีการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีกำลังกล้ามเนื้อขา และความสามารถในการกระโดด ต่ำกว่าเพศชาย ส่งผลให้ความสามารถในการทรงตัวและการตอบสนองต่อการล้มได้ไม่ดี (Winger et al., 2021) รวมทั้งเพศหญิงมีความกลัวต่อการหกล้มมากกว่าทำให้ไม่กล้าเดินหรือทรงตัวอีกครั้งเมื่อมีประสบการณ์การหกล้มมาแล้ว 1 ครั้ง ซึ่งจะส่งผลทำให้ร่างกายอ่อนแอลงเรื่อยๆ และรวมถึงเพศหญิงยังทำงานเป็นแม่บ้าน ทำงานบ้านต่างๆ มากกว่าเพศชาย จึงอาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หกล้มได้ง่ายกว่าเพศชายได้มาก (Li et al., 2023; Nur'amalia et al., 2025) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่มารักษาในคลินิกสูงอายุโรงพยาบาล พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย ถึง 1.92 เท่า (Saokhieo et al., 2025) ซึ่งในแบบประเมินการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

หกล้มในชุมชนของผู้สูงอายุไทย (Thai FRAT) ที่ใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ได้กำหนดคะแนนความเสี่ยงของการหกล้มโดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชายเช่นกัน กล่าวคือ หากเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงประเมินได้ 1 คะแนน ส่วนเพศชาย ได้ 0 คะแนน (ลัดดา เถียมวงศ์ และคณะ 2547) แสดงถึงความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษา: ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีโอกาสของความเสี่ยงในการหกล้มเป็น 9.24 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (OR_{adj}=9.24, 95% CI=1.64 - 52.13, p<.05) และเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามีมากที่สุดถึงร้อยละ 89.33 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามีเพียงร้อยละ 10.67 เท่านั้น อาจเกิดข้อจำกัดด้านการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการวิเคราะห์ช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ของตัวแปรนี้มีความกว้างค่อนข้างมากคืออยู่ในช่วง 1.64 - 52.13 อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท เป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากบริบทผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้สัดส่วนของผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีจำนวนน้อยมาก นอกจากนี้อาจอธิบายได้จากพฤติกรรมว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงซึ่งมักจะเป็นอดีตข้าราชการหรือผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มั่นคง อาจยังคงมีกิจกรรมทางสังคมหรือการทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวอยู่นอกบ้านมากกว่า เป็นกลุ่มที่กระฉับกระเฉง และมีวิถีชีวิตที่ต้องออกนอกบ้านบ่อยครั้ง เช่น การขับขี่ยานพาหนะ การเดินทางไปทำกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน จึงอาจจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากกว่า โดยในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ส่วนใหญ่ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง (Sukchan et al., 2025; Ebrahim et al., 2025)

ความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย: ความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากถึง ร้อยละ 61.63 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีโอกาสของความเสี่ยงในการหกล้มเป็น 2.68 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อปกติ (OR_{adj}=2.68, 95% CI=1.20 - 6.01, p<.05) ทั้งนี้จากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่พบในผู้สูงอายุเกือบทุกราย เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบที่ถดถอยลง โดยเฉพาะการสูญเสียใยกล้ามเนื้อชนิดเร็ว ซึ่งทำหน้าที่ผลิตกำลังของกล้ามเนื้อ (muscle power) และความเร็วในการหดตัว จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถก้าวเท้าเร็วได้ ร่วมกับการมีไขมันเข้ามาแทรกในกล้ามเนื้อ ส่งผลให้แรงบีบและแรงหดตัวลดลง ประกอบกับการเสื่อมถอยของระบบประสาทสั่งการที่ควบคุมการทรงตัวเกิดความล่าช้าและขาดความแม่นยำ จึงทำให้เสียการทรงตัวและหกล้มง่าย (Rodrigues, Domingos, Monteiro & Morouço, 2022) โดยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุและอาจส่งผลให้เกิดกระดูกหัก (Yeung et al, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาระยะยาวในกลุ่มที่เกษียณอายุประเทศจีน พบว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการหกล้ม โดยเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงถึง 1.64 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุปกติ และเมื่อติดตามผลระยะยาว 4 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีโอกาสเกิดการหกล้มครั้งใหม่ มากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะนี้ถึง 1.32 เท่า (Yang et al., 2025) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า การลดลง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาจากการมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (ชญานิษฐ์ เอี่ยวสกุล และ สายธิดา ลาภอนันตสิน, 2566)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา และการมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชน ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิควรให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่าโดยเฉพาะ ในการพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุกด้านการหกล้มของผู้สูงอายุ และควรนำข้อมูลดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี โดยออกแบบโปรแกรมการป้องกันการหกล้มที่สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้คือ การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและฟื้นฟูภาวะมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์การหกล้มในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบติดตามระยะยาว เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างชัดเจน

2. ควรทำการวิจัยแบบผสานวิธีโดยบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมบุคลากรที่ดูลในพื้นที่และปัจจัยความเสี่ยงอย่างรอบด้าน

3. ควรทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันหรือการจัดการรายกรณีในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *สถิติผู้สูงอายุ พฤศจิกายน 2568*. สืบค้น 30 ธันวาคม 2568. จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569

จตุพร เหลืองอุบล, สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพจน์. (2563). ความสัมพันธ์ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงวัย ในเขตชนบทจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 27*(3). 11-21.

ชญานิษฐ์ เอี่ยวสกุล และ สายธิดา ลาภอนันตสิน. (2566). ปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวขณะเดินในผู้สูงอายุวัยต้น เขตเทศบาลตำบลเสาธงหิน จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32*(6), 1014-1025.

เริงฤดี ปธานวนิช. (2568). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

ลัดดา เถียมวงศ์, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และจักษณา ปัญญาชีวิน. (2547). การทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ ประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม (Thai FRAT) ของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชน. *วารสารพฤฒาวิทยา และ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 5*(2), 14-24.

วรัญญ์ศิชา ทรัพย์ประเสริฐ, ทอแสง พรหมนีวงศ์, วรวรรณ แก้วราษ, สิราวรรณ มีสะอาด, อภิญญา สืบจากหล้า, อัศวอาสน์ อุดมยง และ อารณีย์ ศรลัมภ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างพหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาสังคมกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *4*(2). 123-138.

อริสรา บุญรักษา. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่อิง อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา

Akarapornkrailert, P., Muangpaisan, W., Boonpeng, A., & Daengdee, D. (2020). Validation of the Thai version of SARC-F, MSRA-7, and MSRA-5 questionnaires compared to AWGS 2019 and sarcopenia risks in older patients at a medical outpatient clinic. *Osteoporosis and sarcopenia, 6*(4), 205-211. https://doi.org/10.1016/j.afos.2020.11.006

Chen, Y., Dai, F., Huang, S., Qi, D., Peng, C., Zhang, A., … Guo, J. (2025). Global, regional, and national burden of falls among older adults: Findings from the Global Burden of Disease Study 2021 and Projections to 2040. *npj Aging*, *11*, 85. doi:10.1038/s41514-025-00275-4

Chittrakul, J., Siviroj, P., Sungkarat, S., & Sapbamrer, R. (2020). Physical frailty and fall risk in community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Journal of Aging Research*, *2020*, 3964973. doi:10.1155/2020/3964973

Colón-Emeric, C. S., McDermott, C. L., Lee, D. S., & Berry, S. D. (2024). Risk assessment and prevention of falls in older community-dwelling adults: A review. *JAMA*, *331*(16), 1397–1406. https://doi.org/10.1001/jama.2024.1416

Ebrahim, N., Ras, J., November, R., & Leach, L. (2025). The prevalence of falls among older adults living in long-term care facilities in the City of Cape Town. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(3), Article 432. https://doi.org/10.3390/ijerph22030432

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied Logistic Regression* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

Kantow, S., Seangpraw, K., Ong-artborirak, P., Tonchoy, P., Auttama, N., Bootsikeaw, S., & Choowanthanapakorn, M. (2021). Risk factors associated with fall awareness, falls, and quality of life among ethnic minority older adults in upper northern Thailand. *Clinical Interventions in Aging*, *16*, 1777-1788. doi:10.2147/CIA.S328912

Khalaf, M. A. K., & Değer, T. B. (2023). Evaluation of quality of life in the elderly who have fallen. *Journal of Surgery and Medicine*, *7*(1), 95-100. doi:10.28982/josam.7645

Kim, E., Seol, E. M., & Lee, H. J. (2024). The association of body mass index on falls risk and mortality in hospitalized patients of different old-age categories requiring nutritional support. *Clinical Nutrition Research*, *13*(2), 96-107. doi:10.7762/cnr.2024.13.2.96

Li, Y., Hou, L., Zhao, H., Xie, R., Yi, Y., & Ding, X. (2023). Risk factors for falls among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, *9*, 1019094. doi:10.3389/fmed.2022.1019094

Ngamsangiam, P., & Suttanon, P. (2020). Risk factors for falls among community-dwelling elderly people in Asia: A systematic review. *Science & Technology Asia*, *25*(3), 105-126. doi:10.14456/scitechasia.2020.24

Nur' amalia, R., Kato, M., Yokogawa, M., Taniguchi, Y., & Irwan, A. M. (2025). Investigating fall-related factors in community-dwelling older women through structural equation modeling analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(6) , 906. doi:10.3390/ijerph22060906

Rodrigues, F., Domingos, C., Monteiro, D., & Morouço, P. (2022). A review on aging, sarcopenia, falls, and resistance training in community-dwelling older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(2), 874. doi:10.3390/ijerph19020874

Salari, N., Darvishi, N., Ahmadipanah, M., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*, *17*(1), 334. https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1

Saokhieo, P., Pliannuom, S., Vidhayakula, N., Tavivadhanasubhakij, I., Promprasit, T., Dissai, P., & Pinyopornpanish, K. (2025). Factors associated with falls in older adults: A retrospective hospital-based study using comprehensive geriatric assessment in Thailand (2020-2023). *Journal of Primary Care & Community Health, 16*, 1-10. https://doi.org/10.1177/21501319251385068

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May-August 2026

Sriwong, W. T., Mahavisessin, W., Srinonprasert, V., Siriussawakul, A., Aekplakorn, W., Limpawattana, P., Wongviriyawong, T. (2022). Validity and reliability of the Thai version of the simple frailty questionnaire (T-FRAIL) with modifications to improve its diagnostic properties in the preoperative setting. *BMC Geriatrics*, *22*(161), 2-8. https://doi.org/10.1186/s12877-022-02863-5

Sukchan, P., Prateepko, T., Ma-a-lee, A., Hounkong, K., Sujiwattanarat, P., & Piboonpol, G. (2025). Fall incidences, risk factors, and health effects among early- and middle-aged elderly people in rural areas of border provinces in southern Thailand. *Journal of Health Research, 39*(2), 121-134. https://doi.org/10.56808/2586-940X.1128

Winger, M. E., Caserotti, P., Ward, R. E., Boudreau, R. M., Hvid, L. G., Cauley, J. A., ... & Strotmeyer, E. S. (2021). Jump power, leg press power, leg strength and grip strength differentially associated with physical performance: The Developmental Epidemiologic Cohort Study (DECOS). *Experimental Gerontology*, *145*, 111172. doi:10.1016/j.exger.2020.111172

Xing, L., Bao, Y., Wang, B., Shi, M., Wei, Y., Huang, X., ... Qin, D. (2023). Falls caused by balance disorders in the elderly with multiple systems involved: Pathogenic mechanisms and treatment strategies. *Frontiers in Neurology*, *14*, 1128092. doi:10.3389/fneur.2023.1128092

Xu, Q., Ou, X., & Li, J. (2022). The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, *10*, 902599. doi:10.3389/fpubh.2022.902599

Yang, C., Ye, T., & Gao, Y. (2025). Association between sarcopenia and falls in Chinese older adults: Findings from the China health and retirement longitudinal study. *PLOS One*, *20*(6), e0326193. doi: 10.1371/journal.pone.0326193

Yang, Z. C., Lin, H., Jiang, G. H., Chu, Y. H., Gao, J. H., Tong, Z. J., & Wang, Z. H. (2023). Frailty is a risk factor for falls in the older adults: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *27*(6), 487-495. doi:10.1007/s12603-023-1935-8

Yeung, S. S. Y., Reijnierse, E. M., Pham, V. K., Trappenburg, M. C., Lim, W. K., Meskers, C. G. M., & Maier, A. B. (2019). Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle, 10*(3), 485–500. https://doi.org/10.1002/jcsm.12411

e281216

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

อัตรารอดชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2562-2568

สุวรรณา เชื้อตาอ่อน[1*], สุพจน์ คำสะอาด[2], กชกร ทิพย์สันเทียะ[3], กชมนณกร จำปาเงิน[4], อภิรดี แซ่ลิ่ม[5], Haris Khurram [6]

[1]หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3]สาขาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[4]สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[5]สาขาวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาการคอมพิวเตอร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[6]National University of Computer and Emerging Sciences, Pakistan

(วันที่รับบทความ: 28 มีนาคม 2569; วันที่แก้ไข: 21 กรกฎาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 8 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงสังเกตจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาว (Long-term Care: LTC) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และติดตามสถานะการมีชีวิตจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ใช้วิธี Kaplan–Meier

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,137 คน มีระยะเวลาติดตามรวม 5,671.36 คน-ปี พบผู้เสียชีวิต 296 คน คิดเป็นอัตราตาย 5.22 ต่อ 100 คน-ปี (95%CI: 4.66–5.85) โดยมีอัตราการรอดชีพที่ระยะเวลา 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 97.36 (95%CI: 96.25–98.15), 88.54 (95%CI: 86.52–90.27) และ 79.73 (95%CI: 77.07–82.11) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มการรอดชีพลดลงตามระยะเวลาการติดตาม แม้ว่าจะมีอัตราการเสียชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำ ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนระบบการดูแลระยะยาวและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การรอดชีพ, การดูแลระยะยาว

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** สุวรรณา เชื้อตาอ่อน; E-mail: suwanna.ch@kkumail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

Survival Rate of Functionally Dependent Older Populations in Pho Sai District, Ubon Ratchathani Province 2019-2025

Suwanna Chueathaon[1*], Supot Kamsa-ard[2], Kodchakorn Thipsanthaih[3], Kodchamonnakorn Champangoen[4], Apiradee Sae Lim[5], Haris Khurram[6]

[1]Master of Public Health Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[2]Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[3]Department of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

[4]Faculty of Public Health, Sukhothai Thammathirat Open University, Bangkok

[5]Department of Mathematics and Computer Science, Faculty of Science and Technology, Prince of Songkla University

[6]National University of Computer and Emerging Sciences, Pakistan

(Received: 28 March 2026; Revised: 21 July 2026; Accepted: 8 August 2026)

Abstract

This study employed a retrospective cohort design to investigate the survival rate among dependent older adults in Pho Sai District, Ubon Ratchathani Province, Thailand. Data were obtained from older adults registered in the Long-Term Care (LTC) system between January 1, 2019 and December 31, 2023, with follow-up of survival status until December 31, 2025. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize participant characteristics. Survival analysis was conducted using the Kaplan–Meier method.

The study included 1,137 dependent older adults, contributing a total follow-up time of 5,671.36 person-years, during which 296 deaths were recorded. The mortality rate was 5.22 per 100 person-years (95% CI: 4.66–5.85). The estimated survival probabilities at 1, 3, and 5 years were 97.36% (95% CI: 96.25–98.15), 88.54% (95% CI: 86.52–90.27), and 79.73% (95% CI: 77.07–82.11), respectively.

These findings indicate a progressive decline in survival probability over time among dependent older adults. The observed mortality pattern is consistent with the vulnerability and complex health conditions commonly found in this population. The findings provide important empirical evidence to support the planning, strengthening, and optimization of long-term care systems and healthcare service delivery for older populations at the local level.

Keywords: dependent older adults, survival rate, long term care

***Corresponding author**: Suwanna Chueathaon, E-mail: suwanna.ch@kkumail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าจะเพิ่มจาก 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 2.1 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependent elderly) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมบูรณ์ และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (World Health Organization, 2015)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมบูรณ์ และต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย หรือการเคลื่อนย้ายร่างกาย (Katz et al, 1963) ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุมักเกิดจากโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือความเสื่อมของสมรรถภาพร่างกายตามวัย และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Yang et al, 2021)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-Term Care: LTC) เพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ปัญหาการเสียชีวิตและการลดลงของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกาย การเคลื่อนไหว และการดูแลตนเอง ซึ่งมักต้องพึ่งพาการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ หากระบบการดูแลไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ แผลกดทับ การติดเชื้อ การพลัดตกหกล้ม หรือการกำเริบของโรคเรื้อรัง ซึ่งล้วนส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (frailty) ซึ่งมีความสามารถในการฟื้นตัวจากภาวะเจ็บป่วยลดลง และมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (Dent et al, 2019)

จากข้อมูลพบว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต พร้อมกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนการดูแลในชุมชนผ่านทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (National Health Security Office, 2022)

ขณะที่ข้อมูลจากการศึกษาระดับนานาชาติพบว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาของ Yang และคณะ พบอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพประมาณ 6.01 ต่อ 100 คน-ปี (Yang et al, 2021) ขณะที่การศึกษาในสถานดูแลระยะยาวของ ประเทศ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ไอซ์แลนด์ รายงานอัตราการรอดชีพที่ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 71.2, 56.6 และ 46.9 ตามลำดับ (Hjaltadóttir et al, 2011) ซึ่งมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัยร่วมกับการสะสมของโรคเรื้อรัง ความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ภาวะเปราะบาง (frailty) การลดลงของสมรรถภาพทางกายและการรู้คิด รวมถึงการพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักมีความสามารถในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไปและมีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางสุขภาพสูงกว่า (Rizzuto et al, 2017) นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคม เช่น การขาดผู้ดูแลหลัก การอยู่อาศัยตามลำพัง หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด อาจยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลายเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาระสำคัญต่อระบบสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านการใช้ทรัพยากรสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแล และภาระของผู้ดูแล หากไม่มีระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อน การนอนโรงพยาบาลซ้ำ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากเป็นลำดับที่หนึ่งของเขตสุขภาพ ในปี 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 32,621 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 6.8 ต่อปี อำเภอโพธิ์ไทร เป็นอีกหนึ่งอำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2562 – 2566 พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,137 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10, 2566)

แม้ว่าจะมีการศึกษาการรอดชีพของผู้สูงอายุในต่างประเทศหลายฉบับ แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home) หรือโรงพยาบาลระยะยาว ซึ่งมีลักษณะประชากรและรูปแบบการดูแลแตกต่างจากระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนของประเทศไทย อีกทั้งการศึกษาภายในประเทศส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการประเมินผลการดำเนินงานของระบบ LTC คุณภาพชีวิต หรือภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับ **อัตราการรอดชีพ (Survival Rate)** ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ LTC ในระดับอำเภอยังมีอยู่อย่างจำกัด จึงยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวของการดูแลในบริบทของชุมชนไทย จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่รายงานอัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ข้อมูลประชากรทั้งหมด (Population-based Retrospective Cohort) จากระบบ Long-Term Care ระดับอำเภอในประเทศไทย รวมทั้งยังไม่มีการรายงานข้อมูลอัตราการรอดชีพระยะ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ข้อมูลจากระบบการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาระบบบริการ การจัดสรรทรัพยากร และการกำหนดนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพในอนาคต

ดังนั้น การศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจแนวโน้มการเสียชีวิตและการอยู่รอดของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในบริบทจริงของชุมชน โดยเฉพาะในอำเภอโพธิ์ไทร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีการดำเนินระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว และการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากระบบการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long-Term Care: LTC) ในอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และติดตามสถานะการมีชีวิตของผู้สูงอายุทุกรายจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: 3C) ในอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งหมด 1,137 คน และติดตามผู้ป่วยทุกรายจนกระทั่งทราบสถานะสุดท้ายของการมีชีวิต ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 1,137 คน โดยใช้วิธีการศึกษาจากประชากรทั้งหมด (Census) เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในระบบ LTC ได้ครบถ้วน จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายได้รับการติดตามตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะพึ่งพิงและขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบ LTC จนถึงวันที่เสียชีวิต หรือวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 แล้วแต่เหตุการณ์ใดจะเกิดขึ้นก่อน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) และมีคะแนน ≤11 คะแนน ซึ่งเข้าเกณฑ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวทางระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย
2. ได้รับการประเมินและรับรองภาวะพึ่งพิงโดยทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับ Care Manager ตามแนวทางการดำเนินงานระบบ Long-Term Care ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบ LTC
3. ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งกำหนดเป็นช่วง Start of Accrual ของการศึกษา

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

4. กำหนด Time Start of accrual (Time zero) เป็น วันที่ขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบ LTC ครั้งแรกภายหลังได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการคำนวณระยะเวลาการรอดชีพ (Survival time) ของผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกราย
5. มีข้อมูลวันที่เริ่มติดตาม (Time Start of accrual) และข้อมูลสถานะสุดท้ายของการมีชีวิตครบถ้วนสามารถคำนวณระยะเวลาติดตามได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่มีข้อมูลวันที่ขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบ LTC หรือไม่สามารถระบุ Time Start of accrual ได้อย่างชัดเจน
2. ไม่มีข้อมูลวันที่ติดตามครั้งสุดท้ายหรือสถานะสุดท้ายของการมีชีวิต ทำให้ไม่สามารถคำนวณระยะเวลาการติดตามได้
3. มีข้อมูลสำคัญที่ผิดพลาดหรือไม่สมเหตุสมผล เช่น วันที่เสียชีวิตก่อนวันที่ขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบ LTC หรือข้อมูลวันที่ไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้

นิยามเหตุการณ์

1. failure หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังวันที่เริ่มต้นติดตาม โดยกำหนดค่าตัวแปรสถานะเหตุการณ์เท่ากับ 1 และใช้วันที่เสียชีวิตเป็นวันที่เกิดเหตุการณ์
2. การถูกตัดข้อมูล หรือ censor หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่พบเหตุการณ์เสียชีวิตจนถึงวันสิ้นสุดการติดตาม หรือผู้ที่สิ้นสุดการติดตามก่อนเกิดเหตุการณ์ด้วยเหตุอื่น โดยกำหนดค่าตัวแปรสถานะเหตุการณ์เท่ากับ 0 และใช้วันที่ทราบสถานภาพสุดท้ายเป็นวันสิ้นสุดการติดตาม
3. ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ผู้ที่ย้ายออกนอกพื้นที่ หรือผู้ที่ไม่สามารถติดตามผลได้หลังจากมีการติดตามช่วงหนึ่ง (Lost to follow-up) จะ ไม่ถูกคัดออกจากการศึกษา แต่จะถูกกำหนดเป็น Censored observations โดยระยะเวลาติดตามจะสิ้นสุด ณ วันที่ทราบสถานะครั้งสุดท้าย ทั้งนี้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่มดังกล่าวยังถูกนำมาวิเคราะห์ในการประมาณอัตราการรอดชีพด้วยวิธี Kaplan–Meier เนื่องจากยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปลอดเหตุการณ์จนถึงเวลาที่ถูกตัดข้อมูล (censoring) ซึ่งเป็นหลักการมาตรฐานของการวิเคราะห์การรอดชีพและช่วยลดความเอนเอียงของค่าประมาณการรอดชีพ

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาทั้งประชากร (census) โดยนำผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดจำนวน 1,137 คนมาวิเคราะห์ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกรายที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาวและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษา จึงเป็นการศึกษาจากประชากรทั้งหมดที่สามารถเข้าถึงได้ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

1,137 คน ทั้งนี้ เมื่อประเมินขนาดตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับการประมาณความน่าจะเป็นของการรอดชีพระยะ 5 ปี โดยกำหนด S(t)=0.80 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 3 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 683 คน กลุ่มตัวอย่างจริงจึงมีจำนวนเพียงพอ นอกจากนี้ พบเหตุการณ์เสียชีวิต 296 เหตุการณ์ และมีระยะเวลาติดตามรวม 5,671.36 คน-ปี ซึ่งเพียงพอต่อการประมาณฟังก์ชันการรอดชีพด้วยวิธี Kaplan–Meier

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) ของอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนและทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Case Record Form: CRF) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ/เวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลด้านคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการโดยใช้สำหรับคัดลอกข้อมูลเฉพาะส่วนที่จำเป็นจากฐานข้อมูลระบบ Long-Term Care ของอำเภอโพธิ์ไทร เวชระเบียนของหน่วยบริการในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธิ์ไทร ทะเบียนราษฎรหรือฐานข้อมูลการเสียชีวิตที่ของ สปสช. ใช้ตรวจสอบสถานะการมีชีวิตและเอกสารต้นทาง มิได้นำข้อมูลทั้งหมดในทะเบียนมาใช้ในการวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม วัตถุประสงค์การวิจัย และตัวแปรที่มีอยู่ในฐานข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาวะพึ่งพิง โรคประจำตัว การได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล และข้อมูลผลลัพธ์การติดตามก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบบันทึกข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรและรายการข้อมูลในฐานข้อมูล LTC เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากนั้นทดลองใช้แบบบันทึกข้อมูลกับข้อมูลตัวอย่างจำนวนหนึ่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล ความชัดเจนของรหัสตัวแปร และความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงไม่มีการประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยสถิติ เช่น Cronbach's alpha ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ควบคุมคุณภาพข้อมูลโดยการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสอดคล้องของข้อมูลจากฐานข้อมูลและเอกสารต้นทางก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) ของอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จึงไม่มีการติดต่อหรือเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง เนื่องจากใช้ข้อมูลที่มีการบันทึกไว้แล้วในระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมจากฐานข้อมูลระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ของอำเภอโพธิ์ไทร โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายได้รับการติดตามสถานะการมีชีวิต (Vital status) ตั้งแต่วันที่ขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ซึ่งกำหนดเป็นจุดเริ่มต้นของการติดตาม (Time Start of accrual) จนถึงวันที่เกิดเหตุการณ์เสียชีวิต หรือวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นวันสิ้นสุดการติดตาม แล้วแต่เหตุการณ์ใดจะเกิดขึ้นก่อน การตรวจสอบสถานภาพสุดท้ายของผู้เข้าร่วมการศึกษาดำเนินการโดยใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ ทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ Long-Term Care (LTC) ของอำเภอโพธิ์ไทร ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรและทะเบียนการเสียชีวิตของกระทรวงมหาดไทย หรือฐานข้อมูลการเสียชีวิตที่หน่วยบริการสามารถเข้าถึงได้ เพื่อยืนยันวันที่และสถานการณ์เสียชีวิตและ ข้อมูลการเยี่ยมบ้านและการติดตามของ Care Manager ทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงอาศัยอยู่ในชุมชน การศึกษาครั้งนี้สามารถติดตามสถานะการมีชีวิตของผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ครบทุกคน (Complete follow-up) ไม่พบผู้สูญหายจากการติดตาม (Loss to follow-up = 0)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. การขออนุญาตใช้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต10 อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ไทร และกรมอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบฐานข้อมูลระบบ LTC เพื่อเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

2. การคัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการคัดลอกข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยดำเนินการขอใช้ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี โดยจัดทำแบบฟอร์มขอใช้ข้อมูลตามระเบียบของหน่วยงาน เพื่อเข้าถึงฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้รับสิทธิเข้าถึงโปรแกรม Long-Term Care (LTC) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านระบบเว็บไซต์ ภายใต้สิทธิ์การใช้งานของหน่วยงานและข้อกำหนดด้านการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย หลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการดึงข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาวของอำเภอโพธิ์ไทร จากทะเบียน Long-Term Care ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่งในพื้นที่ศึกษา โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษา และรวบรวมเฉพาะตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living; ADL) โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล การได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล วันที่ขึ้นทะเบียนในระบบ LTC วันที่ติดตาม และข้อมูลสถานภาพการมีชีวิต ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้นเพื่อคัดลอกข้อมูลเฉพาะตัวแปรที่จำเป็นจากฐานข้อมูล โดยไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยมาใช้

3. การตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ข้อมูล

ภายหลังการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล Long-Term Care ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและทะเบียน LTC ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่ง ผู้วิจัยนำข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ และดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสอดคล้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยตรวจสอบจำนวนระเบียนให้สอดคล้องกับทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละหน่วยบริการ ตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากรหัสประจำตัวผู้รับบริการ เลขประจำตัวประชาชน หรือข้อมูลระบุตัวบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตรวจสอบค่าที่ขาดหาย ค่าที่อยู่นอกช่วงที่เป็นไปได้ และความสอดคล้องเชิงตรรกะระหว่างตัวแปร เช่น อายุของผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องไม่น้อยกว่า 60 ปี คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันต้องอยู่ในช่วงที่แบบประเมินกำหนด วันที่ขึ้นทะเบียนในระบบ LTC ต้องไม่เกิดภายหลังวันที่เสียชีวิต วันที่เสียชีวิตต้องไม่เกิดก่อนวันเริ่มต้นการติดตาม และวันที่ทราบสถานภาพครั้งสุดท้ายต้องไม่เกินวันที่สิ้นสุดการศึกษา นอกจากนี้ ได้ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างสถานะการเสียชีวิต วันที่เสียชีวิต และระยะเวลาติดตามของผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ละราย เมื่อพบข้อมูลผิดปกติ ไม่ครบถ้วน หรือไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยตรวจสอบย้อนกลับไปยังฐานข้อมูล LTC ทะเบียน LTC ของหน่วยบริการ เวชระเบียน หรือเอกสารต้นทางที่เกี่ยวข้อง และแก้ไขข้อมูลตามหลักฐานที่ตรวจสอบได้ โดยไม่ใช้การคาดเดาหรือแทนค่าข้อมูลขึ้นเอง สำหรับข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์การรอดชีพ ได้แก่ วันที่เริ่มต้นการติดตาม วันที่เสียชีวิต และสถานภาพสุดท้าย หากไม่สามารถตรวจสอบยืนยันได้ จะพิจารณาตามเกณฑ์คัดออกที่กำหนดไว้ ส่วนข้อมูลขาดหายของตัวแปรร่วมจะบันทึกเป็นข้อมูลสูญหายและรายงานจำนวนกับสัดส่วนก่อนการวิเคราะห์ หลังจากตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยกำหนดรหัสตัวแปร รูปแบบข้อมูล และค่าของแต่ละตัวแปรให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จัดทำรหัสประจำตัวการศึกษาแทนข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และตรวจสอบความถูกต้องของชุดข้อมูลอีกครั้งก่อนนำเข้าสู่โปรแกรมสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การกำหนด outcome และ censoring กำหนดเหตุการณ์ที่สนใจคือการเสียชีวิต (death event) และกำหนดกรณี censored ได้แก่ ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ สิ้นสุดระยะเวลาติดตาม หรือข้อมูลที่ไม่สามารถติดตาม outcome ได้ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมสถิติ Stata 17.0 เพื่อวิเคราะห์ survival analysis

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

2. การวิเคราะห์อัตราการรอดชีพ (Survival analysis) ใช้วิธี Kaplan–Meier ในการประมาณความน่าจะเป็นของการรอดชีพในช่วงเวลาต่าง ๆ
3. คำนวณอัตราการเสียชีวิตต่อ 100 คน-ปี (person-years) พร้อม 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE682245 รับรองวันที่ 3 พฤศจิกายน 2568 โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลทุติยภูมิ และได้มีการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด โดยผู้วิจัยทำการปกปิดข้อมูลและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างปรากฏในแบบบันทึกรายงานผลการวิจัย และได้ทำลายทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย ประเด็นการนำเสนอข้อมูลใดที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบที่ไม่กระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆกับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลที่มีการบันทึกไว้แล้วในระบบบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยไม่ได้มีการติดต่อหรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตรง

ผลการวิจัย

อัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2562 – 2568 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 1,137 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่พบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.91 อายุเฉลี่ย 80.4 ปี (S.D. =9.12 ปี) มีอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ร้อยละ 54.35 และข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบมีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 95.78 รูปแบบการอยู่อาศัย อยู่กับบุตร/ครอบครัว ร้อยละ 85.58 ในขณะที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 2.81 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 1,137 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	399	35.09
หญิง	738	64.91
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 80	519	45.65
มากกว่าหรือเท่ากับ 80	618	54.35
$\bar{X}$ = 80.4 (S.D.=9.12), max=110; min=60		
ข้อมูลผู้ดูแลหลัก		
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	48	4.22

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 1,137 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีผู้ดูแลหลัก	1,089	95.78
รูปแบบการอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่คนเดียว	32	2.81
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	137	11.61
อาศัยอยู่กับบุตร/ครอบครัว	973	85.58

ส่วนที่ 2 ลักษณะเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 85.84 มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.28 มีภาวะพึ่งพิงภาวะโภชนาการไม่ดี ร้อยละ 4.66 มีแผลกดทับ ร้อยละ 4.22 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.11 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.60 และพบน้อยที่สุดคือ โรคปอดอุดกลั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.06 จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมมากที่สุดคือ ได้รับการเยี่ยม 1- 48 ครั้ง ร้อยละ 73.89 สิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มากที่สุดคือ สิทธิประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.77 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 1,137 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ		
ระดับภาวะพึ่งพิง		
- กลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL 5-11 คะแนน)	976	85.84
- กลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL 0-4 คะแนน)	161	14.16
ภาวะสมองเสื่อม		
- ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	986	86.72
- มีภาวะสมองเสื่อม	151	13.28
ภาวะโภชนาการ		
- ภาวะโภชนาการดี	1,084	95.34
- ภาวะโภชนาการไม่ดี	53	4.66
แผลกดทับ		
- ไม่มีแผลกดทับ	1,089	95.78
- มีแผลกดทับ	48	4.22
โรคร่วม		
- ไม่มี	499	43.89
- มีโรคร่วม	638	56.11

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 1,137 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคหลอดเลือดสมอง		
- ไม่มี	1,039	91.38
- มี	98	8.63
โรคเบาหวาน		
- ไม่มี	922	81.09
- มี	215	18.91
โรคไตเรื้อรัง		
- ไม่มี	1,103	97.01
- มี	34	2.99
โรคความดันโลหิตสูง		
- ไม่มี	880	77.40
- มี	257	22.60
ปอดอุดกลั้นเรื้อรัง		
- ไม่มี	1,125	98.94
- มี	12	1.06
อื่นๆ (เช่น ไทรอยด์,เกาต์,ระบบผิวหนัง เป็นต้น)		
- ไม่มี	1,085	95.43
- มี	52	4.57
จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยม		
- ได้รับการเยี่ยม 1 – 48 ครั้ง	839	73.79
- ได้รับการเยี่ยม มากกว่า 48 ครั้ง	298	26.21
สิทธิการรักษา		
- สิทธิประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า	1,032	90.77
- สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	77	6.77
- สิทธิข้าราชการส่วนท้องถิ่น	28	2.46

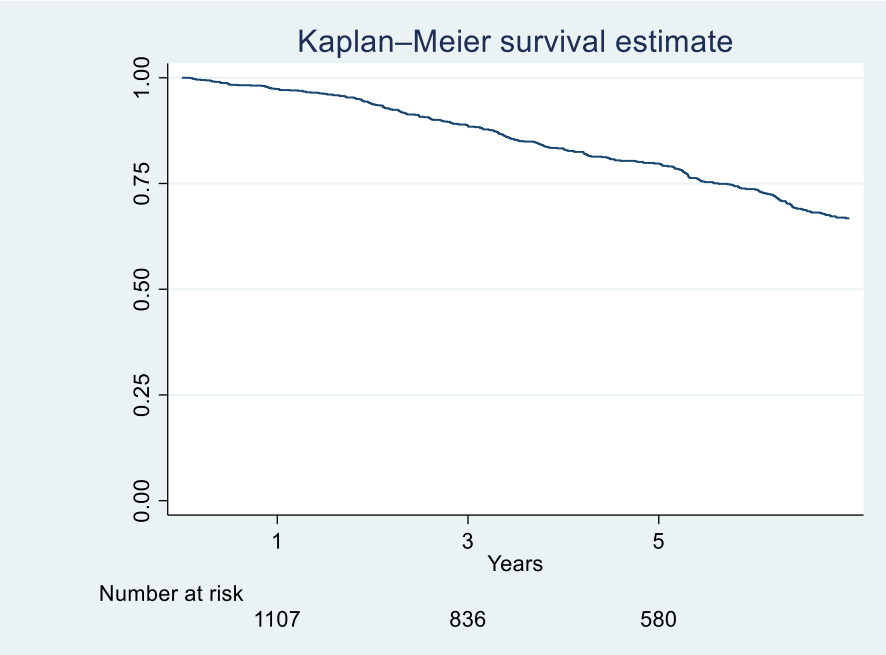
วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

ส่วนที่ 3 การรอดชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

อัตรารอดชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งหมด 1,137 คน ในระยะเวลาติดตาม 5,671.36 คน-ปี เสียชีวิตคิดเป็นอัตราตาย 5.22 ต่อ 100 คน-ปี (95%CI ; 4.66-5.85) อัตรารอดชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเวลา 1, 3, และ 5 ปี ร้อยละ 97.36 (95%CI ; 96.25 – 98.15), ร้อยละ 88.54 (95%CI ; 86.52-90.27) และร้อยละ 79.73 (95%CI; 77.07-82.11) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอัตรารอดชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวและแผนการ ดูแลรายบุคคล (Long Term Care: อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2562 – 2568 (n = 1,137 คน)

ระยะเวลาการรอดชีพ (ปี)	จำนวนเสียชีวิต(คน)	อัตรารอดชีพ (ร้อยละ)	95%CI
1	30	97.36	96.25 – 98.15
3	98	88.54	86.52 – 90.27
5	78	79.73	77.07 - 82.11



แผนภาพที่ 2 แสดงโค้งการปลอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ย 80.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =9.12 ปี) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งสะท้อนลักษณะโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (old-old population) ที่มีความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายและมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทยที่ครอบครัวยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เมื่อพิจารณาการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวน 296 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 1,137 คน โดยมีระยะเวลาติดตามรวม 5,671.36 คน-ปี คิดเป็นอัตราตาย 5.22 ต่อ 100 คน-ปี (95%CI: 4.66–5.84) อัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเวลา 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 97.36 (95%CI ; 96.25 – 98.15), ร้อยละ 88.54 (95%CI ; 86.52-90.27) และร้อยละ 79.73 (95%CI; 77.07-82.11) ตามลำดับ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ยังคงมีโอกาสรอดชีพในระยะยาวในระดับหนึ่ง แม้ว่าจะมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกายและสุขภาพก็ตาม

สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al, (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความพิการและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ระยะเวลาการติดตาม 12 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพลภาพ พบอัตราการเสียชีวิต 6.01 ต่อ 100 คน-ปี ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิตที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ครั้งนี้ Hjaltadóttir et al, (2011) ที่ศึกษาการรอดชีพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไอซ์แลนด์ พบว่า มัธยฐานการรอดชีพ (Median survival time) เท่ากับ 31 เดือน อัตรารอดชีพผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 1, 3, และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 71.2, 56.6 และ 46.9 ตามลำดับ ซึ่งพบอัตรารอดชีพต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากลักษณะของประชากรที่ศึกษา โดยการศึกษาดังกล่าวดำเนินการในสถานดูแลระยะยาว (long-term care facility) ซึ่งมักรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าการศึกษานี้ครั้งนี้ Kucukardali et al, (2019) ที่ศึกษาการรอดชีพผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศตุรกี ทำการวิเคราะห์อัตรารอดชีพโดยวิธี Cox regression analysis พบว่าค่ามัธยฐานการรอดชีพ (Median survival time) เท่ากับ 2.83 ปี (ประมาณ 34 เดือน) และมีอัตราการเสียชีวิต ในระยะเวลา 2 ปี ร้อยละ 44.0 และในระยะ 3 ปี ร้อยละ 55.0 ด้วย ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaul และCalderon-Margalit (2015) ที่รายงานว่าแผลกดทับเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ เนื่องจากแผลกดทับมักพบในผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ภาวะพึ่งพิงสูง ภาวะทุพโภชนาการ และโรคร่วมหลายโรค ซึ่งสะท้อนถึงภาวะเปราะบางของร่างกายและความสามารถในการฟื้นตัวที่ลดลง ความแตกต่างของอัตราการรอดชีพระหว่างการศึกษานี้กับการศึกษาที่ดำเนินการในสถานดูแลผู้สูงอายุอาจอธิบายได้จากบริบทของการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-term Care: LTC) เน้นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การมีผู้ดูแลหลักและ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

การอาศัยอยู่กับครอบครัวอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการศึกษานี้จะมีอัตราการรอดชีพที่ค่อนข้างสูงในช่วงปีแรกของการติดตาม แต่แนวโน้มการรอดชีพลดลงตามระยะเวลาการติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของภาวะพึ่งพิงและภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่มักมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามอายุและระยะเวลาของการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าอัตราการรอดชีพในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาในสถานดูแลระยะยาว ซึ่งอาจเนื่องมาจากบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีระบบสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ซึ่งอาจมีบทบาทในการยืดระยะเวลาการรอดชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และสถานบริการด้านสุขภาพหรือผู้สูงอายุ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับการวางแผนระบบการดูแลระยะยาวและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อให้ระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถยืดระยะเวลารอดชีพให้ยาวนานยิ่งขึ้น รวมทั้งการวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-Term Care: LTC) ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ไทร โรงพยาบาลโพธิ์ไทร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและให้ความร่วมมือในการสนับสนุนข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2562-2568 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May - August 2026

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). Management of frailty: Opportunities, challenges, and future directions. *The Lancet, 394*(10206), 1376–1386. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4

Hjaltadóttir, I., Hallberg, I. R., Ekwall, A. K., & Nyberg, P. (2011). Predicting mortality of residents at admission to nursing homes: A longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research, 11*, 86. https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-86

Jaul, E., & Calderon-Margalit, R. (2015). Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers. International Wound Journal, 12(3), 254–259. https://doi.org/10.1111/iwj.12086

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL. *Journal of the American Medical Association, 185*(12), 914–919. https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016

Kucukardali, Y., Yildirim, T. T., Yazici, P., & Solmazgul, E. (2019). Survival analysis of elderly residents in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 81*, 56–61.

National Health Security Office. (2022). *Long-term care for dependent elderly program manual*. Bangkok, Thailand: National Health Security Office.

Rizzuto, D., Orsini, N., Qiu, C., Wang, H. X., & Fratiglioni, L. (2017). Lifestyle, social factors, and survival after age 75: Population based study. *JAMA Internal Medicine, 177*(6), 756–762. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.0248

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yang, Y., Du, Z., Liu, Y., Lao, J., Sun, X., & Tang, F. (2021). Disability and the risk of subsequent mortality in elderly: A 12-year longitudinal population-based study. *BMC Geriatrics, 21*(1), 662. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02611-1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดสระบุรี

อณัญลักษณ์ วงษ์เป็ง, วิชุดา ศรีวงษ์กลาง*, เบญจรัตน์ ศรีเมือง, ณัฐปาณี ศรีบุริน, อาภัสรา ทองดีนอก และศิริลักษณ์ เทียนขาว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
(วันที่รับบทความ: 26 มกราคม 2569; วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 2 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของเกษตรกรจังหวัดสระบุรี ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกร จังหวัดสระบุรี จำนวน 50 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงเปรียบเทียบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังนั้น จึงแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** วิชุดา ศรีวงษ์กลาง; Wichuda.chan@vru.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

Effect of a Self-modification Program on Pesticide Protection Behaviors among Farmers in Saraburi Province

Ananyaluk Wongpeng, Wichuda Sriwongklang*, Benjarat Srimueng, Natthapani Sriburin,
Arpatsara Thongdeenok andSiriluk Tienkaow
Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Phathum Thani Province

(Received: 26 January 2026 ; Revised: 29 May 2026 ; Accepted: 2 Jun 2026)

Abstract

This quasi-experimental study, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to compare the mean scores of pesticide knowledge, health literacy, and preventive behaviors regarding pesticide among farmers in Saraburi Province, before and after participating in a health literacy promotion program. The study was conducted from August 1, 2025 to December 31, 2025. The sample consisted of 50 farmers in Saraburi Province, selected through multi-stage random sampling. The research instruments included a 6-week health literacy promotion program and a questionnaire assessing health literacy, and self-protection behaviors. The content validity (IOC) of the questionnaire ranged from 0.67 to 1.00. The reliability of the health literacy and self-protection behavior sections Cronbach's alpha coefficients of 0.96 and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation and the comparative Paired t-test, with statistical significance at the 0.05 level.

The results showed that after the experiment, average health literacy and self-protective behaviors pesticide use among farmers were significantly increased compared to before the experiment, with statistical significance at the .001 level. These findings indicate that the program was effective in enhancing knowledge, health literacy, and appropriate self-protective behaviors related to pesticide among farmers.

Keywords: Health literacy, Self-protective behaviors, Pesticides

***Corresponding author**: Wichuda Sriwongklang; Wichuda.chan@vru.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมถือเป็นรากฐานสำคัญต่อการขับเคลื่อนประเทศ จากข้อมูลสำมะโนการเกษตร พ.ศ. 2566 พบว่า มีเกษตรกรที่เป็นผู้ถือครองทำการเกษตร จำนวน 8.7 ล้านราย ร้อยละ 37.5 ของครัวเรือนทั้งประเทศ มีเนื้อที่ถือครองทำการเกษตรทั้งสิ้น 142.9 ล้านไร่ ร้อยละ 44.5 ของเนื้อที่ทั้งประเทศ และเป็นการเกษตรเชิงพาณิชย์ โดยการเน้นเพิ่มผลผลิต จึงมีแนวโน้มการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งส่วนใหญ่เกษตรกรมีการใช้สารเคมีในการป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 92.9 ขณะที่ผู้ที่ใช้สารธรรมชาติมีเพียงร้อยละ 10.3 และใช้ศัตรูธรรมชาติ ร้อยละ 3.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) นอกจากนี้ จากข้อมูลปริมาณการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรปี พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีเกษตรรวมทั้งสิ้น 141,191 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ถึง 27,551 ตัน โดยสารเคมีเกษตรที่มีการนำเข้าในปริมาณมาก ได้แก่ สารกำจัดวัชพืช สารกำจัดแมลงศัตรูพืช และสารป้องกันกำจัดโรคพืช ซึ่งการใช้สารเคมีอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของเกษตรกร (สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร, 2567)

สถานการณ์การเจ็บป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า อัตราป่วยจากโรคที่เกิดจากการได้รับหรือสัมผัสสารพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 14.36, 8.80, 9.59 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องของปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรที่มีโอกาสสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรโดยตรง (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยพื้นที่จังหวัดสระบุรี ในปีพ.ศ. 2565–2567 พบว่า อัตราป่วยจากการได้รับหรือสัมผัสสารพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 2.92, 4.75 และ 4.46 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อำเภอเสาไห้เป็นพื้นที่เพาะปลูกหลักของจังหวัดมีเกษตรกรประมาณ 28,000 คน และมีรายงานผู้ป่วยจากสารพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 1 ราย ในปี พ.ศ. 2567 แม้จำนวนผู้ป่วยเชิงปริมาณจะไม่สูง แต่เมื่อคำนวณเป็นอัตราอุบัติการณ์พบว่ามีค่าถึง 3.51 ต่อแสนประชากร ซึ่งยังคงเป็นระดับความเสี่ยงที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) การได้รับหรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง ได้แก่ ทางปาก ทางการหายใจ และทางผิวหนัง ซึ่งความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นมีตลอดกระบวนการทำงาน ตั้งแต่การเตรียมจนถึงการกำจัดภาชนะ โดยปัจจัยหลักมาจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยของเกษตรกร เช่น การไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ที่ชำรุดเสียหาย เช่น ถังบรรจุรั่วซึม การฉีดพ่นทวนลม และการไม่อาบน้ำหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีหลังปฏิบัติงาน ซึ่งเพิ่มการสัมผัสสารเคมีโดยตรง (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2563) ผลกระทบจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอาจเกิดได้ทั้งภาวะพิษเฉียบพลันและพิษเรื้อรัง ข้อมูลจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมชี้ให้เห็นว่าเกษตรกรมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสสารเคมีผ่านผิวหนังและระบบทางเดินหายใจขณะปฏิบัติงาน ทำให้เกิดโรคผิวหนัง ความผิดปกติของระบบประสาท และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งในระยะยาว (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2566) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็น “ทักษะทางปัญญาและทาง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

สังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพของตนเอง” (World Health Organization, 2013) และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access skill) ทักษะการเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management Skill) และการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ความรอบรู้จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องมีทักษะทั้ง 6 ด้าน (Nutbeam, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานภาคเกษตรและประชาชนในชนบทมีแนวโน้มต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่น (Kimura, 2022) โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า (Chesser, Woods, Smothers, & Rogers, 2016) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในประเทศปากีสถานเกี่ยวกับความรู้ด้านเทคนิคและความตระหนักเกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืช รวมถึงความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยประเมินการปนเปื้อนในดินจากสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนคลอรีน พบว่า เกษตรกรมีระดับการรู้หนังสือค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถอ่านและทำความเข้าใจคำแนะนำการใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่ระบุบนภาชนะบรรจุได้อย่างครบถ้วน (Ahmad et al., 2019)

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดสระบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ซึ่งประกอบด้วยทักษะสำคัญ 6 ด้าน (Nutbeam, 2008) เพื่อเป็นแนวทางหลักในการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และช่วยให้เกษตรกรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการตัดสินใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของเกษตรกร จังหวัดสระบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของเกษตรกรจังหวัดสระบุรี

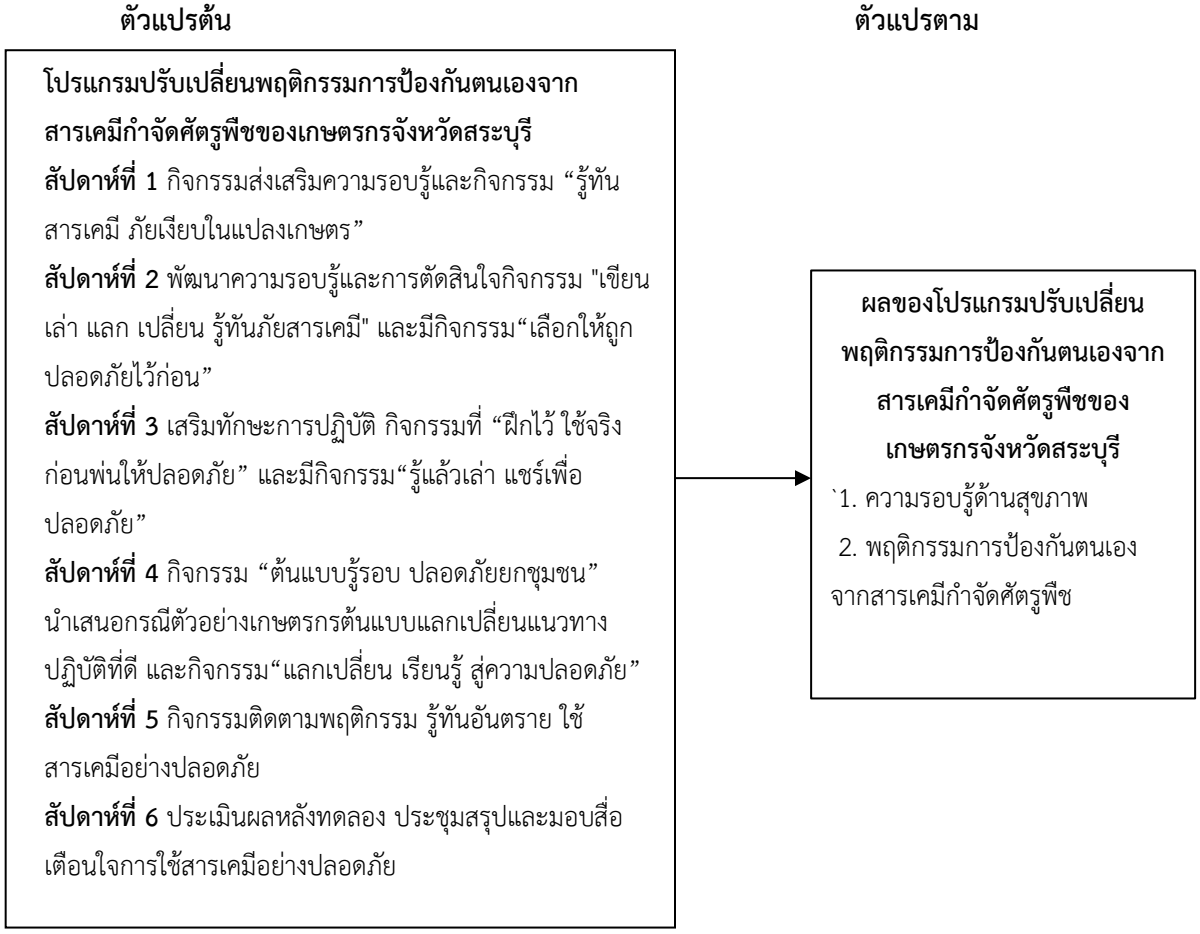
สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากร คือ เกษตรกร จังหวัดสระบุรี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด 2,097 ครัวเรือน โดยใช้ตัวแทนครัวเรือนเป็นกลุ่มประชากร 1 ครัวเรือนต่อ 1 คน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างน้อย 1 รอบ การเพาะปลูกในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เพศหญิงและเพศชาย 3) มีชื่ออยู่ในการขึ้นทะเบียนรายชื่อเกษตรกรที่สำนักงานเกษตรอำเภอเสาไห้ พ.ศ. 2568 4) สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 5) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรมและตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกร จังหวัดสระบุรี อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนด Means: Difference from constant (one sample case) และกำหนด Effect size เท่ากับ 0.50, err prop เท่ากับ 0.05, power เท่ากับ 0.90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 10 ดังนั้น จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 50 คน การวิจัยในครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ร่วมกับการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พื้นที่ศึกษา คือ อำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี โดยผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งจากข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและสำนักงานเกษตรในพื้นที่ พบแนวโน้มปัญหาด้านสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสูงกว่าหลายพื้นที่ในจังหวัดสระบุรี

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มเลือกตำบล ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากเพื่อเลือกตำบล 1 ตำบล จากทั้งหมด 12 ตำบลในอำเภอเสาไห้ ซึ่งสุ่มได้ตำบลบ้านยาง ซึ่งการเลือกตัวอย่างเพียงพอต่อการกระจายการเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มเลือกหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากอีกครั้ง เพื่อเลือกหมู่บ้าน 1 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 14 หมู่บ้านในตำบลบ้านยาง ซึ่งสุ่มได้หมู่บ้านหนองโพธิ์ เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการดำเนินวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกเกษตรกรในหมู่บ้านหนองโพธิ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อเกษตรกรที่มีคุณสมบัติครบถ้วน จนได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดสระบุรี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

สัปดาห์ที่ 1 ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และวิธีการป้องกันตนเอง ใช้สื่อการสอน ได้แก่ เอกสารชุดความรู้ คู่มือการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สื่อวิดีทัศน์ และการฝึกปฏิบัติทักษะที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพ และมีกิจกรรม “รู้ทันสารเคมี ภัยเงียบในแปลงเกษตร” โดยการบรรยายพร้อมรูปภาพประกอบ แสดงตัวอย่างฉลากจริง และฝึกอ่านสัญลักษณ์อันตราย เพื่อให้เกษตรกรสามารถอ่านและเข้าใจฉลากสารเคมีได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาความรอบรู้และการตัดสินใจ โดยมีกิจกรรม "เขียน เล่า แลก เปลี่ยน รู้ทันภัยสารเคมี" ให้ผู้เข้าร่วมเขียนประสบการณ์หรือปัญหาที่พบจากการใช้สารเคมี เล่าและแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อย เพื่อสะท้อนประสบการณ์จริงในการใช้สารเคมีและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน “เลือกให้ถูก ปลอดภัยไว้ก่อน” โดยมีกรณีศึกษา (Case study) ฝึกตัดสินใจเลือกสารเคมีจากสถานการณ์จำลอง เพื่อเสริมทักษะการเลือกใช้สารเคมีอย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 เสริมทักษะการปฏิบัติ กิจกรรมที่ “ฝึกไว้ ใช้จริง ก่อนพ่นให้ปลอดภัย” มีการสาธิตการสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ฝึกปฏิบัติจริงเป็นรายบุคคล เพื่อฝึกทักษะการเตรียมตัวก่อนใช้สารเคมี และมีกิจกรรม“รู้แล้วเล่าแชร์เพื่อปลอดภัย” ให้ผู้เข้าร่วมถ่ายทอดสิ่งที่ได้เรียนรู้และสร้างข้อตกลงการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบและชุมชน โดยจัดกิจกรรม “ต้นแบบรู้รอบ ปลอดภัยยกชุมชน” นำเสนอกรณีตัวอย่างเกษตรกรต้นแบบที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกต้องและปลอดภัย พร้อมแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อด้วยกิจกรรม “แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สู่ความปลอดภัย” โดยการอภิปรายกลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแนวทางการเฝ้าระวังและการดูแลความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมติดตามพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย โดยการสัมภาษณ์และตรวจสอบพฤติกรรมการใช้สารเคมี และการสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งสรุปองค์ความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประเมินผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยให้ผู้เข้าร่วมทำแบบประเมินหลังทดลอง (Post-test) และจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง และมอบสื่อเตือนใจเพื่อส่งเสริมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยในระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ประสบการณ์ในการทำการเกษตร ประเภทของสารเคมีที่ใช้ แหล่งข้อมูลที่เคยได้รับเกี่ยวกับสารเคมี โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 2 ความรู้และความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 3 ข้อ และด้านที่ 6 ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

3 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) มีระดับการวัด 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ = 3 ปฏิบัติบางครั้ง = 2 และ ไม่เคยปฏิบัติ = 1 สำหรับข้อความเชิงบวก และให้คะแนนกลับทิศทางในกรณีของข้อความเชิงลบ การแปลผลและจัดกลุ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 15 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีการแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) คือ ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และสำหรับความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงตำบลท่าช้าง จำนวน 30 ชุด โดยทดสอบด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.96 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์และความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทีมผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยใช้เอกสารแนะนำข้อมูลเปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและความสมัครใจกับกลุ่มตัวอย่าง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

2. ดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ตามรายละเอียดดังนี้ต่อไป

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มโปรแกรม (Pre-test) ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2.2 ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในเครื่องมือการดำเนินการวิจัยที่ใช้ในการทดลอง

3. เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุดจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนดเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% โดยมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ พิจารณาจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี หมายเลขโครงการ 0038/2568 เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน ซึ่งผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสีย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนทั่วไป

เกษตรกร จังหวัดสระบุรี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.00 และเพศหญิง ร้อยละ 44.00 มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี ร้อยละ 62.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.40 ปี (S.D. = 10.30) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38.0 มีอาชีพเป็นเกษตรกรปลูกข้าว ร้อยละ 45.00 เกษตรกรมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 284,260 บาท (S.D. = 99,636.30) โดยช่วงรายได้ที่พบมากที่สุด คือ 200,001-300,000 บาทต่อปี ร้อยละ 44.00 มีประสบการณ์ในการทำการเกษตรมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 44.00 ประเภทของสารเคมีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ สารกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 74.00 โดยมีระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 19.60 ปี (S.D. = 9.45) เมื่อจำแนกตามช่วงระยะเวลา

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 21-30 ปี ร้อยละ 46.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.00 แหล่งข้อมูลที่เกษตรกรเคยได้รับเกี่ยวกับสารเคมีทางการเกษตรมากที่สุด คือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 66.00

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 65.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.00 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.00

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของเกษตรกร จังหวัดสระบุรี

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\overline{X}$ = 2.87, S.D. = 0.20) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.23, S.D. = 0.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน 6 ด้าน พบว่า ด้านที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพดีขึ้น ($\overline{X}$ = 2.84, S.D. = 0.31) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.09, S.D. = 0.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ด้านที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติดีขึ้น ($\overline{X}$ = 2.96, S.D. = 0.14) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.18, S.D. = 0.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ด้านที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการสื่อสารดีขึ้น ($\overline{X}$ = 2.78, S.D. = 0.34) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.30, S.D. = 0.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.001) ด้านที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีขึ้น ($\overline{X}$ = 2.85, S.D. = 0.29) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.22, S.D. = 0.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ด้านที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีขึ้น ($\overline{X}$ = 2.90, S.D. = 0.23) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.44, S.D. = 0.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และด้านที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการรู้เท่าทันสื่อดีขึ้น ($\overline{X}$ = 2.90, S.D. = 0.23) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.48, S.D. = 0.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($\overline{X}$ = 2.80, S.D. = 0.28) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.33, S.D. = 0.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95% CI	t	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	2.23	0.35	-0.638	-0.74 to -0.52	-11.71	<0.001*
หลังการทดลอง	2.87	0.20				
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	2.09	0.39	-0.746	-0.88 to -0.60	-10.51	<0.001*
หลังการทดลอง	2.84	0.31				
ด้านที่ 2 ความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ						
ก่อนการทดลอง	2.18	0.35	-0.780	-0.89 to -0.66	-13.92	<0.001*
หลังการทดลอง	2.96	0.14				
ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร						
ก่อนการทดลอง	2.30	0.48	-0.473	-0.62 to -0.31	-6.16	<0.001*
หลังการทดลอง	2.78	0.34				
ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	2.22	0.55	-0.626	-0.80 to -0.45	-7.19	<0.001*
หลังการทดลอง	2.85	0.29				
ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	2.44	0.53	-0.493	-0.74 to -0.43	-7.71	<0.001*
หลังการทดลอง	2.90	0.23				
ด้านที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ						
ก่อนการทดลอง	2.48	0.51	-0.423	-0.76 to -0.46	-8.22	<0.001*
หลังการทดลอง	2.90	0.23				
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	2.33	0.39	-0.470	-0.61 to -0.32	-6.14	<0.001*
หลังการทดลอง	2.80	0.28				

*p-value < 0.001

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของเกษตรกรจังหวัดสระบุรี สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อเกษตรกรได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ได้แก่ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านที่ 2 ความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ และด้านที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างทั้งองค์ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตนจริง จึงทำให้เกษตรกรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย เอกสันต์ และคณะ (2565) ได้จัดโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) เป็นผลจากโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพที่หลากหลายวิธี ทั้งจากกิจกรรมให้สุขศึกษาด้วยการบรรยายประกอบสื่อการสอน วิดีทัศน์ เอกสารชุดความรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย การนำเสนองานกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และรัตนา ทรัพย์บำเรอ (2564) พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด มีกิจกรรมการประชุม การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และการกระตุ้นรายบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Madrigal et al. (2020) ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การสาธิตจากสถานการณ์จริง และการฝึกปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งช่วยกระตุ้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมของ Bandura (1971) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและประสบการณ์ตรงสามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่าการจัดโปรแกรมที่มีลักษณะเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพควบคู่กับการฝึกทักษะปฏิบัติจริง สามารถกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ การตัดสินใจที่เหมาะสม และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการป้องกันตนเองจากสารเคมี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

กำจัดศัตรูพืชได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาตยา พรมศรีธรรม และสมศักดิ์ อินทมาต (2566) ได้ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแบ่ง พบว่า ภายหลังทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องของเกษตรกรสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย เอกสันต์ และคณะ (2565) ได้จัดโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sapbamrer, R., & Thammachai, A. (2020) อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แนวทางที่หลากหลายและคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม ปัจจัยส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเกษตรกร ซึ่งสะท้อนว่าการจัดโปรแกรมโดยใช้วิธีการหลากหลาย สามารถช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรและส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารกำจัดศัตรูพืชได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design) ซึ่งแม้ว่าจะสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมได้ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย เนื่องจากไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการศึกษา เช่น ประสบการณ์เดิม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่น หรือการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและเชิงวิชาการ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรนี้ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน ในการจัดกิจกรรมอบรม ให้ความรู้ และติดตามประเมินผลเกษตรกรในความรับผิดชอบ เพื่อช่วยให้เกษตรกรเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ผลการวิจัยและโปรแกรมสามารถใช้เป็นต้นแบบหรือฐานข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม นำไปปรับใช้กับเกษตรกรในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยอาจปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะการทำเกษตรและสภาพสังคมของแต่ละพื้นที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางสาธารณสุข ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาออกแบบการวิจัยให้มีกลุ่มควบคุม หรือใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างชัดเจนและลดอคติจากการศึกษาทดลองในกลุ่มเดียว

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ๆ เช่น กรมวิชาการเกษตร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อร่วมกันพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืนของเกษตรกรอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ วรชินา, นิภา มหารัชพงศ์ และปาจรีย์ อับดุลลากาซิม. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15*(3), 252–265.

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และโรคไม่ติดต่อ*. สืบค้นจาก https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/AW_AESR_NCD_2563.pdf

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2566*. สืบค้นจาก https://bit.ly/46TDkty

จุฑามาศ ศรีมานนท์ และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่มีผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. *วารสารสหวิชาการและเพื่อสุขภาพ, 3*(2), 32–46. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MDHJ/article/view/257470/183477

ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และรัตนา ทรัพย์บำเรอ. (2564). การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด จังหวัดพะเยา. *วารสารควบคุมโรค, 47*(3), 571–583. https://doi.org/10.14456/dcj.2021.51

ธวัชชัย เอกสันต์, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย และอนามัย เทศกะทึก. (2565). การพัฒนาโปรแกรมและผลของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงนาข้าว. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 8*(2), 29–42. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/258094

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

นาตยา พรมศรีธรรม และสมศักดิ์ อินทมาต. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแบ่ง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8*(3), 34–41. สืบค้นจาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1837

นุสรา หูไธสง และนาฎนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 7*(2), 116–131. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/251537

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช.* สืบค้นจาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/46914a29aebb9e55230cc408f59f2d39

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สำมะโนการเกษตร พ.ศ. 2566*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/public/e-book/Census_Survey/Agricultural-Census-2566/6/

สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร. (2567). *รายงานสถานการณ์การนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก https://www.doa.go.th/ard/?page_id=386

Ahmad, A., Shahid, M., Khalid, S., Zaffar, H., Naqvi, T., Pervez, A., Bilal, M., Ali, M. A., Abbas, G., & Nasim, W. (2019). Residues of endosulfan in cotton growing area of Vehari, Pakistan: An assessment of knowledge and awareness of pesticide use and health risks. *Environmental Science and Pollution Research, 26*(20), 20079–20091. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30229485/

Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press. Retrieved from http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf

Best, J. W. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall. Retrieved from https://books.google.co.th/books?id=vr07AAAAMAAJ

Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill. Retrieved from https://www.scribd.com/document/706673525

Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine, 2*, 1–13. Retrieved from https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5119904/

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol.6 No.2 May –August 2026

Kimura, A. (2022). Characteristics of intergenerational health literacy among women farmers in Tsumagoi Village in Japan. *Journal of Physical Therapy, 9*, 5–10. https://doi.org/10.24642/jjphpt.9.1_5

Madrigal, D., Claustro, M., Wong, M., Bejarano, E., Olmedo, L., & English, P. (2020). Developing youth environmental health literacy and civic leadership through community air monitoring in Imperial County, California. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1537. https://doi.org/10.3390/ijerph17051537

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Sapbamrer, R., & Thammachai, A. (2020). Factors affecting use of personal protective equipment and pesticide safety practices: A systematic review. *Environmental Research, 185*, 109444. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32247154/

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/50a8dd98-9a4d-449b-8549-63c8a6b05892/content

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568

ณัฐญา วิเศษรอด[1], สุพจน์ คำสะอาด[2*],กชกร ทิพย์สันเทียะ[3], กชมนณกร จำปาเงิน[4], อภิรดี แซ่ลิ่ม[5], และ Haris Khurram [6]

[1]หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3]สาขาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[4]สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[5]สาขาวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาการคอมพิวเตอร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[6]National University of Computer and Emerging Sciences, Pakistan

(วันที่รับบทความ: 28 มีนาคม 2569; วันที่แก้ไข: 19 กรกฎาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 9 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568 และเปรียบเทียบอัตรารอดชีพระหว่างรูปแบบการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 ติดตามสถานะสุดท้ายผู้ป่วยทุกราย ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 จำนวน 546 ราย วิเคราะห์อัตรารอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier นำเสนอฟังก์ชันการรอดชีพ ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ และอัตรารอดชีพสะสมพร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% และเปรียบเทียบอัตรารอดชีพระหว่างกลุ่มโดย Log–rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 546 คน อายุเฉลี่ย 69.26 ปี (S.D. = 13.16) มีระยะเวลาติดตามรวม 1,416.98 คนต่อปี เสียชีวิต 388 คน คิดเป็นอัตราตาย 27.38 ต่อ 100 คนต่อปี ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 2.44 ปี (95% CI: 2.11-2.74) อัตรารอดชีพโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะเวลา 1, 3, 5 และ 7 ปี ร้อยละ 71.79 (95% CI: 67.82-75.37), ร้อยละ 44.14 (95% CI: 39.89-48.29), ร้อยละ 29.14 (95% CI: 24.93-33.46) และร้อยละ 11.82 (95% CI: 6.64-18.62) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพระหว่างรูปแบบการรักษา พบว่าอัตรารอดชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (log-rank test, $p < 0.001$) นั่นคือ ค่ามัธยฐานการรอดชีพผู้ป่วยที่มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5.76 ปี (95% CI: 4.55-6.81) การล้างไตทางช่องท้อง 3.60 ปี (95% CI: 2.60-5.59) และการไม่ได้รับการฟอกไต 1.45 ปี (95% CI: 1.15-1.79) จากการศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่ามัธยฐานการรอดชีพสูงที่สุด รองลงมาคือการล้างไตทางช่องท้อง และการไม่ฟอกไต ตามลำดับ ข้อมูลอัตรารอดชีพจำแนกตามรูปแบบการรักษานี้สามารถใช้ประกอบการพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา การดูแลและการติดตามผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรคำนึงถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งนี้เพื่อยืดระยะเวลารอดชีพให้ยาวนานยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, อัตราการรอดชีพ, Kaplan-Meier, รูปแบบการรักษา

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** สุพจน์ คำสะอาด; E-mail: supot@kku.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

Survival Rate of End-Stage Renal Disease in Muangsamsip Hospital, Ubon Ratchathani Province, 2018–2025

Nuttaya Wisetrod[1], Supot Kamsa-ard[2*], Kodchakorn Thipsanthaih[3], Kodchamonnakorn champangoen[4], Apiradee Sae Lim[5], Haris Khurram[6]

[1]Master of Public Health Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[2]Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

[3]Department of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

[4]Faculty of Public Health, Sukhothai Thammathirat Open University, Bangkok

[5]Department of Mathematics and Computer Science, Faculty of Science and Technology, Prince of Songkla University

[6]National University of Computer and Emerging Sciences, Pakistan

(Received: 28 March 2026; Revised: 19 July 2026; Accepted: 9 August 2026)

Abstract

This retrospective cohort study aimed to examine the survival rate of patients with end-stage renal disease (ESRD) receiving treatment at Muangsamsip Hospital, Ubon Ratchathani Province, from 2018 to 2025, and to compare survival rates among renal replacement therapy modalities. Medical records of 546 patients diagnosed with ESRD between 1 January 2018 and 31 December 2022 were reviewed, and all patients were followed up for vital status until 31 December 2025. Survival was analyzed using the Kaplan–Meier method, reporting the survival function, median survival time, and cumulative survival rates with 95% confidence intervals (CI). Survival rates between groups were compared using the log-rank test, with statistical significance set at 0.05.

Among the 546 ESRD patients (mean age 69.26 years, S.D. = 13.16) followed for a total of 1,416.98 person-years, 388 died, yielding a mortality rate of 27.38 per 100 person-years. The median survival time was 2.44 years (95% CI: 2.11–2.74). Overall survival rates at 1, 3, 5, and 7 years were 71.79% (95% CI: 67.82–75.37), 44.14% (95% CI: 39.89–48.29), 29.14% (95% CI: 24.93–33.46), and 11.82% (95% CI: 6.64–18.62), respectively. When survival was compared across treatment modalities, significant differences were observed (log-rank test, $p < 0.001$): median survival was 5.76 years (95% CI: 4.55–6.81) among patients receiving hemodialysis, 3.60 years (95% CI: 2.60–5.59) among those receiving peritoneal dialysis, and 1.45 years (95% CI: 1.15–1.79) among those who did not receive dialysis. In this study, ESRD patients receiving hemodialysis had the longest median survival, followed by those receiving peritoneal dialysis and those without dialysis, respectively. These modality-specific survival estimates can inform prognostication, treatment planning, and the care and follow-up of ESRD patients. Future studies should investigate the factors contributing to mortality in order to prolong patient survival.

Keywords: End-stage renal disease, Survival rate, Kaplan-Meier, Treatment modality

***Corresponding author**: สุพจน์ คำสะอาด; E-mail: supot@kku.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของไตทางด้านโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตเป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน ซึ่งทำให้การทำงานของไตค่อยๆ ลดลงและไม่สามารถกรองของเสียออกจากเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease, ESRD) หรือโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างรุนแรงและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ โดยมีอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) ซึ่งมักเกิดจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต (Rout &Aslam, 2025)

ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2025 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 674 ล้านราย (ร้อยละ 9.0 ของประชากรโลกทั้งหมด) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่สุดในโลก คาดการณ์ว่าจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ภายในปี 2050 (World Health Assembly, 2025) ในประเทศไทย จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,125,350 คน พบเป็นผู้ป่วยโรคไต ระยะที่ 3 จำนวน 506,593 คน ระยะที่ 4 จำนวน 128,109 คน และระยะที่ 5 จำนวน 74,908 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568) และข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง 24,439 คน และวิธีการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม 86,325 คน (Satirapoj, 2025)

จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2568 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 32,485 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 2,539 คน (ร้อยละ 7.82) และอำเภอม่วงสามสิบพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2,714 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 205 คน (ร้อยละ 7.6) ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 สูงเป็นลำดับที่ 3 ของจังหวัดอุบลราชธานี (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีกระบวนการรักษาที่ทำหน้าที่ขจัดของเสียและน้ำแทนไตที่ไม่ทำงานโดยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย 3 แนวทาง ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ซึ่งแต่ละแนวทางการรักษาจะขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) นอกจากการบำบัดทดแทนไตแล้วการดูแลแบบประคับประคองในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกไม่รับการบำบัดทดแทนไตถือเป็นแนวทางการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายด้านคุณภาพชีวิตหรือเพื่อลดอาการเป็นหลัก (Palliative Renal Care) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามสภาวะของโรค (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และคณะ, 2566)

การศึกษาอัตรารอดชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาในประเทศไทยจากทะเบียนการบำบัดทดแทนไต Premprasong et al (2024) รายงานอัตรารอดชีพที่ 1, 3 และ 5 ปี ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับร้อยละ 93.50, 69.70 และ 41.20 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาระดับโรงพยาบาลของครองขวัญ ภูดีบุตร และคณะ (2565) ซึ่งพบค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพของผู้ได้รับ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

การบำบัดทดแทนไต 6.57 ปี และอัตรารอดชีพที่ 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 90.00, 70.80 และ 56.20 ตามลำดับ ในต่างประเทศ Yao et al. (2020) และ Sun et al (2018) รายงานอัตรารอดชีพ 1 ปีในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงกว่าร้อยละ 93 เช่นเดียวกัน ในทางกลับกัน การศึกษาที่ครอบคลุมผู้ป่วยที่เลือกไม่รับการบำบัดทดแทนไต (conservative kidney management) ยังมีจำกัด โดย Reindl-Schwaighofer et al (2017) และ Chou et al. (2023) รายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลารอดชีพสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟอกไตอย่างชัดเจน

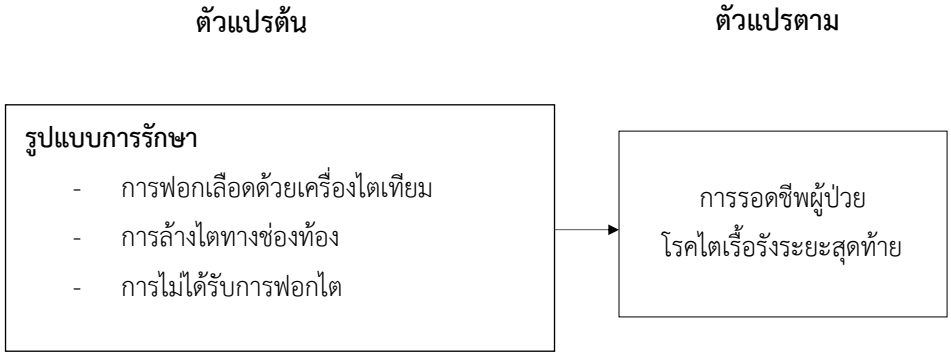
ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย ซึ่งมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนมากที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยเหตุผลด้านอายุ โรคร่วม การเข้าถึงบริการ หรือความสมัครใจของผู้ป่วย ยังไม่มีข้อมูลอัตรารอดชีพที่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรูปแบบการรักษาในประชากรเดียวกัน ทำให้ข้อมูลที่ใช้พยากรณ์โรคและประกอบการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังไม่เพียงพอ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาอัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมดในโรงพยาบาลม่วงสามสิบ รวมถึงเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการรักษา โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญยิ่งสำหรับแพทย์ในการประเมินผลการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งนี้เพื่อการวางแผนป้องกันและการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568 ระหว่างรูปแบบการรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีและคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถนำมาสู่กรอบแนวความคิดในการศึกษาครั้งนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 และติดตามผู้ป่วยทุกรายจนกระทั่งทราบสถานะสุดท้ายของการมีชีวิต ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 จำนวน 546 คน

ประชากร ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกราย ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้รหัสโรค ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, ICD-10) ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Mbase โรงพยาบาล ด้วยรหัส N18.5 (N18.5 : Chronic kidney disease, stage 5) ที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 546 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รวมทั้งได้บันทึกผู้ป่วยในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Mbase) ด้วยรหัส N18.5 (N18.5 : Chronic kidney disease, stage 5) จำนวน 546 คน เนื่องจากในการศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ซึ่งทราบจำนวนขนาดตัวอย่างแล้ว จึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง แต่ได้คำนวณอำนาจการทดสอบให้สอดคล้องกับสถิติที่ใช้จริงคือ log-rank test สำหรับการเปรียบเทียบการรอดชีพ โดยอ้างอิงค่าอัตราส่วนความเสี่ยงอันตราย (hazard ratio) เท่ากับ 2.54 ระหว่างกลุ่มล้างไตทางช่องท้องกับกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สันติสุข พรหมเดช และคณะ (2567) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ด้วยคำสั่ง power- logrank ในโปรแกรม Stata Release 18.0 ได้ค่าอำนาจการทดสอบมากกว่าร้อยละ 99 ซึ่งเพียงพอสำหรับการตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้รหัสโรค ICD-10 ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Mbase โรงพยาบาล ด้วยรหัส N18.5 (N18.5 : Chronic kidney disease, stage 5) และมีค่าระดับอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

2. มีประวัติรับการรักษาที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เปลี่ยนระยะของโรคไตเรื้อรัง

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เปลี่ยนรูปแบบการบำบัดทดแทนไตในระหว่างการติดตาม

3. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

4. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อมูลการเสียชีวิตไม่ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือเกิดจากสาเหตุอื่น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

เครื่องมือการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ไม่ได้มีการใช้เครื่องมือการวิจัย แต่เป็นการใช้แบบบันทึกข้อมูล (Case record form) เพื่อคัดลอกข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนและโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Mbase) ของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เก็บข้อมูล ณ วันที่ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) น้ำหนัก (กิโลกรัม) ส่วนสูง (เซนติเมตร) ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2) สิทธิการรักษา และวันที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ รหัสโรค ICD-10 (N18.5) ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ณ วันที่วินิจฉัย และโรคร่วม ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะหัวใจล้มเหลว เยื่อบุหัวใจอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคร่วมอื่น ๆ

ส่วนที่ 3 รูปแบบการรักษา ได้แก่ รูปแบบการบำบัดทดแทนไตที่ผู้ป่วยได้รับ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการไม่ได้รับการฟอกไต

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ สถานะการมีชีวิต ณ วันสิ้นสุดการศึกษา วันที่เสียชีวิต หรือวันที่ติดตามล่าสุดสำหรับผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ (censored) และระยะเวลารอดชีพ (survival time) ซึ่งคำนวณจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจนถึงวันที่เสียชีวิตหรือวันสิ้นสุดการศึกษา (31 ธันวาคม 2568)

การแบ่งกลุ่มตัวแปร ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตัวแปรต่อเนื่อง ดังนี้ อายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 60 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ผู้สูงอายุ ค่าดัชนีมวลกาย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร^2 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) 18.5–22.9 กิโลกรัม/เมตร^2 (ปกติ) และตั้งแต่ 23.0 กิโลกรัม/เมตร^2 ขึ้นไป (น้ำหนักเกิน) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกสำหรับประชากรเอเชียแปซิฟิก (WHO, 2000)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รวมทั้งได้บันทึกผู้ป่วยในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Mbase) ด้วยรหัส N18.5 (N18.5 : Chronic kidney disease, stage 5) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 และติดตามผู้ป่วยทุกรายจนกระทั่งทราบสถานะสุดท้ายของการมีชีวิต ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 โดยติดตามสถานะการมีชีวิตของผู้ป่วยทุกรายจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 โดยใช้แหล่งข้อมูล 2 แหล่งประกอบกัน ได้แก่ ระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เพื่อยืนยันสถานะการมีชีวิตและวันที่เสียชีวิต และ ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลม่วงสามสิบ เพื่อระบุวัน เดือน ปีที่เสียชีวิตและสาเหตุการเสียชีวิต และกำหนดการสิ้นสุดการติดตาม คือ การเสียชีวิต สำหรับผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ วันสิ้นสุดการศึกษา ถือเป็นข้อมูล censored ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร และการรักษาที่ได้รับ กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจงนับนำเสนอความถี่และร้อยละ

สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ โดยวิธี Kaplan – Meier นำเสนอค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพ และช่วงเชื่อมั่น 95% เปรียบเทียบอัตรารอดชีพระหว่างกลุ่มโดยสถิติทดสอบ Log–rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Stata Release 18.0

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามประกาศของเฮลซิงกิ และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี เลขที่ HE682251 ณ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2568 เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนซึ่งได้รับการบันทึกไว้แล้วในระบบ Mbase ของโรงพยาบาล และได้ดำเนินการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด โดยผู้วิจัยดำเนินการปกปิดข้อมูลและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขที่เวชระเบียนของผู้ป่วยปรากฏในแบบบันทึกข้อมูลและรายงานการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกแทนที่ด้วยรหัสประจำตัวที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น และได้ทำลายทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอผลการศึกษาดำเนินการในภาพรวมเชิงสถิติ ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

การศึกษาอัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568 จากกลุ่มตัวอย่าง 546 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.83 อายุเฉลี่ย 69.26 ปี (S.D. = 13.16) โดยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 78.75 ด้านสิทธิการรักษา พบสิทธิประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 90.48 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.92 กิโลกรัม/เมตร^2 (S.D. = 4.03) โดยอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร^2 มากที่สุด ร้อยละ 44.26 ด้านโรคร่วม พบว่ามีโรคร่วม ร้อยละ 87.91 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.46 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.79 สำหรับรูปแบบการรักษาที่ได้รับ พบว่าไม่ได้รับการฟอกไตมากที่สุด ร้อยละ 65.57 ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี (n = 546 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	283	51.83
ชาย	263	48.17
อายุ (ปี)		
< 60 ปี	116	21.25
≥ 60 ปี	430	78.75
$\overline{X}$ 69.26 (S.D. 13.16), Max = 100 Min = 26		
สิทธิการรักษา		
สิทธิประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า	494	90.48
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	39	7.14
สิทธิประกันสังคม	13	2.38
ดัชนีมวลกาย		
< 18.5 kg/m^2	131	30.68
18.5- 22.9 kg/m^2	189	44.26
≥ 23 kg/m^2	107	25.06
$\overline{X}$ 20.92 (S.D. 4.03) , Max = 34.90 Min = 14.11		
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	66	12.09
มีโรคร่วม ประกอบด้วย	480	87.91
- โรคความดันโลหิตสูง	439	91.46
- โรคเบาหวาน	287	59.79
- ภาวะหัวใจล้มเหลว	97	20.21
- โรคหัวใจขาดเลือด	61	12.71
- หลอดเลือดสมอง	57	11.88

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

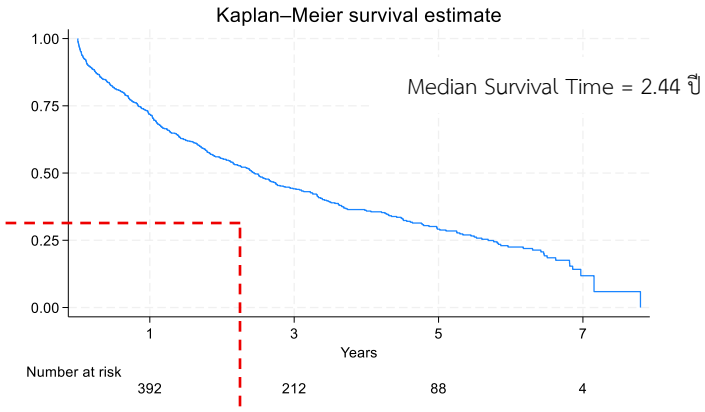
ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี (n = 546 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- โรคหลอดเลือดส่วนปลาย	40	8.35
- โรคมะเร็ง	18	3.75
- เยื่อบุหัวใจอักเสบ	12	2.50
- ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	9	1.88
- โรคร่วมอื่น ๆ (เช่น เกาต์)	86	17.92
การรักษาที่ได้รับ		
ไม่ได้รับการฟอกไต	358	65.57
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	138	25.27
ล้างไตทางช่องท้อง	50	9.16

ส่วนที่ 2 การรอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 546 คน ในระยะเวลาติดตาม 1,416.98 คนต่อปี เสียชีวิต 388 คน คิดเป็นอัตราตาย 27.38 ต่อ 100 คนต่อปี (95% CI: 24.79-30.24) ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 2.44 ปี (95% CI: 2.11 -2.74) ดังภาพที่ 1 อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะเวลา 1, 3, 5 และ 7 ปี ร้อยละ 71.79 (95% CI: 67.82-75.37), ร้อยละ 44.14 (95% CI: 39.89-48.29), ร้อยละ 29.14 (95% CI: 24.93-33.46) และ ร้อยละ 11.82 (95% CI: 6.64-18.62) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ภาพที่ 2 โค้งการปลอดเหตุการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568 (n = 546 คน)



วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ตารางที่ 2 อัตราการรอดชีพ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2561-2568 (n = 546 คน)

ระยะเวลาการรอดชีพ (ปี)	อัตรารอดชีพ (ร้อยละ)	ช่วงเชื่อมั่น (95% CI)
1	71.79	67.82-75.37
3	44.14	39.89-48.29
5	29.14	24.93-33.46
7	11.82	6.64-18.62

เมื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบอัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างรูปแบบการรักษา 3 วิธี พบว่า รูปแบบการรักษาทั้งสามกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-rank test, p-value < 0.001) โดยค่ามัธยฐานการรอดชีพ ในผู้ป่วยที่มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5.76 ปี (95% CI: 4.55-6.81) การล้างไตทางช่องท้อง 3.60 ปี (95% CI: 2.60-5.59) และการไม่ได้รับการฟอกไต 1.45 ปี (95% CI: 1.15-1.79) อัตรารอดชีพในระยะ 1, 3, 5 และ 7 ปี การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 94.20 (95% CI: 88.74-97.06), ร้อยละ 72.78 (95% CI: 64.43-79.47), ร้อยละ 54.15 (95% CI: 43.82-63.38) และร้อยละ 17.67 (95% CI: 1.84-47.15) ตามลำดับ การล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 88.00 (95% CI: 75.22-94.42), ร้อยละ 61.36 (95% CI: 46.29-73.37), ร้อยละ 47.89 (95% CI: 33.11-61.23) และร้อยละ 24.32 (95% CI: 10.38-41.39) ตามลำดับ และการไม่ได้รับการฟอกไต ร้อยละ 60.89 (95% CI: 55.63-65.73), ร้อยละ 30.69 (95% CI: 25.92-35.57), ร้อยละ 17.01 (95% CI: 12.89 -21.62) และร้อยละ 4.85 (95% CI: 1.48-11.35) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 โค้งการปลอดเหตุการณ์เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างรูปแบบการรักษา (ภาพที่ 3)

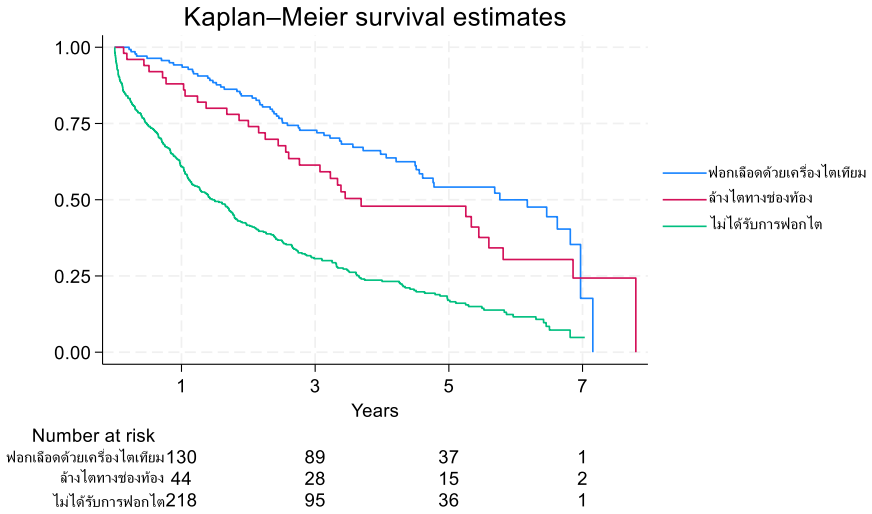
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอัตรารอดชีพระหว่างการรักษาที่ได้รับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2561-2568 (n = 546 คน)

ปัจจัย	มัธยฐานการรอดชีพ		1 ปี		3 ปี		5 ปี		7 ปี		Log-rank test	p-value
	อัตราการรอดชีพ	95% CI	อัตราการรอดชีพ	95% CI	อัตราการรอดชีพ	95% CI	อัตราการรอดชีพ	95% CI	อัตราการรอดชีพ	95% CI		
การรักษาที่ได้รับ											91.88	< .001*
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	5.76	4.55-6.81	94.20	88.74-97.06	72.78	64.43-79.47	54.15	43.82-63.38	17.67	1.84-47.15		
ล้างไตทางช่องท้อง	3.60	2.60-5.59	88.00	75.22-94.42	61.36	46.29-73.37	47.89	33.11-61.23	24.32	10.38-41.39		
ไม่ได้รับการฟอกไต	1.45	1.15-1.79	60.89	55.63-65.73	30.69	25.92-35.57	17.01	12.89-21.62	4.85	1.48-11.35		

*p-value < .05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ภาพที่ 3 โค้งการปลอดเหตุการณ์เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างรูปแบบการรักษา 3 วิธี โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568 (n = 546 คน)



อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุเฉลี่ย 69.26 ปี โดยร้อยละ 78.75 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านมา กล่าวคือ การศึกษาของครองขวัญ ภูดีบุตร และคณะ (2565) ณ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบอายุเฉลี่ย 57.9 ปี และการศึกษาของสันติสุข พรหมเดช และคณะ (2567) ณ โรงพยาบาลพะเยา พบอายุเฉลี่ย 61.5 ปี ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้ ความแตกต่างของอายุดังกล่าวอาจมิได้เกิดจากความแตกต่างเชิงพื้นที่เป็นหลัก แต่อาจเกิดจากเกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ต่างกัน โดยการศึกษาทั้งสองเรื่องคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผ่านการประเมินความเหมาะสมทางคลินิกและมีสภาพร่างกายพร้อมรับการรักษามาแล้ว ขณะที่การศึกษานี้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัย รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสะท้อนว่าโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งมักพบโรคร่วมหลายโรคร่วมกัน โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สำคัญ

โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะเวลาติดตาม 1,416.98 คนต่อปี เสียชีวิต 388 คน มีอัตราตาย 27.38 ต่อ 100 คนต่อปี และค่ามัธยฐานการรอดชีพ 2.44 ปี ภาพรวมอัตรารอดชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะเวลา 1, 3, 5 และ 7 ปี ร้อยละ 71.79, ร้อยละ 44.14, ร้อยละ 29.14 และร้อยละ 11.82 ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาของ Premprasong et al (2024) พบว่า ผู้ป่วยฟอกเลือดทดแทนไตเรื้อรังมีอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 93.50, ร้อยละ 69.70 และร้อยละ 41.20 ตามลำดับ การศึกษาของ Sahar Ahmadi Valiabadi et al (2024) พบว่า

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 38.50 เดือน และพบอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 2, 3, 4 และ 5 ปี ร้อยละ 84.30, ร้อยละ 68.10, ร้อยละ 53.20, ร้อยละ 39.80 และร้อยละ 18.00 ตามลำดับ และ การศึกษาของ Yan Sun et al (2018) พบว่า มีอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 5 และ 10 ปี ร้อยละ 94.00, ร้อยละ 59.00 และร้อยละ 27.00 ตามลำดับ และการศึกษาของ ครองขวัญ ภูดีบุตร และคณะ (2565) พบว่า ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เท่ากับ 6.57 ปี และ อัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 90.00, ร้อยละ 70.80 และร้อยละ 56.20 ตามลำดับ โดยการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามีอัตราการรอดชีพต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศและต่างประเทศ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้รวมผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรูปแบบการรักษา ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 25.27 การล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 9.16 และการไม่ได้รับการฟอกไต ร้อยละ 65.57 โดยจะพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟอกไตมีสัดส่วนถึงร้อยละ 65.57 ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเป็นสัดส่วนสูง ทำให้อัตรารอดชีพโดยรวมของการศึกษานี้ต่ำ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างรูปแบบการรักษา 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการไม่ได้รับการฟอกไต พบว่า รูปแบบการรักษาทั้ง 3 กลุ่ม มีอัตรารอดชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระยะเวลารอดชีพยาวนานที่สุด รองลงมาคือกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการฟอกไตมีระยะเวลารอดชีพสั้นที่สุด

โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมมีค่ามัธยฐานการรอดชีพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง และการไม่ได้รับการฟอกไต สอดคล้องกับการศึกษา Reindl-Schwaighofer R et al (2017) พบว่า ค่ามัธยฐานการรอดชีพกลุ่มฟอกไต 26.90 เดือน และกลุ่มที่ไม่ได้ฟอกไต เท่ากับ 1.10 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chou A et al (2023) ค่ามัธยฐานการรอดชีพ กลุ่มฟอกไต 53 เดือน และ กลุ่มที่ไม่ได้ฟอกไต 14 เดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของสันติสุข พรหมเดช และคณะ (2567) ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพในผู้ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 59 เดือน 21 วัน และกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้อง 32 เดือน 18 วัน

การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอัตราการรอดชีพในระยะ 1 ปี ร้อยละ 94.20 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Xi Yao et al (2020) และการศึกษาของครองขวัญ ภูดีบุตร และคณะ (2565) กลุ่มล้างไตทางช่องท้อง มีอัตราการรอดชีพในระยะ 1 ปี ร้อยละ 88.00 ในการศึกษามีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Yao et al, 2020) และการศึกษาของ ครองขวัญ ภูดีบุตร และคณะ (2565) ความแตกต่างเล็กน้อยนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของลักษณะประชากร และบริบทของระบบสุขภาพ โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการฟอกไต มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 1.45 ปี และมีอัตราการรอดชีพในระยะ 1 ปี ร้อยละ 60.89 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่ยังพบว่ามีอัตราการรอดชีพสูงกว่าการศึกษาของ Chou A et al (2023) ซึ่งอาจสะท้อนถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนไทย อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของอัตรารอดชีพระหว่างรูปแบบการรักษาไม่ควรตีความว่าเป็นผลจากประสิทธิผลของการรักษาโดยตรง เนื่องจากการเลือกรูปแบบการรักษาในเวชปฏิบัติจริงขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย อายุ ภาวะโรคร่วม และดุลยพินิจของแพทย์ร่วมกับความสมัครใจของผู้ป่วย กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ทดแทนไตจึงมักเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมรุนแรงหรือเลือกรับการดูแลแบบประคับประคองตามเป้าหมายคุณภาพชีวิต ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลม่วงสามสิบมีแนวโน้มการรอดชีพลดลงตามระยะเวลาการติดตาม จึงสามารถใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผนการรักษา การดูแลและการติดตามผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถใช้เป็นข้อมูลอัตราการรอดชีพจำแนกตามรูปแบบการรักษา เป็นข้อมูลประกอบการพยากรณ์โรคและการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ผลการศึกษาสะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบองค์รวมตั้งแต่การชะลอการเสื่อมของไต การส่งเสริมสนับสนุนการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ และวางแผนการบำบัดทดแทนไตล่วงหน้าตั้งแต่ระยะที่ 4 รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมกับการฟอกไต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในด้านปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางคลินิก และค่าทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนามาตรการป้องกัน การวางแผนการรักษา และเพื่อยืดระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยให้ยาวนานยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ให้การสนับสนุนข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและคำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2568 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันไตโลก "หมั่นดูแลไต ใส่ใจคัดกรอง ป้องกันโรคไต" เน้นย้ำผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ต้องตรวจคัดกรองโรคไตทุกปี*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50932&deptcode=brc&news_views=2469

กระทรวงสาธารณสุข, ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2568). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต*. สืบค้นจาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

ครองขวัญ ภูดีบุตร, สุพจน์ คำสะอาด, และ อรวรรณ อรดี. (2565). อัตรารอดชีพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *ศรีนครินทรเวชสาร, 37*(1), 49-55.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน*. สืบค้นจาก https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน.pdf

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2566). *คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566*. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

สันติสุข พรหมเดช, อรวรรณ วงศ์สมบัติ, ญาณาธิป หมื่นแก้ว, บัณฑิตา สัสดีแพง, กันต์ธีทัต ตันประดิษฐ์, และ ณัฐ นาเอก. (2567). การเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลพะเยา. *Health Science, Science and Technology Reviews, 17*(1), 38-51.

Ahmadi Valiabadi, S., Hosseinigolafshani, S. Z., & Ranjbaran, M. (2024). Survival rate of hemodialysis patients and its predictors: A multicentric retrospective cohort study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care, 13*(3), e142669. doi:10.5812/jjcdc-142669

Chou, A., Li, C., Farshid, S., Hoffman, A., & Brown, M. (2023). Survival, symptoms and hospitalization of older patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation, 38*(2), 405-413.

Premprasong, A., Nata, N., Tangwonglert, T., Supasyndh, O., & Satirapoj, B. (2024). Risk factors associated with mortality among patients on maintenance hemodialysis: The Thailand Renal Replacement Therapy registry. *Therapeutic Apheresis and Dialysis, 28*(6), 839-854.

Reindl-Schwaighofer, R., Kainz, A., Kammer, M., Dumfarth, A., & Oberbauer, R. (2017). Survival analysis of conservative vs. dialysis treatment of elderly patients with CKD stage 5. *PLoS ONE, 12*(7), e0181345.

Rout, P., & Aslam, A. (2025). End-stage renal disease. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499861/

Satirapoj, B. (Ed.). (2025). *Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2023 annual data report* (1st ed.). Bangkok: The Subcommittee of the Thai Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2024, The Nephrology Society of Thailand.

Sun, Y., Wang, Y., Yu, W., Zhuo, Y., Yuan, Q., & Wu, X. (2018). Association of dose and frequency on the survival of patients on maintenance of hemodialysis in China: A Kaplan-Meier and Cox-proportional hazard model analysis. *Medical Science Monitor, 24*, 5329-5337.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.2 May-August 2026

World Health Organization, International Association for the Study of Obesity, & International Obesity Task Force. (2000). The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Melbourne: Health Communications Australia.

World Health Assembly. (2025).*Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease* (Resolution No. WHA78.6). Geneva: World Health Organization.

Yao, X., Lei, W., Shi, N., Lin, W., Du, X., Zhang, P., et al. (2020). Impact of initial dialysis modality on the survival of patients with ESRD in eastern China: A propensity-matched study. *BMC Nephrology, 21*, 310. doi:10.1186/s12882-020-01909-3






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